



ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

02-05.10

**XIII КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО
ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ**

- Сочи, Отель «Рэдиссон Лазурная»
Курортный пр., 103

Научные руководители

А.С. Лопатин, профессор, Президент Российского общества ринологов

В.В. Шиленкова, профессор, Генеральный секретарь Российского общества ринологов,
кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО «ЯГМУ» МЗ РФ

Т Е З И С Ы

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕЗИСОВ

1. Абдумаликов И.М., Юсупов М.М., Мадазимов М.М. (Андижан, Узбекистан) РИНОПЛАСТИКА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ ПИРАМИДЫ НОСА.
2. Азизова Л.Р., Исмагилов Ш.М. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО РИНИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
3. Алексеенко С.И., Карпищенко С.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТАХ У ДЕТЕЙ
4. Алиметов А.Х., Батыршин Т.Р., Аухадеев Э.И., Алиметова З.Р., Камалова И.М. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СОННОГО ХРАПА
5. Артемьева Е.С., Будковая М.А. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ
6. Атькова Е.Л., Краховецкий Н.Н., Жуков О.В. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ДАКРИОСТОМЫ
7. Атькова Е.Л., Ярцев В.Д., Краховецкий Н.Н. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДАКРИОСТЕНОЗА ШЕЙКИ СЛЕЗНОГО МЕШКА
8. Бабаев С.Ю., Халиуллин Л.Г., Красильникова С.В., Козаренко Е.А., Елисеева Т.И., Шахов А.В. ОЦЕНКА СИНОНАЗАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХОБЛ
9. Базаркина К.П. ПЕРЕДНЯЯ АКТИВНАЯ РИНОМАНОМЕТРИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ОПЕРИРОВАННОГО НОСА
10. Барсегян И.А., Сухачев Е.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «СДЕРЖАННОГО» ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗА НОСА
11. Батыршин Т.Р., Вахитов Х.М., Вахитова Л.Ф., Батыршин Р.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОЙ ЗАЩИТНОЙ И ЭЛИМИНАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ
12. Безрукова Е.В., Симбирцев А.С. ПЕРСПЕКТИВЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА
13. Бессонов С.Н. ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФОРМАЦИИ НОСА У ДЕТЕЙ
14. Бессонов С.Н. РИНОПЛАСТИКА И СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕВОМ СКЕЛЕТЕ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДИСПРОПОРЦИЙ ЛИЦА
15. Богомильский М.Р., Зябкин И.В., Чиненов И.М., Баранов К.К., Пихуровская А.А.
16. Боенко Д.С., Боенко С.К., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Боенко Н.Д., Михеева Н.Л. АНАЛИЗ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР И СЛЁЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА.
17. Боенко Д.С., Боенко С.К., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Боенко Н.Д., Барков К.А. СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНОСИТИТОМ.
18. Бондарук В.В. ВЫЯВЛЕНИЕ ЛАТЕНТНЫХ СИНОСИТИТОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ
19. Бондарук В.В. НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В

СТАЦИОНАРАХ Г. МОСКВЫ

20. Бондарук В.В. ОПЕРАЦИИ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА В АМБУЛАТОРНО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ
21. Будкова М.А., Артемьева Е.С. НАЗАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
22. Владимирова Т.Ю., Чернышенко И.О., Колдова Е.В. ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ КОСТНЫХ СТРУКТУР ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА
23. Волков А.Г. ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ
24. Воробьева И.С., Зинкин А.Н. ДИСФОНΙΑ И РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ РИНОСИСУИТ ПРИ ГИПОГИДРАТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
25. Гайворонский А.В., Трофимова Т.Н., Гудзь А.А., Даминов Ю.Э. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ СИСУИТОВ
26. Гайворонский А.В., Трофимова Т.Н., Гудзь А.А., Даминов Ю.Э. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛАТЕНТНЫХ СИСУИТОВ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ
27. Гинькут В.Н., Андреев В.Н. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РИНОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ
28. Горбунов С.А., Кудряшов С.Е., Козлов В.С. АНАЛИЗ ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ НАЗАЛЬНЫХ КАТЕТЕРОВ ПРИ ОСТРОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ РИНОСИСУИТЕ
29. Гостюнин А.Н., Шпотин В.П., Донская Л.И., Кузнецов С.А. НАШ ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ РЕДКОГО СЛУЧАЯ СОЧЕТАННОГО ОРБИТАЛЬНОГО И ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРОЭТМОИДИТА
30. Гребень Н.И., Малец Е.Л., Сидоренко И.В., Цеханович В.А., Кукса Е.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
31. Жуков О.В., Атькова Е.Л., Краховецкий Н.Н. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ДАКРИОСТОМЫ
32. Закирова А.М., Красножен В.Н., Рашитова Э.Л. ПРОФИЛАКТИКА РЕКУРРЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ.
33. Золотова Т.В., Волков А.Г., Лёшина Л.С. ЩАДЯЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ОБСТРУКЦИИ КАК ПРИЧИНЫ ХРАПА
34. Золотова Т.В., Манукян А.А. ОСОБЕННОСТИ ИММУНОПАТОГЕНЕЗА ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ПАТОЛОГИЕЙ НОСА И НОСОГЛОТКИ
35. Иванов С.А. АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ НАРУЖНОГО НОСА ЛОБНЫМ ЛОСКУТОМ И ХРЯЩЕВЫМ АЛЛОГРАФТОМ
36. Карпищенко С.А., Баранская С.В., Бибик П.Р. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНВЕРТИРОВАННЫХ ПАПИЛЛОМ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ
37. Карпищенко С.А., Баранская С.В., Болознева Е.В., Фаталиева А.Ф. ПЛОЩАДЬ ВНУТРЕННЕГО НОСОВОГО КЛАПАНА, КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕПТУМ-ОПЕРАЦИИ
38. Карпищенко С.А., Баранская С.В., Фаталиева А.Ф., Лисянская М.В. НАШ

ОПЫТ РЕВИЗИОННЫХ СЕПТУМ-ОПЕРАЦИЙ

39. Карпищенко С.А., Болознева Е.В., Бибик П.Р. НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФРОНТОТОМИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ НАРУЖНЫМ ДОСТУПОМ
40. Карпищенко С.А., Долгов О.И., Самсонова О.С., Осипова А.А., Фролова А.С. Зубаровская Л.С., Афанасьев Б.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ СИНУСИТОВ В УСЛОВИЯ ЦИТОПЕНИИ.
41. Карпищенко С.А., Рябова М.А., Улупов М.Ю., Фаталиева А.Ф. РЕДУКЦИЯ ВОЗВЫШЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА
42. Карпищенко С.А., Рябова М.А., Фаталиева А.Ф. РОЛЬ ВОЗВЫШЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА В НОСОВОМ ДЫХАНИЕ
43. Карпищенко С.А., Карпов А.А., Станчева О.А. РИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ
44. Кириченко И.М., Попадюк В.И. СИНДРОМ «МОЛЧАЩЕГО СИНУСА» У ПАЦИЕНТОВ С ЭСТЕТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА
45. Климова И.И., Аристова–Боровикова О.В. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ
46. Козлов В.С., Кудряшов С.Е., Горбунов С.А., Крючкова О.В., Вахрушев С.Г., Малошковец А.С. ТЕХНОЛОГИЯ РИНКО®. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НАЗАЛЬНЫХ КАТЕТЕРОВ
47. Кокарева В.В., Щербаков Д.А. ВЫЧИСЛИТЕЛЬНАЯ АЭРОДИНАМИКА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА
48. Кондратьев А.Е., Кузьмина И.В. НАШ ПОДХОД К ЭНДОСКОПИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ.
49. Константинов А.Е. ВАРИАНТЫ ДЕКОМПРЕССИИ СЛЕЗНО-НОСОВОГО КАНАЛА ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ СТЕНОЗАХ
50. Константинов А.Е. ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСМАКСИЛЛЯРНОГО ДОСТУПА ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ СТЕНОЗАХ СНК.
51. Константинов А.Е., Горожанин А.В. СПОНТАННЫЕ ТРАНСКЛИВАЛЬНЫЕ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНЫЕ ЛИКВОРЕИ ОСНОВНОЙ ПАЗУХИ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ
52. Кралина Д.О. ИССЛЕДОВАНИЕ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ
53. Красножен В.Н., Нестеров О.В., Ильина Р.Ю., Шахов А.В., Андреева И.Г. СОСТОЯНИЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.
54. Краховецкий Н.Н., Атькова Е.Л. СПОСОБ ФИКСАЦИИ ИМПЛАНТАТА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАКОРИНОСТОМИИ
55. Краховецкий Н.Н., Атькова Е.Л. ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НОСОСЛЕЗНОГО ПРОТОКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ
56. Краховецкий Н.Н., Краховецкая Д.С. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛАКОРИНОСТОМИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРАЦИЕЙ СЛЕЗНЫХ КАНАЛЬЦЕВ
57. Крюков А. И., Царапкин Г.Ю. РАСШИРЕНИЕ В ВОПРОСЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА
58. Крюков А.И., Валихов М.П., Царапкин Г.Ю., Арзамасов С.Г., Товмасын А.С., Кондратьев Н.В., Голимбет В.Е. ОБОНЯТЕЛЬНЫЙ ЭПИТЕЛИЙ – ИСТОЧНИК ПРОГЕНИТОРНЫХ КЛЕТОК ДЛЯ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ
59. Крюков А.И., Плавунцов Н.Ф., Царапкин Г. Ю., Кадышев В.А., Сидоров А.М.,

- Товмасын А.С., Поляева М.Ю., Гунина М.В. НОСОГЛОТОЧНЫЙ ТАМПОН ПРИ ТАМПОНАДЕ НОСА ПО БЕЛЛОКУ
60. Крюков А.И., Плавунцов Н.Ф., Царапкин Г.Ю., Кадышев В.А., Сидоров А.М., Товмасын А.С., Гунина М.В. СПОНТАННЫЕ НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ
61. Крюков А.И., Туровский А.Б., Колбанова И.Г., Мусаев К.М., Карасов А.Б. МАЛОИНВАЗИВНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТАХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ
62. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Хамзалиева Р.Б., Панасов С.А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ
63. Кудряшов С.Е., Козлов В.С. ТРЕНАЖЕР РИНОСИМ®-2К ДЛЯ ТЕХ, КТО ЖЕЛАЕТ ОСВОИТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ ДИАГНОСТИКУ И ХИРУРГИЮ НОСА
64. Кузьмина И.В., Соловьев О.В., Коваленко Е.А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ КИСТАМИ, ПРОРАСТАЮЩИМИ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ, В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
65. Лавренова Г.В., Глухова Е.Ю., Митрофанова Ю.В. (С.-Петербург) ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СИНУСИТОМ.
66. Лиханова М.А., Сиволапов К.А. АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОИМПЛАНТАТАМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА
67. Лопатин Д.Г., Теплов А.В. (Кемерово) К ВОПРОСУ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОХИРУРГИИ.
68. Лопатин Д.Г., Теплов А.В. (Кемерово) ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА.
69. Макарин-Кибак А.С., Колядич Ж.В. (Минск, Беларусь) ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ НОСОВОГО КЛАПАНА.
70. Марушкина Г.И., Трищенко С.Н. ГРУППЫ РИСКА В РАЗВИТИИ РОНХОПАТИИ И СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ У РАБОТНИКОВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ БЕЗОПАСНОСТЬ ДВИЖЕНИЯ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ
71. Мельников М.Н. ОТ СУПРАТУРБИНАЛЬНОЙ АНТРОСТОМИИ ДО ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ МАКСИЛЛОТОМИИ – ДОСТАНЕМ ВСЁ
72. Мельников М.Н., Фомин В.М., Стрыгин А.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ФИЗИОЛОГИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПРИЖИЗНЕННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СИМУЛЯЦИИ
73. Меркулова Е.П., Кобахидзе А.Г., Большакова Е.С., Джабборов Н.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА
74. Миндлин С.Н., Слуцкая А.В., Соков Р.И., Сбитякова В.А. НОВАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ СИМУЛЯЦИОННАЯ МОДЕЛЬ И НОВЫЙ ТРЕНАЖЁР ДЛЯ ОТРАБОТКИ НАВЫКОВ РИНОПЛАСТИКИ
75. Мовергоз С.В., Андаров А.А., Горин Д.И. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ РИНОПЛАСТИКИ
76. Моисеева Ю.П., Пискунов Г.З. (Москва) ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА.
77. Намазова-Баранова Л.С., Губанова С.Г., Зеленкова И.В., Эфендиева К.Е., Федосеенко М.В., Алексеева А.А., Левина Ю.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И

- БЕЗОПАСНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ
78. Нгуен Т.Ф Тхао ОСОБЕННОСТИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ В УСЛОВИИ СЕВЕРНОГО ВЬЕТНАМА
 79. Ободов В.А., Кузнецов В.А., Гилёв М.В., Агеев А.Н., Ободов А.В. (Екатеринбург) ОПЕРАЦИЯ ЛАКОРИНОСТОМИЯ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА.
 80. Пажинский Л.В., Пажинский А.Л., Черняева С.С. (Белгород) ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУР ОСТИОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВА РИНОСИНУСИТА.
 81. Панкова В.Б., Вильк М.Ф., Федина И.Н. (Москва, Мытищи) ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ.
 82. Пискунов В.С., Никитин Н.А. ПОСТОПЕРАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ АУТОТКАНЕЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ЛИКВОРНЫХ ФИСТУЛ
 83. Пшенников Д.С., Анготоева И.Б., Уварова Т.А., Коровченко Е.В. ИНГАЛЯЦИОННАЯ ПУЛЬСИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА
 84. Пшенников Д.С., Пшенникова А.С., Сысоева Ю.Г. РЕЗУЛЬТАТЫ ДРЕНИРОВАНИЯ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПО ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ
 85. Решетников С.В., Лебедев Н.Н., Шихметов А.Н., Решетникова О.В., Решетников В.Н. СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И РИНОЛОГИЯ
 86. Решетников С.В., Решетникова О.В., Решетников В.Н. БАЛЛОННАЯ СИНОСОПЛАСТИКА: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
 87. Решетников С.В., Решетникова О.В., Решетников В.Н. ЛЕЧЕНИЕ ХРАПА И АПНОЭ МЕТОДОМ ИМПЛАНТАЦИИ МЯГКОГО НЕБА
 88. Решетников С.В., Решетникова О.В., Решетников В.Н. НОСОВОЕ ДЫХАНИЯ И СОАС
 89. Решетников С.В., Решетникова О.В., Решетников В.Н., Кухаренко О.А. СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОСА У ПАЦИЕНТОВ ЛОР-ВРАЧА
 90. Решетникова О.В., Решетников С.В., Решетников В.Н. ДИАГНОСТИКА ВАЗОМОТОРНОГО И ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТОВ
 91. Родина А.Д., Горбунова Т.В., Булетов Д.А., Поляков В.Г. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НОСОГЛОТКИ И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ
 92. Родина А.Д., Горбунова Т.В., Меркулов О.А., Булетов Д.А., Поляков В.Г. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РЕДКОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОЛОСТИ НОСА
 93. Родионова О.И., Ващенко Н.А. ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
 94. Русецкий Ю.Ю., Спиранская О.А., Красивичева О.В. ДОСТУП К ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЕПТОПЛАСТИКЕ - «ДВЕРЬ В ПЕРЕГОРОДКУ»
 95. Савченко Е.М., Шавгулидзе М.А. КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИФИЧЕСКИХ СИНОСИТОВ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ.

96. Селезнев К.Г., Долженко С.А., Моногарова Н.Е., Климов З.Т., Андреев П.В., Окунь О.С., Малеев О.В. ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ
97. Селезнев К.Г., Малеев О.В., Климов З.Т., Долженко С.А., Андреев П.В., Окунь О.С., Уткина А.В. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ РЕШЕТЧАТЫХ АРТЕРИЙ
98. Семенов Ф.В. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СУБЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ РИНОПЛАСТИКИ ПАЦИЕНТАМИ С ПРИЗНАКАМИ ДИСМОРФОФОБИИ.
99. Смыченко А.М., Ерёмина А.О., Сысолятин С.П., Банникова К.А. АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ НОСА И СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ.
100. Тырык О.Б., Щербаков Д.А. НАШ ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНСИТА
101. Фариков С.Э., Громов К.С., Козлов В.С. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОПЕРАЦИЯМ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА
102. Фениксова Л.В., Рыбалкин И.С. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ С УЧЁТОМ КОМОРБИДНОГО СТАТУСА
103. Филимонов С.В., Ефимцев А.Ю., Левчук А.Г. (С.-Петербург) ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ К КРИСТОТОМИИ ШИПОВ III ТИПА ПРИ ЭПИЛЕПТИФОРМНЫХ СОСТОЯНИЯХ.
104. Хайитов А.А., Хушвакова Н.Ж., Турдиев М.С. (Самарканд, Узбекистан) КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОТИВОГРИБКОВАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭКССУДАТИВНЫХ СИНУСИТОВ.
105. Царапкин Г. Ю., Товмасын А.С., Поляева М.Ю., Гунина М.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАМПОНАДЫ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМИ НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
106. Царапкин Г.Ю., Кучеров А.Г., Огородников Д.С., Кочеткова Т.А., Мусаева М.М. ОСОБЕННОСТИ КТ АНАТОМИИ НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ
107. Царапкин Г.Ю., Огородников Д.С., Кишиневский А.Е., Мусаева М.М., Кочеткова Т.А. МЕТОДИКА СЕЛЕКТИВНОЙ РИНОФЛУОМЕТРИИ
108. Чернышенко С.В., Рамазанов Э.Н., Турчанинов А.П., Дурягина Т.А., Чернышенко Д.Ю. (Симферополь) НАШ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ.
109. Шарипова Э.Р., Азнабаева Л.Ф., Арефьева Н.А. ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНСИТОМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ЦИТОКИНОМ ИНТЕРЛЕЙКИН-1 β (БЕТАЛЕЙКИНОМ) И АНТИТЕЛАМИ (ИММУНОГЛОГЛОБУЛИНЫ)
110. Шахова М.А., Логинова Д.А., Терентьева А.Б., Меллер А.Е., Шахов А.В., Зудов А.В., Кириллин М.Ю. ОПТИЧЕСКАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ПЕРЕСТРОЙКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
111. Шиленкова В.В., Федосеева О.В. ИНТРАНАЗАЛЬНЫЕ СПРЕИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РИНОСИНСИТА С ПОЗИЦИИ НОСОВОГО ЦИКЛА.
112. Школьник С.Ф., Школьник Г.С. В ПОМОЩЬ НАЧИНАЮЩЕМУ

ДАКРИОХИРУРГУ. ЧТО ВАЖНО?

