

Adnan Lidian

HHT team ten years experience in Uppsala University Hospital, Sweden

Uppsala University Hospital, Uppsala, Sweden

Keywords: HHT, Epistaxis, Telangiectases, AVMs

Introduction: Hereditary hemorrhagic telangiectasia (HHT) is an autosomal dominant hereditary disease. HHT characterized by the presence of multiple mucocutaneous telangiectases which are most evident on the lips, buccal mucosa, tongue, face, chest, GIT mucosa and fingers. Larger arteriovenous malformations (AVMs) cause symptoms when found in the lungs, liver or brain which some times can be sudden and life threatening.

Spontaneous and recurrent epistaxis are the most troublesome clinical manifestation for most of HHT patients. Epistaxis starts on average at age 10 years. Another bleeding site is GIT which usually begins after age of 50 years and found in approximately 25% of HHT patients.

Diagnosis: The diagnosis can be established with presence of three or more of the following clinical features; recurrent epistaxis, mucocutaneous telangiectases, visceral AVMs and family history of HHT. Genetic test can be used to identify a heterozygous pathogenic variant in ACVRL1, ENG, GDF2 or SMAD4 that can establish the diagnosis if clinical features are inconclusive.

Conclusion: HHT is a rare condition and often difficult to diagnose. Multiple organ involvement and the disease complexity made us believe that we need a multidisciplinary group of doctors to build a HHT team in our hospital.

In this multidisciplinary group we include the following speciality; otorhinolaryngology, clinical genetic, pulmonology, gastroenterology, radiology, neurosurgery, haematology, cardiology, dermatology and paediatrics.

I would like to share our experience for the last ten years from our team in taking care of HHT patients in Sweden.

Атькова Е.Л., Ярцев В.Д., Краховецкий Н.Н.

РЕКАНАЛИЗАЦИЯ С ИНТУБАЦИЕЙ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПЕРФОРИРОВАННЫМ ИМПЛАНТАТОМ

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней»

119021, Российская Федерация, г. Москва

Для корреспонденции: Атькова Евгения Львовна, тел.: 8 (499) 245-33-05;

e-mail: evg.atkova@mail.ru

Ключевые слова: слезоотводящие пути, реканализация, лакримальный имплантат.

Цель исследования: определение эффективности применения разработанного лакримального имплантата при реканализации слезоотводящих путей.

Материал и методы. Была проведена реканализация СОП по Ritleng 42 пациентам (62 случая) с дакриостенозом вертикального отдела СОП. Пациентам 1-й группы (31 случай) СОП интубировали разработанным перфорированным имплантатом (Патент RU 2557423 от 20.07.2015). Имплантат представляет собой силиконовую трубку диаметром 0,64 мм, соединенную с обоих концов с полипропиленовыми нитями. Длина ЛИ 30 см. На силиконовую часть ЛИ с помощью лазера нанесены в шахматном порядке перфорации диаметром 0,573 мм (23G) с интервалом 3-4 мм. В послеоперационном периоде пациентам в просвет ЛИ вводили антисептический гель один раз в 7 дней. Пациентам 2-й группы (31 случай) СОП интубировали ЛИ из набора Ritleng. В послеоперационном периоде пациентам данной группы вводили через нижний слезный каналец в СОП антисептический раствор 3 раза в неделю. Пациентам обеих групп назначали инстилляцию в конъюнктивальную полость раствора тобромицина 3 мг с дексазоном 1 мг «Тобрадекс» (Alcon, Бельгия) 3 раза в день в течение 7 дней. СОП эктубировали через 3 месяца после операции. Удаленный ЛИ исследовали на сканирующем электронном микроскопе Zeiss EVO 10 (Zeiss, ФРГ). Срок наблюдения за пациентами составил 12 месяцев. Результаты проведенного лечения определяли по следующим критериям: «выздоровление» и «улучшение» считали положительным результатом, «рецидив» - отрицательным. Определение эффективности лечения основывалось на следующих исследованиях: оценки жалоб пациента на слезотечение по шкале Munk, определении высоты слезного мениска и данных лакримальной сцинтиграфии.

Результаты и обсуждение. Эффективность лечения у пациентов 1-й группы была следующей: «выздоровление» - 13 случаев (42,9%), «улучшение» - 10 случаев (33,3%), «рецидив» - 8 случаев (25,8%). У пациентов 2-й группы «выздоровление» наблюдали в 11 случаях (35,4%), «улучшение» - в 10 случаях (32,3%), «рецидив» - в 10 случаях (32,3%). Таким образом, положительные результаты составили 76,2% в основной группе пациентов и 67,7% - в группе сравнения. Кроме того, изучение удаленных имплантатов показало отсутствие скопления микроорганизмов на поверхности перфорированного ЛИ.

Выводы.

1. Применение предложенного оригинального ЛИ улучшает функциональный результат при проведении реканализации СОП и предотвращает контаминацию микроорганизмами поверхности ЛИ.
2. Введение антисептического препарата непосредственно в просвет ЛИ дает возможность избежать травматизацию слезного каналца.
3. Возможность более редкого введения антисептического препарата в СОП оптимизирует ведение пациента в послеоперационном периоде.

Атькова Е.Л., Краховецкий Н.Н., Ярцев В.Д.

ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ВАРИАНТА СТРОЕНИЯ УСТЬЯ НОСОСЛЕЗНОГО ПРОТОКА

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней»

119021, Российская Федерация, г. Москва

Для корреспонденции: Краховецкий Николай Николаевич, тел.: 8 (916) 303-80-83;

e-mail: n.krahovetskiy@niigb.ru

Ключевые слова: устье носослезного протока; мультиспиральная компьютерная томография; контрастирование слезоотводящих путей.

Цель исследования: изучение диагностической значимости разработанного метода определения типа строения устья носослезного протока по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

Материал и методы. В исследование было включено 30 пациентов (60 случаев) с двусторонним дакриостенозом различной локализации. Всем пациентам было проведено стандартное офтальмологическое и дакриологическое обследование. Для уточнения диагноза и для неинвазивного определения типа строения устья носослезного протока выполняли МСКТ с контрастированием слезоотводящих путей. Оригинальная методика определения типа строения устья носослезного протока включала в себя изучение взаимоотношения костного носослезного канала, мягкой тканой стенки носослезного протока и заполненного контрастным веществом его просвета (патент РФ на изобретение RU 2616218 от 13.04.2017). Выявляли один из четырех типов строения устья носослезного протока. Верификацию результатов всем исследуемым проводили путем ретроградного зондирования носослезного протока в ходе операции реканализации слезоотводящих путей. Для оценки эффективности разработанной методики определения типа строения устья носослезного протока по данным МСКТ рассчитывали параметр «точность».

Результаты. В результате изучения данных МСКТ с контрастированием слезоотводящих путей по разработанной методике первый тип строения устья носослезного протока выявили в 7-ми случаях (11,7%), второй тип строения устья выявили в 22-х случаях (36,7%), третий тип строения устья – в 26-ти случаях (43,3%), четвертый тип – в 5-ти случаях (8,3%).

При ретроградном зондировании устьев носослезных протоков первый тип строения устья первый тип строения устья носослезного протока выявили в 6-ти случаях (10,0%), второй тип строения устья выявили в 22-х случаях (36,7%), третий тип строения устья – в 26-ти случаях (43,3%), четвертый тип – в 6-ти случаях (10,0%).

«Точность» разработанной методики определения типа строения устья носослезного протока среди пациентов с двусторонним дакриостенозом составила 95,0%.

Выводы:

1. Разработанная неинвазивная методика определения типа анатомического строения устья носослезного протока позволяет достичь высокой точности, сопоставимой с результатами диагностического зондирования носослезного протока.
2. Способ определения варианта строения устья носослезного протока на основе МСКТ может быть включен в алгоритм обследования пациентов с дакриостенозом, что позволит адекватно планировать их лечение и прогнозировать результаты реканализации вертикального отдела слезоотводящих путей.

Банников С.А.¹, Миронов В.Г.², Бойко Н.В.³

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕИНВАЗИВНОГО МИКОЗА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.

¹ГАУ РО «Областной консультативно-диагностический центр», г. Ростов-на-Дону, ²ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, ³ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Для корреспонденции: Тел +7(903)4334113, e-mail: nvboiko@gmail.com

Ключевые слова: грибковые тела околоносовых пазух, диагностика.

Диагностика грибковых тел нередко представляет большие сложности, так как клинические признаки этого заболевания неспецифичны и больные длительно проходят лечение в поликлинических условиях по поводу «хронического синусита».

Целью исследования было проанализировать результаты микробиологического и гистопатологического исследования содержимого околоносовых пазух больных с клиническим диагнозом «грибковое тело».

Материал и методы исследования. Мы провели анализ результатов исследования и лечения 168 больных, у которых при эндоскопическом вскрытии околоносовых пазух были обнаружены бесструктурные казеозные массы, по внешнему виду позволяющие заподозрить наличие грибкового тела. Больные находились на стационарном лечении в период с января 2008 по январь 2018 года. Исследование удаленного во время операции материала включало микроскопию, культуральное и гистопатологическое исследование.

Результаты. У 148 из 168 больных гистопатологическое и микробиологическое исследование подтвердило наличие грибкового процесса. В 20 случаях поражения околоносовых пазух в казеозных массах, полученных во время операции, не было обнаружено присутствия грибов ни при микроскопическом, ни при культуральном, ни при гистологическом исследовании, при этом у 19 больных обнаружено присутствие патогенной микрофлоры в диагностически значимых титрах (у 14 больных – аэробная флора, у 1 – анаэробная, у 4 – смешанная аэробно-анаэробная), а у 1 – микрофлора не обнаружена. Локализация процесса в 12 случаях была в верхнечелюстных пазухах, в 5 случаях была поражена клиновидная пазуха, в 2 случаях – клетки решетчатой пазухи и в 1 случае лобная пазуха.

Среди микроорганизмов, выделенных из патологического содержимого пазух, преобладали аэробы: *Pseudomonas aeruginosa* (3 больных), *Staphylococcus aureus* (3 больных), *Staphylococcus epidermidis* (2 больных), *Klebsiella pneumoniae* (2 больных), *Actinomyces* spp, относящиеся к нитчатым бактериям (2 больных). Анаэробная флора была представлена бактероидами - *Bacteroides* spp., которые были выделены у 4 больных в аэробно-анаэробных ассоциациях (со *Staphylococcus aureus* – у 2 больных, с *Klebsiella pneumoniae* – у 1 больного, с *Escherichia coli* – у 1 больного) и у 1 больного – в виде монофлоры. Все обнаруженные микроорганизмы имеют повышенную способность к пленкообразованию. Оппортунистические патогенные бактерии *Pseudomonas aeruginosa* могут размножаться без ущерба для макроорганизма, пока они не достигнут определенной концентрации, что может объяснить длительное субклиническое течение заболевания.

Таким образом, при обнаружении бесструктурных казеозных масс при вскрытии околоносовых пазух необходимо дифференцировать грибковые и бактериальные процессы.

Барладян А.В., А.М.Гагауз

«ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ КОНХОБУЛЕЗА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА ПРИ ЗД КЛКТ»

Клиника Микрохирургия глаза-Клиника Лор-болезней

2038, Молдова, г.Кишинев, ул.Зелинского,15

Для корреспонденции: Барладян Алена Владимировна, тел.: +37360042950,

e-mail: alena.yarovaya.89@mail.ru

Ключевые слова: конхобулез, КТ, конусно-лучевая компьютерная томография

В последние годы отмечается рост заболевания конхобулезом в Молдове с усилением тяжести клинических проявлений, что заставляет пациента обратиться за медицинской консультацией к оториноларингологу, которому в постановке данного диагноза помогает конусно-лучевая компьютерная томография, дающая полную и детальную картину состояния придаточных пазух и полости носа.

Цели исследования:

Выявить количество пациентов с конхобулезом из общего числа при с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии на аппарате Planmeca Proface 3D Max придаточных пазух носа.

Материалы и методы:

Общее количество пациентов в течение трех лет (2015-2018) - 1237, из которых 580 мужчин и 657 женщин. Пациенты были распределены по возрастным группам. Конхобулез был выявлен у 810 (65,5%), среди них: односторонний процесс в 384 случаях (31,1%), двусторонний – 439 (34,6%), среди односторонних – 198 (15,6 %) справа и 195 (15,4) слева (50/50%).

Результаты и обсуждения:

Был проведен сравнительный анализ по возрастным группам. Данные, полученные при исследовании показывают, что данная патология чаще встречается у женщин в возрастной группе от 18 до 45 лет, с выявлением билатерального процесса.

Выводы:

По результатам нашего исследования конхобулез довольно часто встречающаяся патология, которая приводит к деформации носовой перегородки, нарушению вентиляционной и дренажной функции носа и придаточных пазух и другим патологическим состояниям. По нашим данным чаще встречается двусторонний процесс и его выявление способствует своевременной диагностике, лечению и предупреждению послеоперационных осложнений.

Безрукова Е.В., Пашинин А.Н., Галеев Р.Ф.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ

ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Минздрава России

Санкт-Петербург, Россия +7 921 7590788, ban_@mail.ru

Ключевые слова: риносинусит, иммуномодулирующая терапия

Острые и хронические риносинуситы являются самыми распространёнными в структуре ЛОР болезней и регистрируются круглогодично. Однако, препараты, индуцирующие или модулирующие иммунный ответ при этих заболеваниях, практически, не используется в традиционных схемах лечения, что связано с недостаточной информированностью о клинической эффективности и безопасности данных препаратов, показаниях и сроках назначения, особенностях механизма действия.

Проведено исследование с **целью** обоснования применения различных классов иммуномодулирующих препаратов в лечении острых и хронических риносинуситов.

Материалы и методы. Обследовано 90 человек: острым гнойным риносинуситом (ОГРС)- 28 человек, затяжной формой ОГРС - 30 человек, хроническим гнойным риносинуситом (ХГРС) – 32 человека. Мазки со слизистой оболочки носа окрашивались по Романовскому-Гимзе и по методике В.Е. Пигаревского. Оценка антиоксидантной системы выполнялась путем определения тиолдисульфидного коэффициента (ТДК) в носовых секретах на устройстве «Анализатор тиоловых антиоксидантов-АТА-1. Проведен корреляционный анализ на основе математического моделирования. В лечении больных ОГРС применялось: в I группе традиционная терапия, включающая антибактериальную терапию и пункции верхнечелюстных пазух, во II группе на фоне традиционной терапии применялись бета-д-глобулины. Препарат вводился перорально по 2 капсулы 2 раза в день -10 дней. При лечении больных ХГРС: I группа получала традиционную терапию (антибактериальная терапия и пункции верхнечелюстных пазух), II группа- сочетание традиционной терапии и местного применения рекомбинантного интерлейкина -1 β -50 нг/мл в виде геля «Колотекс -Бета» 2 раза в день в течение 10 дней .

Результаты исследования. На фоне применения беталейкина, выявлено достоверное увеличение исходно сниженных показателей СЦК и ТДК. Тогда как показатели деструкции слизистой оболочки имели отрицательную корреляционную связь, что свидетельствовало о достоверном уменьшении воспаления. Получение достоверного изменения показателей позволило построить модель, описывающую количественные изменения значений этих показателей на фоне применения беталейкина. Корреляционный анализ применения бета-д-глобулинов при лечении ОГРС показал те же зависимости.

Выводы. На основании математического моделирования установлено, что применение иммуномодулирующей терапии в дополнении к традиционному лечению достоверно усиливает процессы репарации слизистой оболочки, что способствует более эффективному и быстрому уменьшению воспалительных процессов, как при остром, так и хроническом риносинусите. При лечении острого риносинусита целесообразно применять бета-д-глобулины, основными точками воздействия, которых являются рецепторы врожденного иммунитета. В лечении ХГРС в дополнении к традиционной терапии наиболее рационально использовать замещающую терапию рекомбинантным IL-1 β (беталейкин).

Боечко Д.С.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СФЕНОИДИТА НА РЕЦЕПТОРНЫЙ АППАРАТ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ДНР, г.Донецк;+380713036470, dboenko@gmail.com.

Ключевые слова: хронический сфеноидит, слизистая оболочка, рецепторный аппарат, клиновидная пазуха.

Целью исследования было изучение рецепторного аппарата слизистой оболочки клиновидной пазухи (КП) при хроническом сфеноидите.

Материалы и методы. Изучался рецепторный аппарат слизистой оболочки КП у 229 больных хроническим сфеноидитом с помощью исследования биоптатов, полученных при расширении соустьев пазух, а также из их полости.

Полученные результаты. При нейрогистологических исследованиях выявлен широкий спектр структурных поражений нервных волокон: от минимальных нейродистрофических до адаптационно-репаративных изменений. В очагах обострения хронического сфеноидита преобладали некробиотические процессы. Прежде всего, определяется значительное уменьшение удельного объема нервных волокон в иннервационном аппарате слизистой оболочки КП, которое происходит из-за гибели нервных волокон мелкого калибра и их конечных рецепторов. Большинство конечных рецепторов нервных волокон мелкого калибра лизировано. Сохранные конечные рецепторы булавоподобно утолщены, гипо- или гиперимпрегнированы солями серебра.

Наиболее частым признаком реактивного раздражения и начальной альтерации нервных волокон разного калибра при импрегнации срезов азотнокислым серебром по Гросс-Большовскому являлась дисхромия.

В миелиновых волокнах крупного и среднего калибра наблюдалась гиперимпрегнация солями серебра. Такие волокна скручены, с множеством утолщений овоидной, веретенообразной, четкообразной формы. В большинстве волокон происходит разрыхление и разволокнение нервных проводников. Гиперимпрегнированные участки в нервных волокнах чередуются с участками сниженной импрегнации.

В очагах хронического воспаления без признаков обострения в нервных волокнах определяются морфологические проявления компенсаторно-приспособительных процессов, в том числе атрофия, гиперплазия леммоцитов и гиперрегенерация. В очагах рубцевания наблюдается атрофия нервных волокон и структурные проявления реактивного раздражения, неравномерная аргентофилия, дисхромия, очаговое набухание и отечность волокон. В отдельных участках бунгеровские футляры выглядят опустошенными. Часто на месте погибших конечных отделов нервных стволов определяются так называемые «ампутационные невромы» – образования, патогномичные для хронического сфеноидита.