113. Щербаков Д.А., Кротова А.С. МОДИФИКАЦИЯ
ИНФРАТУРБИНАЛЬНОГО ДОСТУПА К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ
114. Щербаков Д.А., Кротова А.С. НАШ ОПЫТ ДАКРИОХИРУРГИИ
115. Юнусов А.С., Рыбалкин С.В. РИНОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ С
ОЖГОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ И ДЕФЕКТАМИ НОСА
116. Юркин С.А.; Воронина Е.Ю. ПРОСТОЙ СПОСОБ НЕИНВАЗИВНОГО
АКТИВНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ЛЕЧЕНИИ
ГНОЙНЫХ СИНУСИТОВ

РИНОПЛАСТИКА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ ПИРАМИДЫ НОСА

Абдумаликов И.М.*, Юсупов М.М.***, Мадазимов М.М.***

*LOR-ENT частная клиника по оториноларингологии, Андижан, Узбекистан

** Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

*** Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение: Ринопластика - один из наиболее сложных разделов пластической хирургии и, прежде всего, потому, что нос — это наиболее открытая и заметная часть лица, мельчайшие изъяны которой очевидны.

Цель: Улучшение косметических результатов хирургического лечения комбинированных деформаций пирамиды носа за счет применения новых технологий ринопластических операций.

Материалы и методы: Основой исследования послужили 22 пациента “LOR-ENT” ЦДЛО «Центр диагностики и лечения по оториноларингологии» г. Андижан, которым производились ринопластические операции по поводу комбинированных деформаций пирамиды носа в период с 2017 по 2019 гг. Для исследования были сформированы основная и контрольная группы больных, каждая из которых состояла из 11 пациента. В обе группы вошли больные со следующими комбинированными деформациями пирамиды носа: ринокифосколиоз (горбатый, кривой нос); ринолордоз с риносколиозом (седловидный, кривой нос); ринокифоз с ринолордозом (горбатый нос с одновременным западением спинки); ринолордоз с ринокифозом и риносколиозом (седловидный нос с горбом и западением спинки); прочие комбинации деформаций пирамиды носа, включая комбинации с рубцовой деформацией. При операциях, производимых по поводу комбинированных деформаций носа в основной группе использовался ряд специально разработанных для этого инструментов: направляющий инструмент для удаления горба носа; направляющий инструмент для эндоназального удаления горба носа; инструмент для мобилизации костей носа.

Результаты исследования: Наибольшее значение при оценке эффективности хирургических технологий лечения комбинированных деформаций носа принадлежит сравнению количества остаточных или повторных деформаций носа после перенесенных ринопластических операций, выполненных по разным методикам. Поэтому оценка косметической эффективности разработанных и стандартных технологий в основной и контрольной группах осуществлялась путем сравнения числа остаточных послеоперационных деформаций носа.

Выводы: Применение новых технологий ринопластики и новых инструментов при комбинированных деформациях пирамиды носа представляется перспективным направлением развития ринопластической хирургии и позволяет значительно повысить эффективность операций за счет снижения процента остаточных и повторных деформаций носа.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО РИНИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Азизова Л.Р.*, Исмагилов Ш.М.**

*ГАУЗ «Центральная городская клиническая больница №18», Казань, РФ

**ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Казань, РФ

Введение. Медикаментозный ринит (МР) – заболевание, возникающее при длительном применении сосудосуживающих препаратов и характеризующееся стойкой физической и психологической зависимостью от них. В настоящее время МР является одной из серьезной проблем ринологии, а учитывая масштабы бесконтрольного применения деконгестантов, финансовых затрат на их приобретение, становится и социальной проблемой.

Цель: выявление клинико-психологических аспектов медикаментозного ринита у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов от 17 до 25 лет, среди них 18 мужчин и 22 женщины с клиническими проявлениями МР. Обследование включало: объективный осмотр (включая эндоскопию полости носа и носоглотки), рентгенографию (или РКТ) околоносовых пазух, общий анализ крови с лейкоформулой, а также объективную оценку носового дыхания при помощи передней активной риноманометрии. Пациенты заполняли индивидуальный опросник, который включал в себя вопросы о самих сосудосуживающих препаратах, длительности и кратности их использования, помимо этого пациентам была предложена госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Результаты и их обсуждение. При осмотре у пациентов выявлена типичная картина вазомоторного ринита (отечность слизистой оболочки носа и нижних носовых раковин, наличие и характер выделений в полости носа). При передней активной риноманометрии суммарное сопротивление составило $0,38 \pm 0,011$ Па/см³/с, суммарный объемный поток на уровне давления 150 Па составил $361,1 \pm 10,31$ см³/с. Длительность использования топических сосудосуживающих средств у исследуемой группы – от одного месяца (свыше 4-х недель) до пяти лет, частота применения почти у половины опрошенных (47,5 %) – 2-3 раза в сутки. По шкале HADS субклиническая тревога и депрессия выявлены в 52,5% и 45% случаев соответственно.

Выводы: субклиническая тревога чаще проявляется у лиц молодого возраста, использующих деконгестанты от месяца до трех лет, а субклиническая депрессия выявлена у лиц, использующих деконгестанты от одного года и более. Выявлено, что при разных сроках использования деконгестантов увеличивается степень выраженности и частоты тревожных и депрессивных расстройств.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТАХ У ДЕТЕЙ

Алексеев С.И.^{*,**}, Карпищенко С.А.^{***,****}

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия

**ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий им. К.А. Раухфуса» г. Санкт-Петербург, Россия

***ФГБОУ «Санкт-Петербургский НИИ ЛОР» МЗ РФ

****ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» МЗ РФ

Введение. При операции на верхнечелюстной пазухе в последние годы стали активно применяться эндоскопические эндоназальные методики. В то же время, работ по сравнительной оценке преимуществ и недостатков таких вмешательств по сравнению с традиционными операциями наружным доступом через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи у детей недостаточно.

Цель исследования: сравнительный анализ эффективности и безопасности эндоскопического эндоназального и наружного доступа при операциях на верхнечелюстной пазухе при хронических риносинуситах (ХРС) у детей .

Пациенты и методы: В исследование включен 121 ребенок в возрасте от 9 до 17 лет с ХРС с 2012-2017 годы. Распределены в две группы. 1-я - дети, прооперированные с доступом перед переднюю стенку верхнечелюстной пазухи (наружным доступом) n=36, 2-я – эндоскопическим эндоназальным доступом (ЭРС) n=85. Симптомы оценивались до и после оперативного вмешательства и не ранее, чем через 6 месяцев. По шкале SNOT20 в каждой группе симптомы сравнивались отдельно и друг с другом. При эндоскопическом исследовании оценивались цвет слизистой оболочки, наличие отека, характер и количество отделяемого. Результаты компьютерной томографии околоносовых пазух оценивались по шкале Lund-Mackay. Данные обработаны Statistica 10.0 (Statsoft, Tulsa, Ok, USA). Уровень значимости устанавливали $p < 0,05$ для всех анализов.

Результаты и их обсуждение: Анализ показателей SNOT20 показал при наружном доступе улучшение по всем показателям, кроме «заложенность уха» и «ушная боль». ЭРС показала значительное улучшение по результатам «головная боль», «вставания по ночам», «ушная боль», «эмоциональная подавленность» $P < 0,001$. При эндоскопическом исследовании оба доступа показали улучшение состояния слизистой оболочки в отношении отека, характера и количества отделяемого. В отношении цвета слизистой оболочки наиболее значимые изменения в сторону нормализации были при выборе ЭРС $P < 0,001$. В соответствии со шкалой Lund-Mackay оба доступа показали значительное улучшение рентгенологических признаков в послеоперационном периоде. $P < 0,001$. При субъективной оценке результатов операции пациентами и родителями статистически значимой разницы между двумя доступами получено не было. В то же время, при оценке локальных послеоперационных изменений (рубец, снижение чувствительности в месте разреза, локальная болезненность, психологический дискомфорт и слезотечение) ЭРС показала лучший результат $P < 0,001$.

Выводы: Операции на верхнечелюстной пазухе у детей как эндоскопическим, так и наружным доступом показали высокую эффективность. В то же время, эндоскопическая риносинусохирургия оказалась более щадящей и безопасной.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СОННОГО ХРАПА

Алиметов А.Х. *, Батыршин Т.Р. *, Аухадеев Э.И. *, Алиметова З.Р. **, Камалова И.М. ***

* «Казанская государственная медицинская академия» – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Казань, РФ

** ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, РФ

*** ГАУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики», Казань, РФ

Введение. В индустриально развитом обществе у человека неизбежно должно возрастать чувство усталости и потребность во сне. Последствия расстройств сна, в т.ч. связанных с нарушением функции верхних дыхательных путей, представляют собой серьезную медико-социальную и экономическую проблему. Проявления сонного храпа и СОАС, как одно из наиболее распространенных нарушений сна, часто наблюдаются на фоне соматической и неврологической патологии, из чего возникает необходимость подробной оценки состояния различных функций организма в их взаимосвязи и взаимообусловленности.

Цель: оценка комплексного подхода в обследовании и лечении пациентов с сонным храпом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 15 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет. Всем больным, наряду с подробным осмотром глотки, гортани, проводились эндоскопия полости носа, пальпаторная оценка состояния шейной мускулатуры, РКТ полости носа и околоносовых пазух. В исследование также были включены полисомнография, рентгенография шейного отдела позвоночника и доплерография сосудов шеи. Пациенты были консультированы эндокринологом и офтальмологом с целью выявления сопутствующей патологии, оценки состояния функций организма.

Результаты и их обсуждение. При объективном осмотре были выявлены утолщение небного язычка с явлениями застойной гипертрофии, асимметрия положения язычка мягкого неба от срединной линии индивидуальной выраженности и т.д. У 9 человек были установлена патология полости носа с нарушением носового дыхания (искривление перегородки носа, вазомоторный ринит, *concha bullosa* и др.). При осмотре у всех пациентов определялось наличие триггерных пунктов в мышечных группах с резкой болевой симптоматикой на стороне поражения. Рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника выявило наличие остеохондроза в верхнешейных позвоночно-двигательных сегментах С2-С3 с выпрямлением лордозной дуги (10 больных), и тенденцией к кифотической установке (5 больных). При доплерографии сосудов шеи выявлялась асимметрия кровотока на стороне поражения, что подтверждало нарушения кровотока в системе позвоночной артерии с последующей гипоксигенацией краниального отдела. Лечение включало выполнение хирургической коррекции внутриносовых структур при наличии показаний. Всем пациентам проводились процедуры локального воздействия на мышечный аппарат шейно-воротниковой зоны, а также кранио-вертебрального перехода с мышечной релаксацией с целью снятия патологической болевой импульсации посредством пунктурной анальгезии (курс 7-10 сеансов), на фоне седативной, общеукрепляющей терапии. После окончания курса лечения все пациенты отметили улучшение общего состояния, исчезновения или снижение храпа и эпизодов апноэ.

Выводы. В ходе исследований выявлено, что глотка и органы шеи реагируют на патологическую импульсацию из шейного отдела позвоночника, которая клинически может проявляться синдромом сонного храпа и СОАС и, соответственно, быть звеном многофакторной патогенетической цепи заболевания. Результаты работы показывают необходимость дальнейшей разработки в реализации изучения общего «реабилитационного потенциала» патологии, включающего методы общей физической активности, специальной гимнастики, регуляции общего состояния и др.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ

Артемьева Е.С., Будковая М.А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи»
Минздрава России

Введение. На сегодняшний день остаются актуальными вопросы диагностики нарушений носового дыхания. Субъективных показаний больного, стандартного оториноларингологического осмотра, компьютерной томографии околоносовых пазух, эндоскопического исследования носоглотки недостаточно для полноценной оценки дыхательной функции носа. Объективная оценка дыхательной функции носа, включающая переднюю активную риноманометрию в сочетании с акустической ринометрией позволяет провести дифференцированный анализ причин формирования назальной обструкции. Это особенно важно при обследовании пациентов, имеющих жалобы на затруднение носового дыхания, несмотря на проведенное ранее ринохирургическое вмешательство.

Цель: дифференциальный анализ причин формирования назальной обструкции.

Материалы и методы. На базе лечебно-диагностического отделения СПб НИИ ЛОР обследовано 30 пациентов в возрасте 18 от до 64 лет. Критерии включения в исследование: наличие жалоб на затруднение носового дыхания, несмотря на ранее проводимую хирургическую коррекцию перегородки носа или носовых раковин, принадлежность к европеоидной расе. Всем обследуемым выполнен общий оториноларингологический осмотр, КТ околоносовых пазух, эндоскопическое исследование полости носа и объективное исследование функции носового дыхания с использованием комплекса «RHINO-SYS» фирмы Happersberger Otopront GmbH (ФРГ), которое включало анализ основных показателей передней активной риноманометрии (ПАРМ) и акустической ринометрии (АК). Аэродинамические характеристики носового потока регистрировались у всех обследуемых до и после пробы с деконгестантом. Субъективная оценка состояния больного проводилась путем анкетирования по разработанным опросным картам и модифицированной шкале ВАШ.

Результаты и их обсуждение. После введения деконгестантов по данным ПАРМ и АК для каждой половины носа у 4 (13,3%) пациентов не выявлена назальная обструкция, патологическое сужение отсутствовало. У 17 (56,7%) больных с исходно высокой степенью была выявлена обструкция слабой степени, с обеих сторон, и отсутствие патологического сужения, что указывает на функциональный компонент нарушения носового дыхания, необходимость дальнейшего обследования и выбора консервативной тактики ведения больных. Восстановление аэродинамических показателей только в одной половине полости носа отмечено у 9 (30%) больных, патологическое сужение носило также односторонний характер свидетельствовало о наличии структурного компонента обструкции и необходимости повторного хирургического вмешательства.

Выводы:

Выполнение объективной оценки дыхательной функции носа с использованием передней активной риноманометрии в сочетании с акустической ринометрией позволяет дифференцированно подойти к анализу степени нарушения носового дыхания, выявить основные причины формирования назальной обструкции и способствует выбору оптимальной тактики ведения больных.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ДАКРИОСТОМЫ

Атькова Е.Л., Краховецкий Н.Н., Жуков О.В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», Москва, Россия

Введение. Основной причиной рецидива дакриоцистита является заращение дакриостомы рубцовой тканью. Существуют несколько методик проведения повторной операции. В зарубежной литературе появились единичные работы по применению эндоназальной баллонной дакриопластики с использованием баллона диаметром 9 мм.

Цель: описать первый опыт применения 9 мм баллона при рецидиве дакриоцистита.

Материал и методы. В исследование вошли 6 пациентов с рецидивом после проведенной ранее дакриоцисториностомии. По данным компьютерной томографии с контрастированием слезоотводящих путей, у всех пациентов костное «окно» было достаточно большого размера и его верхний край был расположен не ниже места впадения слезных канальцев в слезный мешок. У всех пациентов была исключена патология слезных канальцев и их устья. При эндоскопии полости носа у 3-х пациентов (3 случая) определяли искусственное соустье между слезным мешком и полостью носа диаметром от 1 до 2 мм, у 3-х пациентов (3 случая) дакриостому визуализировать не удалось. Синехии в полости носа в области дакриостомы не определяли. Метод заключался в следующем: проводили антеградное зондирование слезоотводящих путей с выведением зонда Боумена в полость носа через остаточную дакриостому (в 3-х случаях) или через сформированное в толще рубцовых тканей, закрывающих дакриостому, отверстие (в 3-х случаях). В отверстие дакриостомы эндоназально вводили активную часть баллонного катетера. Дилатацию баллона диаметром 9 мм осуществляли под давлением 8 атм. в течение 90 с и через 10 с ее повторяли на протяжении 60 с. После дефляции баллонный катетер извлекали. Срок наблюдения за пациентами составил 3 месяца.

Результаты и их обсуждение. Интраоперационных осложнений не было отмечено. «Выздоровление» наблюдали у 4-х пациентов (4 случая), «улучшение» - у 1-го пациента (1 случай) и у 1-го пациента было выявлено заращение дакриостомы.

Выводы: Первый опыт использования баллонной дакриопластики дакриостомы при рецидиве дакриоцистита диктует необходимость продолжения исследования для получения достоверных результатов примененного метода.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДАКРИОСТЕНОЗА ШЕЙКИ СЛЕЗНОГО МЕШКА

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

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», Москва, Россия

Введение. Наиболее частая локализация сужения слезоотводящих путей (СОП) различной степени – шейка слезного мешка. Эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия (ЭЭДЦР) считается одним из самых эффективных способов лечения данного заболевания. Однако в последние годы в дакриологии все чаще стали применять малоинвазивные вмешательства: реканализацию и баллонную дакриопластику (БДП).

Цель работы – определить эффективность различных методов хирургического лечения дакриостеноза шейки слезного мешка.