Выводы. Наиболее частыми морфологическими признаками реактивного раздражения и начальной альтерации иннервационного аппарата слизистой оболочки КП при хроническом сфеноидите является дисхромия, разрыхление и разволокнение нервных проводников, атрофия и лизис осевых цилиндров, сочетание очагов вздутия и набухания гиперимпрегнированной миелиновой субстанции с ячейками просветления и опустошения бунгеровских футляров, фрагментация, субтотальный глыбчатый распад и лизис аргентофильной субстанции. Наряду с альтеративно-деструктивными изменениями, имеют место проявления компенсаторно-приспособительных процессов в виде очаговой пролиферации леммоцитов. Формирование регенераторных «ампутационных невром» может играть существенную роль в патогенезе постоянной головной боли у пациентов со сфеноидитом.

Боечко Д.С., Талалаенко И.А.

КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ У БОЛЬНЫХ С НОСОВОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Донецк, Донецкая Народная Республика

Тел: +380 623 31 13, e-mail - ital@dkn.dn.ua

Ключевые слова: носовая обструкция, апноэ сна, кардиореспираторный мониторинг

Ведущей причиной формирования синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) является носовая обструкция (И.Г.Арустамян, 2017). Лечение СОАС является актуальной проблемой современной медицины и находится в компетенции врачей нескольких специальностей – кардиологов, пульмонологов и отоларингологов (Р.В.Бузунов, 2017).

Целью исследования являлась оптимизация лечения больных с СОАС.

Материалы и методы. В Донецком ринологическом центре наблюдалось 16 пациентов, страдающих СОАС. Все пациенты были мужского пола, их возраст составлял от 26 до 64 лет. Больные предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, храп во сне, чувство сухости в горле в ночное время, остановки дыхания во время сна. Двое из них были ранее оперированы по поводу искривления носовой перегородки, гипертрофического ринита, кист гайморовых пазух. Два пациента перенесли лазерную увулопалатоластику.

Для объективизации СОАС применяли кардиореспираторный мониторинг с использованием прибора «Сомночек-2» (Германия). Индекс дневной сонливости определяли путем анкетирования по шкале сонливости ESS (Epworth Sleepiness Scale).

Результаты исследования и их обсуждение. Все пациенты имели избыточную массу тела или ожирение 1-3 степени. Четырнадцать (87,5%) больных оказались ваготониками, 2 (12,5%) – симпатотониками. У ваготоников диагностирован СОАС средней и тяжелой степени, у симпатотоников – только лёгкая степень СОАС.

Результаты кардиореспираторного тестирования показали, что у 13 (81,3%) пациентов имела место выраженная носовая обструкция и преобладало рото-носовое дыхание. СОАС у них был представлен обструктивным или смешанным апноэ/гипопноэ с преобладанием периферического компонента. В 5 (31,3%) случаях отмечено смешанное апноэ с преобладанием центрального механизма обструкции. Пациенты, ранее перенесшие увулопалатоластику, страдали смешанной формой апноэ с преобладанием гипопноэ.

У 11 (68,8%) больных индекс дневной сонливости ESS совпадал с тяжестью выявленного во время кардиореспираторного тестирования СОАС. Его несоответствие у остальных пациентов, вероятно, объясняется образом жизни и работы пациентов, приемом ноотропов и адаптогенов по поводу другой патологии.

Проведенное обследование позволило рекомендовать CPAP-терапию через рото-носовую маску всем больным с обструктивным или смешанным апноэ сна. Однако для её реализации большинству пациентов требовалось оперативное лечение, направленное на восстановление проходимости полости носа.

Выводы.

1. У большинства больных с синдромом обструктивного апноэ сна имеет место выраженная носовая обструкция.

2. Использование кардиореспираторного мониторинга является необходимым диагностическим мероприятием в этой группе пациентов.

Бойко Н.В.¹, Пискунов И.С.², Колесников В.Н.¹

ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН.

¹ФБГОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, ²ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия. Россия.

Для корреспонденции: Тел +7(903)4334113, e-mail: nvboiko@gmail.com

Ключевые слова: нижние носовые раковины, патологический изгиб, ремоделирование

Операции на нижних носовых раковинах (НР) - одни из самых распространенных хирургических вмешательств в оториноларингологии, поскольку патологические изменения НР занимают важное место среди причин затруднения носового дыхания. Как правило, в комплекс предоперационного исследования больного входит эндоскопический осмотр, функциональные пробы, включая пробу с анемизацией слизистой оболочки полости носа и исследование дыхательной функции носа методом передней активной риноманометрии. В литературе описаны случаи патологических состояний нижних носовых раковин, диагностика которых может быть произведена только с помощью СКТ, в частности, остеома НР, патологическая пневматизация НР, внутрикостная гемангиома.

Вместе с тем, существуют варианты анатомического строения НР, которые могут создавать условия для развития патологических изменений со стороны самих раковин, а также окружающих структур. С другой стороны, патологические процессы в соседних анатомических образованиях могут вызывать изменения в носовых раковинах. Все это создает условия для многообразия эндоскопической картины, при которой ринохирург в ходе операции не всегда может выбрать правильную тактику без предварительной визуализации анатомических структур полости носа.

Так, пневматизация носовых раковин, обозначаемая термином буллезная раковина (*conchae bullosae*), обычно подразумевает особенность строения средней носовой раковины. Вместе с тем, возможна пневматизация верхней и нижней раковины. В литературе имеются единичные наблюдения пневматизации трех раковин с обеих сторон, для описания такого строения V. Fidan [2012] предлагает термин *ranconcha bullosa*.

Мы наблюдали три случая патологического изгиба нижних носовых раковин.

Наши наблюдения представляют интерес не только в связи с редкостью данной патологии. Обращает на себя внимание, что при передней риноскопии и эндоскопическом исследовании полости носа установить причину увеличения нижней носовой раковины не представлялось возможным. Только компьютерно-томографическое исследование показало, что латерализация нижней носовой раковины в данном случае невозможна технически, а внутрислизистая вазотомия и другие вмешательства на раковине, кроме конхотомии, не приведут к улучшению носового дыхания.

Еще один необычный вариант деформации наблюдался у больного с грубым искривлением перегородки носа. Сформированный на перегородке костный шип перекрыл общий носовой ход, при этом одновременно вызвал деформацию средней и нижней носовых раковин, причем средняя носовая раковина была «фенестрирована», а нижняя деформирована на всем протяжении.

Заключение. Нижние носовые раковины - наиболее стабильные анатомические образования, обладающие наименьшей вариативностью строения из всех анатомических структур полости носа. Тем не менее, и они имеют особенности конфигурации и ремоделируются под влиянием внешних воздействий и изменений прилежащих анатомических образований, вызванных каким-либо патологическим процессом. Поэтому для выбора адекватного хирургического вмешательства на носовых раковинах при заболеваниях, проявляющихся нарушением носового дыхания, но не связанными с хроническими воспалительными заболеваниями околоносовых пазух, необходимо проведение СКТ околоносовых пазух и полости носа.

Власова М.М., Пискунов И.С., Пискунов В.С., Никитин Н.А.

НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ В СВЕТЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ, БМУ КОКБ

Ключевые слова: назальная ликворея, компьютерная томография

Курск, Россия, musia1982@yandex.ru, 8-910-310-33-03

Цель исследования: совершенствование алгоритма лучевого обследования пациентов со спонтанной назальной ликвореей (СНЛ), оценка эффективности эндоназального хирургического лечения с помощью компьютерной томографии (КТ).

Материалы и методы: в период с 2003 по 2017 гг. нами обследовано и пролечено 65 пациентов СНЛ в ЛОР отделении БМУ КОКБ, которые были разделены две группы – пациенты с этмоидальной (50 человек), сфеноидальной (15 человек) и рецидивирующей назоликвореей (15 человек). Всем пациентам выполнялась КТ в аксиальной и коронарной проекциях с толщиной среза 0,625 мм. При отсутствии достоверных признаков назоликвореи при первичном сканировании исследование выполнялось в коронарной проекции спустя 15-20 минут повторно.

Результаты. У всех пациентов с этмоидальной назоликвореей были выявлены анатомические особенности строения ситовидной пластинки: низкое расположение ольфакторной ямки относительно этмоидальной на (7,2+1,8 мм); асимметричное положение плоскости ситовидной пластинки (43 случая), локализация назоликвореи соответствовала стороне более низкого положения ольфакторной ямки; узурация ситовидной пластинки на протяжении от 1 до 5 мм (чаще в центральных отделах) (21 случай); истекающий через дефект ликвор (линейной формы участок более низкой плотности, чем слизистая оболочка) - 5 случаев. У пациентов со сфеноидальной СНЛ при КТ выявлялись костные дефекты стенок пазух (9 человек), из них с наличием менингоцеле (2 человека); костный дефект достоверно не определялся (6 человек); клиновидные пазухи были тотально выполнены жидкостным содержимым (12 человек); объемное образование клиновидной пазухи (один человек); дегисценции (2 человека). При отсутствии явного дефекта костных структур или твердой мозговой оболочки мы диагностировали спонтанную назальную ликворею по косвенным признакам: истончение костных структур без деструктивных изменений; наличие патологического содержимого ликворной плотности (в клиновидных и верхнечелюстных пазухах, сфеноэтмоидальных карманах, в задних ячейках решетчатого лабиринта). При оценке костей основания черепа были выявлены признаки остеопороза и широкие пахионовы грануляции. После проведенного оперативного лечения спустя год повторно обратились в клинику с назоликвореей 11 человек, через три года - трое и через пять лет - один. Ликворная фистула повторно была выявлена в области ситовидной пластинки (11 человек), в области стенок клиновидных пазух (4 человека). При контрольных КТ-исследованиях были выявлены костные дефекты стенок клиновидных пазух (4 человек), с наличием менингоцеле (2 человека); снижение плотности костей основания черепа (11 человек); резорбция костной основы лоскута, закрывавшего ликворную фистулу (8 человек); пахионовы грануляции (10 человек).

Выводы: прямыми признаками наличия ликвореи служат содержимое ликворной плотности в околоносовых пазухах и костные дефекты в их стенках. Косвенными признаками ликвореи являются истончение костных структур, содержимое ликворной плотности в околоносовых пазухах и его перераспределение при изменении положения тела пациента во время повторного сканирования. Признаками рецидива назальной ликвореи следует считать наличие костных дефектов, снижение плотности костей основания черепа и костной основы лоскута, а также его миграция, появление жидкостного содержимого в околоносовых пазухах.

Волков А.Г.¹, Трофименко С.Л.¹, Винникова Н.В.²

ЗНАЧЕНИЕ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА.

¹ФГБОУ ВО «Ростовский Государственный Медицинский Университет Минздрава России, Нахичеванский пер., 29, Ростов-на-Дону, Россия, 344022;

²МБУЗ Городская больница №1 им. Н. А. Семашко, 344000, Ростов-на-Дону, Россия.
г.Ростов-на-Дону, РФ, тел.+7 918 555 2835; e-mail: alvolk19@mail.ru.

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, колонизация *Pseudomonas aeruginosa* в носу, специфические Ig E к антигенам *Pseudomonas. aeruginosa* в сыворотке крови, топические бактериофаги.

Согласно последним позиционным документам по риносинуситам и полипам носа (Европейские документы EAACI – EPOS (2012)), полипы носа являются проявлением «особой формы хронического риносинусита, обусловленной бактериальной инфекцией с формированием хронического эозинофильного воспаления».

Цель исследования: Изучить спектр микробной флоры полости носа и титр специфических иммуноглобулинов E (IgE) в сыворотке крови пациентов хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС) и определить выбор терапии.

Материалы и методы исследования. Обследованы 52 пациента с хроническим полипозным риносинуситом, из них – мужчин -25, женщин - 27 человек, в возрасте от 29 до 67 лет, с длительностью заболевания от 7 до 26 лет. Помимо общеклинического обследования всем пациентам проведены следующие исследования:

1.микробиологическое исследование слизи из полости носа с выделением, идентификацией, подсчетом колоний бактериальной флоры и определением чувствительности к антибиотикам и фагам;

2.определение в сыворотке крови специфических антител класса E (IgE) к бактериальным антигенам в реакции иммуноферментного анализа (ИФА);

Результаты. У 9 пациентов выявлено наличие в мазке из носа *Pseudomonas aeruginosa* с 10^3 до 10^6 КОЕ/мл. При этом у 3-х пациентов - в виде монокультуры, у остальных в сочетании чаще со *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella spp.*

Особенность этой группы проявлялась более тяжелым клиническим течением. У всех больных ХПРС сочетался с бронхиальной астмой, наблюдался более быстрый агрессивный рост полипов в носу и в околоносовых пазухах с формированием полипозного пансинусита (по данным КТГ), у 2-х пациентов - были проявления осложнения в виде гнойного максиллярного синусита.

Спектр микробной флоры полости носа и спектр специфических IgE к антигенам *Ps. aer.* в сыворотке крови совпал у 8 пациентов.

Все пациенты получали комплексное лечение, которое включало курсы топических назальных глюкокортикостероидов, повторные курсы антилейкотриеновых препаратов перорально, антигистаминных препаратов последнего поколения в виде готовых метаболитов, а также системных антибиотиков с чувствительностью к выявленным *Ps. aer.* Клинический эффект был получен при проведении повторных курсов местного орошения полости носа бактериофагом «Секстафаг». При этом было достигнуто постепенное уменьшение в носу колонизации *Pseudomonas aeruginosa* до полного ее исчезновения.

Вывод. Можно считать целесообразным использование в терапии пациентов ХПРС специфических бактериофагов как монотерапии или в комбинации с антибиотиками.

Волков А.Г., Синельников Р. И.

СРАВНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ДИАГНОСТИКИ ФРОНТИТОВ.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону, Россия
г.Ростов-на-Дону, РФ, тел.+7 918 555 2835; e-mail: alvolk19@mail.ru.

Ключевые слова: риносинусит, фронтит, диагностика, неинвазивность.

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения острым риносинуситом (РС) болеет каждый седьмой человек, проживающий в странах Евросоюза, а в США данная патология развивается у 16% взрослого населения (Hoffmans R., 2011). В РФ острыми РС ежегодно болеет около 10 миллионов человек (Клешнин Д.А., 2005). Среди РС значительное место занимают фронтиты, которые могут проявляться в виде отечно-инфильтративной или экссудативной формах. Заболевание может отягощаться орбитальными и внутричерепными осложнениями, которые в свою очередь приводят к инвалидности, а нередко и к летальному исходу.

Целью нашего исследования было проведение и сравнение неинвазивных способов диагностики фронтитов у больных в ЛОР клинике РостГМУ, на базе ГБ№1 им. Н.А.Семашко г. Ростова-на-Дону по поводу острого и обострения хронического заболевания.

Материалы и методы. Работа выполнена на кафедре болезней уха, горла и носа в ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, на базе ЛОР отделений МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А. Семашко города Ростова-на-Дону».

В исследовании участвовала группа из 112 больных, которые проходили лечение в период с сентября 2015 года по декабрь 2017 года с клиническим диагнозом «фронтит». Исследование проводилось на основе добровольного согласия больного или законного представителя. Одновременно была выделена контрольная группа здоровых людей (30 человек).

За истинное значение принимался диагноз на основе сбора жалоб, анамнеза заболевания и жизни, эндоскопического исследования и данными компьютерной томографии. Дополнительно были проведены исследования с использованием трех методик неинвазивного исследования, разработанным и применяемым в нашей клинике: звукового скрининг-теста (СТ) на основе устройства для звуковой диагностики фронтита – (Патент РФ RU №2016130476), эхолокация прибором синускан (Sinuscan 201, ESPOO FINLAND), цифровой диафаногрфии (ЦД) (Патент РФ RU №2405432).

Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакетов программ «Statistica 6.0» и «Microsoft Office Excel» с учётом вычислительных методов, рекомендованных для биологии и медицины. Для более точного сравнения качества диагностики также рассчитывались: положительное (PPV) и отрицательное прогностические значения (NPV).

Проведена сравнительная характеристика способов исследования в диагностике фронтитов. Для цифровой ЦД получены следующие оценки качества диагностики: чувствительность - 85%, специфичность - 96%, NPV - 95% и PPV – 87%. Для устройства СТ чувствительность составила 82%, специфичность - 95%, NPV - 94% и PPV – 83%. Диагностические характеристики прибора «Синускан»: чувствительность – 91%, специфичность – 99%, NPV – 97% и PPV – 98%.

Выводы. Неинвазивные способы диагностики патологических процессов в лобных пазухах являются достоверными и могут использоваться в клинике.

Волков А.Г.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВДАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ.

ФГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ

г.Ростов-на-Дону, РФ, тел.+7 918 555 2835; e-mail: alvolk19@mail.ru.

Ключевые слова: лобные пазухи, переломы стенок, протезы, деминерализованные костные трансплантаты, восстановление конфигурации лица.

Рост травматизма в мире обусловлен урбанизацией, деградацией культуры и повышением человеческой агрессии. Значительное число травматических поражений приходится на носоглазничную область лица, включая структуры околоносовых пазух, вызывая их анатомические повреждения, функции и косметические нарушения.

Цель исследования: восстановление анатомии, функций поврежденных лобных пазух и симметрии лица.

Материалы и методы. В основу воздействия при переломах передних стенок лобных пазух с нарушением их конфигурации, анатомии и функций положены позиции Патентов РФ № 2622030 (опубл.08.06.2017.- Бюл. №16) и 24444302 (опубл.10.03.2012.- Бюл. № 7) с созданием опорной конструкции для протеза и остатков костных структур передних стенок лобных пазух.

Результаты и их обсуждение. Были оперированы 3 больных с компрессионными переломами передних стенок лобных пазух и межпазушных перегородок.

Использован оригинальный способ, позволяющий предупредить западение тканей лобной области в случаях разрушения лицевых стенок пазух и повреждения или отсутствия межпазушных перегородок как их опорных конструкций, при этом сохраняя анатомию и физиологические функции лобных пазух, а также восстанавливая конфигурацию лобной области.

Под эндотрахеальным наркозом экстраназально вскрыты лобные пазухи разрезом над надбровьями, при этом обнаруживают и выделяют дефект в лицевых стенках лобных пазух. Репонируют и сопоставляют между собой остатки костных стенок, удаляют мелкие и свободно лежащие фрагменты кости, пространство между ними заполняют сформированными адекватными по форме и размерам трансплантатами из деминерализованных костных трансплантатов (ДКТ), частично фиксирую их между собой или собственными костными структурами. После этого изготавливают лекало по форме и размерам передних стенок пазух из быстро застывающего полимерного материала. Лекало извлекают из просвета пазух и по нему из ДКТ формировали «лицевой» протез, устанавливая его на передние стенки пазух, поднимая скомпонованный протез передних стенок кверху до упора и временно фиксируя тампонами.

Затем, в зависимости от длины лицевых стенок пазух из ДКТ формируют 3 или 4 вертикальных опорных стержня, торцы которых конгруэнтны размерам и форме противоположных элементов верхней и нижней стенок пазух. После удаления тампонов из просвета пазух, стержни устанавливают на нижние стенки, поднимают ткани скомпонованных стенок до упора, закрывая всю внутреннюю поверхность верхней стенки, после чего проверяют симметричность поверхности лба, а рану мягких тканей послойно ушивают.

Выводы. Возможность предупреждения западения мягких тканей лба в просвет пазух из-за разрушения их опорной конструкции вследствие компрессионного перелома рекомендуется широко использовать.

Гагауз А.М., Мельник О.К.

«ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АДЕНОТОМИЯ»

Клиника Микрохирургия глаза-Клиника ЛОР-болезней

2038, Молдова, г.Кишинев, ул.Зелинского,15

Для корреспонденции: Барладян Алена Владимировна, тел.-+37360042950,

e-mail: alena.yarovaya.89@mail.ru

Ключевые слова: аденоотомия, эндоскопическая аденоотомия, аденоидные вегетации

Гипертрофия аденоидов у детей является одной из наиболее частых причин обращения за плановой консультацией к оториноларингологу. Вплоть до настоящего времени в разных клиниках отсутствует единый подход, как к диагностике данного заболевания, так и к выбору методов консервативного и хирургического лечения.

До сих пор широко используются пальцевое исследование носоглотки и рентгенография носоглотки в боковой проекции. Наиболее же информативным методом диагностики является эндоскопия (или видеоэндоскопия) носоглотки, которая позволяет не только оценить размер глоточной миндалины (аденоидов), но и объективно характеризовать ее анатомические взаимоотношения с глоточными устьями слуховых (евстахиевых) труб, внутриносовыми структурами и степень воспалительных изменений.

Цель исследования: Преимущество эндоскопической аденоотомии с использованием микродебридера и лазерной коагуляции на гибком волокне под видеонаблюдением.

Материалы и методы: Были прооперированы 316 детей в возрасте от 3 до 15 лет, из которых 249 было произведено хирургическое вмешательство методом эндоскопической аденоотомии, для остальных пациентов был выбран классический метод аденоотомии с помощью аденоотома без контроля под видеонаблюдением.

Результаты и обсуждения: Исследование показало, что у детей, которые были прооперированы эндоскопическим методом с помощью микродебридера и жесткого эндоскопа 0° и 30° фирмы Karl Storz с трансляцией изображения операционного поля в HD-качестве на большой монитор, что позволяет, с одной стороны, тщательно удалить лимфоидную ткань носоглотки с целью достижения максимально возможного восстановления носового дыхания и функции слуховой (евстахиевой) трубы, а с другой – наиболее деликатно работать в таких зонах, как задние отделы перегородки носа, трубный валик и др., во избежание ранних (кровотечения) и поздних (рубцовые изменения) осложнений. Прооперированные пациенты наблюдались в течении 4 лет, осмотр проводился один раз в 3-6 месяца при помощи гибкого ринофарингоскопа фирмы Karl Storz, с трансляцией изображения в HD-качестве на монитор и под контролем конусно-лучевой компьютерной томографии. Среди пациентов, которым проводилась эндоскопическая аденоотомия, было отмечено 6 случаев рецидива. Во второй группе пациентов, для которых был выбран классический метод аденоотомии с помощью аденоотома, было выявлено 23 случая рецидива. Только при эндоскопических операциях стало возможным использование таких высокотехнологичных инструментов, как микродебридер, хирургический лазер, холодноплазменные и радиочастотные инструменты. В то время как у второй группы детей, прооперированных классическим методом аденоотомии, в некоторых случаях были выявлены остатки лимфоидной ткани, что в будущем могло привести к повторному затруднению носового дыхания, и, как следствие, повторному хирургическому вмешательству.

Выводы: Исходя из проведенных нами наблюдений можно утверждать, что эндоскопическая аденоотомия с использованием микродебридера под контролем видеонаблюдения снижает риск вероятности рецидива (повторного «разрастания»), и, тем самым, позволяет пациентам избежать повторного хирургического вмешательства.

Голубев Л.А.¹, Пашкова С.В.¹, Портнов В.Г.¹

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АГРЕССИВНОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ РЕПАРАТИВНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

¹ГБУЗ ЛОКБ, отделение оториноларингологии.

Ключевые слова: гигантоклеточная репаративная гранулема; репаративная гранулема; гигантоклеточная репаративная гранулема верхней челюсти; агрессивная гигантоклеточная репаративная гранулема; селективная эмболизация.

Цель исследования. Проанализировать редкий клинический случай агрессивной центральной гигантоклеточной репаративной гранулемы верхней челюсти с оценкой эффективности проведенного обследования и хирургического лечения.

Материалы и методы. Проанализирован опыт обследования и лечения одной пациентки с атипичным течением гигантоклеточной репаративной гранулемы верхней челюсти. Возраст на момент первичного обращения 18 лет; период наблюдения 5 месяцев.

Результаты и обсуждение. Предположительно пусковым фактором заболевания явилось травматичное удаление 18 зуба в 2015 г. В течение года после удаления зуба пациентка отметила два эпизода носового кровотечения. В сентябре 2017 г. развилось обильное носовое кровотечение из правой половины носа. Первое обращение к врачу оториноларингологу через 2 месяца, выполнена Rg ППН - тотальное затемнение правой гайморовой пазухи. После диагностической пункции правой верхнечелюстной пазухи развилось профузное носовое кровотечение, потребовалась госпитализация в лор отделение ГБУЗ ЛОКБ.

При поступлении в лор отделение ГБУЗ ЛОКБ риноскопическая картина без особенностей, пальпация в проекции верхнечелюстных пазух носа безболезненная, лицо симметричное. Выполнена спиральная компьютерная томография головы с ангиографией и построением 3D реконструкции - гиперваскуляризированное образование с кистозной трансформацией в правой гайморовой пазухе, деструкция медиальной, латеральной, нижней стенок правой верхнечелюстной пазухи.

Принято решение выполнить радикальную операцию на правой верхнечелюстной пазухе с предварительной селективной эмболизацией верхнечелюстной ветви наружной сонной артерии. После эмболизации и контрольной ангиографии выполнена радикальная операция на правой гайморовой пазухе, с минимальным кровотечением тотально удалено новообразование с последующим кюретажем стенок пазухи. Послеоперационный период протекал без осложнений.

По результатам гистологического исследования с последующим иммуногистохимическим исследованием - гигантоклеточная репаративная гранулема.

Контрольная КТ ППН через 1 и через 3 месяца не выявила рецидива заболевания.

Выводы. Предварительная эмболизация верхнечелюстной ветви наружной сонной артерии перед радикальной операцией позволила снизить риски интраоперационного кровотечения и выполнить кюретаж верхнечелюстной пазухи, что особенно важно при агрессивных гигантоклеточных репаративных гранулемах. При наличии у пациента в анамнезе односторонних носовых кровотечений и находок на Rg ППН при отсутствии данных за острый процесс, мы рекомендуем воздержаться от инвазивных манипуляций в пользу дополнительного обследования.

Золотова Т.В., Манукян А.Г., Манченкова И.И.

ПАТОЛОГИЯ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ КАК ПРИЧИНА ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

ГБОУ ВО РостГМУ

344022, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону

г.Ростов-на-Дону, Российская Федерация, 89281049101, e-mail: zolotovatavik@gmail.com

Ключевые слова: дисфункция слуховой трубы, носоглотка, ринологические причины, тугоухость, экссудативный средний отит.

Экссудативный средний отит (ЭСО) – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний современной оториноларингологии, особенно у детей.

Цель исследования – уточнение причин ЭСО при изучении состояния полости носа, носоглотки, отоскопической картины и особенностей экссудата среднего уха больных.

Материалы и методы. Обследовано 33 больных с ЭСО до и после шунтирования барабанной полости, из них 21 ребёнок (4–18 лет) (63,6%) и 12 взрослых (18–55 лет) (36,4%). Помимо рутинного исследования ЛОР органов проводили отомикроскопию и эндовидеоскопию полости носа и носоглотки, используя риноскопы с оптическими трубками 0°, 30° (STORZ), импедансометрию, тональную пороговую аудиометрию. Во время шунтирования барабанной полости получали транссудат при тимпанопункции, оценивали его визуально, исследовали полученную патологическую жидкость методом тезиграфии и сопоставляли полученные данные. Устанавливали причины ЭСО, определяющие тактику лечения.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что причинами ЭСО явилась дисфункция слуховой трубы вследствие наличия аденоидных вегетаций у 14 детей (42,4%), гипертрофии лимфоидного кольца глотки у 5 (15,1%), несостоятельности функции мягкого нёба у 2-х (6,1%) из-за врождённой патологии, перенесённых ОРВИ на фоне хронического гипертрофического ринита и искривления перегородки носа у 6 взрослых (18,2%), перелёта в самолёте при признаках острого ринита - у 1 (3%), опухоли носоглотки – у 3-х (9,1%), хронического полипозного риносинусита – у 1 (3%), хронического персистирующего аллергического ринита – у 1 больного (3%). При аудиометрии у всех больных выявлены признаки нарушения звукопроводения. Тимпанограмма соответствовала «типу В» у 24, «типу С» у 9 человек. У всех больных комплексное консервативное лечение было неэффективно, в связи с чем им проводилось шунтирование барабанной полости и, по показаниям, коррекция внутриносовых структур и носоглотки, детям – одномоментная аденотомия или аденотонзиллотомия под эндотрахеальным наркозом. Взрослым шунтирование осуществляли под местной анестезией. Опухоль носоглотки у всех 3-х больных была выявлена впервые только в результате прицельного обследования, эти больные после шунтирования направлены к онкологу. Отоскопическая картина и слуховая функция зависели от состояния структур полости носа и носоглотки и значительно варьировали. Имело место, как втяжение серой, бледной барабанной перепонки, так и её выпячивание, утолщение или истончение, рубцовые изменения, ретракционные карманы. У большинства детей с ЭСО, полученный при шунтировании транссудат был светло-жёлтого цвета, густой, тягучий, с трудом удаляемый с помощью вакуум насоса. При тезиграфии густой экссудат давал более насыщенный кристаллографический рисунок. Флюктуация слуха и отсутствие болевого синдрома способствовали позднему обращению и диагностике ЭСО.

Выводы. Причинами ЭСО в большинстве случаев являются нарушения структур полости носа и носоглотки. Эндоскопические методы позволяют своевременно диагностировать эти нарушения и проводить их коррекцию с устранением тугоухости.

Завалий М.А., Кубышкин А.В., Завалий А.А.

ВЛИЯНИЕ МУКОАКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НА УРОВЕНЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ РИНОСИНОСИТОМ

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
г. Симферополь, Республика Крым, e-mail: mariannazavaliy@gmail.com, м.т. +79787125902

Ключевые слова: риносинусит, острое воспаление, мукоактивные препараты

Цель исследования. Провести сравнительный анализ особенностей течения катаральной и гнойной форм острого риносинусита (ОРС) на основании изучения параметров протеиназного ингибиторной системы сыворотки крови и синоназального секрета при фармакологической коррекции с использованием мукоактивных препаратов различного механизма действия.

Материалы и методы. Нами пролечено 103 больных с ОРС. Первую группу составили 45 человек катаральным, 2-ю группу 48 больных гнойным воспалительным процессом. Базовое лечение в группах проводилось согласно современным стандартам. Лечение в подгруппах отличалось мукоактивным препаратом: N-ацетилцистеин (АЦЦ), растительный фитониринговый препарат (ВНО-101), S-карбоксиметилцистеин (КМЦ). Контрольные подгруппы составили больные с катаральным и гнойным ОРС (по 10 человек), которые в комплексе лечения мукоактивные препараты не получали. Курс лечения в первой группе составил 7 дней, во второй - 10 дней. Взятие материала проводили в начале лечения, в середине и в конце курса. Материалом для исследования являлась периферическая кровь и синоназальный секрет больных ОРС. В разные сроки лечения проведены исследования уровня антитрипсиновой активности, эластазоподобной активности, трипсиноподобной активности, количественное содержание общего белка и кислотостабилизирующего ингибитора в сыворотке крови и в синоназальном секрете.

Результаты и их обсуждение. Было установлено, что у больных ОРС при обращении уровень протеолитической активности как в крови, так и в синоназальном секрете имел статистически достоверное различие по сравнению с показателями нормы, более грубые нарушения выявлены у больных с гнойным ОРС, как в крови, так и в синоназальном секрете. Реакция на воспаление ярче была выражена в синоназальном секрете и превышала норму в 3-4 раза. В процессе лечения у всех пациентов отмечалась положительная динамика. Существенные различия отмечены по срокам лечения. При катаральном воспалении показатели в крови были максимально приближены к норме на седьмой день. Достоверное различие с нормой сохранялось в контрольной группе, а также с применением АЦЦ, в подгруппе с препаратом ВНО-101 различия не выявлено. Такую же закономерность продемонстрировали показатели в синоназальном секрете. У пациентов с гнойной формой ОРС к третьему дню лечения во всех группах по всем показателям сохранялись достоверные признаки воспаления. В синоназальном секрете по окончании курса лечения клинические симптомы заболевания полностью были купированы, все исследуемые показатели имели тенденцию к нормализации, большинство из них сохраняли достоверные различия с нормой. Выявлено, что АЦЦ и КМЦ в короткие сроки показывают бо'льшую клиническую эффективность при лечении гнойного острого риносинусита, что обусловлено фармакологическим действием данных препаратов. В свою очередь, растительный препарат ВНО-101 демонстрирует клинический эффект в условиях как катарального, так и гнойного острого риносинусита.

Выводы. 1. Применение препарата ВНО-101 сопровождается уменьшением активности протеиназы и ростом КСИ в сыворотке крови, в то время как в синоназальном секрете наблюдается преимущественно рост ингибиторного потенциала за счёт увеличения антитриптической активности.

2. Применение АЦЦ и КМЦ сопровождается снижением острой воспалительной реакции в сыворотке крови, а в синоназальном секрете в большей степени характеризуется уменьшением трипсиноподобной и эластазоподобной активности.

3. Полученные результаты обосновывают необходимость дифференцированного подбора мукоактивного препарата для лечения катаральной и гнойной формы острого риносинусита.

Завалий М.А., Филоненко Т.Г., Завалий А.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
г. Симферополь, Республика Крым, e-mail: mariannazavali@gmail.com, м.т. +79787125902

Ключевые слова: морфология, мерцательный эпителий, риносинусит, хроническое воспаление

Цель работы. Определить объективную характеристику структурных изменений слизистой оболочки различных отделов полости носа и околоносовых пазух.

Материалы и методы. Проведено морфологическое исследование слизистой оболочки у 148 больных, которым было выполнено эндоскопическое оперативное вмешательство по поводу хронического гнойного риносинусита. Взятие материала проводилось интраоперационно под контролем эндоскопа из среднего носового хода в области полулунной щели. Образцы слизистой оболочки верхнечелюстных пазух были взяты только у 113 больных, которым выполнялась гайморотомия. Биоптаты брали с медиальной стенки пазухи возле естественного соустья, нижней, латеральной и верхней стенок. Обязательно во всех случаях удалялись патологические ткани: полипы, полипозноизмененные участки слизистой оболочки, кисты. Все удаленные ткани подвергались морфологическому исследованию с последующим анализом. Проводилась световая и электронная микроскопия, а также проводилась макроскопическая оценка анатомических структур, слизистой оболочки в области остиомаентального комплекса и оперируемых околоносовых пазух.

Результаты и их обсуждение. При световой микроскопии эти изменения сводились к дистрофическим проявлениям в клетках эпителия и их десквамации в просвет пазух. В собственном слое слизистой оболочки во всех биоптатах отмечалась диффузная лимфогистиоцитарная и лейкоцитарная инфильтрация с единичными плазматическими клетками. Наиболее выраженные изменения слизистой наблюдались в среднем носовом ходе и на медиальной стенке в области естественного соустья пазухи, соответственно у 93 больных (86%) и у 99 больных (92%). На нижней стенке пазухи у 89 больных (82%), а на верхней и латеральной соответственно у 65 больных (60%) и 69 (64%).

При электронной микроскопии обнаружены полиморфные изменения в эпителиальном слое слизистой оболочки околоносовых пазух и среднем носовом ходе, которые проявлялись рядом необратимых нарушений и компенсаторно-приспособительными процессами. Нами обнаружено увеличение количества бокаловидных клеток (БК), находящихся в условиях гиперсекреции. БК располагались не только между реснитчатыми и вставочными клетками, но и образовывали группы по 2-3 клетки, плотно прилегающие друг к другу. БК нормального или малоизмененного строения встречались редко. Следует отметить, что в области среднего носового хода у больных с деформацией перегородки носа в этой области обнаруживались в основном БК с уменьшенным количеством секреторных гранул в цитоплазме и сниженной функцией секреции этих клеток.

Длительно сохраняющаяся компенсаторная возможность клеток эпителия проявляется такими изменениями, как наличие больших митохондрий в БК, появление компенсаторных цитоплазматических выпячиваний в мерцательных (МКл) и вставочных клетках; скопление большого количества митохондрий в апикальной части МКл. При длительно протекающих и часто рецидивирующих гнойных синуситах компенсаторная возможность истощается и проявляется деструктивными изменениями в клетках эпителия.

Вывод. Таким образом, морфологические изменения в слизистой оболочке среднего носового хода и верхнечелюстных пазух при хроническом процессе имеют общепатологический характер. Типичной локализацией выраженных признаков хронического воспаления в верхнечелюстных пазухах можно считать область естественного соустья, что может являться критерием для определения показаний к хирургическому лечению по результатам взятия биопсии в предоперационном периоде.

КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СИНОАЗАЛЬНЫХ ИНВЕРТИРОВАННЫХ ПАПИЛЛОМ

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова» Минздрава РФ, кафедра оториноларингологии с клиникой

² ООО «СОГАЗ Профмедицина»

³ ФГБУ «КДЦ с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации»

Ключевые слова: синоназальная инвертированная папиллома, конусно-лучевая компьютерная томография

Цель. Оценка клинических и рентгенологических особенностей синоназальных инвертированных папиллом по данным конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) для улучшения качества диагностики и планирования оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни и данные КЛКТ 44 пациентов (27 мужчин (60 %), 17 женщин (40%)) в возрасте от 19 до 77 лет с гистологически верифицированным диагнозом ИП. Всем пациентам выполнялось оперативное лечение эндоскопическим эндоназальным методом в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова с 2008 по 2017 год. По данным КЛКТ оценивалось наличие затенения в проекции полости носа и околоносовых пазух (ОНП), однородность и характер распространения затенения, целостность костных структур и наличие зон гиперостоза и остеита. Далее производилась комплексная оценка рентгенологических и симптоматических данных.

Результаты. Ведущими симптомами являлись односторонняя назальная обструкция (26 пациентов (59,1%)), рецидивирующее течение гнойно-воспалительных процессов в полости носа и околоносовых пазух (20 пациентов (45,5%)). 38 пациентов (86,4%) отмечали периодическое отделяемое из носа слизистого/слизисто-гнойного характера. 14 пациентов (31,8%) отмечали снижение/потерю обоняния в течение длительного времени. 2 пациента (4,6%) не предъявляли оториноларингологических жалоб, патологическое содержимое ОНП было выявлено при подготовке к стоматологическим вмешательствам. При оценке КЛКТ 44 пациентов в 18 (40,9%) случаях определялось одностороннее затенение полости носа и решетчатого лабиринта: в 10 случаях справа, в 8 – слева; в 8 (18,2%) – левой верхнечелюстной пазухи, в 7 (15,9%) – правой верхнечелюстной пазухи, 7 (15,9%) – полости носа с одной стороны и смежной верхнечелюстной пазухи: в 4 случаях справа, в 3 – слева; в 3 случаях (6,8%) – одностороннее затенение полости носа образованием, исходящим из перегородки носа; в 1 случае (2,3%) определялось одностороннее вовлечение всех ОНП и полости (слева). Полученные данные соответствуют данным литературы. Из 44 случаев процесс носил односторонний характер в 36 случаях (81,2%), в 8 случаях (18,2%) наблюдалось субтотальное двустороннее затенение полости носа и ОНП. В случае одностороннего затенения вышеуказанные рентгенологические характеристики в различных сочетаниях наблюдались в 33 случаях (75,0%). Во всех 8 случаях двустороннего затенения полости носа и ОНП отмечалось истончение костных перемычек решетчатого лабиринта, из них в 5 случаях (11,4%) отмечены включения повышенной рентгенологической плотности, в 4 случаях (9,1%) – истончение костных структур зоны остеомаатального комплекса. Таким образом, различные рентгенологические изменения по данным дооперационной КЛКТ определялись у 41 (93,1%) пациента с гистологически верифицированным диагнозом ИП после эндоскопического эндоназального лечения.

Выводы. Тщательный анализ КЛКТ и сопоставление клинических данных позволяет предположить наличие у пациента ИП. Пациентам с длительно существующими симптомами назальной обструкции и/или рецидивирующим течением гнойно-воспалительных заболеваний полости носа и ОНП рекомендовано выполнение КЛКТ ОНП. Совместная оценка полученных неспецифических клиничко-рентгенологических данных оториноларингологом и рентгенологом улучшает качество диагностики патологии полости носа и ОНП, включая синоназальную ИП, позволяет выбрать наиболее оптимальный подход и объем оперативного вмешательства. Однако основным методом постановки диагноза является патоморфологическое исследование операционного/биопсийного материала.

Карпищенко С.А., Зубарева А.А., Шахназаров А.Э., Фаталиева А.Ф.

КЛИНИКО-ЛУЧЕВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВОЗВЫШЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ ПОЛОСТИ НОСА (NASAL SWELL BODY - NSB) У ПАЦИЕНТОВ РИНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова» Минздрава РФ, кафедра оториноларингологии с клиникой

Ключевые слова: конусно-лучевая компьютерная томография, NSB, носовое дыхание

Цель исследования: Оценить влияния возвышения перегородки носа (nasal septal swell body - NSB) на носовое дыхание по данным КЛКТ

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Обследовано 50 пациентов (мужчин — 27, женщин — 23, в возрастном интервале от 21 до 58 лет) с хроническими заболеваниями полости носа и околоносовых синусов. При этом, наряду с клиничко-инструментальными исследованиями (полный оториноларингологический осмотр, эндоскопия полости носа с применением 0° и 30° эндоскопов, исследование функции носового дыхания), всем 50 пациентам была выполнена конусно-лучевая компьютерная томография околоносовых пазух (КЛКТ ОНП) на объемном томографе Galileos с программным обеспечением Galaxis. Проведена сравнительная оценка КЛКТ у контрольной группой с отсутствием клинической картины и изменений на КЛКТ.

Результаты: По данным проведенных исследований жалобы больных заключались в затруднение носового дыхания дискомфорте и/или болевом синдроме в проекции пораженной пазухи, наличие выделений из полости носа (слизистого, слизисто-гнойного характера), субфебрилитет. При эндоскопическом осмотре удалось выявить изменения: застойная гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа — 100% случаев (47 пациентов), искривление перегородки носа - 64% (32), увеличение в размерах носовых раковин — 86,3% (32), слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе — 44,2% (22), полипозные изменения в области средних носовых раковин — 48,4% (26) и зоны хоан — 11,6% (5), которые характеризовались формированием солитарных полипов. Степень отклонения возвышения перегородки носа оценивали исходя из эндоскопической визуализации средней носовой раковины: обозримость в 38% случаев (19 пациентов) > 50% средней носовой раковины, в 48% случаев (24 пациента) обозримо < 50% средней носовой раковины, в 16% (8) средняя раковина не доступна осмотру

Алгоритм анализа КЛКТ включал качественный и количественный анализ. Положение перегородки носа: срединное - 8%(4), гребни 43% (15), шипы 31,5%(10), девиации 48%(19). Снижение пневматизации околоносовых синусов: в виде ограниченного пристеночного — в 28,4% случаев (17 человек), кистоподобного — в 15,8% случаев (5), в виде полиповидного утолщения слизистой оболочки пазухи — в 38,9% случаев (27). Нижние носовые раковины увеличены в 76% (38), средние носовые раковины: concha bullosa в 20% (10), полипозно изменена в 34%(16). Количественный анализ включил средний размер возвышения перегородки носа в исследуемой группе составил: у пациентов хроническими полипозными риносинуситами составил 12.84 ± 1.62 мм, при наличии деформации перегородки носа 11.62 ± 1.32 мм, без септального отклонения 10.83 ± 1.42 мм, с хроническим ринитом 12.64 ± 1.62 мм. В контрольной группе средний размер возвышения перегородки носа составил 10.47 ± 1.32 мм, что показывает достоверную разницу с исследуемой группой. В ходе определения оптической плотности изображения зоны возвышения перегородки носа 732 ± 9 отмечено, не имеет достоверных различий с плотностью в контрольной группе 658 ± 5

Вывод: Таким образом в результате нашего исследования КЛКТ является оптимальным диагностическим методом выявления возвышения перегородки носа. В результате проведенного анализа изображений компьютерных томограмм у лиц с хроническими заболеваниями носа и околоносовых пазух выявлено, что размеры возвышения перегородки больше в отличии от контрольной группы.

Карпищенко С.А., Александров А.Н., Болознева Е.В., Фаталиева А.Ф.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В РЕДУКЦИИ NASAL SWELL BODY

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова» Минздрава РФ, кафедра оториноларингологии с клиникой

Ключевые слова: полупроводниковый лазер, 970 нм, NSB, возвышение перегородки носа.

Цель исследования: оценить состояние носового дыхания до и после лазерной коррекции возвышения перегородки носа (nasal septal swell body- NSB) у пациентов с вазомоторным ринитом

Материалы и методы: Исследование проводилось в клинику оториноларингологии ПСПБГМУ им.акад. И. П. Павлова. Обследовано 32 пациента (мужчин — 13, женщин —19, в возрастном интервале от 21 до 44 лет) с хроническими вазомоторным ринитом и NSB. При обследовании больных с вазомоторным ринитом в сочетании с возвышением перегородки носа проводились: анализ жалоб, анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр с применением эндоскопической техники, передняя активная риноманометрия с определением суммарного объемного потока и суммарного сопротивления, компьютерная томография. Для субъективной оценки назальной обструкции мы использовали адаптированную и модифицированную шкалу NOSE (NOSE - nasal obstruction symptom evaluation). Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 17 пациентов, которым выполнена поверхностная контактная лазерная вазотомия нижних носовых раковин и зоны возвышения перегородки носа с помощью полупроводникового лазера с длиной волны 970 нм. Во 2-ю группу вошли 17 пациентов с той же патологией, которым выполнялась лазерная вазотомия, без редукции зоны возвышения перегородки носа, они и составили контрольную группу.

Результаты исследования: Проведенное тестирование у всего обследованного контингента по шкале NOSE в среднем составило от 8 до 15 баллов в обеих группах.

В ходе проведенного исследования среднее значение СОП суммарного объемного потока до операции составило 393,0 см³/с, среднее значение СС суммарного сопротивления 0,34 Па/см³/с. После пробы с анемизацией нижних носовых раковин без зоны возвышения перегородки носа СОП 482 см³/с, а СС 0,41 Па/см³/с. СОП с анемизацией как нижних носовых раковин, так и зоны возвышения перегородки носа составило СОП 514 см³/с, а СС суммарного сопротивления 0,31 Па/см³/с. На 7-е сутки после проведения лазерного воздействия результаты у пациентов 1-й группы СОП составили 593,0 см³/с, СС - 0,38 Па/см³/с. Объем суммарного потока у пациентов 2-й группы 543,0 см³/с, а суммарное сопротивление - 0,37 Па/см³/с. У пациентов 1-й группы через 1 месяц после операции наблюдалось улучшение дыхательной функции носа за счет увеличения СОП и снижения СС, достигающее уровня нормативных показателей суммарного объемного потока и сохраняющееся на том же хорошем уровне через 3 месяца. Во 2-й группе через 1 и 3 месяца после операции также отмечаются увеличение СОП и снижение СС, уровень которых соответствует нижней границе нормы. Однако, по результатам шкалы NOSE у 8 пациентов выявлено сохранение незначительной назальной обструкции равной 4 баллам, что субъективно проявлялось как нехватка носового дыхания при физической нагрузке.

Выводы: В результате проведенного сравнительно анализа между 1-ой и 2-ой группой пациентов существенной разницы при измерении СОП и СС в послеоперационном периоде не получено. При этом пациенты 2-ой группы в 47% (8) случаев отмечают недостаточность носового дыхания по шкале NOSE. Из чего следует, что возвышение перегородки участвует в регулировании воздушных потоков в полости носа. Необходимость редукции этой области носовой перегородки крайне важна для достижения благоприятных результатов оперативного лечения, обеспечивающего полноценное носовое дыхание. Установленная тенденция очевидно свидетельствует о необходимости проведения исследования в этом направлении.

Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Карпов А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОЙ И РЕВИЗИОННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ.

ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ

ФГОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, кафедра оториноларингологии с клиникой, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. Тел: (812) 338-71-76, e-mail e-mail: artemiykarpov@mail.ru

Ключевые слова: обструкция носослезного канала, дакриоцисториностомия, силиконовый стент, эндоскопическая эндоназальная хирургия.

Цель исследования. Оценить эффективность эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии (ЭДЦРС) в лечении стенозов дистальных отделов слезоотводящих путей при первичном эндоскопическом вмешательстве, а также при ревизионной хирургии.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ клинических данных 124 пациентов (12 мужчин (9,6%), 112 женщин (90,4%)) с обструкцией носослезного канала, которым выполнялась эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в период с января 2015 по январь 2018 года. В исследуемую группу были включены как пациенты, которым данное вмешательство выполнялось впервые, так и пациенты которым потребовалась реоперация.

Результаты и обсуждение. В группе первичных хирургических вмешательств ЭДЦРС оказалась эффективной у 111 пациентов (89.5 %). У 13 (10.5%) пациентов оперативное лечение оказалось неэффективным. Таким пациентам была рекомендована ревизионная операция с постановкой биканаликулярного силиконового стента. В послеоперационном периоде у большинства пациентов (84.5%) рецидива стенозирования не наблюдалось.

Выводы. Опыт нашей кафедры показывает высокую эффективность эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии в лечении пациентов с обструкцией слезных путей дистальнее слезного мешка, как при первичной операции, так и при ревизионном вмешательстве. У пациентов с неудачным исходом после первичной ЭДЦРС важно определить причину закрытия неосоустья и на основании этих данных выбрать метод ревизионной хирургии, что, в итоге, может улучшить конечный показатель успеха операции.

Карпищенко С.А., Катинас Е.Б., Соловьев М.М., Зайнчуковский М.С.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ АСИММЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ РИНОГЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова кафедра оториноларингологии с клиникой и СПбГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»

Ключевые слова: деформация средней зоны лица, метод оценки симметрии лица, синдром немого синуса, ателектаз верхнечелюстной пазухи.

Цель исследования: Разработать методику оценки симметрии средней зоны лица.

Материалы и методы: На современном этапе отсутствует простая физиологичная методика оценка симметрии лица, позволяющая врачу оценить деформацию лица при первичном осмотре. Врачами оториноларингологами асимметрия лица не рассматривается как диагностический признак.

В период с 2015 по 2017 г., на отделении «Челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии» ГМПб№2 города Санкт-Петербурга, являющаяся клинической базой кафедры «Оториноларингологии с клиникой» и кафедры «Челюстно-лицевой хирургии» ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова обследованы 650 пациентов обратившихся по различным причинам к отоларингологу, офтальмологу и челюстно-лицевому хирургу. Всем больным проводилась объективная оценка симметрии лица, разработанным нами методом, (совместно с доц. Е.Б. Катинас, доц. зав. отделением ЧЛХ М.М. Соловьевым).

Способ оценки деформации средней зоны лица, основан на построении прямых линий между костными ориентирами и кривых, построенных по светотеневым и мягкотканым линиям лица. Оценка проводилась по фотографиям в 4х проекциях фас, анфас, полуанфас, аксиальная проекция.

Различные деформации средней зоны лица были выявлены в 200 случаях. В 98% выявленная таким способом деформация лица подтверждалась конусно-лучевой компьютерной томографией.

Результаты и их обсуждение: Из всех, обследованных больных риногенные деформации средней зоны лица были выявлены у 80 пациентов. Из них с ателектазом верхнечелюстных пазух - 48 человек, с Распространенный полипоз околоносовых пазух - 6 человек. Болезнь оперированной пазухи - 12 человек. Мукоцеле лобных и решетчатых пазух - 14 человек.

Выводы: Оценка симметрии средней зоны лица является актуальной и необходимой при первичном приеме у отоларинголога.

Разрабатываемый нами метод диагностики деформации средней зоны лица, является простым и удобным для исполнения на уровне первичного звена. Данная методика применима для скрининга с риногенной деформацией средней зоны лица, позволяет заподозрить патологию и направить больного и КЛКТ ППН.

Ким А.С.

ГИПЕРТРОФИЯ ЛИМФОКОЛЬЦА ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ.

МБУЗ «городская больница № 1» г. Ростова-на-Дону, г. Ростов-на-Дону, Россия, тел. +79185627236, anastasiya.bachurina@inbox.ru

Ключевые слова: гипертрофия лимфокольца глотки, аденотонзиллэктомия, аденотонзиллотомия, цитокины, иммуноферментный анализ.

Гипертрофия лимфокольца глотки является одним из самых распространенных заболеваний в детской оториноларингологии. Рецидивирующее и хроническое воспаление миндалин часто приводит к их гипертрофии, но не всегда при наличии гипертрофии лимфокольца глотки наблюдаются выраженные воспалительные изменения в миндалинах. Миндалины рото- и носоглотки входят в состав MALT – лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистой оболочкой верхних дыхательных путей, которая участвует в развитии иммунных реакций. Цитокины играют немаловажную роль в развитии воспалительных и невоспалительных заболеваний лимфокольца глотки.

Цель исследования: изучение степени выраженности воспаления в гипертрофированных миндалинах лимфокольца глотки у детей.

Материалы и методы. В исследованиях приняли участие 30 детей в возрасте от 5 до 14 лет, перенесших аденотонзиллотомию или аденотонзиллэктомию по поводу патологии лимфокольца глотки. Все операции выполнялись под общим обезболиванием. Больные были разделены на 2 группы: в 1 группу включено 14 детей, которые перенесли аденотонзиллотомию; во 2 группу включено 16 детей, которым выполнили аденотонзиллэктомию. В качестве показателей выраженности воспаления были избраны: фактор некроза опухоли- α (TNF- α) и интерлейкины IL-1 β , IL-6. В слюне определяли содержание исследуемых цитокинов методом иммуноферментного анализа с помощью наборов ЗАО «Вектор Бест» (Россия). Результаты исследований обрабатывали с использованием пакета «Statistica 12». Для проверки статистических гипотез относительно различия средних использовали непараметрический U критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Результаты исследований показали, что содержание цитокинов в слюне у детей, перенесших аденотонзиллотомию и аденотонзиллэктомию, имеет ряд отличий. У детей, перенесших аденотонзиллэктомию, исходное содержание IL-1b достоверно превышало таковые значения у детей, перенесших аденотонзиллотомию, в 1,5 раза (95%, $p = 0,00593$). Содержание IL-6 и TNF- α в слюне у детей перед операцией было также выше, чем у детей второй группы, но достоверные данные не получены.

Выводы. При сравнении исходных результатов между группами выявлены следующие закономерности: содержание всех цитокинов оказалось выше у больных с признаками воспаления гипертрофированных миндалин (вторая группа), но достоверно это повышение было только в содержании IL-1 β . В послеоперационном периоде достоверных изменений цитокинов не обнаружено. Возможно, такие изменения цитокинов объясняются большим объемом поврежденной ткани миндалин при наличии воспалительных изменений по сравнению с истинной гипертрофией, поскольку IL-1b относится к медиаторам ранней реакции на повреждение и связан с процессом распознавания повреждающего фактора и инициацией продукции дистальных медиаторов цитокиновой сетью.