Материал и методы. Было проведено обследование и лечение 79 пациентов (103 случая) со стенозом шейки слезного мешка. В 1-ю группу вошли 12 пациентов (17 случаев), которым была проведена реканализация СОП с биканаликулярной интубацией лакримальным имплантатом (ЛИ) по Ritleng. Во 2-ю группу - 11 пациентов (16 случаев), которым была проведена БДП с использованием оригинального баллонного катетера (Патент RU №157346 от 28.05.2015). В 3-ю группу были включены 9 пациентов (15 случаев), которым была проведена БДП и реканализация СОП с биканаликулярной интубацией ЛИ по Ritleng. В 4-ю группу были включены 9 пациентов (14 случаев), которым была проведена реканализация СОП с биканаликулярной интубацией предложенным нами силиконовым перфорированным имплантатом (Патент RU 2479291 от 22.02.2012). В конце операции и каждые 7 дней послеоперационного периода в просвет ЛИ его межпальпебральной части вводили 3 мл гель-фурацилина 0,02% с раствором дексаметазона 0,1%. В 5-ю группу вошли 11 пациентов (14 случаев), которым была проведена БДП и реканализация СОП с биканаликулярной интубацией предложенным нами силиконовым перфорированным имплантатом. В 6-ю группу вошли 27 пациентов (27 случаев), которым была проведена ЭЭДЦР по модифицированному методу Р. Wormald с пластикой соустья по методу В.Г. Белоголазова.

Результаты и их обсуждение. Изучение результатов малоинвазивных вмешательств, выполненных при стенозе шейки слезного мешка, показало, что наиболее результативным вмешательством является БДП и реканализация СОП с биканаликулярной интубацией предложенным нами перфорированным ЛИ (92,9% положительных результатов) (патент RU 2557423 от 25.06.2014г.) по сравнению с реканализацией СОП с биканаликулярной интубацией ЛИ по Ritleng (70,6% положительных результатов), БДП (87,5%), БДП и реканализацией с биканаликулярной интубацией СОП ЛИ по Ritleng (86,6%). Необходимо отметить, что эффективность реканализации с биканаликулярной интубацией СОП перфорированным ЛИ без БДП составила 78,6% положительных результатов. Эффективность ЭЭДЦР – 92,6% положительных результатов. При статистическом анализе эффективности БДП и реканализации с биканаликулярной интубацией перфорированным имплантатом и эффективности ЭЭДЦР достоверных различий выявлено не было.

Выводы: Полученные данные сравнительной оценки эффективности примененных операций дают основание считать операцией выбора БДП и реканализацию с биканаликулярной интубацией СОП предложенным нами перфорированным ЛИ и ЭЭДЦР при стенозе шейки слезного мешка.

ОЦЕНКА СИНОАЗАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХОБЛ

Бабаев С.Ю., Халиуллин Л.Г., Красильникова С.В., Козаренко Е.А., Елисеева Т.И., Шахов А.В.

ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Взаимосвязь между аллергическим ринитом и астмой хорошо изучена. Общеизвестно, что до 90% аллергических астматиков имеют ринит, а одна треть пациентов с аллергическим ринитом страдает астмой. Следует отметить, что участие слизистой носа при бронхиальной астме не ограничивается только этим заболеванием, о чем свидетельствует ограниченное число исследований, в которых обнаружены более выраженные проявления синоназальных симптомов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

В нашем исследовании мы оценивали синоназальные симптомы, признаки и связанное с риносинуситом качество жизни.

У пациентов с бронхиальной астмой была значительно более сильная носовая обструкция, выделения из носа, головная боль, чихание и зуд носа или глаз. Поразительно, что средняя тяжесть, сообщаемая для каждого носового симптома, была сопоставима у пациентов с астмой и ХОБЛ, даже при симптомах, обычно связанных с аллергией, таких как чихание и зуд. Назальная непроходимость и зуд считались наиболее выраженными в обеих группах пациентов. У пациентов с ХОБЛ также отмечались значительно более выраженные носовые симптомы, в частности, носовая непроходимость, выделения из носа и головная боль. У пациентов с ХОБЛ назальные выделения считались наиболее выраженными.

Мы показали, что как у аллергических, так и у пациентов с ХОБЛ наблюдались более выраженные носовые симптомы, что сопровождалось значительным ухудшением их качества жизни. В то время как важность лечения синоназальной патологии у пациентов с бронхиальной астмой общепринята, пациенты с ХОБЛ, вероятно, будут нуждаться в лечении носовой патологии из-за неосознанности воспаления верхних дыхательных путей. Дальнейшие исследования назальной патологии у больших групп пациентов с ХОБЛ являются обязательными, о чем свидетельствуют результаты нашего исследования. В заключение мы показали, что как аллергическая патология, так и ХОБЛ были связаны со значительным синоназальным воспалением и симптомами, мешающими качеству жизни этих пациентов. Это поднимает важный вопрос учета синоназального воспаления при диагностическом и терапевтическом подходе у пульмонологических пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «СДЕРЖАННОГО» ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗА НОСА.

Барсегян И.А., Сухачев Е.А.

Клиника доктора Коренченко, Самара, Россия.

Введение. Полипоз носа – обычная проблема в повседневной практике врача-оториноларинголога. Распространенность полипов в популяции в целом, по разным данным, достигает 5%. Среди факторов, способствующих развитию полипов, предлагались наследственность, влияние окружающей среды, анатомические вариации, инфекционные агенты (бактерии, грибы), аллергия, астма, аспириновая гиперчувствительность. Методами доказательной медицины достоверное увеличение распространенности выявлено в популяциях больных астмой (до 15%) и аспириновой гиперчувствительностью (до 60%). Достоверность влияния остальных перечисленных факторов на развитие полипоза остается сомнительным. Все теории патогенеза полипоза носа рассматривают полипоз носа как хроническое воспалительное заболевание носа, требующее не только хирургического вмешательства но и длительного медикаментозного лечения.

Цель: оценить подход к лечению полипоза носа, который можно охарактеризовать как минимально необходимое хирургическое вмешательство и максимально активное медикаментозное лечение.

Материал и методы. Под нашим наблюдением с 2012 г. по 2019 г. находились 290 пациентов с полипозом носа. Основными методами обследования были- оценка пациентом тяжести состояния по визуально-аналоговой шкале (VAS), эндоскопия полости носа, КТ ОНП с балльной оценкой по шкале Lund- McCay. Все пациенты получали медикаментозное лечение, включая местные ГКС, короткие курсы системных ГКС, монтелукаст, антигистамины при сопутствующем аллергическом рините, антибиотики при сопутствующем бактериальном воспалении. Основным хирургическим вмешательством была лазерная редукция полипов носа, которая у большинства пациентов 194 (67%) привела к стабильному улучшению носового дыхания, остальным пациентам- 96 (33%) потребовались разные варианты FESS.

Результаты и их обсуждение. Успешным лечением мы считали стойкое восстановление носового дыхания, нормализацию эндоскопической картины, улучшение качества жизни пациента. Наличие мелких полипов при отсутствии жалоб и иных симптомов мы не считаем показанием к хирургическому лечению, такие пациенты находятся под наблюдением и получают медикаментозное лечение. Среднее количество рецидивов при сроке наблюдения 8лет, составило 1,7 в год. Во всех случаях нам удалось добиться стабильного восстановления носового дыхания и контроля над состоянием пациента.

Выводы. «Сдержанный» подход к лечению полипоза носа с минимизацией объема хирургического вмешательства и акцентом на медикаментозное управление состоянием пациента представляется оправданным, поскольку при минимальном риске и затратах на лечение позволяет достичь восстановления качества жизни и стабильного контроля над состоянием пациента.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОЙ ЗАЩИТНОЙ И ЭЛИМИНАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ

Батыршин Т.Р.^{*}, Вахитов Х.М.^{**}, Вахитова Л.Ф.^{**}, Батыршин Р.Г.^{***}

^{*} «Казанская государственная медицинская академия» - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, РФ

^{**} ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Казань, РФ

^{***} ГАУЗ «Городская клиническая больница №16», Казань, РФ

Введение. Инфекционные и аллергические заболевания респираторного тракта составляют самую многочисленную группу среди всех нозологических форм. Поражения дыхательных путей, включая полость носа и околоносовые пазухи, охватывают как острые инфекции, так и хронические состояния различного генеза. Для развития большей части респираторных заболеваний пусковым механизмом является внедрение чужеродного агента на слизистую оболочку носовой полости. Ее поверхность постоянно находится под влиянием множества химических, физических и инфекционных патогенов, на ней происходят процессы распознавания антигенов и формирования эффективной защиты от биотоксинов. Соответственно, существует потребность в применении препаратов, способных эффективно профилактировать развитие воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Исходя из этиологии и патогенеза заболеваний верхних дыхательных путей, одним из наиболее рациональных вариантов представляется создание барьера, не допускающего контакта инфекционных агентов и аллергенов со слизистой оболочкой.

Цель: изучение клинической эффективности препарата на основе микронизированной целлюлозы с целью профилактики острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у детей.

Материал и методы исследования: Результаты наблюдений за группой детей из 27 человек в возрасте от 4 до 7 лет, наблюдавшихся на клинической базе кафедр детских болезней и оториноларингологии в течение 5 месяцев (с ноября 2018 по март 2019). Все дети применяли местно препарат на основе микронизированной целлюлозы («Назаваль-плюс») Наблюдавшимся проводился ежемесячный осмотр оториноларинголога, включавший эндоскопию полости носа, и педиатра. Группа контроля составила 10 человек той же возрастной категории, не получавших профилактического лечения. Дети из этой группы также ежемесячно осматривались специалистами.

Результаты и их обсуждение: На основании собственных наблюдений за получавшими препарат микронизированной целлюлозы в качестве средства профилактики респираторных заболеваний, установлено, что число их эпизодов было снижено более чем на 29,6% по сравнению с группой сравнения, в которой заболеваемость острой воспалительной патологией носа и околоносовых пазух отмечалась у 90% (9 человек). Современная клиническая практика требует предпочтительного использования препаратов с высоким профилем безопасности, универсальными свойствами, объединяющих в себе не только лечебные, но и профилактические возможности. Этим критериям в полной мере соответствует микронизированная целлюлоза природного происхождения – вещество клеточных стенок растений, представляет собой полимер класса углеводов, обладающее как защитным, так и элиминационным (в связи с формированием гелеобразной защитной пленки с высокими сорбционными свойствами, пролонгированного действия) эффектами.

Выводы. Проведенные исследования подтвердили высокую клиническую эффективность препарата у детей на основе микронизированной целлюлозы с целью профилактики воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух.

ПЕРСПЕКТИВЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНИСИТА

Безрукова Е.В*, Симбирцев А.С.**

*Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**ФГУП ГНИИ особо чистых биопрепаратов ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Основу консервативной терапии хронического полипозного риносинусита (ХПРС) составляют интраназальные глюкокортикостероиды (ИНГКС). Однако эффективность ИНГКС временная и зависит от дозы, длительности применения и значительно снижается при несоблюдении пациентами правил приема лекарственных средств. Вместе с тем, участие врожденного иммунитета слизистых оболочек в патогенезе острых и хронических заболеваний ВДП способствовало разработке новых иммунотерапевтических подходов, основанных на применении средств иммунобиологической направленности.

Целью исследования является оценка эффективности применения рекомбинантного интерферона $\alpha 2b$ и γ -D-глутамил-L-триптофана для консервативного лечения ХПРС.

Материал и методы. В исследование включено 49 больных ХПРС в возрасте от 35 до 60 лет. Распространенность полипозного процесса, интенсивность выделений из носа, отечность слизистой оболочки носа оценивали эндовидеоскопическим методом исследования по стандартной методике и выражали в баллах (от 0-3). У всех пациентов исходная распространенность полипозного процесса состояла на уровне $2,2 \pm 0,2$ балла; отечность – на уровне $2,8 \pm 0,4$ балла; выделения из носа – на уровне $2,9 \pm 0,3$ балла. Продолжительность курсового применения рекомбинантного интерферона $\alpha 2b$ и γ -D-глутамил-L-триптофана составляла 5 дней. Препараты, находящиеся в одном шприце, вводили в полипозную ткань в дозах: рекомбинантный интерферон $\alpha 2b$ - 1 млн.ед.; γ -D-глутамил-L-триптофан - 0,1 мг. После проведенного лечения состояние полипозной ткани определяли эндоскопически на 5, 14, 30, 180 и 365 день исследования. Для оценки количественных изменений полипозной ткани использовали регрессионный анализ.

Результаты. В результате курса введения препарата в полипозную ткань, удалось добиться ее уменьшения практически в два раза, уменьшилась отечность слизистой оболочки нижних носовых раковин и выделений из носа: через 5 дней после начала лечения отмечалось достоверное уменьшение размеров полипозной ткани у всех пациентов до $1,2 \pm 0,1$ баллов ($p \leq 0,5$), уменьшение отечности слизистой оболочки средней и нижней носовой раковин до $2,4 \pm 0,3$, уменьшение выделений их носа слизистого характера - $2,6 \pm 0,4$. Через 14 дней, 1 месяц, 6 месяцев размер полипозной ткани статистически достоверно не изменился и составил $1,1 \pm 0,1$ баллов, наблюдалось уменьшение отечности слизистой оболочки носовых раковин до $0,9 \pm 0,2$, и выделения из носа до $1,3 \pm 0,4$ баллов, что можно оценить как хорошую эффективность проведенного лечения. Через год отмечалось увеличение отечности слизистой оболочки нижних носовых раковин, увеличение слизистых выделений из носа и увеличение объема полипозной ткани, что вероятно связано с коротким курсом лечения.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют, что рекомбинантный интерферон $\alpha 2b$ в сочетании с γ -D-глутамил-L-триптофаном являются патогенетически обоснованными средствами консервативного лечения больных ХПРС с исходной: распространенностью полипозного процесса на уровне $2,2 \pm 0,2$ балла; отечностью – на уровне $2,8 \pm 0,4$ балла; количеством отделяемого – на уровне $2,9 \pm 0,3$ балла. Однократное 5-ти дневное введение оказывает позитивное влияние на выраженность изменений размеров полипозной ткани и отечности слизистой носа в течение года наблюдений. Дальнейшая оптимизация лечения ХПРС на основе изученных средств должна базироваться на включении дополнительных курсов введения препаратов.

ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФОРМАЦИИ НОСА У ДЕТЕЙ

Бессонов С.Н.

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия

Введение. Частота рождения детей с врожденными расщелинами лица составляет 1:700 родившихся. У таких новорожденных отмечается деформация костных, хрящевых и мышечных структур средней зоны лица, которые формируются в первом триместре беременности. При этом костная и хрящевая части перегородки искривлены, хрящи носа деформированы, круговая мышца расщеплена, изменены места ее прикрепления. В постнатальном периоде дисфункция мимических мышц усиливает деформацию средней зоны лица.

Цель. Изучение процесса роста больших хрящей крыльев носа и обоснование объема раннего хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Проллиферативную активность хондробластов и характер их распределения на площади хрящевых пластинок оценивали на материале, полученном от 26 плодов человека от 12 до 28 недель развития и 2 трупов новорожденных, посредством реакции с моноклональными антителами к пролиферирующему клеточному ядерному антигену (PCNA). Изучена патологическая топографическая анатомия средней зоны лица при расщелинах верхней губы и неба и многообразие клинических проявлений. Проведена оценка отдаленных результатов первичной ринохейлопластики в сроки до 20 лет.

Результаты и их обсуждение. Анализ гистограмм, представляющих собой графическое распределение частот метки PCNA на поверхности среза хряща, показал, что существует два вида роста хряща – аппозиционный (новообразование хрящевой ткани за счет дифференцировки хрящевых клеток из хондрогенных клеток надхрящницы) и интерстициальный (за счет пролиферации хондробластов и хондроцитов и увеличения объема межклеточного вещества). Таким образом, результаты проведенных исследований не подтверждают существующее в литературе представление о наличии так называемых «зон роста» хряща. Полученные данные позволили расширить объем оперативного вмешательства при первичной коррекции носа. Хирургическое лечение врожденных расщелин верхней губы выполняли в возрасте 4-6 месяцев. При односторонних расщелинах проводили широкую мобилизацию кожи над кончиком носа, перемещение и фиксацию большого хряща крыла носа на стороне расщелины, в положение, симметричное здоровой стороне. Выполняли мобилизацию каудального отдела четырехугольного хряща и фиксацию его по средней линии. При двусторонних расщелинах верхней губы после выполнения хейлопластики через внутриносовый разрез тонким распатором мобилизовали кожу от больших хрящей крыльев носа, разделяли купола и медиальные ножки. Сквозным швом сближали купола больших хрящей крыльев носа. Через инъекционную иглу проводили по 2 шва, фиксирующие нижние латеральные хрящи к верхним латеральным хрящам с каждой стороны. Непосредственные результаты оценены как хорошие в 89% случаев, однако с ростом лица доля хороших результатов снизилась до 44,5%

Выводы. Современные методы оперативного лечения врожденных расщелин верхней губы и неба позволяют получить хорошие эстетические результаты и способствуют более правильному развитию средней зоны лица. Коррекция формы носа позволяет улучшить внешний вид пациентов, способствует их лучшей социальной адаптации в обществе и уменьшает вероятность психологической травмы в детском возрасте, когда психика ребенка неустойчива и ранима.

РИНОПЛАСТИКА И СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕВОМ СКЕЛЕТЕ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДИСПРОПОРЦИЙ ЛИЦА

Бессонов С.Н.

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия

Введение. Около 10% пациентов, обращающихся для коррекции формы носа, имеют сопутствующие деформации лица, выраженные в различной степени. Без правильной оценки имеющихся изменений сложно достичь хороших эстетических результатов лечения. Предварительный анализ пропорций лица позволяет выявить существующие нарушения и спланировать их хирургическую коррекцию. Наиболее частой патологией является изменение величины и проекции подбородка (ретрогения, макрогения и ретрогения с увеличением высоты подбородка). Значительно реже встречаются выраженные изменения верхней и нижней челюсти (макро- и микрогнатии), асимметрии лица.

Материал и методы. В период с 2013 по 2018 г. выполнены 523 ринопластики, из них – 53 пациентам в сочетании с вмешательствами на лицевом скелете:

Аугментация подбородка имплантатом - 18,

Аугментация подбородка путем остеотомии – 14

Уменьшение проекции подбородка – 13

Остеотомия верхней челюсти – 6

Остеотомия верхней и нижней челюсти – 2

Всем пациентам перед операцией проводили антропометрический анализ лица по H.S. Burd и компьютерное моделирование планируемых результатов операции. В основе метода лежит определение идеальной длины, проекции кончика и корня носа, ориентируясь на размеры нижней или средней трети лица. Линия, проведенная через середину идеальной длины носа и точку смыкания губ, служила ориентиром для определения проекции подбородка. У пациентов с аномалиями размеров и соотношения челюстей (верхней или нижней макро- и микрогнатией, гемифациальной микросомией) такое планирование затруднено. В таких случаях, сначала проводили телерентгенографию лицевого скелета, позволяющую определить размеры и положение челюстей по отношению к основанию черепа. Затем выполняли ортогнатические операции для нормализации прикуса и пропорций средней и нижней третей лица. Операцию заканчивали ринопластикой, или выполняли ее вторым этапом.

Результаты. Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены в сроки от 1 до 10 лет после операции. У 85 % пациентов удалось нормализовать пропорции лица и получить ожидаемые результаты оперативных вмешательств, у остальных пациентов также отмечалось улучшение внешнего вида, хотя и в некоторой степени отличающегося от планируемого компьютерного имиджа.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ НОСА И СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Богомильский М.Р., Зябкин И.В., Чиненов И.М., Баранов К.К., Пихуровская А.А.
ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России; кафедра оториноларингологии педиатрического факультета; обособленное структурное подразделение Российская детская клиническая больница, Москва, РФ.

Введение. В наши дни широко распространена сочетанная патология носа и слезоотводящих путей у детей. Ринологические заболевания могут вызывать выраженную дисфункцию слезных путей, что нередко требует хирургического лечения.

Цель: повышение эффективности диагностики и лечения сочетанной патологии носа и слезоотводящих путей у детей

Материал и методы. В настоящем исследовании приняли участие 65 детей в возрасте от 0 до 17 лет, госпитализированные в офтальмологическое отделение РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России с нарушением слезоотведения. Курация пациентов проводилась совместно офтальмологами и оториноларингологами. Всем детям была выполнена диагностическая эндоскопия полости носа и носоглотки, цветная слезно-носовая проба Веста, рентгенография с контрастированием слезного мешка и носослезного канала. Хирургическое лечение проводилось под контролем эндоскопической техники и с использованием моторных систем. Полученные данные были статистически обработаны.

Результаты и их обсуждение. В ходе обследования у всех 65 детей (100%) была определена дисфункция носослезного канала, а также выявлена следующая ринологическая патология: у 7 пациентов (10,8%) - гипертрофия нижних носовых раковин, у 18 детей (27,7%) - гипертрофия аденоидов 3 степени, у 9 детей (13,8%) - искривление носовой перегородки, у 31 ребенка (47,7%) - вазомоторный ринит. Были проведены соответствующие хирургические вмешательства: 7 детям (10,8%) - турбинопластика нижних носовых раковин, 18 пациентам (27,7%) - аденотомия. В связи с полной обструкцией носослезного канала 8 детям (12,3%) выполнена эндоскопическая дакриоцисториностомия, симультанно с которой у 6 пациентов (9,2%) произведена септопластика. 51 ребенку (78,5%) проведено сочетанное наружное (через слезные каналы) и ретроградное эндоназальное зондирование носослезного канала под эндоскопическим контролем. У 59 пациентов (90,8%) после лечения отмечалось восстановление слезоотведения.

Выводы: в ходе данной работы был определен оптимальный алгоритм диагностики и оперативного лечения сочетанной патологии носа и слезоотводящих путей у детей. Рациональное использование функциональной эндоскопической ринопластики, дакриоцисториностомии, комбинированного наружного и ретроградного эндоназального зондирования носослезного канала позволило в 90,8% случаев восстановить у детей отток слезы.

АНАЛИЗ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР И СЛЁЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА

Боенко Д.С., Боенко С.К., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Боенко Н.Д., Михеева Н.Л.
Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», Донецк, Донецкая Народная Республика.

Введение. В большинстве ЛОР-клиник ДНР эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия является в настоящий момент довольно распространенной операцией, проводимой у пациентов с хроническим дакриоциститом (Г.З.Пискунов и соавт., 1998; З.Т.Климов и соавт., 2000; С.К.Боенко и соавт., 2003, Д.С. Боенко и соавт., 2016, Д.С. Боенко и соавт., 2017). Для дальнейшего повышения эффективности хирургического лечения таких больных необходима слаженная работа нескольких специалистов: офтальмолога, оториноларинголога, врача лучевой диагностики. Большое значение в успехе оперативного лечения так же имеет правильная оценка взаимоотношений внутриносовых структур и слёзотводящих путей.

Цель: целью нашей работы являлось повышение эффективности хирургического лечения больных хроническим гнойным дакриоциститом.

Материалы и методы. В клиниках кафедры оториноларингологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО с 2002 по 2019 гг. по поводу хронического гнойного дакриоцистита прооперировано 111 больных. Мужчин было 30 (27,1%), женщин – 81 (72,9%). Возраст больных колебался от 14 лет до 71года.

В предоперационном периоде все пациенты были консультированы офтальмологом. У 34 (30,6%) пациентов выполнили контрастную дакриоцистографию, а у 23 (20,7%) – спиральную КТ слёзного мешка (причём у 13 из них – с контрастированием). У 54 (48,7%) пациентов была выполнена КЛКТ с контрастированием слёзотводящих путей. Такой метод мы используем для предоперационного обследования больных с 2011 года, при этом контраст вводим через нижнюю слёзную точку непосредственно перед исследованием. Данные КЛКТ оценивали совместно с врачом лучевой диагностики.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов была выявлена непроходимость вертикального отдела слёзотводящих путей, что подтверждало диагноз хронического гнойного дакриоцистита. Этими больным в дальнейшем выполнена эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия. В сравнении с такими методами исследования слёзотводящих путей как контрастная дакриоцистография, СКТ/МСКТ, применение КЛКТ с контрастированием, на наш взгляд, имеет ряд неоспоримых преимуществ как для пациента, так и для врача, а именно сокращение времени исследования, уменьшение лучевой нагрузки при высокой диагностической точности метода. Таким образом, в каждом случае мы получали детальную информацию о слёзотводящих путях и внутриносовых структурах (передние отделы средней носовой раковины, крючковидный отросток). Это позволяло определить причины и уровень окклюзии слёзотводящих путей, а так же состояние внутриносовых структур и их топографо-анатомические взаимоотношения со слёзным мешком. Интра- и после операционных осложнений мы не наблюдали. В периоде динамического наблюдения у всех больных отмечено клиническое выздоровление.

Выводы: совместная работа офтальмолога, оториноларинголога и врача лучевой диагностики в сочетании с проведением пациенту в предоперационном периоде конусно-лучевой компьютерной томографии слезотводящих путей позволяет повысить эффективность хирургического лечения хронического гнойного дакриоцистита.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ

Боечко Д.С., Боечко С.К., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Боечко Н.Д., Барков К.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», Донецк, Донецкая Народная Республика.

Введение. Совместные действия отоларинголога и челюстно-лицевого хирурга и внедрение эндоскопической хирургической техники позволяют у больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом одномоментно производить санацию пораженной верхнечелюстной пазухи, причинного зуба (зубов) и коррекцию внутриносовых структур.

Цель: целью исследования являлось внедрение в практику новой лечебно-диагностической тактики у пациентов с неосложненными формами одонтогенного верхнечелюстного синусита.

Материалы и методы. Нами в Донецком ринологическом центре в 2011-2019гг. Наблюдалось 346 больных с неосложненными формами одонтогенного синусита в возрасте от 24 до 69 лет. Мужчин было 166 (47,8%), женщин – 180 (52,2%). Диагноз устанавливали после анализа жалоб и анамнеза, осмотра ЛОР-органов, эндовидеориноскопии, конусно-лучевой компьютерной томографии, общеклинического обследования и консультации челюстно-лицевого хирурга.

Лечение пациентов включало несколько этапов: 1) в начале проводилась консервативная терапия, направленная на купирование воспалительного процесса в пораженной пазухе, восстановление дренирования и аэрации синуса.

2) на втором этапе при необходимости выполняли коррекцию внутриносовых структур. Затем всем пациентам проводили переднюю этмоидотомию и остиопластику (расширение соустья). Данный этап выполнялся под интубационным наркозом.

3) третий этап включал в себя оперативные вмешательства в полости рта. Операции начинали с экстракции «причинного» зуба (зубов), если он не был удален ранее. В случае образования ороантральной фистулы санацию пазухи проводили через сформировавшееся соустье (Д.С. Боечко и соавт., патент на полезную модель № 60802 от 25.06 2011). При необходимости (в случае отсутствия ороантрального сообщения) с помощью синус-троакара выполняли микрогайморотомии. При сформировавшейся ороантральной фистуле операцию оканчивали пластикой дефекта в области лунки удаленного зуба слизисто-надкостничным лоскутом с использованием мембраны из тромбоцитарного геля (Н.А. Гладкова и соавт., патент на полезную модель № 47506 от 10.02. 2010 г.).

Результаты и их обсуждение. Результаты хирургического лечения больных по всем критериям были удовлетворительными. Так, к концу 6-7 суток после операции у пациентов затруднение носового дыхания, нарушения обоняния и головные боли обычно уже не отмечались. Лунка зуба после его экстракции заживала первичным натяжением без дефекта кости альвеолярной дуги, что особо важно при необходимости дальнейшего протезирования либо дентальной имплантации.

Выводы: 1. Оперативное лечение больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом должно проводиться при одновременном совместном участии оториноларинголога и челюстно-лицевого хирурга.

2. Использование эндоскопических методов позволяет одномоментно выполнить санацию пазухи и коррекцию внутриносовых структур, что значительно сокращает сроки пребывания больных в стационаре и существенно снижает уровень осложнений;

3. Предложенная тактика лечебно-диагностических мероприятий имеет принципиальное значение и может быть рекомендована к внедрению в специализированных клиниках оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЛАТЕНТНЫХ СИНУСИТОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Бондарук В.В.

ФГБУ «ВЦМК»Защита» МЗ РФ

Диагностических проблем, связанных с выявлением острой патологии ОНП, практически не существует. Наличием выраженной клинической симптоматики и достаточно яркая рентгенологическая картина воспаления. Другая ситуация с латентно протекающими синуситами, диагностика которых продолжает оставаться сложной и актуальной проблемой, а их выявление носит случайный характер, в силу отсутствия ринологических жалоб. Анализируя полученный клинический опыт (более 600 наблюдений за 21 год) были отмечены наиболее часто выявляемые признаки осложненного латентно протекающего синусита (Л.С.) глубоких околоносовых пазух. Дебютом стойких головных болей, падения остроты зрения, появление хронической усталости, периодического головокружения или стекания слизи по задней стенке глотки являлось перенесение простудного заболевания, протекающего по типу вирусного ринофарингита. Такие анамнестические данные встретились в 74% наших наблюдений. При активном расспросе 39% больных с Л.С. отметили стекание слизи по задней стенке глотки, сами же пациенты, как правило, данный признак не относят к жалобе считая его нормальным явлением, 45% пациентов жаловались на стойкие головные боли. При осмотре не выявлялась патология носа, но при этом имелись признаки атрофического фарингита и стекания слизи по задней стенке глотки. Частота выявления этих признаков коррелировала с длительностью проявлений осложнений латентного синусита, а также возраста пациента. Так хронический фарингит у них выявлялся в возрасте до 30 лет в 22% наблюдений, а у лиц старше 30 лет в 68%. При длительности Л.С. до 1 года фарингит выявлялся у 28% наблюдений, а свыше 1 года в 64%. При рентгенологическом КТ обследовании отмечалась гиперпневматизация клиновидной пазухи и клеток решетчатого лабиринта в 75% случаев. При КТ и МР - исследовании отмечались незначительные признаки воспаления в 29% наблюдений, заметное утолщение слизистой в 7% и тотальное снижение пневматизации клиновидной пазухи в 3% наблюдений. У 40 пациентов у которых подозревался латентный синусит, но признаки воспаления по результатам КТ и МРТ исследований отсутствовали, было проведено радиоизотопное сканирование с мечеными аутолейкоцитами. У 30 пациентов было выявлено патологическое накопление радиофармпрепарата в зоне клиновидной пазухи и задних клетках решетчатого лабиринта.

27 пациентов прооперированы. При гистологическом исследовании биопсийного материала были выявлены признаки хронического воспаления в слизистой оболочке.

Сцинтиграфия распределения меченых РФП аутолейкоцитов, является тонкой диагностической методикой, использующей естественную способность белых кровяных клеток крови мигрировать в зону воспаления. Факторами способствующими улучшению диагностики латентного синусита является знание в первую очередь наиболее типичных его признаков. Латентный сфеноидит и этмоидит нужно исключать при наличии признаков оптохиазмального арахноидита, неврита зрительных нервов, базального арахноидита, пареза отводящего нерва, а также при жалобах пациентов на стойкие немотивированные головные боли. Латентный синусит глубоких ОНП часто сочетается с атрофическим фарингитом (68% у пациентов старше 30 лет и 22% пациентов в возрасте до 30 лет); Гиперпневматизация околоносовых пазух (до 75% случаев в независимости от возраста) использованием меченых изотопом аутолейкоцитов позволяет исключить или подтвердить скрыто протекающую патологию глубоких ОНП.

НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРАХ Г. МОСКВЫ

Бондарук В.В.

ФГБУ «ВЦМК» «Защита» МЗ РФ

Цель: проанализировать насколько современна тактика остановки кровотечений в стационарах, предложить более щадящие подходы к оказанию помощи

Материал этой статьи базируется на анализе выписных эпикризов пациентов, которые были госпитализированы в различные стационары города Москвы в порядке оказания неотложной помощи, а потом посещали поликлинику (52 КДЦ МО РФ, центра реабилитации «ВЦМК» Защита МЗ РФ).

За 16 лет проанализировано 52 случая стационарного лечения НК. Всем пациентам оказывалась медицинская помощь согласно медицинских стандартов (приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. №1208Н.), если до этого времени выписные эпикризы были более-менее информативными, то после этого появилась лаконичная фраза: оказана медицинская помощь согласно медицинских стандартов, с кратким перечислением лекарственных препаратов без указания доз, кратности и путей введения. Иногда информация выуживалась из пациента, чтобы понять, что делали и в какой последовательности. 100% всем пациентам выполнена переднепетлевая тампонада носа.

У трех пациентов через сутки выполнялось перетампонирование, у 2-х пациентов (4,5%) в течение двух суток передняя тампонада дополнена задней. Средний день нахождения тампонов 2,2 дня. Элементы крови не переливались, хотя в одном случае состояние пациента требовало этого, гемоглобин упал ниже 72, поступал с уровнем 102 г/л.

Всем пациентам назначались антибиотики, 75% получали внутривенно аминокапроновую кислоту. 38% водился децинон или аналоги. 86% пациентов были старше 60 лет, 96% из них составляли мужчины. У всех этих пациентов старше 60 лет была гипертоническая болезнь, 16 пациентов принимали аналоги аспирина, но ни у одного не было выявлено нарушение свертывающей системы крови на момент поступления в стационар. В половине случаев кровотечения были повторными в течение недели. Опыт лечения этой патологии в 52 КДЦ МО РФ, начиная с 2002 года. В среднем в течение года НК не травматического характера (там основной диагноз перелом, ушиб) встречались с частотой 10-16 случаев в год. За последние 17 лет было 156 пациентов с НК, направлено на госпитализацию только 3 пациента старше 70 лет с стойкой гипертонией. Всем остальным пациентам кровотечение останавливалось без тампонады, благодаря биполярной коагуляции. Иногда пациент находился под наблюдением до 8 часов, за это время фармакологически стабилизировалось артериальное давление и только после этого родственники забирали пациента домой, получая четкие рекомендации по соблюдению постельного режима в течение суток и приему лекарств.

Заключение. Нужно стремиться к схеме, предложенной С.Я. Косяковым с соавторами в учебном пособии ГБОУ ДПО РМАПО от 26 июня 2012 г. «Носовое кровотечение». Первым этапом прибегнуть к удалению крови из полости носа, затем к использованию сосудосуживающих и анестезирующих средств и после обнаружения источника кровотечения к электрокоагуляции зоны кровотечения. Если в амбулаторных условиях удалось уйти от тампонады полости носа и ограничиться биполярной коагуляцией, то в условиях стационара это обязаны выполнять, иначе мы не отличаемся от времен Воячека, Микулича и Лихачева. Инструменты и лекарственные препараты полностью изменились с тех времен, а тактика прежняя, узаконенная приказом МЗ, который подготовлен нашими коллегами, почему такой подход выбрали авторы приказа?

ОПЕРАЦИИ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА В АМБУЛАТОРНО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ

Бондарук В.В.

ФГБУ «ВЦМК»Защита» МЗ РФ

Целью нашей работы, было создание условий для проведения ринологических операций в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования. В условиях дневных стационаров и амбулаторном режиме в 2002 г. прооперированно 91 пациент, в возрасте от 14 до 62 лет, в группы обследования вошло 64 пациента. I группа - 8 человек которым выполнена септум операция по стандартной методике, пациенты на сутки оставались в дневном стационаре до удаления тампонов. Во II группе 56 пациентов, проводилась специфическая пред- и послеоперационная медикаментозная подготовка к хирургической агрессии, сама септум операция проводилась в режиме кристотомий или отслойкой слизистой перегородки с одной стороны и удаления хрящевой и костной девиации парциально, тампонада носа не проводилась, пациенты наблюдались от 2 до 6 часов и уезжали домой. Перед операцией проводилось стандартное клиническое обследование; КТ околоносовых пазух, с 2015 года заменено на конусную томографию; С реактивный белок и клинический анализ крови определялся перед операцией и через сутки, на 3-и сутки после операции определялось количество лейкоцитов в слизи из полости носа.