Киселев В.В., Лукашевич М.Г., Лукашевич Ю.Н.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С АДЕНОИДАМИ.

ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия.

Для корреспонденции: тел. +7(928)7593833, e-mail: vladkis2003@yandex.ru.

Ключевые слова: аденоиды, часто болеющие дети, иммунологическое обследование.

В мировой литературе в последнее время появилось важное понятие – «единый дыхательный путь» (United Airways). Поэтому проблема часто болеющих детей (ЧБД) интересует врачей разных специальностей – иммунологов, инфекционистов, педиатров и оториноларингологов.

Целью настоящей работы является изучение комплексного подхода к консервативному лечению аденоидов в группе ЧБД, когда ребенка наблюдает не только ЛОР врач, но и педиатр, и иммунолог. Под нашим наблюдением находились 78 истинно ЧБД (от 8 и более эпизодов ОРВИ в год, индекс резистентности 2,6) в возрасте от 3-х до 6 лет. У всех детей были диагностированы аденоиды – у 22-х детей III степени, у 36 – II степени, у 20 – аденоиды I степени. Группу сравнения составили 25 спорадически болеющих детей (СБД). При серологическом обследовании у 48 детей 1 группы (группа 1А) обнаружены маркеры персистирующих инфекций: IgG к EBNA – у 100% больных, в том числе сочетание вируса Эпштейна-Барра (ХЭБВ) с вирусом простого герпеса (ВПГ) 1,2 типа у 39.3% детей и сочетание ХЭБВ с инфекцией ВПГ 6 типа у 17,4% детей. У 68,2% детей обострение аденоидита сопровождалось стадией типичной и атипичной реактивации, в том числе IgM к VCA – у 100%, IgG к EA – у 89,3%. У 30 детей (группа 1Б) признаков хронической инфекции не выявлено. При иммунологическом обследовании детей отмечено снижение процентного содержания зрелых Т-лимфоцитов (CD3+), преимущественно за счет клеток, относящихся к хелперно-индукторной субпопуляции (CD4+), уменьшение количества зрелых В-лимфоцитов (CD20+) на фоне повышения незрелых (CD72+). Выявленная гипериммуноглобулинемия расценена как поликлональная активация В-клеток. В группе 1А угнетение фагоцитарного звена выражалось в уменьшении уровня моноцитов, экспрессирующих CD14+, а также в снижении функциональной активности нейтрофилов (фагоцитарного числа). При оценке цитокинового статуса больных с ХЭБВ отмечается повышение спонтанной продукции IL-2, IL-4 и TNF-α на фоне снижения уровня IFN-γ, что мы расцениваем как проявление нарушений противовирусного иммунитета, которое может являться инициальным фактором персистенции инфекции. Как в 1А, так и 1Б группах выявлено существенное угнетение мукоцилиарного клиренса. Время мукоцилиарного транспорта (ВМЦТ) составляло 26±3,17 мин, что существенно отличалось от изученного нами ранее ВМЦТ здоровых детей данной возрастной группы - 16±1,83 мин. Программа реабилитации ЧБД была рассчитана на 3 месяца и включала изопринозин + рекомбинантный интерферон α в 1А группе, бактериальные лизаты, препараты метаболической терапии (убидекаренон + L-карнитин) в обеих группах, деринат ингаляционно (0,25% раствор – 2,0 мл 2 раза в сутки в течение 10 дней каждого месяца). Доказана клиническая эффективность интраназального и парентерального применения Дерината. Перспективной является также адресная доставка препарата в дыхательные пути – ингаляционный путь введения. На 5-е сутки от начала терапии показатели ВМЦТ улучшились в обеих группах и составили 21±2,3 мин во 2-ой и 24±2,9 мин в 1 группе. На 10 день терапии показатели ВМЦТ во 2-ой группе приблизились к возрастной норме и составили 18±1,96 мин, в 1-ой группе показатели также улучшились и составили 22 ±3,7 мин.

Выводы: Высокая частота встречаемости аденоидов в группе ЧБД делает обязательным совместное ведение данной группы больных педиатром и оториноларингологом. Выявленные клиничко-лабораторные особенности группы ЧБД с аденоидами делают необходимым обследование всех детей данной группы на персистирующие, в первую очередь герпесвирусные, инфекции. Улучшение местного иммунитета и ВМЦТ обязательная составляющая реабилитации группы ЧБД.

Кудряшов С.Е., Козлов В.С.

СИМУЛЯТОР ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва, Россия

г. Москва, e-mail: stkudr89@yandex.ru, тел.: +7(964)557-72-88

Ключевые слова: ринология, эндоназальная эндоскопическая хирургия, обучение оториноларингологов, медицинские симуляторы, модель полости носа.

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 оториноларингологов практическим навыкам в ЭЭХ.

Материалы и методы. На кафедре оториноларингологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» разработан ринологический симулятор, где в качестве модели полости носа используют эллиптические цилиндры определенных размеров и конфигурации, которые изготовлены с применением 3D-печати и имитируют разные этапы ЭЭХ. В ходе обучения пользователь использует широкий набор хирургических инструментов и эндоскопов. Для оценки эффективности занятий на симуляторе было проведено исследование, в котором приняли участие 25 оториноларингологов без опыта выполнения ЭЭХ. Участники исследования использовали эндоскоп Хопкинса с оптикой 0° и соответствующие медицинские инструменты. Занятия на симуляторе проходили по 1 ч в день 5 дней. До и после обучения врачам было предложено выполнить упражнения в тестовом режиме. Все этапы исследования фиксировали методом наружной видеосъемки. Объективную оценку практических навыков проводили до и после тренинга на основании времени выполнения упражнений и количества технических ошибок. Для субъективной оценки тренинга была разработана анкета, которая содержит 34 утверждения, объединенных в 7 групп: эффективность тренинга, полезность тренинга, простота использования тренажера, удобство использования тренажера, эмоциональные характеристики, персональное отношение, стремление к практике. Сразу после тренинга испытуемые оценили степень своего согласия с каждым утверждением, используя шкалу Лайкерта от 1 до 5, где 1. Полностью не 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. 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. 23 из 25 участников прошли второе анкетирование (с 2 врачами не удалось связаться), результаты которого также демонстрируют положительную оценку обучения с применением ринологического симулятора.

Выводы. Разработан простой и доступный симулятор для обучения врачей практическим навыкам в 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.

Кудряшов С.Е., Козлов В.С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛОСКУТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва, Россия

г. Москва, e-mail: stkudr89@yandex.ru, тел.: +7(964)557-72-88

Ключевые слова: ринология, перфорация перегородки носа, хирургическое лечение перфораций перегородки носа.

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 оперативного лечения перфораций, особенно среднего и большого размера, далеки от идеала, и ППН остаются камнем преткновения для большинства ринопластов.

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 (НР). 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 НР. В зависимости от расположения переднего края ППН по отношению к переднему концу НР используют переднюю или среднюю порцию раковины. Лоскут слизистой оболочки НР 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 2016-2018 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 НР 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 ($p < 0,05$).

Выводы. 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 НР. Во всех случаях использования метода были получены положительные отдаленные результаты. Применение лоскута слизистой оболочки НР для лечения ППН достоверно повышает качество жизни пациентов ($p < 0,05$).

Левченко А.С., Мезенцева О.Ю.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ, СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Г. Курск, Курская обл., Российская Федерация, тел. 8-951-310-85-37, e-mail: arina.levchenko@bk.ru.

Ключевые слова: риносинусит, полипоз носа, факторы среды.

Риносинусит — это воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, имеющее многофакторную этиологию. Существует две формы хронического риносинусита: хронический риносинусит с полипозом носа и хронический риносинусит без полипоза носа. На сегодняшний день проблема риносинусита является одной из самых актуальных в оториноларингологии, а этиология и патогенез до сих пор полностью не изучены.

Цель исследования.

Провести анализ влияния неблагоприятных условий жизни, социального статуса и вредных привычек на возникновение хронического полипозного риносинусита.

Материалы и методы.

Проведено обследование 96 больных хроническим полипозным риносинуситом, Сбор информации о больных проводился по оригинальной тематической анкете, включавшей данные о возрасте манифеста хронического полипозного риносинусита, социально-биологическом статусе больного, учитывались неблагоприятные условия жизни (наличие стрессов на работе или в семье, проживание рядом с работающими фабриками или заводами, смена места жительства или работы перед началом заболевания, наличие вредных условий труда, частый контакт с больными ОРВИ), анамнез жизни и заболевания, наличие вредных привычек, таких как курение (в том числе пассивное) и употребление алкоголя, заполнялась при непосредственном общении с обследуемыми. Затем проводился статистический анализ полученных данных.

Результаты и их обсуждения.

В результате проведенного исследования доля больных с манифестом заболевания до 10 лет составила 3,1% (3 пациента), 11-20 лет – 15,6% (15 пациентов), 21-30 лет – 27,1% (26 пациентов), 31-40 лет – 19,8% (19 пациентов), 41-50 лет – 15,6% (15 пациентов), старше 50 лет – 18,8% (18 пациентов). Доля курящих больных (в том числе пассивно) – 58,3% (56 пациентов из 96), доля пациентов, принимающих алкоголь – 61,5% (59 пациентов из 96). У 77 пациентов (80,2%) отмечаются неблагоприятные условия жизни и социальный статус. Между возрастом манифеста хронического полипозного риносинусита и курением (в том числе пассивным) выявлена прямая корреляционная зависимость средней силы ($p = 0,671$), сильная прямая корреляция ($p = 0,929$) обнаружена между возрастом манифеста данного заболевания и употреблением алкоголя. При этом между возрастом манифеста и особенностями условий жизни – также выявлена сильная корреляционная связь ($p = 0,814$).

Выводы.

Таким образом, вредные привычки (активное и пассивное курение, алкоголь), неблагоприятные условия жизни и социальный статус с большой долей вероятности можно отнести к факторам риска развития хронического полипозного риносинусита. Поэтому отказ от курения, употребления алкоголя, улучшение качества жизни способствуют снижению частоты возникновения данного заболевания.

Меликян М.А.

О МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА.

Московская городская клиническая больница №29 им.Н.Э.Баумана
РФ г. Москва, тел.: +7(916) 206 25 83, Email: meline.melikyan.90@mail.ru

Ключевые слова: вазомоторный ринит, Сургитрон, Курис.

Несмотря на длительную историю лечения хронического ринита, вопрос об оптимальном варианте воздействия на носовые раковина до сих пор остается открытым. Обычно лечение вазомоторного ринита комплексное, сочетает в себе консервативное лечение и хирургическое вмешательство.

В настоящее время в ГKB 29 хирургическое лечение вазомоторного ринита осуществляется дезинтеграцией нижних носовых раковин высокочастотной радиоволновой аппаратурой Surgitron (США) и радиохирургическим аппаратом Curis (Германия). Принцип их действия одинаков, однако активные электроды различаются как по форме, так и по интенсивности коагуляции. Операции проводятся под местной аппликационной анестезией в сочетании с инфильтрационной анестезией нижних носовых раковин.

Биполярный электрод вводится в толщу слизистой оболочки нижней носовой раковины по её наружной поверхности до заднего конца, затем включив его, медленно выводят из раковины в течение 10-12 секунд. Этим методом разрушается кавернозная ткань носовой раковины, они уменьшаются в объёме, общий носовой ход расширяется за счёт формирования в раковине рубцово-спаечного процесса.

Для аппарата «Сургитрон» мы использовали режим «коагуляция» при мощности около 7 единиц и экспозиции 8 – 10 секунд. При применении радиохирургического комплекса «Курис» выбирали контактную коагуляцию, режим «RaVoR» и такое же время воздействия – около 10 секунд. Необходимо отметить, что небольшое кровотечение отмечалось у 2 больных после биполярной коагуляции аппаратом «Сургитрон», и ни разу не возникло при коагуляции при помощи аппарата «Курис».

Оценивая эффективность воздействия, мы сравнили 2 группы больных: 12 пациентов перенесли вмешательство при помощи «Сургитрона» и 15 пациентов – при помощи «Куриса». Проанализировав степень восстановления носового дыхания через 1 месяц и 1 год (осмотр, риноманометрия, анкетирование), мы не выявили различий у пациентов этих групп.

Моисеева Ю.П.

РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА В РАЗВИТИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА.

ФГБОУ ДПО Российская Медицинская Академия Непрерывного Профессионального Образования,
125993, Российская Федерация, Москва

e-mail: skier_yula@mail.ru, tel.: +79112809959

Ключевые слова: полипозный риносинусит, гормональный фон, фенотип.

Полипозный риносинусит - полиэтиологическое заболевание, предрасполагающими факторами которого являются биологические дефекты, а также воздействие окружающей среды. В совокупности с анатомическими дефектами, приводящими к нарушению аэродинамики полости носа, они создают условия для формирования того или иного фенотипа полипозного риносинусита. Известно, что средний возраст развития назальных полипов примерно 42 года, и чаще они появляются у мужчин. Существует ряд теорий возникновения этого заболевания, но ни одна из них не отражает взаимосвязь полипозного риносинусита с возрастом и полом больных. Темы показателями, которые различны у мужчин и женщин и меняются в течение жизни, являются гормоны. Они же одни из активных компонентов регуляции гомеостаза человека, что даёт основания предполагать их роль в возникновении полипозного риносинусита.

Цель исследования: Привлечение внимания к вопросу роли гормонального фона в возникновении и развитии полипозного риносинусита.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ литературы по этиологии и патогенезу полипозного риносинусита, выявление и анализ источников, связывающих развитие назальных полипов с изменением уровня гормонов.

Результаты и их обсуждение: В 1986 г Е. Парфенова обнаружила рецепторы эстрадиола в слизистой оболочке носа крысы. В 1987 году В. Быкова показала, что дисбаланс эстрогена приводит к нарушениям созревания эпителия и повышает прилипание грибков. В 1994 году Х. Чжао заявил, что уровень эстрогена может оказывать различные эффекты на слизистую оболочку носа. В своих статьях Д.И. Заболотный сообщает, что у 80% женщин с аллергическим ринитом наблюдается гиперэстрогения, основными проявлениями которой являются мастопатии и предменструальный синдром. Все эти данные свидетельствуют о том, что дисбаланс половых гормонов может оказывать определённое влияние на слизистую оболочку полости носа. Тем не менее, исследований о роли гормонального статуса на развитие полипозного риносинусита проведено мало, поэтому существуют противоречивые мнения на этот счёт. С одной стороны, уровень половых гормонов может способствовать дебюту полипозного риносинусита, с другой стороны, состояние околоносовых пазух может влиять на гормональный фон. Так Дональд Деннис с соавт. сообщают, что грибковая контаминация околоносовых пазух может приводить к угнетению гипоталамо-гипофизарной системы, тем самым снижая уровни гормона роста, гипотиреоидных гормонов, АКТГ и эстрогенов.

Выводы: Распространенность полипозного риносинусита и его склонность к рецидивированию заставляют учёных искать новые возможности профилактики возникновения этого заболевания и подходы к тактике ведения таких пациентов. Влияние гормонального фона в развитии назальных полипов на сегодняшний день остаётся неясным, что свидетельствует о необходимости исследований этого вопроса.

Молчанова Е.Б., Юнусов А.С., Рябинин А.Г., Ларина Л.А.

НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

ФГБУ "Научно - клинический центр оториноларингологии ФМБА России" г.Москва.

г.Москва., тел: 8903781562, e-mail: Molchanova-ket@mail.ru

Ключевые слова: носовое кровотечение, расширение сосудов зоны Киссельбаха

В настоящее время нет единого мнения в отношении алгоритма обследования и лечения детей с рецидивирующими носовыми кровотечениями. Большинство врачей придерживаются мнения, что данную патологию должен лечить исключительно оториноларинголог. Однако проблема носовых кровотечений у детей носит многопрофильный характер и связана с не только с патологией полости носа и носоглотки.

Цель исследования: проанализировать этиологию носовых кровотечений у детей

Материалы: В обследование вошли 150 пациентов в возрасте от 4-х до 18 лет с рецидивирующими носовыми кровотечениями.

Методы обследования включали в себя: подробный сбор анамнеза, клинический оториноларингологический осмотр, осмотр невролога, окулиста, кардиолога. Лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови с гемосиндромом, коагулограмма, электроэнцефалограмма, эхоэнцефалограмма электрокардиограмма, эхокардиограмма, компьютерная томография пазух носа и носоглотки.

Результаты обследования. В результате проведенных обследований патология носа и околоносовых пазух выявлена у 75,3% больных. Искривление перегородки носа (28%), аденоидные вегетации 2-3 и 3 степени (23,3%) приводят к нарушению трофики слизистой полости носа, и как следствие к носовым кровотечениям. У 2,7% детей диагностирована ангиофиброма носоглотки. Расширение сосудов зоны Киссельбаха без изменений архитектоники полости носа выявлено в 20,7% случаев. У одного пациента диагностирована аденоматоидная гамартома верхнечелюстной пазухи пролабирующая в полость носа. В 22% случаев у пациентов выявлено повышение внутричерепного давления. У 9,3% больных выраженные проявления вегетососудистой дистонии. В 1,3% случаев выявлена патология свертывающей системы крови. Пациент направлен на консультацию гематолога. Пациентам с искривлением перегородки носа, гипертрофированными аденоидными вегетациями, гамартомой, ангиофибромой проведено оперативное лечение. Прижигание расширенных сосудов зоны Киссельбаха детям с повышенным внутричерепным давлением проводилось только после корректирующего лечения невропатолога. В 15,3% случаев после стабилизации показателей со стороны кардиолога и невролога, носовые кровотечения не возобновлялись. Лечение оториноларинголога не требовалось.

Проведенные исследования показывают полиэтиологичность рецидивирующих носовых кровотечений и необходимость избирательного подхода к прижиганию сосудов перегородки носа у детей.

Ключевые слова: риносинусогенные орбитальные осложнения

Риносинусогенные орбитальные осложнения (РОО) являются весьма грозной патологией даже на современном этапе развития медицинской науки. Дифференциальная диагностика этих осложнений, а значит и оказание помощи больным часто запаздывают, что может привести к необратимым изменениям зрительного анализатора, вплоть до слепоты, а в тяжелых случаях к летальному исходу.