Результаты исследования. В I группе после операции отмечалось повышение СОЭ в 1-1,5 раза, увеличение показателей С реактивного белка в 2-2,5 раза, повышение содержание лейкоцитов в крови на 20-30%, значимый реактивный отек слизистой носа с обильным выпадением толстых фибринных пленок, в мазках слизи из полости носа 70-110 лейкоцитов в 1 см², носовое дыхание становилось удовлетворительным к 5 суткам. Состояние пациентов 2-е суток после операции было неудовлетворительным из-за значительного нарушения носового дыхания. Носовое дыхание отсутствовало в следствии выраженного отека слизистой и склеивания полости носа фибринными пленками. В II группе с целью максимального уменьшения реактивного отека и подготовки слизистой полости носа к хирургической агрессии, пациентам за трое суток до операции назначались интраназальные гормоны, ринофлуимуцил и синупрет за сутки до операции эриус. В премедикацию дополнительно включался дексаметазон, непосредственно перед операцией слизистая орошалась фликсоназой и ринофлуимицилом для анемизации. Прием фликсоназы и ринофлуимицила возобновлялся на 2-е сутки после операции в первой группе, а во второй не прекращался. В течение 10 суток пациенты выполняли самостоятельно промывание полости носа минеральной водой эссенуки №17. Во II группе после операции СОЭ увеличивалось в 0,4-0,9 раза, С реактивный белок увеличивался в 0,4-1,2 раза, в мазках слизи количество лейкоцитов не превышало 40 в 1 см², фибрин выпадал в виде нежных пленок, носовое дыхание становилось стабильным к концу 2-х суток. Всем пациентам в течение первых 4-х суток после операции проводился туалет полости носа. Очень важным моментом в послеоперационном уходе за полостью носа, является тщательное удаление кровяных сгустков, фибринных пленок и слизи. На протяжении десятилетия проводилось совершенствование оперативной техники и сейчас после всех ринологических операций, пациенты отпускаются домой. По данной методике проводится хирургическое лечение более 120 пациентов, в год.

Заключение. Применение малоинвазивных технологий во время операции в сочетании со специфической медикаментозной терапией до операции и после, а также отказ от тампонады носа после операции, позволили проводить сложные ринологические операций вне стационара.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ КОСТНЫХ СТРУКТУР ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА.

Владимирова Т.Ю., Чернышенко И.О., Колдова Е.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Введение. Коррекция девиации утолщенной перпендикулярной пластинки решётчатой кости у пациентов с посттравматическими искривлениями перегородки носа зачастую для ринопластического хирурга является непростой задачей. Пьезохирургические инструменты все чаще используются в последние годы в хирургии для работы с костными структурами.

Цель: изучить возможности использования пьезохирургии при коррекции сложной посттравматической деформации костного отдела перегородки носа.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 16 мужчин и 5 женщин, средний возраст 34+/- 3,1 лет, с апреля по июнь 2019 года, с диагнозом посттравматическое искривление перегородки носа. Все пациенты предъявляли жалобы на постоянное затруднение носового дыхания, использование сосудосуживающих капель. Давность травмы варьировала от 1,5 до 9 лет. 5 пациентам в остром периоде травмы была проведена репозиция костей носа с неудовлетворительным результатом. У остальных 16 пациентов хирургических вмешательств на наружных и внутренних структурах носа в анамнезе не было. Всем было проведено общеклиническое исследование, МСКТ носа и околоносовых пазух, ПАРМ. Результат операции оценивали на 7-е сутки, через 1 месяц и через 6 месяцев. Ход хирургического вмешательства. Под эндотрахеальным наркозом и добавлением местного анестетика в ткани носа проводили закрытый ринопластический межхрящевой доступ с обнажением костно-хрящевых структур носа, осуществляли подход к перегородке носа, отслаивали мукоперихондриум и мукопериост. Моделирование четырёхугольного хряща проводили экстракорпорально, дополнительно подшивали к его верхнему краю хрящевые расширяющие аутоотрансплантаты. Некоторые этапы коррекции костной части перегородки носа производили с помощью разных насадок ультразвукового хирургического аппарата: истончали перпендикулярную пластинку решётчатой кости, проводили её резекцию, моделировали гребень премаксиллы. Различные по форме насадки пьезоаппарата позволили провести множественные контролируемые линии остеотомии, контролируемую резекцию избыточных участков кости.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов было отмечено восстановление дыхательной функции, как субъективно, так и по показателям ПАРМ. При эндоскопическом исследовании полости носа, перегородка носа определялась строго по средней линии, угол внутреннего клапана соответствовал нормальным параметрам. Несмотря на некоторое увеличение продолжительности хирургического вмешательства, хирурги отметили значительные преимущества использования ультразвуковых технологий, по сравнению с применением традиционных инструментов: визуально более чётко контролируемая манипуляция, возможность регулировать необходимый для удаления объём костной ткани, без риска избыточной резекции, гладкая и ровная линия остеотомии без зазубрин и неровных краёв, отсутствие травматизации слизистой оболочки полости носа.

Выводы: пьезохирургия при посттравматических деформациях перегородки носа является удобным и эффективным методом коррекции костного отдела, и расширяет хирургические возможности использования в других отраслях оториноларингологии.

ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Волков А.Г.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, РФ

Введение. В последние десятилетия значительно возрастает количество травматических повреждений верхнего отдела лицевого скелета, в том числе и назоорбитальной области, включая околоносовые пазухи.

Цель: восстановление фрагментов верхней стенки верхнечелюстной пазухи (ВЧП) и правильной позиции глазного яблока в орбите.

Материал и методы. Верхняя стенка ВЧП (нижняя стенка орбиты) после повреждения нередко (в течение 4-5 дней после травмы в 92-94% случаев) вызывает смещение глазного яблока в ее просвет различной степени выраженности, проявляясь гипо-или энофтальмом, ограничением подвижности и диплопией (Кугоева Е.Э. и соавт., 1996). Основным методом лечения, позволяющим восстановить положение глазного яблока в орбите и исчезновением клиники травматической патологии, является хирургический.

Результаты и их обсуждение. За последние 10 лет на лечении в ЛОР клинике находились на лечении 14 больных с переломами верхней стенки ВЧП, которые сопровождались вышеперечисленными клиническими признаками, из которых наиболее тяжелым является диплопия. На начальных этапах лечения мы пытались восстановить правильное положение глазного яблока в орбите - вскрытием ее наружным подходом и пластикой нижней стенки орбиты (Волков А.Г., Бастриков Н.И., 2001, 2003). В дальнейшем решили отказаться от этого способа из-за его травматичности, непредсказуемости результатов и возможности инфицирования раны. Нами были предложены способы формирования опорной системы в просвете ВЧП для восстановления ее верхней стенки с помощью деминерализованных костных трансплантатов (ДКТ) (Патент РФ № 2428944) на длительное время. ДКТ являются гомотрансплантатами, помещенные в костную рану, они становятся стимуляторами аутоостеогенеза, а по мере формирования костной ткани, рассасываются. Ни у одного больного из всей этой группы, осложнений или восстановления признаков смещения глазных яблок не наблюдалось. Наши предположения были подтверждены собственными фундаментальными исследованиями, полностью подтвердившими эти выводы (Волков А.Г., Ромашевская И.И., 2012). В некоторых случаях при переломах верхней стенки ВЧП в случаях ее большого объема и формы, приближающейся к цилиндрической, перечисленные способы не обеспечивают полноценного формирования протеза верхней стенки ВЧП и жесткой фиксации глазного яблока в орбите. Мы предложили другой способ (Патент РФ № 2622030), который заключается в формировании фрагментов ДКТ, по форме близко приближающихся к особенностям основания ВЧП. Количество таких адекватных фрагментов трансплантатов, заполняющих пазуху и фиксирующих остатки верхней стенки ВЧП или введенный адекватный фрагмент ДКТ, сформированный по пластиковому лекалу, подготовленному заранее (Волков А.Г., 2012, 2016). Таким способом нами были оперированы 3 больных с переломами верхней стенки ВЧП и массивными смещениями глазных яблок в их просвет. После вмешательств по описанному способу все клинические признаки (гипофтальм, изменение подвижности и диплопия) исчезли и в течение года наблюдений за всей группой больных, не возобновлялись. По эффективности предложенных нами способов восстановления верхней стенки ВЧП и длительного сохранения правильного положения глазного яблока в орбите мы не смогли обнаружить подобные, описанные в специальной литературе.

Выводы. Комплекс способов хирургического лечения переломов верхней стенки ВЧП с помощью деминерализованных костных трансплантатов (гомотрансплантатов) является этиопатогенетическим и может с успехом использоваться для лечения этой травматической патологии.

ДИСФОНИЯ И РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ РИНОСИНУСИТ ПРИ ГИПОГИДРАТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Воробьева И.С.*, Зинкин А.Н.**

* Семейная клиника «Тургеневская», Краснодар, Россия.

**Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия.

Введение. Гипогидротическая эктодермальная дисплазия (Hypohidrotic ectodermal dysplasia (HED) – это наследственное заболевание, которое характеризуется специфической триадой: гипо- или ангидроз, гипотрихоз и гиподонтия. HED включает 4 подтипа: X-сцепленная HED – X-linked hypohidrotic ectodermal dysplasia (XLHED), аутосомно-рецессивная HED – autosomal recessive hypohidrotic ectodermal dysplasia (ARXED), аутосомно-доминантная HED – autosomal dominant hypohidrotic ectodermal dysplasia (ADHED) и HED с иммунодефицитом. Распространенность – 1:10 000 новорождённых.

Цель работы – демонстрация причин, клиники и лечения HED. Вызывается патология мутациями в генах эктодисплазин/ NF-κB. Мутации гена EDA (Xq12-q13.1), кодирующего эктодисплазин А способствуют возникновению XLHED (синдром Криста-Сименса-Турена). Мутации гена EDAR (2q13), кодирующего рецептор эктодисплазина-А, или гена EDARADD (1q42.3), кодирующего белок EDAR-ассоциированный с доменом смерти (EDARADD), приводят к развитию ARXED и ADHED. Мутации гена IKBKG (Xq28) являются причиной HED с иммунодефицитом.

Клинические проявления HED варьируют от незначительного (легкая) до полного симптомокомплекса (классическая). Легкая HED обычно выявляется у женщин с XLHED и у мужчин и женщин с ADHED. Аплазия потовых желез обуславливает приступы гипертермии. Неадекватная секреция аномальных сальных, мейбомиевых, слизистых желез приводит к рецидивирующим синуситам, дисфонии, проблемам «сухого глаза». Кожа у больных тонкая, сухая, экзематозная. Волосы редкие, тонкие, сухие, гипопигментированные. Брови и ресницы отсутствуют, или очень редкие. Зубы отсутствуют или редкие (8-9 единиц), конической формы. Характерны выступающий лоб, морщинки под глазами и вокруг рта, периорбитальная гиперпигментация, седловидная переносица и гипоплазия челюстей. В остальном физический рост и психомоторное развитие находятся в пределах нормы. Диагноз подтверждается посредством генетических анализов. Приводим собственное наблюдение.

Мальчик Ш., 5 лет, обратился с жалобами на охриплость и быструю утомляемость голоса, затрудненное носовое дыхание, вязкие выделения из носа, частые риносинуситы. Кожа тонкая, сухая, шелушащаяся. Волосы сухие, тонкие, редкие. Брови отсутствуют, ресницы крайне редкие, переносица седловидная. Кожа вокруг глаз и рта мелкоморщинистая. Слизистая оболочка носа, носоглотки и гортани, покрыта густой и вязкой слизью со слизистыми сгустками желто-зеленого цвета. Голосовые складки гиперемированы, покрыты густой, вязкой слизью. Зубы: 8 единиц конической формы. Рекомендовано: охлаждение и увлажнение окружающего воздуха, частое употребление прохладительных напитков, систематическое увлажнение глаз, слизистых оболочек, полости рта и носа, назначены средства по уходу за кожей. Ребенок направлен на медико-генетическое обследование, которое установило аутосомно-доминантный подтип HED. Выполнение пациентом лечебных рекомендаций, в течение 8 месяцев, значительно повысило его качество жизни: ушли дисфония и сухость глаз, нормализовались консистенция носового секрета, прекратились рецидивы синусита, уменьшилась сухость кожи.

Выводы: ранняя диагностика и адекватное лечение гипогидротической эктодермальной дисплазии позволяет значительно повысить качество жизни, существенно уменьшить число рецидивов синусита, устранить нарушение голоса.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ СИНУСИТОВ

Гайворонский А.В.*, Трофимова Т.Н.*, Гудзь А.А.**, Даминов Ю.Э.*

*ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» Минздрава РФ, медицинский факультет, Санкт-Петербург, Россия

**Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. академика А.М. Гранова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. На фоне увеличения частоты обращений населения за стоматологической помощью, использования методов лучевой диагностики и увеличения числа хирургических стоматологических вмешательств выявление синуситов одонтогенной природы заметно возросло. Стандартными методами обследования в стоматологии является рентген и ортопантограмма, которые являются значительно менее информативными по сравнению с компьютерной томографией. Лечение данной патологии требует комплексного подхода со стороны оториноларингологов и стоматологов.

Цель. Обозначить основные рентгенологические признаки одонтогенных синуситов и тактику ведения данной патологии.

Материалы и методы. Анализ историй болезни 11 пациентов ЛОР-отделения многопрофильного стационара с диагнозом одонтогенный синусит (получавших ранее лечение, оказавшееся неэффективным), которым было выполнено стоматологическое и оториноларингологическое обследование в виде рентгенографии, эндоскопии полости носа и компьютерной томографии околоносовых пазух. Произведено сравнение полученных данных обычной рентгенографии и данных компьютерной томографии в плане информативности.

Результаты и их обсуждение. Данные рентгенографии были на 60-65% менее информативными по сравнению с данными КТ. Ранее проводившееся лечение было неэффективным вследствие поздней диагностики (на стандартной рентгенограмме изменения не визуализировались, в то время как на КТ определялось поражение верхнечелюстных пазух, решетчатого лабиринта). Пациентам проводилось оперативное лечение патологии носа и ОНП, а после восстановительного периода - успешное лечение стоматологической патологии.

Выводы. Компьютерная томография вследствие своей высокой информативности должна являться методом выбора в диагностике одонтогенных риносинуситов. При данном исследовании должен проводиться анализ состояния ячеек решетчатого лабиринта. В случае выявления при стоматологическом минимальных воспалительных явлений в полости носа и ОНП необходима консультация оториноларинголога с целью определения необходимости санации ОНП - с точки зрения оториноларинголога первично необходима санация очага инфекции в околоносовых пазухах, и только после этого показано стоматологическое вмешательство. Комплексная хирургическая коррекция структур полости носа с полисинусотомией дает возможность дальнейшего лечения у стоматологов-хирургов без возможных осложнений со стороны околоносовых пазух.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛАТЕНТНЫХ СИНУСИТОВ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Гайворонский А.В.*, Трофимова Т.Н.*, Гудзь А.А.***, Даминов Ю.Э.*

*ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» Минздрава РФ, медицинский факультет, Санкт-Петербург, РФ

**Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. академика А.М. Гранова, Санкт-Петербург, РФ

Введение. В последнее время часто диагностируются случаи латентно протекающих синуситов, диагностика которых из-за атипичности клинических признаков затруднена, что повышает риски серьезных осложнений синусита (оптохиазмальный арахноидит, базальный арахноидит, синдром отводящего нерва) и адекватного лечения. Одним из методов, способствующих своевременной диагностике латентных синуситов, является компьютерная томография околоносовых пазух (КТ ОНП) тонкими срезами, поскольку данный метод визуализации превосходит другие в плане информативности.

Цель. Обозначить рентгенологические признаки латентно протекающих хронических синуситов в целях своевременной диагностики заболевания и предупреждения его осложнений.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни 142 пациентов ЛОР-отделения многопрофильного стационара с диагнозом хронический гнойный синусит, ранее не оперированные. Пациенты были разделены на 2 группы: I группу составили 72 пациента с типичными клиническими проявлениями синусита, II группу — 70 пациентов с латентным хроническим синуситом.

Результаты и их обсуждение. Обеим группам выполнялось КТ ОНП, по данным которой у пациентов I группы определялось неравномерное утолщение слизистой оболочки в верхнечелюстных (87%), лобных (68%), клиновидной пазухах (42%) с obturацией просвета их соустьев в 98% случаев, в передних (97%) и задних (88%) ячейках решетчатого лабиринта, наличие неоднородного жидкостного содержимого с пузырьками воздуха (82%), *concha bullosa* средней носовой раковины (68%), искривление носовой перегородки (100%), костные выступы (шипы - 48%, гребни - 62%). У пациентов II группы определялось: пристеночное утолщение слизистой оболочки передних (32%), задних ячеек решетчатого лабиринта (98%), клиновидной пазухи (92%) без уровня жидкости, *concha bullosa* средней носовой раковины (100%), искривление перегородки носа (100%), деформации в виде шипа (59%) и гребня (78%), выраженная асимметрия ячеек решетчатого лабиринта (97%) с сужением просвета естественных соустьев, сохранение пневматизации верхнечелюстных, лобных пазух в 100%. Таким образом, анатомические особенности, не приводящие к obturации соустьев пазух, способствуют развитию латентного течения воспалительного процесса, что обуславливает слабую выраженность клинических признаков синусита. Лечение данной группы пациентов проводится в виде комплексной хирургической коррекции структур полости носа с полисинусотомией, сопровождающейся антибиотикотерапией.

Выводы. КТ ОНП благодаря высокой детализации и информативности является методом выбора в диагностике латентных хронических синуситов. Признаками латентных хронических синуситов на КТ-снимках нужно считать: наличие минимального утолщения слизистой в задних ячейках решетчатого лабиринта и структурах остиомеатального комплекса с obturацией соустьев или без нее; пристеночное утолщение слизистой оболочки в клиновидной пазухе при сохранении ее пневматизации; комплекс анатомических особенностей структур остиомеатального комплекса и ячеек решетчатого лабиринта: уменьшение размеров или блокирование просвета естественных соустьев пазух.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РИНОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

Гинькут В.Н., Андреев В.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, ДНР

Введение. Среди больных, находящихся на лечении в ЛОР-стационарах, около 40 % составляют люди, страдающие острым гайморитом. В связи с этим лечение этой патологии остаётся одной из актуальных проблем ринологии. Следует считать перспективным использование при лечении острых гайморитов физиотерапевтических методов, которые активируют моторику мерцательного эпителия.

Цель: сравнительное изучение эффективности использования магнитно-лазерной терапии в комплексном лечении острых риногенных гайморитов.

Материал и методы. Нами было проанализировано лечение 48 пациентов с острыми гайморитами. Больные были в трудоспособном возрасте (от 19 до 59 лет). Мужчин было 27 (56,3 %), женщин - 21 (43,7 %). У всех больных изучали анамнез, сопутствующие заболевания, предшествующую антибактериальную терапию (препараты, дозы, длительность), данные риноскопии и рентгенографического обследования. В начале лечения у всех больных проводили аспирацию содержимого пазухи при пункции либо катетеризации пазухи с последующим микробиологическим исследованием экссудата. Кроме того, применялись общеклинические и эндоскопическое исследование, изучение транспортной активности мерцательного эпителия, определение кислотно-основного состояния носового секрета. Все пациенты были разделены на две равноценные группы по характеру заболевания и возрасту. В основной группе пациенты получали традиционное лечение в виде β-лактамов, мукорегуляторов и секретолитиков, НПВП, деконгестантов и ирригационно-элиминационную терапию. В качестве физиотерапевтического воздействия больные получали магнитно-лазерную терапию. Для этой цели использовали инфракрасное излучение терапевтического лазера Узор-2к в сочетании с воздействием постоянного магнитного поля. Такое магнитно-лазерное облучение длиной волны 0,89 мкм, напряжением ПМП 50 мТл и экспозицией 300 секунд, выполняли пациентам ежедневно на биологические активные точки носа и верхнечелюстных пазух (2 поля на один сеанс) курсом 7 дней. Контрольная группа больных получала те же препараты, что и пациенты основной, но из физиотерапевтических методов лечения они получали традиционную УВЧ-терапию. Эффективность лечения оценивали по снижению и стабилизации температуры тела, уменьшению болевого синдрома, улучшению самочувствия, нормализации носового дыхания и обоняния, риноскопической картины и клинических показателей крови, а также по специальным методам обследования (мукоцилиарный клиренс и рН носового секрета). В конце лечения выполняли контрольное бактериологическое обследование.

Результаты и их обсуждение. При микробиологическом исследовании содержимого поражённых пазух были выделены следующие возбудители: у 7 пациентов (14,6 %) – *Streptococcus pyogenes*, у 6 (12,5 %) – *Staphylococcus aureus*, у 5 (10,4 %) – *Staphylococcus epidermidis*, у 3 (6,2 %) – *Proteus mirabilis*, у 2 (4,2 %) – *Proteus vulgaris*, у 1 (2,1 %) – *Streptococcus haemolyticus*. У 24 больных (50,0 %) посев роста не дал. Темпы прекращения слизисто-гнойных выделений из носа и уменьшение гиперемии и отёка слизистой оболочки носа, а также восстановление до нормальных цифр мукоцилиарного клиренса и рН носового секрета у пациентов, получавших магнитно-лазерное лечение, опережало таковые у больных, получавших традиционную терапию в среднем на 3-4 дня.

Выводы: магнитно-лазерная терапия является эффективным методом физиотерапевтического лечения острых риногенных гайморитов.

АНАЛИЗ ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ НАЗАЛЬНЫХ КАТЕТЕРОВ ПРИ ОСТРОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ РИНОСИНУСИТЕ.

Горбунов С.А., Кудряшов С.Е., Козлов В.С.

ФГБУ ДПО «ЦГМА», Москва, Россия

Введение. Согласно отечественным клиническим рекомендациям в лечении острого бактериального риносинусита (ОБРС) используют системные (САБ) и местные антибиотики (МАБ), деконгестанты, топические глюкокортикостероиды (ГКС), ирригационную терапию (ИТ), муколитики, антигистаминные препараты (АП), пункцию околоносовых пазух (ОНП) и дренирование посредством назального катетера (НК). В настоящее время нет единого алгоритма ведения пациентов с ОБРС при использовании НК, в связи с чем врачи вынуждены опираться на свой опыт или опыт своих коллег. Таким образом, для создания общепринятой тактики лечения при помощи НК необходим анализ и структуризация многолетнего опыта применения данной методики.

Цель: проанализировать опыт применения НК при ОБРС среди оториноларингологов.

Материалы и методы. Посредством электронной почты после получения согласия было проведено анкетирование 30 оториноларингологов с различным опытом применения НК (от 5 до 27 лет). Анкета включала 12 вопросов с возможностью выбора предложенного ответа или с открытым ответом.

Результаты и их обсуждение. Согласно результатам анкетирования, в 38% случаев лечение с применения НК врачи начинали первично, в 39% после одного курса антибактериальной терапии, в 28% – после двух курсов, в 24% после неэффективной пункции, в 16% при фронтите и в 13% при сфеноидите. Клинико-инструментальными данными, необходимыми для начала лечения с помощью НК, являлись: боль в области лица 77% ответов, гнойные выделения из носа 73%, длительность заболевания 70%, головная боль 60%, снижение обоняния 43%, лихорадка >38°C 37%, заложенность носа 33%, ↑СОЭ 27%, комбинация перечисленных данных 50%; данные эндоскопии полости носа 63%, данные лучевой диагностики 83%. По мнению 43% врачей, должно пройти 6-7 дней от момента начала ОБРС до момента применения НК, 30% считали достаточным 1-5 дней, по мнению 20% необходимо 8-10 дней, 7% считали, что должно пройти >10 дней. Дополнительно к НК 70% назначали САБ, 20% МАБ, 53% деконгестанты, 47% топические ГКС, 40% ИТ, 30% фитопрепараты, 20% АП, 17% муколитики, 10% системные ГКС, 3% бактериофаги. По мнению 70% врачей, для выздоровления необходимо провести 3-5 процедур, 30% считали необходимым проведение 6-10 процедур. При этом интервал «через день» указали 60% участников, интервал «раз в 2-3 дня» 27%, а интервал «ежедневно» 13%. При проведении процедуры в пазухи вводили АБ 37% опрошенных, АБ+ГКС 17%, NaCl 0,9% 17%, антисептик 10%, ГКС 10%, бактериофаг 7%, ничего 3%. На вопрос: «Какое лечение вы выберете между САБ и НК?», - 80% выбрали НК, указав ответы: «Быстрее уходит симптоматика» 43%, «Я больше доверяю этому виду лечения» 17%, «Более высокий комплаенс» 10%, «Пациент больше доверяет этой методике» 7%, «Финансово более выгодно для доктора» 3%. САБ выбрали 20% опрошенных, указав ответы: «Я больше доверяю этому виду лечения» 7%, «Финансово более выгодно пациенту» 7%, «Быстрее уходит симптоматика» 3%, «Более высокий комплаенс» 3%. На вопрос «Какой процент первично обратившихся пациентов получили лечение с НК?» 30% участников ответили «менее 20%», 37% ответили «20-39%», 17% ответили «40-59%», 17% ответили «≥60%» пациентов. На вопрос «Какой процент пациентов, получающих терапию с НК, выздоравливают?» 33% респондентов ответили «≥80%», 67% ответили «≥90%».

Выводы: назначение врачами процедур с НК при ОБРС происходит эмпирически, что связано с отсутствием достоверных данных о показаниях к методике, ее длительности и сопутствующей терапии. Необходимо проведение полноценного клинического исследования с целью создания алгоритма лечения ОБРС при помощи НК.

НАШ ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ РЕДКОГО СЛУЧАЯ СОЧЕТАННОГО ОРБИТАЛЬНОГО И ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРОЭТМОИДИТА

Гостюнин А.Н., Шпотин В.П., Донская Л.И., Кузнецов С.А.

ГБУЗ АО Александро-Мариинская областная клиническая больница, г. Астрахань, Россия

Введение. Гнойно-воспалительные заболевания придаточных пазух носа, особенно одонтогенные, нередко осложняются риногенными орбитальными (0,8%) и внутричерепными (0,01%) осложнениями. Сочетания этих осложнений крайне редки и прогностически неблагоприятны.

Клиническое наблюдение. На лечении находился пациент У., 44 лет, с редким сочетанием орбитального и внутричерепного осложнения гнойного одонтогенного гайморозтмоидита. Госпитализирован в отоларингологическое отделение ГБУЗ АО АМОКБ по экстренным показаниям с DS: Обострение правостороннего хронического гнойного одонтогенного гайморозтмоидита. Флегмона орбиты справа. Реактивный отёк век OD. Хронический периодонтит 16,15,14,12 зубов.

С момента поступления в отделение начата дезинтоксикационная, антибактериальная и десенсибилизирующая терапия, обследование. Диагноз подтвержден и уточнен лабораторными тестами, КТ исследованием придаточных пазух носа. Мультидисциплинарной бригадой хирургов (отоларинголог, челюстно-лицевой хирург и офтальмолог) выполнено экстренное поднаркозное оперативное вмешательство в объеме радикальной операции на правых гайморовой и решетчатой пазухах, удаление 16, 15, 14, 12 зубов с кюретажем лунок, вскрытие и дренирование флегмоны орбиты справа. В послеоперационном периоде проводилась мощная антибиотикотерапия (сочетание нескольких препаратов разнонаправленного действия), дезинтоксикация, ежедневные перевязки. Локальный статус стал быстро нормализоваться, улучшилось общее состояние. На 5 сутки госпитализации у больного появились сильные головные боли, возник эпилептический приступ. Выполнено КТ головного мозга, на которой визуализирован энцефалитический участок в правой лобной доле. Консультирован неврологом и нейрохирургом, выполнена люмбальная пункция. Выставлен DS: Вторичный гнойный менингоэнцефалит в правой лобной доле, медикаментозное лечение скорректировано и усилено. На 18-е сутки госпитализации произведена МРТ и повторная КТ головного мозга с контрастированием на которых визуализированы зона абсцедирования в центральной части правой лобной доли 20x15x14 мм. С DS: Абсцесс правой лобной доли, пациент переведен в нейрохирургическое отделение, где под общим обезболиванием произведена трепанация свода черепа с удалением абсцесса правой лобной доли. На 8-е сутки после нейрохирургического оперативного вмешательства пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание. Всего в стационаре провёл 26 койко-дней. В настоящее время пациент полностью социально и профессионально адаптирован.

Выводы: Прогноз риногенных осложнений всегда очень серьезен, тем более если речь идет о вовлечении в патологический процесс одновременно нескольких близко расположенных анатомических зон. Но, даже при таком грозном сочетании орбитальных и внутричерепных осложнений, возможно полное выздоровление, которое достигается правильно организованным мультидисциплинарным подходом и слаженной работой врачей разных специальностей.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Гребень Н.И.*, Малец Е.Л.*, Сидоренко И.В., Цеханович В.А.*, Кукса Е.Н.***

Республиканский научно-практический центр оториноларингологии*, Белорусская медицинская академия последипломного образования**, Минск, Беларусь

Введение. В современной научной литературе достаточно сведений о неблагоприятных последствиях удаления структур лимфоглотовочного кольца для местного и системного иммунитета. В подавляющем числе случаев гипертрофия глоточной миндалины у детей является ответом лимфоидной ткани глоточной миндалины на постоянно присутствующую антигенную стимуляцию вирусов. Эпштейн-Барр вирусная инфекция (ЭБВИ) представляет особый интерес, так как ткани лимфоглотовочного кольца служат местом инфицирования и резервуаром для вируса. При длительной персистенции в тканях миндалин ЭБВИ способна поражать В-лимфоциты и лимфоэпителиальные клетки, но также Т-лимфоциты. Инфицированные В-лимфоциты, находясь в тонзиллярных криптах, позволяют вирусу выделяться во внешнюю среду со слюной. Вместе с тем, роль персистирующей ЭБВИ как фактора рецидивирующей гипертрофии лимфоэпителиального глоточного кольца до настоящего времени недостаточно изучена.

Цель исследования: установить распространенность ЭБВИ у детей с гипертрофией небных и глоточной миндалин.

Материалы и методы. В исследование включены 300 амбулаторных пациентов в возрасте от 1 года до 15 лет (средний возраст $4,4 \pm 0,03$ лет), обратившихся в РНПЦ оториноларингологии. У всех пациентов были жалобы на затрудненное носовое дыхание, частые простудные заболевания. Клиническая картина осложнялась дисфункцией слуховых труб у 61 ребенка (20,5%), секреторными средними отитами у 102 детей (34,2%). Пациентам установлены диагнозы гипертрофия аденоидов (J 35.2), гипертрофия небных и глоточной миндалин (J 35.3) на основании объективного осмотра, видеоэндоскопии и эпифарингографии носоглотки. Лабораторные методы диагностики включали: определение в сыворотке крови антител к антигенам ВЭБИ методом иммуноферментного анализа (ИФА). Исследование слюны выполнялось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) 65 пациентам, у которых были выявлены антигенам ВЭБИ методом ИФА.

Результаты и их обсуждение.

В ходе настоящего исследования выявлено, что при распределении по полу мальчики преобладали – 57,8% (174 детей).

При распределении по возрасту детей дошкольного возраста было больше – 89,7% (183 пациента).

Антитела классов IgM и IgG к антигенам ВЭБИ выявлены у 134 из 300 детей, что составило 65,7% обследованных детей. Из них у 20 (4,9%) детей определялись маркеры активной ВЭБ-инфекции (anti-VCA IgM EBV), маркеры перенесенной инфекции (anti-VCA IgG EBV) – у 122 (41,5%).

При диагностике слюны пациентов методом ПЦР на ВЭБИ, положительный результат отмечался 38 детей, что составило 58,5%.

Выводы: У детей дошкольного возраста чаще выявлялось носительство ВЭБИ, а осложнения связанные с хроническим течением инфекции в носоглотке имели рецидивирующий характер. Таким образом, актуален поиск альтернативных путей нормализации функции гипертрофированной лимфоидной ткани глоточного кольца не за счет тотальной хирургической коррекции, а за счет выявления и нивелирования причин формирования хронического воспаления, приводящего к гиперплазии небных и глоточной миндалин.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ СИНУСИТОВ В УСЛОВИЯ ЦИТОПЕНИИ

Карпищенко С.А., Долгов О.И., Самсонова О.С., Осипова А.А., Фролова А.С.

Зубаровская Л.С., Афанасьев Б.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России

Контакты: Долгов О.И. oidolgov@yandex.ru 8-921-845-03-51

Введение: В настоящее время трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) является весьма эффективным методом лечения ряда онкологических, гематологических и наследственных заболеваний. Использование иммуносупрессивной терапии, цитостатических препаратов, длительная аплазия костного мозга, а также нарушение клеточного и гуморального иммунитета увеличивают риски развития инфекционных осложнений на этапах трансплантации. Синуситы являются одним из наиболее частых инфекционных осложнений посттрансплантационного периода, а их диагностика и лечение на фоне нейтропении, часто представляют затруднение для практикующего оториноларинголога. Также вызывают вопросы относительно возможности осуществления пункции верхнечелюстных пазух на фоне тромбоцитопении.

Цель: Выявить особенности клинических проявлений и возможности пункционного лечения верхнечелюстных синуситов у пациентов в условиях цитопении.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни 350 пациентов в возрасте от 10 месяцев до 78 лет, получивших лечение в клинике НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой в период с января 2017 по июнь 2018 года, у которых на этапах трансплантации была выявлена патология носа и околоносовых пазух. Из них, 41 пациенту (11%) с лечебно-диагностической целью выполнялась пункция околоносовых пазух (39 были реципиентами ТГСК, 2 получали ПХТ). Из них: 17 женщин и 24 мужчины, возраст от 11 до 62 лет. Биологический материал отправлялся на бактериологическое и, при необходимости, на микологическое исследование. В контрольную группу вошли 59 иммунокомпетентных пациентов с синуситом, проходивших лечение на отделении оториноларингологии.

Результаты и их обсуждение: Клиническая картина синуситов у пациентов, имеющих цитопению, отличалась от нормы. При анемии тяжелой степени тяжести ($<80 \text{ г\л}$) слизистые выглядели бледными у подавляющего числа пациентов, также при крайне тяжелой нейтропении ($<0,5 \times 10^9/\text{л}$), и лейкопении ($<1,0 \times 10^9/\text{л}$) у подавляющего числа пациентов гнойные выделения отсутствовали, или были представлены в виде единичных включений. При выраженной иммуносупрессии и агранулоцитозе в 10% случаях наблюдались выраженный отек, и гиперемия мягких тканей. Среди пациентов, которым была выполнена пункция: 9,7% имели лейкопению 4 степени; анемия 3 степени наблюдалась у 29,2% пациентов; нейтропения 4 степени наблюдалась у 21,9% пациентов; тромбоцитопения 4 степени ($<25 \times 10^9/\text{л}$) отмечалась в 19,5% случаев. У 3 (7%) пациентов наблюдалось значимое кровотечение в периоде после пункции. У 44% пунктированных пациентов высевались бактерии вида *Klebsiella* и *Pseudomonas* в каждом случае. Терапия не отличалась от принципов стандартной, однако проводилась по чувствительности к выявленным микроорганизмам.

Выводы: Синуситы на фоне цитопении склонны к атипичному течению. Симптоматика при этих состояниях может варьироваться от скудной, до ярко выраженной. Пункция околоносовых пазух у таких пациентов показана при затенении околоносовых пазух по данным дополнительных исследований в сочетании с одним из параметров: выраженным ростом С-реактивного белка, поисков очагов инфекции при фебрильной нетропении, признаках деструкции стенок верхнечелюстных пазух, необходимости верификации возбудителя.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ДАКРИОСТОМЫ

Жуков О.В., Атькова Е.Л., Краховецкий Н.Н.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», Москва, Россия

Введение. Основной причиной рецидива дакриоцистита является заращение дакриостомы рубцовой тканью. Существуют несколько методик проведения повторной операции. Метод эндоназальной баллонной дакриопластики с использованием баллона диаметром 9 мм был использован нами впервые в России.