С целью оценки эффективности спиральной компьютерной томографии (СКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), нами был проведен анализ результатов исследований 37 пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении БМУ КОКБ за период 2010-2017 гг. Больным выполнялась СКТ и МРТ околоносовых пазух, орбит и головного мозга на компьютерных томографах HI Speed NXI и LightSpeed VCT и на магнитно-резонансных томографах SIGNA OVATIO и SIGNA PROFILE.

Возраст пациентов составлял от 3 до 80 лет, мужчин было 36 человек (46,2%), женщин — 42 (53,8%). Из них 19 пациентам (24,3%) было выполнено внутривенное контрастирование при СКТ и 5 пациентам (6,4%) - при проведении МРТ. У всех больных были выявлены изменения в околоносовых пазухах и полости носа. Из них 27(34,6%) человек имели анамнез хронического воспалительного заболевания околоносовых пазух, по поводу которого они получали лечение в течение нескольких лет. Остальные 51 (65,4%) пациент заболели остро, срок заболевания (по анамнезу) составлял от одних до 7 суток. Большинство из них составляли дети: возраст до 7 лет – 13, от 7 до 12 – 11 человек, от 12 до 15 – 4 человека.

Причиной РОО послужили: верхнечелюстной синусит – 22 (28,2%); этмоидит –7 (9%); этмоидит в сочетании с верхнечелюстным синуситом – 13 (16,7%); этмоидит в сочетании с фронтитом – 6 (7,7%); фронтит –7 (9%); гемисинусит –11 (14,1%); пансинусит – 12 человек (15,4%). В структуре РОО было выявлено: воспалительный отек ретробульбарной клетчатки – 13 пациентов (16,7%); абсцесс века – 4 (5,1%); периостит орбиты – 4 (5,1%); субпериостальный абсцесс – 17 (21,8%); ретробульбарный абсцесс – 15 (19,2%); флегмона орбиты –7 (9 %); тромбоз орбитальных вен – 9 (11,5%); ретробульбарный неврит – 4 (5,1%); дакриoadенит– 5 случая (6,4%). В 5 из указанных случаях у детей наблюдалось сочетание РОО с внутричерепными осложнениями: одонтогенный верхнечелюстной синусит с деструкцией нижней стенки орбиты, формирование субпериостального абсцесса глазницы и развитием субдуральной эмпиемы мозга. При внутривенном контрастировании у 5 пациентов уточнили факт формирования капсулы в субпериостальном и ретробульбарном абсцессах, у двоих больных выявили нарушения венозного оттока из орбиты.

Выводы. СКТ является основным методом диагностики РОО, позволяет определить причину воспалительного процесса, вовлечение в процесс ретробульбарной клетчатки, выявлять локализацию костной деструкции. МРТ является дополнительным методом диагностики РОО из-за низкой чувствительности к изменениям костных структур и продолжительности исследования, но имеет высокую чувствительность к выявлению воспалительных изменений ретробульбарной клетчатки, особенно на ранних этапах развития осложнения. Выполнение КТ и МРТ с внутривенным контрастированием необходимо для уточнения стадии формирования ретробульбарного абсцесса и диагностики нарушения венозного оттока из орбиты.

ИЗОЛИРОВАННЫЙ СФЕНОИДИТ: ОТ СИМПТОМАТИКИ ДО ЛЕЧЕНИЯ

¹ - ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, ² - БМУ Курская областная клиническая больница, г. Курск, Россия, 89202655599, Nikitin_n_a@mail.ru

Ключевые слова: изолированный сфеноидит, сфеноидотомия

Нами был проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 42 больных с изолированным сфеноидитом (ИС), находившихся на лечении в ЛОР отделении БМУ «Курская областная клиническая больница» с 2014 по 2017 гг., из них 17 мужчин (40,5%) и 25 женщин (59,5%).

Все без исключения больные предъявляли жалобы на головные боли, 16 больных (38%) отмечали стекание отделяемого по задней стенке глотки, гипертермия была у 28 больных (66,6%), неприятный запах в носу отмечали 8 больных (19%). ИС, осложненный парезом отводящего нерва имел место у 6 больных (14,2%), офтальмоплегия у 3 пациентов (7,1%).

Диагностический комплекс: эндоскопическое исследование полости носа, компьютерная и магнитно-резонансная компьютерная томография. При эндоскопическом исследовании полости носа у 25 больных (59,6%) отмечалась нормальная риноскопическая картина, у 8 больных (19%) имело место искривление носовой перегородки, у 5 больных (11,9%) имела место гипертрофия средней носовой раковины, у 3 пациентов (7,1%) соустье клиновидной пазухи было obturated полипозной тканью, у 1 пациента (2,4%) имело место добавочная средняя носовая раковина. ИС были представлены полипозным и полипозно-гнойным процессом у 22 больных (52,4%), грибковым сфеноидитом – 9 (21,4%), кистами – 7 больных, что составляет 16,7% (из них у 2 пациентов имело место левосторонняя локализация, у 3 – правосторонняя и у 2 больных - двусторонняя), мукоцеле – 4 больных (9,5%). Злокачественные опухоли при изолированном поражении клиновидной пазухи нами за этот промежуток времени не встречались.

Эндоскопическая сфеноидотомия выполнялась как под общим ЭТН – 25 больных (59,6%), так и под местной анестезией – 17 пациентов (40,4%). Трансназальный доступ выполнен 31 больному (73,8%), трансэтмоидальный – 11 (26,2%). При затруднении доступа к передней стенке клиновидной пазухи выполняли септотомию, конхотомию, латероконхопексию. Каких либо интра- и послеоперационных осложнений в этой группе отмечено не было. В послеоперационном периоде больным назначались антибиотики с учетом чувствительности бактериальной флоры, ежедневно выполнялся туалет полости носа под эндоскопическим контролем с целью предотвращения образования рубцов и синехий, больным с грибковым поражением пазухи – промывание пазухи через катетер с введением противогрибковых препаратов.

Повторное хирургическое лечение потребовалось 2 больным (4,7%). В одном случае клиновидная пазуха имела горизонтальную перегородку, разделяющую ее на камеры, расположенные друг над другом и создающее таким образом «двухэтажную» пазуху. Во втором случае была вскрыта клетка Оноди, которая имела крупные размеры и была ошибочно принята за клиновидную пазуху.

Закключение. Проблема диагностики ИС, прежде всего, связана с большим разнообразием клинических проявлений. Наличие у больных головной боли неясного генеза, офтальмологических нарушений должны ориентировать врача на выполнение КТ исследования придаточных пазух носа, которое в 100% случаях позволяет установить точный диагноз. Эндоскопическая сфеноидотомия является высокоэффективным методом хирургического лечения и должна быть выполнена с учетом анатомических особенностей пазухи.

Пискунов И.С., Середин П.А.

ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ СОХРАНЕНИЕМ МЕТОПИЧЕСКОГО ШВА И РАЗВИТИЕМ ЛОБНЫХ ПАЗУХ В СВЯЗИ С ГЕНДЕРНЫМИ РАЗЛИЧИЯМИ

ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России

Курск, Россия, isp64@mail.ru, 8-910-311-29-68

Ключевые слова: компьютерная томография, метопический шов, лобные пазухи

Лобная кость (ЛК) в виде мембранной структуры формируется к концу второго месяца внутриутробного развития плода из двух отдельных ядер, расположенных в области будущих лобных бугров. Обе половины ЛК изначально разделены швом, который в конце первого месяца послеродовой жизни начинает облитерироваться от средней части по направлению к корню носа и брегме. Полное слияние обеих частей ЛК обычно происходит к концу первого года жизни, однако в некоторых случаях шов сохраняется без какой-либо тенденции к облитерации на всю жизнь. Полностью несросшийся шов называется персистирующим метопическим швом (МШ), частично несросшийся (в зависимости от локализации) - нижним или верхним. Частое сочетание МШ с аномалиями черепа отмечали многие исследователи.

С целью изучения корреляции между развитием лобных пазух и сохранением МШ в зависимости от пола нами были изучены результаты рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) 600 пациентов в возрасте от 16 до 86 лет, прошедших исследование в отделении РКТ БМУ КОКБ г. Курска за 2012-2017 гг. Мужчин было 284, женщин – 316 человек.

В качестве контрольной группы нами приняты результаты исследований вариантной анатомии лобных пазух, опубликованные в 2011-2012 гг (Пискунов И.С., Емельянова А.Н., 2011; Емельянова А.Н., 2012). По этим данным агенезия и гипогенезия ЛП в популяции выявлена в 11,3% наблюдениях. При анализе размеров ЛП нами использовались критерии F. Ribeiro (2000) и A. Guerram et al. (2014), основанные на оценке протяженности фронтальных синусов в чешуе лобной кости относительно супра- и среднеорбитальной линий. Общая степень развития пазух оценивалась по максимальному размеру одной из них. Сочетание отсутствия и недоразвития одной пазухи с нормальным развитием другой не наблюдалось, в связи с чем такой вариант строения нами не выделен.

Результаты исследования. В исследуемой группе было обнаружено 54 случая наличия МШ, что составило 9,0%. Из них персистирующий МШ выявлен в 24 наблюдениях (44,44%), нижний – 24 (44,44%), верхний – 6 случаях (11,11%). Метопический шов выявлен у мужчин в 39 случаях (72,2%), у женщин – в 15 случаях (27,8%). По результатам анализа установлено, что агенезия ЛП (одной или обеих) обнаружена в 27 случаях (50,0%), гипогенезия обеих пазух – в 12 случаях (22,22%), нормальное развитие – в 15 наблюдениях (27,77%), избыточное развитие не встречалось (0%). Таким образом, среди пациентов с МШ недоразвитие ЛП в общей сложности выявлено в 72,22% случаев. При оценке степени развития ЛП в исследуемых группах выявлены следующие показатели. Мужчины: агенезия ЛП – 12 (22,2%), гипогенезия – 15 (27,7%), нормальное развитие – 3 (5,5%) случая. Женщины: агенезия ЛП – 6 (11,1%), гипогенезия – 6 (11,1%), нормальное развитие – 12 (22,7%) случаев.

Выводы. Сочетание метопического шва с агенезией и гипогенезией ЛП составляет 72,22%, что значительно превышает частоту встречаемости таких вариантов строения в среднем в популяции (11,3%). Метопический шов чаще наблюдается у мужчин (72,2%), чем у женщин (27,8%); при этом обратная корреляция между МШ и степенью развития ЛП у них выражена сильнее, чем у женщин.

¹Пшенников Д.С., ²Анготоева И.Б.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА.

¹ГБУ РО «ОКБ имени Н.А. Семашко»; Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

Рязань, Рязанская область, Россия, 89106260886, mail.: pshennikovd@mail.ru

Ключевые слова: острый бактериальный риносинусит, ингаляционная терапия, N-ацетилцистеин, тиамфеникол, Пари Синус.

Эпидемиологические исследования во всем мире показывают, что воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух (ОНП) являются ведущими в оториноларингологии по частоте обращаемости. Несмотря на то, что подавляющее большинство случаев острого риносинусита (ОРС) обусловлены вирусной инфекцией, антибактериальные препараты назначаются более чем в 80% случаев, что составляет более 20% всех назначений антимикробных средств и делает это заболевание одной из частых причин использования антибиотиков в амбулаторной медицинской практике. Известно, что применение системной антибиотикотерапии зачастую связано с нежелательными лекарственными реакциями и способствует развитию антибиотикорезистентности. Решить эту проблему может локальная доставка препарата в полость носа и ОНП при помощи ингаляционного комплекса «Пари Синус» (компрессор и небулайзер).

Цель исследования. Сравнить результаты топического ингаляционного лечения острого бактериального риносинусита (ОБРС) и стандартной системной антибиотикотерапии.

Материалы и методы. В открытое когортное проспективное контролируемое исследование в параллельных группах вошли 150 пациентов с острым бактериальным риносинуситом (ОБРС) средней степени тяжести в возрасте от 19 до 62 лет. Помимо клинической картины бактериальная этиология заболевания подтверждалась уровнями прокальцитонина и С-реактивного белка крови. В основную группу №1 вошли 50 человек, которым в течение 7 дней проводилась ингаляционная терапия на аппарате «Пари Синус» комбинированным препаратом, содержащим тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат в дозе 500 мг 1 раз в сутки. В основную группу №2 вошли 50 человек, которым в течение 7 дней проводилась ингаляционная терапия на аппарате «Пари Синус» тем же препаратом в дозе 250 мг 2 раза в сутки. Контрольная группа (50 пациентов) 7 дней получала стандартную системную антибиотикотерапию амоксициллином 875 мг и клавулановой кислотой 125 мг 2 раза в сутки. В результате оценивали динамику симптомов ОБРС, риноэндоскопическую картину, данные передней активной риноманометрии (ПАРМ) и мукоцилиарный транспорт.

Результаты и их обсуждение. Во всех исследуемых группах отмечено статистически значимое улучшение клинической симптоматики после лечения, что подтверждается данными риноэндоскопии и ПАРМ. Стоит отметить, что статистически значимых отличий в основных и контрольной группах в результатах по существенным параметрам исследования не выявлено, в том числе при сравнении ингаляционной терапии с различной кратностью проведения процедуры. Однако, однократное применение значительно улучшает комплаентность.

Выводы. Топическая ингаляционная терапия может оказаться более предпочтительной в отношении нетяжелых форм ОБРС по сравнению с системной антибиотикотерапией. При сходной эффективности потенциальная вероятность нежелательных реакций и развития антибиотикорезистентности значительно выше в группе системной антимикробной терапии.

¹Пшенников Д.С., ²Анготоева И.Б.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА.

¹ГБУ РО «ОКБ имени Н.А. Семашко»; Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

Рязань, Рязанская область, Россия, 89106260886, mail.: pshennikovd@mail.ru

Ключевые слова: острый бактериальный риносинусит, ингаляционная терапия, N-ацетилцистеин, тиамфеникол, Пари Синус.

Глюкокортикостероиды (ГКС) благодаря выраженному противовоспалительному действию на сегодняшний день широко используются для терапии риносинусита любой этиологии. Активно применяется интраназальная ГКС-терапия в виде спреев, однако их топическому ингаляционному применению при ринопатологии в отличие от заболеваний легких необоснованно уделено мало внимания.

Цель исследования.

Оценить эффективность и безопасность дексаметазона при интраназальном ингаляционном применении с помощью комплекса «Пари Синус» (компрессор + небулайзер) у пациентов с острым небактериальным риносинуситом.

Материалы и методы.

В открытое проспективное контролируемое исследование вошли 50 пациентов с острым небактериальным риносинуситом (ОРС) (согласно EPOS 2012 острый поствирусный риносинусит). Помимо клинической картины бактериальная этиология заболевания исключалась низкими уровнями прокальцитонина и С-реактивного белка крови. Данной группе лиц ежедневно в течение 7 дней проводилась 1 процедура ингаляции на аппарате «Пари Синус» раствором, содержащим 1мл (4 мг) дексаметазона и 3 мл 0,9% физиологического раствора хлорида натрия, экспозиция по 3 минуты на каждую половину носа.

Результаты и их обсуждение.

В результате помимо клинической картины, данных риноэндоскопического исследования и передней активной риноманометрии, оценивали базальный уровень кортизола и глюкозы крови. Было статистически достоверно установлено ($p < 0,05$), что ингаляционное применение дексаметазона не повлияло на уровень кортизола и глюкозы крови, что может свидетельствовать об отсутствии значимого системного действия на организм человека через угнетение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Выбранная тактика лечения оказалась эффективной в отношении основных симптомов ОРС с достоверным их улучшением ($p < 0,05$).

Выводы.

Учитывая полученные результаты, можно сделать вывод о безопасности и эффективности интраназальной небулайзерной терапии дексаметазоном при остром небактериальном риносинусите.

Пшенников Д.С.

СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ.

ГБУ РО «ОКБ имени Н.А. Семашко»; Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.

Рязань, Рязанская область, Россия, 89106260886, mail.: pshennikovd@mail.ru

Ключевые слова: эндоскопическая дакриоцистиностомия, дренирование слезоотводящих путей.

Проблемы непроходимости слезоотводящих путей в настоящее время актуальны, что связано с высокой распространенностью данной нозологии среди лиц трудоспособного возраста. Эндоскопическая дакриоцистиностомия (ЭДЦРС) является типичной хирургической операцией для лечения непроходимости слезно-носового канала. Цель этой операции - создание стойкого соустья между слезным мешком и полостью носа. Эффективность ЭДЦРС оценена в 75-90%. Для создания и сохранения функционирующей дакриоцистостомы часто используются различные модификации стентов и дренажей. Большинство этих хирургических устройств устанавливаются через слезные точки и канальцы, что может привести к их повреждению.

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения пациентов с непроходимостью слезоотводящих путей за счет разработки и внедрения оригинального дренажа при ЭДЦРС.

Материалы и методы. За период с 2014 по ноябрь 2017 года на базе ЛОР отделения ГБУ РО «ОКБ имени Н.А. Семашко» г.Рязани было прооперировано 18 пациентов с односторонней непроходимостью слезоотводящих путей с дренированием слезного мешка по оригинальной методике. На предложенный метод получен патент на изобретение №2636871. Способ дренирования слезоотводящих путей при ЭДЦРС включает формирование дакриоцистостомы 5-6 мм в диаметре эндоназальным эндоскопическим подходом с введением через нее в полость слезного мешка Т-образного дренажа, изготавливаемого интраоперационно из стерильной Т-образной трубки диаметром от 4 до 5,3, сроком на 3-4 месяца.

Результаты и их обсуждение. За время наблюдения в течение 6 месяцев у оперированных пациентов наблюдалось клиническое выздоровление (отсутствие жалоб на слезотечение) в 12 случаях (67%), улучшение (жалобы на периодическое слезотечение вне помещения в холодную или ветреную погоду, не требующих повторной операции) в 4 (22%), рецидив у двух пациентов (11%). В настоящее время продолжается исследование и усовершенствование данного хирургического метода.

Выводы. Применение предложенного метода дренирования слезоотводящих путей при ЭДЦРС дает возможность получить стойкий положительный функциональный результат сразу после операции. Данный способ является простым и малотравматичным, т.к. позволяет избежать повреждения слезных точек и канальцев при возможном дренировании другим способом.