Цель: Изучить эффективность метода баллонной пластики дакриостомы при повторной эндоназальной эндоскопической дакриоцистиностомии.

Материал и методы. В исследование вошли 6 пациентов с рецидивом после проведенной ранее дакриоцистиностомии. По данным компьютерной томографии с контрастированием слезоотводящих путей, у всех пациентов костное «окно» было достаточно большого размера и его верхний край был расположен не ниже места впадения слезных канальцев в слезный мешок. При эндоскопии полости носа у 3-х пациентов (3 случая) определяли искусственное соустье между слезным мешком и полостью носа диаметром от 1 до 2 мм, у 3-х пациентов (3 случая) дакриостому визуализировать не удалось. Метод заключался в следующем: проводили антеградное зондирование слезоотводящих путей с выведением зонда Боумана в полость носа через остаточную дакриостому (в 3-х случаях) или через сформированное в толще рубцовой ткани, закрывающей дакриостому, отверстие (в 3-х случаях). В отверстие дакриостомы эндоназально вводили активную часть баллонного катетера. Дилатацию баллона диаметром 9 мм осуществляли под давлением 8 атм. в течение 90 с и через 10 с ее повторяли на протяжении 60 с. После дефляции баллонный катетер извлекали. Срок наблюдения составил 3 месяца.

Результаты и их обсуждение. Интраоперационных осложнений не было отмечено. «Выздоровление» наблюдали у 4-х пациентов (4 случая), «улучшение» - у 1-го пациента (1 случай) и у 1-го пациента было выявлено заращение дакриостомы. У всех пациентов была исключена патология слезных канальцев и их устья. Синехии в области дакриостомы обнаружены не были.

Выводы: Предварительные результаты, полученные при проведении баллонной дакриопластики у 6-ти пациентов с рецидивом дакриоцистита обнадеживают. Однако целесообразно проведение дальнейших исследований с увеличением количества клинических наблюдений для проведения адекватной статистической обработки результатов, удлинением сроков послеоперационного наблюдения за пациентами, направленных на разработку показаний к проведению эндоназальной баллонной дакриопластики и изучение необходимости дополнительных манипуляций, улучшающих результативность данного вмешательства.

ПРОФИЛАКТИКА РЕКУРРЕНТНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Закирова А.М.¹, Красножен В.Н.², Рашитова Э.Л.¹

¹Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, РФ

²Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань, РФ

Введение. Острые респираторные инфекции лидируют в структуре общей заболеваемости. Дети с рекуррентными респираторными заболеваниями (РРЗ) часто лечатся эмпирическими, что, приводит к полипрагмазии. С целью активации факторов местной защиты рекомендуется применять эфирные масла, обладающие антисептическим, противовирусным, бактерицидным и противовоспалительным действием.

Цель: оценить эффективность применения комплекса природных терпеноидов (препарат Абисил) у дошкольников с РРЗ верхних дыхательных путей.

Материалы и методы. Проводилось исследование, включающее в себя наблюдение за 8531 детьми в возрасте 3-7 лет с РРЗ, находящихся в ДДУ с оценкой изменений показателей риноцитограммы на фоне применения местных профилактических средств. Основная группа - дети, получающие эндоназально препарат Абисил. Группа сравнения - дети, которым применялся препарат Оксолиновая мазь. Препараты наносили на слизистую оболочку полости носа ватной палочкой в виде аппликаций 2 раза в день, в течение 5 дней в неделю, курсом 1-3-х месяцев. В контрольной группе детям с РРЗ профилактика не проводилась.

Результаты и их обсуждение. До применения препаратов количество ОРИ за год в среднем составило 8,4 раз, а на фоне проведенного лечения в основной группе частота заболеваемости снизилась до 5,2 раз, $p < 0,05$, а в группе сравнения – до 7 раз, $p > 0,05$. В основной группе выявлено сокращение продолжительности острого эпизода заболевания в среднем на 2,5 дня – с 7,5 до 5 дней ($p < 0,05$), а в группе сравнения – на 1 день – с 7,5 до 6,5 дней, $p > 0,05$. Данные риноцитограммы показали, что в основной группе после лечения отмечалось снижение количества нейтрофилов и эозинофилов, в группе сравнения - снижение количества нейтрофилов и повышение числа эозинофилов, а в контрольной группе - повышение количества нейтрофилов и эозинофилов.

Выводы. По результатам исследования рекомендуется применять препарат Абисил с профилактической целью у детей с РРЗ верхних дыхательных путей эндоназально в виде аппликаций ватными палочками на слизистую полости носа 2 раза в день 5 дней в неделю в течение 1-3-х месяцев.

ЩАДЯЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ОБСТРУКЦИИ КАК ПРИЧИНЫ ХРАПА

Золотова Т.В.*, Волков А.Г.*, Лёшина Л.С.**

Ростовский государственный медицинский университет*, МЦ «Семья»**,
Ростов-на-Дону, РФ

Введение. Храп с синдромом обструктивного апноэ сна возникает при периодическом спадении верхних дыхательных путей на уровне глотки с прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, сопровождаясь снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна, избыточной сонливостью в дневное время (Бузунов Р.В., Черкасова С.А., 2016). Одним из важнейших факторов, способствующих возникновению храпа и апноэ сна, является орофарингеальная обструкция, связанная с нервно-мышечными дистрофическими процессами и снижением тонуса мышц мягкого нёба.

Цель: оптимизация методов лечения храпа, направленных на устранение орофарингеального компонента путем повышения тонуса мышц мягкого нёба, способствующих снижению вибраций мягких тканей и интенсивности храпа.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение методом электростимуляции мышц мягкого нёба лиц, обратившихся с жалобами на храп - 78 человек в возрасте от 25 до 65 лет. Критерием отбора было отсутствие обструкции на уровне носа и носоглотки, а для лечения методом электростимуляции структур мягкого нёба - данные электромиографии мягкого нёба (электромиограф «Нейромиан», «Медиком ЛТД»). Определяли лёгкую, умеренную или тяжёлую форму храпа и СОАС, используя метод пульсоксиметрии. Электростимуляцию мышц мягкого нёба (Патент № 2166337) проводили с использованием электростимулятора «ЭСОТ-1» (Россия).

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных 72 человек оказалось больше женщин – 42 чел. (54%), чем мужчин - 36 (46%). Изменения на электромиограммах указывали на уровень поражения - первично-мышечный или неврогенный, что определяло выбор способа лечения и прогноз. Для храпящих лиц оказались характерными варианты электромиограмм, при которых в первом случае спонтанная активность в покое не регистрируется или регистрируется низковольтная электромиограмма, во втором случае - при проведении пробы с произвольным напряжением мышц мягкого нёба регистрируется электрическая активность интерференционного типа, полифазия в виде комплексов коротких пиков, что позволяет диагностировать изменённую электрическую активность мышц мягкого нёба. После проведенного лечения методом электростимуляции амплитуда электромиограмм покоя стабилизировалась, а при напряжении электроактивность мышц имела тенденцию к росту, частотная характеристика - к уменьшению полифазии. Увеличение тонуса мышц мягкого нёба после лечения соответствовало положительным клиническим результатам у 61 чел. (84,7%): устранение храпа у 13 пациентов, уменьшение интенсивности у 48. При отсутствии эффекта от электростимуляции у лиц, страдающих храпом, проводили хирургическое лечение, которое включало по показаниям устранение анатомических нарушений на уровне глотки - двустороннюю тонзиллэктомию при хроническом гипертрофическом тонзиллите, увулотомию при гипертрофии нёбного язычка, а также, при отсутствии эффекта от других способов лечения – увулопалатофарингопластику. Использовали аппарат с эффектом радиоволны «Фотек», что позволяло уменьшить повреждение тканей и кровотечение, улучшить репаративные процессы в послеоперационном периоде. В качестве альтернативы предлагали имплантацию нёба системой Pillar.

Выводы: электростимуляция структур мягкого нёба является физиологичным, безопасным, неинвазивным способом лечения больных, страдающих неосложнённым храпом и умеренным синдромом обструктивного апноэ сна, в случае неэффективности которого показаны хирургические методы коррекции образований глотки.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОПАТОГЕНЕЗА ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ПАТОЛОГИЕЙ НОСА И НОСОГЛОТКИ

Золотова Т.В., Манукян А.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, РФ

Введение. Хронические заболевания верхних дыхательных путей относятся к наиболее важным этиологическим и патогенетическим факторам развития экссудативного среднего отита (ЭСО). В основе этих заболеваний лежит недостаточность иммунной защиты, в частности – нарушения в системе врожденного иммунитета (Щербик Н.В. и соавт., 2013). В последнее время интенсивно исследуются в норме и при различных патологиях функции и экспрессия Toll-подобных рецепторов, играющих важную роль в активации механизмов врожденного иммунитета, патогенезе воспалительных заболеваний, в частности, бронхолегочной системы (Коровкина Е.С., Кажарова С.В., 2016). В связи с этим целесообразно изучение иммунологических рисков развития ЭСО у детей с хронической патологией носо- и ротоглотки.

Цель: определение особенностей патогенеза экссудативного среднего отита, ассоциированного с патологией носа и носоглотки, на основе изучения системы врожденного иммунитета.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение пациентов, страдающих экссудативным средним отитом, возникшем на фоне патологии носа и носоглотки, поступивших в оториноларингологическое отделение многопрофильной городской больницы, всего - 72 человека от 3 до 52 лет, (основная группа), из них 40 детей, страдающих хроническим аденоидитом, и 32 взрослых, страдающих острым и хроническим риносинуситом. Контрольную группу составили 34 здоровых человека, сопоставимых по возрасту и полу с основной группой. Критериями отбора были – признаки снижения слуха и характерные типы тимпанограмм (В, С) по результатам импедансометрии, гипертрофия глоточной миндалины или лимфокольца глотки, частые респираторно-вирусные инфекции, острые и хронические риносинуситы в анамнезе. Помимо традиционного клинического, оториноларингологического и аудиологического обследования, проводили забор периферической крови у каждого пациента. Выделяли моноциты периферической крови по методике Рекалде (Ковальчук Л.В. и соавт., 2010). На выделенных моноцитах определяли экспрессию Toll-подобных рецепторов, %: TLR2 и TLR4 по методике, описанной в работе Л.Н. Мамедовой и соавт. (Мамедова Л.Н. и соавт., 2013). С помощью программы Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США) проводили статистическую обработку результатов исследования.

Результаты и их обсуждение. У 39 пациентов из 72 обследованных значение TLR2 было в пределах от 56,1 % и ниже, значение TLR4 - от 16,2 % и ниже и коррелировали с клиническими признаками ЭСО, возникшего на фоне хронического аденоидита, острого и хронического риносинуситов. На основании полученных данных показатели $TLR2 \leq 56,1\%$ и $TLR4 \leq 16,2\%$, выявляемые одновременно, были расценены нами как статистически достоверный ($p < 0,05$) иммунопатологический признак ЭСО, ассоциированного с хроническим аденоидитом, острым и хроническим риносинуситом (Золотова Т.В., Манукян А.Г., 2019, патент №.2693049). Поскольку у этих 39 пациентов одновременно выполнялось условие $TLR2 \leq 56,1\%$ и $TLR4 \leq 16,2\%$, данный диагноз был подтвержден, назначено адекватное состоянию лечение, результаты которого, в свою очередь, подтвердили достоверность используемых методик. Изменения экспрессии TLR2 и TLR4, выявленные в основной группе пациентов, могут свидетельствовать о иммуннодефиците, связанном с нарушениями в системе врожденного иммунитета, что может стать обоснованием для иммунокоррекции.

Выводы: нарушения в системе врожденного иммунитета могут играть важную роль в патогенезе ЭСО, ассоциированного с хроническим аденоидитом, острым и хроническим риносинуситом, и рассматриваться как фактор риска возникновения ЭСО.

АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ НАРУЖНОГО НОСА ЛОБНЫМ ЛОСКУТОМ И ХРЯЩЕВЫМ АЛЛОГРАФТОМ

Иванов С.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Введение. Лобный лоскут (ЛЛ) и хрящевой графт – традиционный пластический материал для устранения дефектов более 2 субъединиц наружного носа (НН).

Цель: анализ анатомических результатов реконструкции НН ЛЛ.

Материал и методы. Результаты 27 реконструкций НН, 13 мужчин, 14 женщин, возраст 40-81 лет. Анатомические параметры (кончик, крыло, спинка носа, размер ноздрей, цвет кожи, положение носа, общий вид носа) оценены пациентом и тремя независимыми экспертами по 5-балльной шкале опросника Nasal Appearance and Function Evaluation Questionnaire через 12 месяцев после реконструкции. Сравнение – критерий Мак-Немара для двух связанных групп, критерий значимости различия $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Устранение дефекта кожи выполняли полнослойным парамедианным ЛЛ, восстановление каркаса – хрящевыми аллогraftами (ХАГ). Внутреннюю выстилку формировали кожным аутографтом в 5 случаях, подворачиванием дистальной части ЛЛ – 4, мукозальным лоскутом – 3, фасциальным слоем ЛЛ – 2, островковым ЛЛ – 1. В одном наблюдении развился краевой некроз ЛЛ. В остальных случаях рана зажила первичным натяжением. Осложнений, связанных с ХАГ, не отмечено. Общая частота раневых осложнений составила 3,7%.

Частота оценок 4 и 5 баллов (удовлетворительно и отлично), выставленных пациентом и экспертами, распределилась следующим образом: кончик носа – 27 и 25, крыло носа – 25 и 22, спинка носа – 23 и 21, размер ноздрей – 24 и 21, цвет кожи – 27 и 26, положение носа – 27 и 24, общий вид носа – 23 и 22. Различие является статистически значимым для всех показателей, $p < 0,001$ во всех парах. Это может быть объяснено тем, что пациент сопоставляет результат реконструкции с видом НН до вмешательства, а не с оптимальными показателями. Причина неудовлетворительных результатов для спинки носа – образование асимметричного выпячивания кожной площадки ЛЛ при недостаточном истончении на втором этапе. Неестественный размер ноздрей и вид крыла носа был обусловлен краниальным смещением субъединицы (2 наблюдения) или сужением носового отверстия при избыточной толщине складки ЛЛ (4 наблюдения). Дополнительные корригирующие вмешательства потребовались у 3 пациентов (11,1%) с неудовлетворительным видом крыла носа. Во всех случаях удалось достичь улучшения результатов.

Выводы: Реконструкция НН лобным лоскутом позволила достичь удовлетворительных и отличных анатомических результатов в 85,2% наблюдений по оценке пациентов, в 81,5% наблюдений – по оценке экспертов. Общая частота раневых осложнений составила 3,7%.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНВЕРТИРОВАННЫХ ПАПИЛЛОМ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Карпищенко С.А.*, Баранская С.В.*, Бибик П.Р.**

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

**ФГБУ «КДЦ с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, Санкт-Петербург, РФ

Введение. Инвертированная папиллома (ИП) полости носа – доброкачественное эпителиальное образование, склонное к малигнизации и рецидиву при нерадикальном хирургическом удалении. ИП проявляется неспецифическими симптомами в оториноларингологической практике, в связи с чем диагностика этой патологии затруднительна.

Цель. Оценка клинико-рентгенологических характеристик синоназальных инвертированных папиллом по данным конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) для улучшения качества диагностики и планирования хирургического лечения.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни и результаты КЛКТ 56 пациентов (36 мужчин (64,3%), 20 женщин (35,7%) в возрасте от 19 до 78 лет с гистологически верифицированным диагнозом ИП. Всем пациентам выполнено хирургическое лечение эндоскопическим эндоназальным методом в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова с 2008 по 2019 год. При анализе КЛКТ оценивалось: затенение в проекции полости носа и околоносовых пазух (ОНП), однородность и характер его распространения, реакция костных структур ОНП по типу гиперостоза и остеита, наличие включений. Выполнена комплексная оценка данных КЛКТ и симптомов при ИП.

Результаты. 49 пациентов (87,5%) отмечали периодическое слизистое/слизисто-гнойное отделяемое из носа. 35 пациентов (62,5%) - одностороннюю назальную обструкцию, 29 пациентов (51,8%) - рецидивирующее течение гнойно-воспалительных процессов в полости носа и ОНП, 19 пациентов (33,9%) - снижение/потерю обоняния в течение длительного времени. 3 пациента (5,4%) не предъявляли оториноларингологических жалоб, патологический контент в ОНП был выявлен при подготовке к стоматологическим вмешательствам. При оценке КЛКТ в 45 (80,4%), случаях определялось одностороннее затенение полости носа и/или решетчатого лабиринта в сочетании с затенением прилежащей верхнечелюстной пазухи. В 11 случаях наблюдалось субтотальное двустороннее затенение полости носа и ОНП. В случае одностороннего затенения вышеуказанные рентгенологические характеристики в сочетаниях наблюдались в 43 случаях. Во всех 11 случаях двустороннего затенения полости носа и ОНП отмечалось истончение костных перемычек решётчатого лабиринта, из них в 5 случаях отмечены включения повышенной рентгенологической плотности, в 9 – истончение костных структур остиомеатального комплекса. Различные изменения на КЛКТ определялись у 54 (96,4%) пациентов с гистологически верифицированным диагнозом ИП после эндоскопического эндоназального лечения.

Выводы. Анализ КЛКТ и сопоставление клинических данных позволяет предположить у пациента диагноз ИП. Длительно существующая назальная обструкция и/или рецидивирующее течение гнойно-воспалительных заболеваний полости носа и ОНП – показание к выполнению КЛКТ ОНП, что позволяет улучшить качество диагностики ИП. Безусловно, основным методом диагностики ИП является патоморфологическое исследование операционного/биопсийного материала.