Решетников С.В.¹, Решетникова О.В.², Решетников В.Н.¹

ИМПЛАНТАЦИЯ МЯГКОГО НЕБА: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

¹Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром» (г. Москва), ²Российская медицинская академия непрерывного медицинского образования (г. Москва)

Решетников Сергей Владимирович, тел +7-985-992-13-60. e-mail: steant@gmail.com

Ключевые слова: имплантация мягкого неба, храп, апноэ, пиллары.

Распространенность храпа у взрослого населения составляет 30%, после 60 лет достигая значения 60% у мужчин и 40% у женщин. Распространенность синдрома обструктивного апноэ сна составляет 2-10% населения. Для лечения храпа и синдрома обструктивного апноэ сна предложено большое количество хирургических вмешательств. Большинство из них носит достаточно травматический и необратимый характер. Часто они сопровождаются удалением нормальных тканей глотки. Результат таких вмешательств имеет непредсказуемый характер. В течение нескольких лет в практике врачей-оториноларингологов активно применяется метод имплантации мягкого неба с применением системы "Pillar".

Цель исследования: определить возможность и целесообразность использования имплантации мягкого неба для лечения храпа и нарушений дыхания во сне.

Материалы и методы: При имплантации мягкого неба в ткани устанавливаются 3 импланта 18 мм в длину и 2 мм в диаметре. Материал – полиэтилентерефталат. Одна из основных особенностей – тщательный отбор пациентов: индекс массы тела ≤ 30 , первичный храп или синдром обструктивного апноэ сна легкой степени тяжести, длина мягкого неба не менее 25 мм, отсутствие микро- и ретрогнатии, отсутствие значительной гиперплазии небного язычка, размер миндалин 0-2, степень гиперплазии мягкого неба по Фридману 1-2. Подготовка к операции и анестезия: введение до и после операции антибиотика широкого спектра действия, обработка зоны вмешательства оральным антисептиком, введение местного анестетика. Техника операции: 3 импланта параллельно на расстоянии 2 мм друг от друга устанавливаются посредством вкола иглы импланта и последующего нажатия на направляющий с одновременным извлечением иглы из тканей. Обязателен эндоскопический контроль положения имплантов после установки.

Нами проведено 28 оперативных вмешательств на мягком небе с применением системы «Pillar». До и через 6 месяцев после операции пациентам был проведен респираторный мониторинг с пульсоксиметрией для определения наличия и степени тяжести храпа и синдрома обструктивного апноэ сна.

Результаты: Среди прооперированных было 18 мужчин и 10 женщин в возрасте от 31 до 56 лет. По данным респираторного мониторинга с пульсоксиметрией у 20 пациентов был выявлен храп без синдрома обструктивного апноэ сна, у 8 – синдром обструктивного апноэ сна легкой степени тяжести (ИАГ от 5 до 15 эпизодов в час). Значение % дыхательных движений с храпом составило $29,4 \pm 15,3$. Через 6 месяцев после операции 22 (78,5%) пациентов отметили субъективное уменьшение выраженности храпа. При обследовании синдром обструктивного апноэ сна был выявлен у 6 пациентов. Значение % дыхательных движений с храпом несколько уменьшилось и составило $20,2 \pm 8,4$. Достоверного улучшения показателя % дыхательных движений с храпом получено не было. По всей видимости, это связано с относительно небольшим количеством пролеченных пациентов.

Выводы: Требуется дальнейшее исследование с увеличением количества прооперированных пациентов и сроков наблюдения после операции. По предварительным данным методика имплантации мягкого неба может быть с успехом применена для лечения храпа. Однако, в нашем исследовании достоверного улучшения проблемы синдрома обструктивного апноэ сна не получено.

НОСОВАЯ ОБСТРУКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

¹Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром» (г. Москва), ²Российская медицинская академия непрерывного медицинского образования (г. Москва)

Решетников Сергей Владимирович, тел +7-985-992-13-60. e-mail: steant@gmail.com

Ключевые слова: синдром обструктивного апноэ сна, храп, носовая обструкция.

Одной из наиболее остро стоящих перед врачами-оториноларингологами является проблема нарушений дыхания во сне. В настоящее время активно подвергается изучению вопрос влияния нарушения носового дыхания на проблему синдрома обструктивного апноэ сна.

Цель исследования: оценить влияние нарушения носового дыхания на выраженность синдрома обструктивного апноэ сна.

Материалы и методы: В исследование был включен 181 пациент с храпом (56 (30,9%) женщин и 125 мужчин (69,1%)). При обследовании помимо стандартного осмотра пациентам проводилась передняя активная риноманометрия и респираторный мониторинг с пульсоксиметрией в течение ночного сна.

60 пациентов подверглись хирургическому лечению патологии полости носа, через 6 месяцев после которого повторно проводился респираторный мониторинг с пульсоксиметрией для оценки дыхания во сне на фоне улучшения носового дыхания.

Результаты: Пациенты были разделены на группы в зависимости от степени тяжести синдрома обструктивного апноэ сна по данным респираторного мониторинга с пульсоксиметрией в течение ночного сна. Количество пациентов с храпом без синдрома обструктивного апноэ сна – 47, с синдромом обструктивного апноэ сна легкой степени тяжести – 68, средней степени тяжести – 43, тяжелой степени – 23.

Распространенность патологии полости носа среди пациентов, страдающих храпом и синдромом обструктивного апноэ сна, составила 94,5%. Искривление носовой перегородки было выявлено у 86,7% пациентов, хронический ринит – у 67,4% пациентов. При проведении передней активной риноманометрии наблюдалась статистически достоверная корреляция между значениями индекса апноэ/гипопноэ и суммарного объемного потока носового дыхания ($p < 0,05$). С ухудшением синдрома обструктивного апноэ сна уменьшались значения суммарного объемного потока носового дыхания.

При оценке состояния дыхания во сне через 6 месяцев после хирургического лечения статистически достоверного изменения индекса апноэ/гипопноэ не получено. При этом отмечено разнонаправленное влияние улучшения носового дыхания на проблему синдрома обструктивного апноэ сна: уменьшение выраженности синдрома обструктивного апноэ сна имело место у 24 (40,0%) пациентов, отсутствие изменения выраженности – у 15 (25,0%) пациентов, увеличение выраженности – у 21 (35,0%) пациентов.

Выводы: Распространенность патологии полости носа среди пациентов, страдающих храпом и синдромом обструктивного апноэ сна, составила 94,5%. Искривление носовой перегородки было выявлено у 86,7% пациентов, хронический ринит – у 67,4% пациентов. Увеличение выраженности носовой обструкции сопряжено с увеличением степени тяжести синдрома обструктивного апноэ сна, то есть при уменьшении значений суммарного объемного потока носового дыхания при передней активной риноманометрии увеличивается значение индекса апноэ/гипопноэ ($p < 0,05$). Данный факт может говорить о важности состояния носового дыхания на этапе развития нарушений дыхания во сне. При развившейся патологии дыхания во сне улучшение носового дыхания может разнонаправленно влиять на индекс апноэ/гипопноэ, как уменьшая, так и увеличивая его.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОННОЙ СИНУСОПЛАСТИКИ

¹Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром» (г. Москва), ²Российская медицинская академия непрерывного медицинского образования (г. Москва)

Решетников Сергей Владимирович, тел +7-985-992-13-60. e-mail: steant@gmail.com

Ключевые слова: баллонная синусопластика, синусит, функциональная хирургия.

Одним из современных методов хирургического лечения патологии околоносовых пазух, который активно входит в практику врачей-оториноларингологов, является баллонная синусопластика.

Цель: определить преимущества и особенности использования метода баллонной синусопластики при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух.

Материалы и методы: Баллонная синусопластика применяется при патологии верхнечелюстных, лобных, клиновидных пазух. Под эндоскопическим контролем к месту соустья околоносовой пазухи подводится проводниковый катетер, через который в пазуху вводится проводник – световод с линзой на конце, подключенный к источнику света. По проводниковому катетеру в пазуху вводится баллонный катетер. Посредством нагнетания в баллон жидкости производится раздутие баллона до необходимого давления. При этом происходит расширение соустья околоносовой пазухи. После расширения производится промывание пазухи через сформированное соустье.

Результаты: Под эндотрахеальным наркозом было проведено 23 хирургических вмешательства с применением метода баллонной синусопластики: 16 операций на верхнечелюстных пазухах, 6 – на лобных пазухах и 1 – на клиновидной пазухе. В 2 случаях в область лобно-носового канала были установлены спейсеры для доставки лекарств «Стратус», в которые был введен 0,2% раствор бетаметазона. Спейсеры удалены на 21 день. При этом после удаления соустья несколько сузились, однако остались проходимыми, что позволяло при необходимости осуществлять промывание лобных пазух. Операции баллонной синусопластики за исключением трех случаев были совмещены с септопластикой и с операцией на нижних носовых раковинах.

Пациентов отпускали домой на следующее утро. Ведение в послеоперационном периоде мало отличалось от операций посредством классической функциональной эндоскопической риносинусохирургии.

Результаты оперативных вмешательств оценивались через 6 месяцев. Всем пациентам проводились эндоскопический осмотр полости носа, компьютерная томография около носовых пазух. Самочувствие всех пациентов непосредственно после операции было удовлетворительным. В раннем послеоперационном периоде на 3 день у 1 пациента на фоне реактивных явлений имел место воспалительный процесс в левой верхнечелюстной пазухе, купированный консервативным путем. Через 6 месяцев у 3 пациентов с хроническим верхнечелюстным синуситом и у 1 с фронтитом динамика состояния пазух не наблюдалась. У остальных пациентов отмечалась положительная динамика в виде уменьшения толщины слизистой оболочки и исчезновения жидкостного содержимого. Эффективность составила 83,0%.

Выводы: Из особенностей баллонной синусопластики важно отметить необходимость строгого соблюдения показаний и противопоказаний к операции, в ряде случаев невозможность визуализации соустья после проведенной синусопластики, эндоскопического осмотра полости пазухи в послеоперационном периоде и промывания через сформированное соустье в связи с полным сохранением крючковидного отростка, минимальная травматизация слизистой оболочки. Методика операции в ряде случаев может быть с успехом применена, в том числе в условиях дневного стационара. Эффективность в исследуемой группе составила 83,0%.

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РИНОЛОГИИ

¹Отраслевой клиничко-диагностический центр ПАО «Газпром» (г. Москва), ²Российская медицинская академия непрерывного медицинского образования (г. Москва)

Решетников Сергей Владимирович, тел +7-985-992-13-60. e-mail: steant@gmail.com

Ключевые слова: стационарзамещающие технологии, ринология, хирургия.

В современной медицине и, в частности, оториноларингологии все больший интерес вызывают стационарзамещающие технологии. Актуальными они являются и в ринологии. Проведение современных хирургических вмешательств без длительной госпитализации, с применением качественного оборудования и с соблюдением принципов функциональной хирургии позволяет выполнять операции в полости носа и на околоносовых пазухах в условиях операционных на базе дневных стационаров и стационаров одного дня пребывания.

Цель исследования: оценить особенности применения стационарзамещающих технологий в ринологии.

Материалы и методы: На базе стационара одного дня было проведено 167 хирургических вмешательств в полости носа. Среди операций наибольшую долю составили септопластика, подслизистая радиоволновая вазотомия нижних носовых раковин, эндоскопическая синусотомия, в том числе полисинусотомия при хроническом полипозном риносинусите, баллонная синусопластика, эндоскопическая дакриоцисториностомия, пластика оро-антральных свищей. Показания для проведения данных хирургических вмешательств были классическими и не отличались от показаний, используемых в стационарных условиях. В стационар одного дня пациенты прибывали утром в день операции. После премедикации пациенты транспортировались в операционную, где проводилось вмешательство в полости носа. Техника проведения операции соответствовала принципам современной функциональной ринохирургии с максимально щадящим отношением к тканям. На заключительном этапе при необходимости проводилась передняя тампонада полости носа тампонами Merocel фирмы Medtronic. После пробуждения пациентов доставляли в палату, где проводилось активное наблюдение оперирующим хирургом и анестезиологом с мониторингом параметров жизнедеятельности. Тампоны удалялись на следующее утро в условиях перевязочной. Через 2 часа пациенты транспортировались домой с обязательными ежедневными перевязками в амбулаторных условиях в течение 2-х недель. Состояние полости носа и околоносовых пазух как до, так и после операции (через 3 и 6 месяцев) оценивалось с применением передней активной риноманометрии, акустической ринометрии, компьютерной томографии околоносовых пазух.

Результаты: Положительную динамику в отдаленном послеоперационном периоде отметили практически все пациенты, что было подтверждено объективными методами диагностики. Осложнений, повлекших необходимость госпитализации пациентов в стационар не было.

Выводы: Стационарзамещающие технологии в ринологии на базах дневных стационаров и стационаров одного дня могут и должны применяться. Требуется тщательный отбор пациентов с целью минимизации рисков как хирургических вмешательств, так и анестезиологических пособий. Результаты при применении современных методов хирургического лечения не отличаются от результатов операций, проводимых на базе стационаров с длительным пребыванием пациентов. Результаты операций зависят не от длительности нахождения пациента в медицинском учреждении, а от мастерства, опыта хирурга и возможностей применения современных методов хирургического лечения. Значимых осложнений, повлекших необходимость госпитализации в послеоперационном периоде, не было.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

¹Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром» (г. Москва), ²Российская медицинская академия непрерывного медицинского образования (г. Москва)

Решетников Сергей Владимирович, тел +7-985-992-13-60. e-mail: steant@gmail.com

Ключевые слова: носовая обструкция, носовое дыхание, заложенность носа.

Одной из наиболее значимых и высокораспространенных в оториноларингологии является патология полости носа. Однако, зачастую пациенты недооценивают имеющиеся у них жалобы, поэтому обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях развития заболевания. Это ведет к затруднению профилактики как хронической оториноларингологической, так и общесоматической патологии. В связи с этим возникает необходимость проведения эпидемиологических исследований, посвященных патологии полости носа.

Цель исследования: оценить распространенность жалоб со стороны полости носа у пациентов ЛОР-профиля.

Материал и методы: в исследование включены 500 пациентов, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью к врачу-оториноларингологу. Пациенты включались в исследование вне зависимости от повода обращения и выявленной патологии. Пациенты отвечали на ряд вопросов, направленных на оценку имеющихся субъективных ощущений состояния полости носа:

- Беспокоит ли Вас затруднение носового дыхания?
 - Затруднение носового дыхания симметрично с двух сторон?
 - Затруднение носового дыхания имеет постоянный характер?
 - Беспокоят ли Вас выделения из носа?
 - Выделения из носа симметричны с двух сторон?
 - Выделения из носа имеют постоянный характер?
 - Беспокоит ли Вас стекание слизи по задней стенке глотки (скапливание слизи в глотке)?
 - Стеkanie (скапливание) слизи ощущается больше утром?
- Возникает ли при этом у Вас желание откашляться, выполнить отхаркивающие движения?

Результаты исследования: из 500 опрошенных пациентов наличие заложенности носа отметили 218 (43,6%). При этом 79 (15,8%) пациентов отмечали симметричный и 71 (14,2%) – постоянный его характер. Выделения из носа беспокоили 206 (41,2%) пациента: 128 (25,6%) – симметричные и 45 (9,0%) – постоянные. Стеkanie слизи по задней стенке глотки отметили 243 (48,6%) пациента. При этом усиление этих ощущений по утрам имело место у 194 (38,8%) пациентов. 224 (44,8%) пациента выражали желание откашляться и выполнить отхаркивающие движения.

Из опрошенных лишь 134 (26,8%) пациента не предъявляли жалоб, характерных для патологии полости носа.

Выводы: высокая распространенность характерных для патологии полости носа жалоб среди пациентов оториноларингологического профиля создает необходимость проведения дальнейших исследований, посвященных профилактике, диагностике и лечению заболеваний полости носа и околоносовых пазух.

Решетников С.В.¹, Решетникова О.В.², Решетников В.Н.¹

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО И ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТОВ

¹Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром» (г. Москва), ²Российская медицинская академия непрерывного медицинского образования (г. Москва)

Решетникова Ольга Викторовна, тел +7-985-189-86-51, e-mail: entolga@gmail.com

Ключевые слова: гипертрофический ринит, вазомоторный ринит, диагностика.

В настоящее время достаточно остро стоит вопрос разработки и применения современных объективных методик диагностики хронических ринитов, позволяющих поставить диагноз в каждом конкретном случае, в связи с высокой распространенностью, важностью проблемы и отсутствием единого мнения о классификации, диагностике и лечении данной патологии. Из-за сходной клинической картины и недостаточного количества объективных методов диагностики большие сложности возникают при постановке диагноза хронического гипертрофического и вазомоторного ринитов. Соответственно, лечение в большинстве случаев проводится исходя из опыта врача на основании данных визуального осмотра полости носа без применения объективных методов диагностики.

Цель исследования: совершенствование диагностики хронических ринитов.

Материал и методы: В исследование включены 90 пациентов с нарушением носового дыхания. Всем пациентам трехкратно выполняли переднюю активную риноманометрию: в вертикальном положении тела; в горизонтальном положении тела (оценка носового дыхания при максимальном увеличении структур полости носа); исследование с сосудосуживающими интраназальными препаратами (оценка носового дыхания при максимальном уменьшении структур полости носа). На основании результатов обследования определяли значение функциональной составляющей носовой резистентности, вычисляемой как разность между значениями суммарного объемного потока носового дыхания при передней активной риноманометрии при использовании сосудосуживающих интраназальных препаратов и в горизонтальном положении тела. Этот показатель отражает способность нижних носовых раковин к уменьшению и к увеличению. На основании вычисления значения функциональной составляющей носовой резистентности осуществляли дифференциальную диагностику хронического гипертрофического и вазомоторного ринитов. Диагноз «Хронический гипертрофический ринит» выставляли при значениях функциональной составляющей носовой резистентности менее 200 мл/сек; диагноз «Вазомоторный ринит с гипертрофическими явлениями» – от 200 до 500 мл/сек; диагноз «Вазомоторный ринит» – более 500 мл/сек. Данный способ дифференциальной диагностики подтвержден патентом на изобретение № 2400136 от 27.09.2010.

Результаты: У 24 пациентов значения функциональной составляющей носовой резистентности были менее 200 мл/сек. Этим пациентам поставлен диагноз «Хронический гипертрофический ринит». У 37 пациентов значения функциональной составляющей носовой резистентности достигали 200-500 мл/сек. Этим пациентам поставлен диагноз «Вазомоторный ринит с гипертрофическими явлениями». У 29 пациентов функциональная составляющая носовой резистентности имела значение более 500 мл/сек. Этим пациентам поставлен диагноз «Вазомоторный ринит». Пациенты были разделены на 2 группы: 45 пациентов 1 группы были пролечены с учетом полученных данных, 45 пациентов 2 группы – без их учета. Отдаленные результаты лечения пациентов 1 группы были достоверно лучше по сравнению со 2 группой.

Выводы: Разработанная методика дифференциальной диагностики позволяет объективизировать определение формы хронических ринитов на основании вычисления значений функциональной составляющей носовой резистентности.

Станишевский Р.О., Киселев А.Б.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ОПЕРАЦИЮ И КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОБЛЯЦИИ И ОБЫЧНОЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Кафедра оториноларингологии, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск
ЗАО медицинский центр «АВИЦЕННА», группа компаний Мать и Дитя Новосибирск,
Коммунистическая ул., 17, Новосибирск, Новосибирская обл., 630099

Резюме. Целью этого исследования было сравнить время и кровопотерю между кобляционной тонзиллэктомией и обычной тонзиллэктомией. Данный подход был применен у 15 пациентов. Операция выполнялась под общим обезболиванием. Одномоментно у одного и того же пациента, удалена небная миндалина кобляцией с одной стороны, а с другой обычная тонзиллэктомия. Сравнительный анализ кровопотери и времени потраченной на хирургическое вмешательство осуществлялось при помощи эндоскопа с функцией видеозаписи.

Введение. Хронический декомпенсированный тонзиллит продолжает занимать ведущие позиции в заболеваемости ЛОР органов. Самым распространённым методом лечения заболевания остается двусторонняя тонзиллэктомия. Традиционно тонзиллэктомия производилась на протяжении длительного времени с использованием общепринятого инструментария. В последние десятилетия произошел скачок развития технологии и в настоящее время возможные способы операции включают применение: монополярного или биполярного электрода, радиочастотного воздействия, лазера, ультразвукового скальпеля и кобляции.

Учитывая то что, применение кобляции с каждым годом возрастает и используется не только для лечения ЛОР патологии, а и в других областях медицины: как травматология - артроскопии лечение голеностопного сустава; спинальной хирургии - нуклеопластика; косметологии - лечения кожных заболеваний; гинекологии - лечение эрозии шейки матки, гнойно-воспалительных заболеваний параметрия; кардиологии - используется для трансмиокардальной реваскуляризации. Мы решили сравнить традиционную тонзиллэктомию с использованием общепринятого инструментария и холодноплазменное применение. Хирургическое вмешательство решили провести у одного и того же пациента, а для сравнительного анализа хода операции использовать эндоскоп с функцией видеозаписи.

Материалы и методы. Нами было прооперировано 15 человек с использованием кобляции и общепринятого инструментария. Возраст варьировал от 23 до 52 лет, и в среднем составил. Всем больным проводили стандартное общее клиническое обследование перед операцией, со сбором жалоб, данных анамнеза, оценкой особенностей течения заболевания и состояния небных миндалин. Отбор пациентов на операцию включал в себя несколько критериев: рецидивирующий тонзиллит, паратонзиллярный абсцесс в анамнезе, неэффективность консервативного лечения на протяжении 2 лет. Данные операции проводились под общим обезболиванием, одним хирургом и контролем эндоскопического оборудования фирмы Karl Shtorz. Осмотр пациентов проводился через 4 часа после операции, на 3 сутки, 15 суток и через 1 месяц.

Результаты. Результаты показали, что интраоперационное время было значительно короче, а потеря крови была значительно меньше при использовании кобляции в сравнении с обычной тонзиллэктомией.

Выводы. Кобляция имеет существенное превосходство в сравнении с обычной тонзиллэктомией, продолжительность операции и кровотечение заметно ниже по сравнению с тонзиллэктомией выполненная обычным инструментарием.

Стагниева И.В.¹, Симбирцев А.С.²

НЕЙРО-ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РИНОСИНУСИТЕ.

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, ²ФГУП Государственный НИИ особо чистых биопрепаратов ФМБА России.

г. Ростов-на-Дону, Россия, +7(903)4016908, E-mail: irinastagnieva@yandex.ru

Ключевые слова: нейро-иммунное воспаление, субстанция P, цитокины, риносинусит, боль.

Патогенез различных форм заболеваний носа и околоносовых пазух связан с типом иммунного реагирования и степенью участия нейро-медиаторного механизма.

Цель: определение роли нейро-иммунного воспаления в патогенезе заболеваний носа и околоносовых пазух.

Материалы и методы: обследовано 337 больных с различной выраженностью лицевой боли. Всем больным проведено полное клиническое обследование, иммунограмма, КТ околоносовых пазух. Выполнена оценка болевого симптома и уровня невротизации. Определены уровни цитокинов IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF α , INF γ и субстанции P в сыворотке крови.

Результаты. Средний показатель болевого теста составил 59,16%. Высокие значения уровня тревожности у 42,5% больных. Корреляционный анализ количественных показателей лицевой боли с активностью воспалительного процесса (по клиническим данным и уровню С-реактивного белка показал отсутствие прямой связи: $r = -0,0691$; $p = 0,121$). Найдена прямая статистически значимая корреляционная связь между ранжированными показателями вегетативной дистонии, уровнем невротизации, суммарным показателем боли. С помощью ROC-анализа был найден уровень субстанции P, который уже не соответствует клиническим признакам заболевания, а свидетельствует о нарушении нейро-иммунных механизмов. Диагностической точкой разделения уровня субстанции P в сыворотке крови, превышение которой ассоциируется с нейрогенным компонентом боли, была величина 2000 пг/мл. При типичном болевом симптоме ($SP < 2000$ пг/мл) изменения показателей иммунограммы были характерны для нормального иммунного ответа на бактериальный антиген, цитокиновый баланс смещен в сторону провоспалительных цитокинов, достоверно увеличена концентрация IL-1 β и IL-6. Напряженность клеточного и гуморального звена иммунитета в данной группе пациентов подтверждается активацией Th-2-опосредованного иммунного механизма. Выраженный болевой симптом с уровнем $SP > 2000$ пг/мл свидетельствует о включении нейрогенных механизмов: показатели иммунограммы свидетельствуют о цитотоксическом варианте иммунного ответа на фоне дефицита гуморального звена и фагоцитоза. У этих больных отмечены высокие концентрации провоспалительных цитокинов IL-1 β , IL-6, IL-8 и TNF α . Концентрация противовоспалительных цитокинов резко снижена. Это привело к смещению баланса активности Th1-/Th2-лимфоцитов в сторону Th-1, недостаточности гуморального ответа и пролонгировании болевого симптома. Таким образом, нейро-иммунная регуляция воспалительного процесса при патологии носа и околоносовых пазух определяет тяжесть течения и клинические симптомы заболевания.

Выводы. Выраженный болевой симптом при риносинусите свидетельствует о нейро-иммунном воспалении, которое проявляется цитотоксическим типом иммунного ответа, резким смещением цитокинового баланса в сторону провоспалительных цитокинов, баланса активности Th1-/Th2-лимфоцитов в сторону Th-1 и иммунной недостаточностью.

Червинская А.В., Хан М.А., Хоруженко О.В., Вахова Е.В.

ГАЛОИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ РИНОСИНОСИТОМ

ФГБУДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Минздрава России, ДКБ №13 им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Ключевые слова: галоингаляционная терапия, риносинусит.

В комплексном лечении детей с различными заболеваниями ЛОР-органов все большее значение приобретают естественные и преформированные физические факторы. Предыдущие исследования патогенетических механизмов и практический опыт применения свидетельствуют о целесообразности включения галоингаляционной терапии в комплексное лечение острого синусита.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности применения ГИТ у детей с острым риносинуситом.

Материалы и методы: клинические наблюдения проведены в динамике у 60 детей с острым риносинуситом в возрасте 5-15 лет, в том числе 41 (68%) мальчика и 19 (32%) девочек. Все больные были разделены на 2 сопоставимые по клинико-функциональным параметрам группы. I-ой основной группе (30 детей) на фоне традиционной базисной терапии проводилась ГИТ с помощью настольного галоингалятора ГИСА-01 «Галонерб» (ООО «Аэромед», Россия) во 2-ом режиме (0,8-1,2 мг/мин) генерации галоаэрозоля ежедневно, продолжительностью 8 - 10 минут, в зависимости от возраста ребенка, на курс 10 процедур. 2-ая контрольная группа (30 детей) получала традиционную терапию риносинусита без включения ГИТ. Комплекс оценки эффективности лечения включал: общеклиническое обследование, эндоскопическое исследование полости носа (эндоскоп «Karl Storz»), рентгенограмму околоносовых пазух (АРС-«ПУТА» с питающим устройством «РЕНЕКС», компьютерную томографию по показаниям (аппарат CX MAX фирмы General Electric), исследование функции носового дыхания (акустический риноманометр Interacoustics SPE 2000 (Дания), сахариновый тест, секреторный IgA в назальном секрете методом Mancini (1965), визуально-аналоговую оценку симптомов риносинусита по методу V.J. Lund и др. (1991).

Результаты и обсуждение: динамика клинических проявлений свидетельствовала о преимуществе комплексной терапии с включением ГИТ: показатели болевого синдрома у детей 1-ой группы характеризовались снижением значений с $2,7 \pm 0,2$ до $1,0 \pm 0,1$ балла ($p < 0,001$) к 2-3 дню терапии, в контрольной группе с $2,7 \pm 0,2$ до $1,2 \pm 0,1$ ($p < 0,001$) к 4-5-му дню. Динамика состояния носового дыхания выражалась в снижении показателя с $4,9 \pm 0,2$ до $1,2 \pm 0,1$ балла ($p < 0,05$) к 5-6 дню терапии; в контрольной группе с $4,2 \pm 0,2$ до $1,3 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) к 9-10-му дню лечения. Наблюдалась также достоверная положительная динамика показателя патологических выделений в 1-ой группе к 5-6 дню, во 2-ой – к 9-10 дню лечения. В основной группе такие показатели, как головная боль, нарушения носового дыхания, обоняния регрессировали быстрее, чем в контрольной группе. По результатам рентгенографии околоносовых пазух выявлено снижение выраженности патологического процесса в пазухах в основной группе у 28 (93,3%) больных с $13,8 \pm 0,1$ до $6,0 \pm 0,4$ балла ($p < 0,01$) к 7-8-му дню лечения, в контрольной группе у 26 (86,7%) больных с $13,4 \pm 0,1$ до $7,3 \pm 1,1$ балла ($p < 0,01$) только к 10-му дню. Наблюдалось более раннее восстановление IgA и значений сахаринового теста в основной группе, что свидетельствовало об улучшении состояния местного иммунитета и мукоцилиарной функции слизистой носа.

Выводы: результаты исследования свидетельствуют об эффективности включения ГИТ в комплекс методов традиционного лечения у детей с риносинуситом.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ НАЗАЛЬНЫХ СПРЕЕВ НА НОСОВОЙ ЦИКЛ

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
Ярославль, Россия, +79159744186, o.kapr@mail.ru

Ключевые слова: носовой цикл, ксилометазолин, мометазона фуруат.

Цель работы – исследовать изменение параметров носового дыхания у взрослых лиц с острым риносинуситом (ОРС) при использовании в качестве составляющих терапии топических деконгестантов и интраназальных глюкокортикостероидов (ИнГКС).

Материалы и методы. За основу наблюдения выбраны данные мониторинга носового дыхания в пределах от 16 до 18 часов с помощью ринофлоуметра «Риноцикл» у 80 пациентов с ОРС в возрасте от 18 до 70 лет, которые были разделены на две группы по 40 человек. Пациенты обследованы дважды: до начала лечения и спустя 10 дней терапии, по достижении выздоровления. Пациентам группы 1 в качестве компонента лечения спустя через 6 часов записи носового цикла (НЦ) проводилось по 1 впрыскиванию деконгестанта (использовался 0,1% раствор ксилометазолина) в каждую половину носа. У пациентов группы 2 использовался спрей ИнГКС (в данном исследовании - мометазона фуруат в дозировке 100 мкг в каждый носовой ход). Пациентам групп 1 и 2 в терапию на 7 дней были включены топические деконгестанты и ИнГКС соответственно. Больные также получали пероральный антибиотик ампициллин и ирригационную терапию в течение 10 дней. Графики флюктуаций носового относительного объемного потока (ООП) воздуха оценивались по классификации Л.Л. Державиной (2002), в соответствии с которой выделяют классический и неклассический НЦ. Последняя разновидность включает частично совпадающий, частично флюктуирующий НЦ, односторонний НЦ и двусторонний флюктуирующий НЦ.

Результаты и их обсуждение. У пациентов обеих групп до использования интраназальных спреев доминировали неклассический двусторонний флюктуирующий и частично совпадающий, частично флюктуирующий НЦ. Однако, регистрировались и регулярные флюктуации ООП. После инсталляций интраназальных препаратов в группе 2 как у мужчин, так и у женщин флюктуации воздушного потока не изменили своего характера. Зарегистрированные колебания ООП распределялись таким же образом, как и до инсталляций ИнГКС. Среди пациентов группы 1 чаще встречались частично совпадающий, частично флюктуирующий НЦ и нециклические флюктуации. Классические колебания не были зафиксированы ни у одного пациента группы 1.

Инсталляции ИнГКС достоверно увеличивали ООП, причем статистически значимые различия по данному показателю с группой 1 отсутствовали. Эффект от мометазона фуруата наступал позднее, чем при использовании деконгестантов ($p < 0,05$), но сохранялся дольше, около 10 часов ($p < 0,05$), затем показатели ООП приобретали исходные значения. Инсталляции ИнГКС не влияли на характер флюктуаций воздушного потока, а лишь достоверно сокращали их продолжительность. В группе 1 использование деконгестантов, наоборот, приводило к удлинению периодов колебаний ООП. Спустя 10 суток терапии у всех пациентов группы 1 и группы 2 сохранялась видовая принадлежность характера флюктуаций. Изменения заключались лишь в увеличении амплитуды и продолжительности одного периода колебаний ООП.

Выводы. У большинства пациентов с ОРС регистрируется неклассический НЦ. После санации околоносовых пазух колебания ООП становятся продолжительнее, их амплитуда увеличивается. Инсталляции ИнГКС, в отличие от деконгестантов, при статистически значимом увеличении ООП и несколько позднее начале действия не оказывают существенного влияния на течение НЦ.

Яровая Л.А., Глыбина Н.А., Газизянова Н.Р., Усачёв Е.С.

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И СИНУС-ЛИФТИНГА.

ФГБУ «Поликлиника № 2» Управления делами Президента РФ, Москва.

Контакты: vivien456@yandex.ru, +7(495)4818800.

Ключевые слова: открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, осложнения дентальной имплантации, хронический гайморит после синус-лифтинга.

Цель. Снизить частоту осложнений в полости верхнечелюстной пазухи при проведении дентальной имплантации и синус-лифтинга.

Материалы и методы. Для исследования отобраны пациенты с вторичной адентией верхней челюсти. Самой частой причиной вторичной адентии был верхушечный периодонтит с формированием кистогранулем размером более 5мм – 19 чел. (57,6%), генерализованный пародонтит с последующей потерей зубов – 10 чел. (30,3%), горизонтальный пришеечный и продольный перелом зубов – 3 чел. (9%), полный вывих зуба с его утратой – 1чел. (3,1%). За период 2016-2017гг. обследованы и пролечены 33 человека. 28 пациентам (84,8%) проведена операция открытого синус-лифтинга, с последующей установкой имплантантов через 4-6 мес., 5 пациентам (15,2%) проведена дентальная имплантация с операцией закрытого синус-лифтинга: 3 - в момент удаления зуба, 2 - после заживления лунки зуба. Критерием для операции открытого синус-лифтинга служило снижение остаточной высоты альвеолярного отростка в месте имплантации ниже 5 мм, закрытого – сохранение высоты 7-8мм. Качество проведенных вмешательств оценивали по наличию или отсутствию интраоперационных осложнений, таких как: перфорация слизистой оболочки дна гайморовой пазухи, введение остеоиндуктивного костного материала через перфорированную слизистую внутрь гайморовой пазухи, инфицирование гайморовой пазухи, кровотечение в полость гайморовой пазухи, перелом корня соседнего зуба. Оценивались осложнения в отдаленном послеоперационном периоде: резорбция введенного костного материала, формирование ороантрального свища, подвижность установленных имплантантов, формирование хронического гайморита на прежде интактной верхнечелюстной пазухе, периимплантит с лизисом костной ткани, миграция имплантанта в верхнечелюстную пазуху. Пациентам выполнялось 3D-КТ верхней челюсти до операции синус-лифтинга и через 4-6 мес. после операции за несколько дней до установки имплантанта. После операции синус-лифтинга и имплантации назначалась антибактериальная терапия средним сроком на 7 дней.

Результаты. Из 28 пациентов первой группы перфорация дна гайморовой пазухи из-за рыхлой воспаленной слизистой оболочки была у 2 чел. (7,1%), кровотечение в полость гайморовой пазухи у 3 чел. (10,7%), перелом корня соседнего зуба у 2 чел. (7,1%). Из 5 пациентов второй группы – введение костного материала в полость гайморовой пазухи – 1чел. (20%), перелом корня соседнего зуба – у 1 чел. (20%). Отдаленные осложнения в первой группе: частичная резорбция костного материала – у 9 чел. (32,1%), периимплантит с лизисом костной ткани – 2 чел. (7,1%), формирование хронического гайморита – у 3 чел. (10,7%). Во второй группе сформировался в отдаленном периоде хронический гайморит – у 1 чел. (20%). Пациентам с формированием хронического воспаления слизистой оболочки было выполнено эндоскопическое расширение соустья верхнечелюстной пазухи – 5 чел. (15,1%). Из пролеченных 33 человек в отдаленном периоде подвижности имплантантов или миграции имплантантов в полость гайморовой пазухи не было отмечено.

Выводы. 1. Четкое разграничение показаний для открытого и закрытого синус-лифтинга позволило избежать подвижности и миграции имплантантов в отдаленном периоде. 2. Частота формирования хронического гайморита после проведения синус-лифтинга и имплантации, потребовавшая хирургического оториноларингологического вмешательства, составила 15,1%.