НАШ ОПЫТ РЕВИЗИОННЫХ СЕПТУМ-ОПЕРАЦИЙ

Карпищенко С.А., Баранская С.В., Фаталиева А.Ф., Лисянская М.В.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», Санкт-Петербург, РФ

Введение: Искривление перегородки носа считается одной из основных патологий, вызывающих затруднение носового дыхания как с одной, так и с двух сторон. В Германии диагноз «искривление перегородки носа» входит в десятку самых частых диагнозов, а в Соединенных Штатах Америки септопластика занимает 3 место по частоте среди оториноларингологических операций. Несмотря на это, успех вмешательства и/или удовлетворенность пациента после первичной септум-операции составляет от 65% до 80%.

Цель: Оценка частоты проведения ревизионной септум-операции в ПСПбГМУ им. И.П. Павлова в период с сентября 2017 года по ноябрь 2018.

Материалы и методы: В клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в период с сентября 2017 г. по ноябрь 2018 г. 20 пациентам была выполнена ревизионная эндоскопическая септум-операция. Возраст пациентов от 19 до 52 лет. Срок между первым оперативным вмешательством и повторным от 1 месяца до 12 лет. План обследования включал: стандартное общеклиническое обследование, эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки, переднюю активную риноманометрию, сахаринный тест, для субъективной оценки симптомов назальной обструкции мы использовали адаптированную шкалу NOSE. Весь комплекс обследования проводился до операции, на 7-е сутки, через 1, 3 и 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение: Большую часть обратившихся пациентов беспокоила недостаточность носового дыхания (82%). Ни один пациент не предъявлял жалоб на эстетические и косметические недостатки. Реже всего пациентов беспокоили проблемы со сном (36%). При объективном исследовании при помощи передней активной риноманометрии получены следующие результаты: до операции СОП составляла $284 \pm 1,8$ см³/с, СС $0,29 \pm 0,7$ Па/см³/с, через 12 месяцев после вмешательства СОП выросла до $913 \pm 7,1$ см³/с, СС снизилось до $0,18 \pm 1,2$ Па/см³/с. Самая частая анатомическая область, где обнаруживалась вторичная деформация – передний отдел перегородки носа (40%). Совместно с септум-операцией выполнялись и другие вмешательства: двусторонняя подслизистая вазотомия в 33% случаев, эндоскопическая полисинусотомия и резекция гипертрофированного заднего конца нижней носовой в 27% случаев, и самой редкой сопутствующей операцией оказалась фронтотомия в 13% случаев.

Выводы: Эндоскопический подход может успешно применяться при ревизионных вмешательствах на структурах перегородки носа. Субъективно и объективно состояние после ревизионного вмешательства улучшается. Ревизионная операция проводится не только с целью исправления перегородки, но и как этап оперативного лечения (на ОНП), резекция задних отделов перегородки носа, позволяет произвести эндоскопический эндоназальный доступ. Эндоскопическая ревизионная септум-операция является эффективным методом коррекции перегородки носа по результатам ПАРМ и NOSE от 6 до 12 месяцев.

НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФРОНТОТОМИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ НАРУЖНЫМ ДОСТУПОМ

Карпищенко С.А.*, Болознева Е.В.*, Бибики П.Р.**

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

**ФГБУ «КДЦ с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, Санкт-Петербург, РФ

Введение. Фронтотомия – технически сложное оториноларингологическое вмешательство, выполняемое при острой и хронической патологии лобной пазухи. До появления эндоскопической эндоназальной методики фронтотомии более 100 лет вмешательство на лобной пазухе выполнялось наружным доступом, что неизбежно вело к эстетически-значимой деформации зоны лица, часто сопровождалось стенозированием лобного кармана с формированием хронического фронтита.

Цель. Охарактеризовать эндоскопическую эндоназальную методику фронтотомии, в том числе с применением навигационного оборудования, у пациентов с острыми и хроническими фронтитами, показания к её применению, преимущества, технические особенности в сравнении с методиками наружной фронтотомии.

Материалы и методы. Проанализирована хирургическая деятельность клиники оториноларингологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова за период с января 2013 г. по июль 2019 г. Изучены истории болезни пациентов, подвергшихся эндоскопической эндоназальной фронтотомии в связи с острой и хронической патологией лобных пазух, проанализированы предрасполагающие к возникновению обструкции лобного кармана анатомические факторы по данным конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ).

Результаты. Выполнено 7517 оперативных пособий для лечения острой и хронической ЛОР-патологии, из них в 274 (3,6%) случаях выполнялось вскрытие лобного синуса эндоскопическим эндоназальным методом. Основной диагноз, при котором выполнялась фронтотомия – хронический риносинусит с полипами – 169 пациентов (61,2% фронтотомий), на втором месте – хронический риносинусит без полипов с вовлечением лобной пазухи – 62 пациента (22,6% фронтотомий), в т. ч. оперированных по поводу пиомucoцеле, кист лобных пазух. 29 пациентам (10,6% фронтотомий) выполнялось удаление остеома лобных пазух под контролем электромагнитной навигационной станции. У 14 пациентов (5,1%) фронтотомия выполнялась по экстренным показаниям в связи с острым гнойным полисинуситом с вовлечением лобных пазух, сопровождавшимся болевым синдромом, ощущением распирания в проекции лобных пазух, рефрактерными к консервативной терапии. К предрасполагающим к возникновению фронтита анатомическим особенностям относятся: bulla frontalis, дополнительные внутрипазушные септы, наличие фронтотимоидальных клеток, расположенных кзади, а также кзади и латерально относительно лобного кармана - супрабуллярного кармана, лобно-решётчатых клеток (клетки Куна 3 и 4 типа) и супраорбитального кармана.

Выводы. Эндоскопическая эндоназальная фронтотомия – метод выбора при острой и хронической патологии лобного синуса, позволяет эффективно и малотравматично, по сравнению с наружными методиками, добиться стойкого функционирования лобного кармана. Использование навигационного оборудования позволяет увеличить точность, эффективность и безопасность фронтотомии.

ПЛОЩАДЬ ВНУТРЕННЕГО НОСОВОГО КЛАПАНА, КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕПТУМ-ОПЕРАЦИИ

Карпищенко С.А.*, Баранская С.В., Болознева Е.В., Фаталиева А.Ф.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова». Санкт-Петербург, Россия

* ФГБУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Коррекция перегородки носа одна из наиболее устоявшихся и самых распространенных операций в оториноларингологии. Вестибулярный отдел полости носа является местом наибольшего сопротивления потоку воздуха в носовых ходах. Клиническая значимость указанной области хорошо известна. Оценка эффективности септум-операции проводится исходя из субъективных и объективных данных. К последним относятся передняя активная и акустическая риноманометрия, компьютерная томография т.д. Дополнительный метод измерения площади внутреннего носового клапана может способствовать повышению эффективности септум –операции

Цель исследования: оценить площадь поперечного сечения внутреннего носового клапана до и после эндоскопической коррекции перегородки носа.

Материалы и методы: Исследование проводилось в клинике оториноларингологии ПСПБГМУ им.акад. И. П. Павлова в период с сентября 2017 г. по май 2019. Обследовано 86 пациентов (мужчин — 47, женщин —39, в возрастном интервале от 19 до 52 лет) до и после эндоскопической септум-операции.

При помощи разработанной программы проведен анализ и обработка видеоэндоскопических изображений области внутреннего носового клапан

Техника: Эндоскоп 0 ° располагают внутри полости носа на 1 см от преддверия (7-часов), параллельно дну полости носа. Далее изображения с записывающего устройства сохраняются обрабатываются и анализируются в разработанной программе.

Результаты: В результате анализа изображений выявлено, что площадь поперечного сечения внутреннего носового клапана до операции составляет в среднем $51\ 310,6 \pm 13,9$, а после $63\ 518,2 \pm 24,3$ квадратных пикселей. Следовательно в среднем площадь внутреннего носового клапана увеличивается от 21% до 28%.

Выводы: Методика измерения площади поверхности внутреннего носового клапана и ее соответствия до и после операции легко воспроизводима и предоставляет визуальные и объективные данные о размере носового клапана. Данный способ может быть дополнением к уже существующим методикам оценки эффективности эндоскопической септопластики.

РЕДУКЦИЯ ВОЗВЫШЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Карпищенко С.А.*, Рябова М.А., Улупов М.Ю., Фаталиева А.Ф.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова». Санкт-Петербург, Россия

* ФГБУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение Возвышение перегородки носа (nasal septal swell body - NSB) - это структура, представляющая собой утолщение слизистой оболочки от дна полости носа до средней носовой раковины. Первое описание было сделано Вюрстоном в XVII веке, он обозначил ее как «*intumescencia septi nasi anterior*», позже Schiefferdecker P. в 1900, изучая сосудистую сеть передней трети перегородки носа, назвал ее «*septal turbinate*». В зарубежной литературе описаны случаи использования радиочастотного лазера, холодно-плазменной редукции с целью уменьшения области этой зоны перегородки носа и восстановления носового дыхания. Однако, клинических данных о применении полупроводникового лазера в коррекции возвышения перегородки носа не найдено.

Цель: изучить в эксперименте тепловые эффекты диодного лазера с длиной волны 970 нм и подобрать режим для эффективного и безопасного применения указанного лазера в редукции возвышения перегородки носа.

Материалы и методы Объектом воздействия лазерного излучения выбрана печень крупного рогатого скота в связи схожих оптических свойств с зоной возвышения перегородки носа. Так же исходя из данных конусно-лучевой компьютерной томографии околоносовых синусов рассчитана площадь каждого объекта (от 140 мм² до 205 мм²). Источником лазерного излучения являлся полупроводниковый лазер с длиной волны 970 нм. Излучение проводилось через гибкое кварцевое волокно диаметром 400 мкм. Исследование проводилось контактным методом в непрерывном режиме воздействия на мощности от 2 Вт до 10 Вт с шагом в 2 Вт по 10 серий на каждой мощности. На поверхность объект наносилось по три линейных насечки со скоростью движения кварцевого волокна 1 см/с. Экспозиция воздействия составила 30 сек на одну сторону объекта. Контроль температуры поверхности производился при помощи термометра (ЗАМЕР-1) с контактным датчиком. Макроскопически производилась визуальная оценка редукции ткани печени.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было выполнено 50 серий экспериментов. Исходная температура фрагментов $18,7^{\circ} \pm 1,58$. Визуальная оценка полученных данных показала, что при работе диодного лазера на мощности 2 Вт независимо от экспозиции воздействия эффективного разреза ткани печени не было. При непрерывном режиме с мощностью 4 Вт максимальная температура нагрева элементов составляла $38,7^{\circ} \pm 1,86$ (С°) ($\Delta T 12,5 \pm 1,04$), максимальная энергия $182,5 \pm 9,34$ кДж при экспозиции $28,40 \pm 1,46$ сек. В среднем элементы охлаждались за $92 \pm 3,48$ секунд до исходной температуры. Макроскопически на мощности 4 Вт получали белесоватую линию разреза, представляющую собой зону коагуляционного некроза. По мере увеличения мощности лазерного воздействия от 6 Вт до 10 Вт увеличивалась как ширина линии разреза, так и температура. На мощности 6 Вт максимальная температура $-51,4^{\circ} \pm 3,02$ (С°) ($\Delta T 9 \pm 1,86$). Средняя температура при мощности 8 Вт $-57,4^{\circ} \pm 4,2$ (С°) ($\Delta T 9 \pm 1,86$). На мощности воздействия 10 Вт максимальная температура в среднем достигала $66,4^{\circ} \pm 2,2$ (С°) ($\Delta T 13 \pm 2,03$). Исходя из полученных данных для предотвращения термического повреждения соседних тканей, повышение температуры не должно превышать 50-55°С.

Выводы. Таким образом на основании проведенного эксперимента оптимальным режимом лазерного воздействия на зону возвышения перегородки носа является контактный непрерывный режим на мощности 4 Вт. Такой режим предоставляет предсказуемые результаты, что делает его безопасными, позволяя контролировать тепловые эффекты и повреждения окружающих тканей.

РОЛЬ ВОЗВЫШЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА В НОСОВОМ ДЫХАНИЕ

Карпищенко С.А.* , Рябова М.А., Фаталиева А.Ф.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова». Санкт-Петербург, Россия

* ФГБУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Возвышение перегородки носа (nasal septal swell body - NSB) - это структура, представляющая собой утолщение слизистой оболочки от дна полости носа до средней носовой раковины. В клинических условиях этой области уделяется мало внимания и довольно часто не учитывают ее влияние на носовое дыхание.

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 38 пациентов (мужчин — 17, женщин —21, в возрастном интервале от 21 до 44 лет) с вазомоторным ринитом и NSB. Обследование пациентов включало: анализ жалоб, анамнеза заболевания, ЛОР- 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 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 - 0,38Па/см³/с. Объем суммарного потока у пациентов 2-й группа 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 месяц 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.

РИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Карпищенко С.А., Карпов А.А., Станчева О.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение: Эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия (ЭДЦРС) является современным и эффективным методом хирургического лечения обструкции слезоотводящих путей. Основными причинами неудачных исходов ЭДЦРС являются искривленная перегородка носа, буллезно измененная средняя носовая раковина и полипы полости носа.

Цель: Оценить частоту проведения симультанных оперативных вмешательств на структурах полости носа при выполнении эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ клинических данных 186 пациентов, оперированных в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова за период с 2014 по 2018 гг.

Результаты: Было выполнено 186 ЭДЦРС у 170 пациентов (17 мужчин, 153 женщин). Средний возраст на момент выполнения операции составил 57.3 лет (от 19 до 85 лет). Из 170 человек 154 подверглись односторонней операции, 16 – двусторонней ЭДЦРС. Симультанная операция потребовалась в 29 случаях (15.6%) – 18 (9.7%) септопластик, 7 (3.8%) конхотомий, 4 (2.2%) полипэктомий. Успех операции был достигнут в 94% случаев.

Заключение: Выполнение септопластики, резекции буллезно измененной средней носовой раковины, полипотомия, в тех случаях, когда это требовалось, обеспечивает комфортный доступ к операционному полю, а также способствует конечному успешному исходу ЭДЦРС.

СИНДРОМ «МОЛЧАЩЕГО СИНУСА» У ПАЦИЕНТОВ С ЭСТЕТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Кириченко И.М., Попадюк В.И.

ФГАОУ ВО "РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ"

Редкий феномен ателектаза верхнечелюстной пазухи был описан в 1964 году W. Montgomery. В дальнейшем это заболевание стало обозначаться как «Синдром молчащего синуса» (Sorarkar с соавторами, 1994). Основными характеристиками «Синдрома молчащего синуса» являются: уменьшение в объема верхнечелюстной пазухи, энофтальм и гипофтальм, появление деформации верхней и передней стенки верхнечелюстной пазухи, с последующим изменением формы средней зоны лица. В течении заболевания выделяют три стадии: деформация и втяжение мембранозной части в области задней фонтанеллы, стадия костной деформации и стадия клинической проявлений (Kass E.S., Salman S., Montgomery W.W., 1996). Наиболее часто «Синдром молчащего синуса» проявляется гипофтальмом и энофтальмом, и как следствие этого диплопией. С этими проблемами пациенты, обычно обращаются к офтальмологу, реже к ЧЛХ или оториноларингологу. Однако в последнее время, все чаще пациенты стали посещать пластических хирургов для решения эстетической стороны проблемы, без выявления причинного фактора заболевания.

Под нашим наблюдением находились 6 пациентов, 4 женщины и 2 мужчины, в возрасте от 24 до 58 лет, обратившихся к пластическим хирургам для коррекции формы век и щечной области в связи с развитием асимметрии. Длительность заболевания от 1 года до 10 лет. Ни один из них не жаловался на диплопию, разный уровень расположения глазных яблок, затруднение носового дыхания или перенесенные синуситы. При проведении компьютерной томографии (КТ) лицевого скелета отмечено одностороннее уменьшение объема верхнечелюстной пазухи с блоком соустья и гиперплазией слизистой на стороне асимметрии, с втяжением стенок пазухи. При эндоскопическом осмотре выявлено резкое втяжение крючковидного отростка, искривление носовой перегородки, буллезно измененные средние носовые раковины, в одном случае отмечалось удвоение средней носовой раковины со стороны асимметрии. Всем пациентам проведена FESS - ревизия в/ч пазух с коррекцией внутриносковых структур, расширение соустья и восстановление дренажной функции с положительным эффектом. Через 6 месяцев после хирургического лечения проведена коррекция асимметрии 4 пациентам, 2 пациентам коррекция не потребовалась, в связи с уменьшением асимметрии.

Таким образом, проведение КТ исследования перед эстетической коррекционной хирургией век и мягких тканей лица повышает процент положительных исходов и дает возможность правильной диагностики и комплексного подхода к лечению пациентов с патологией околоносовых пазух.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ

Климова И.И., Аристова–Боровикова О.В.

НГИУВ- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава, Новокузнецк, Россия.

Введение. Несмотря на значительные успехи детской оториноларингологии и педиатрии в лечении острых респираторных заболеваний верхних дыхательных путей, риносинуситы и аденоидиты, сопровождающие эти инфекции, встречаются у 35,3% детей в возрасте до 7 лет (Быкова В.П., 2013, Карпова Е.П., 2011). С одной стороны, гипертрофия глоточной миндалины является нормальным физиологическим иммунным ответом лимфоидного органа на постоянно присутствующую антигенную стимуляцию, с другой стороны, она усугубляет течение острого риносинусита.

Цель: оценить особенности клинической картины у детей с острым гнойным риносинуситом в сочетании с аденоидитом.

Материал и методы. Проведен анализ анамнеза и особенностей клинического течения 298 пациентов с острым гнойным риносинуситом в сочетании с аденоидитом, в возрасте от 3 до 15 лет, проходивших лечение в отделении оториноларингологии МБЛПУ «ЗПЦ» г. Новокузнецка..

Результаты исследования. При поступлении основными жалобами, предъявляемыми детьми были: затруднение носового дыхания днем у 298 (100%) больных, ночью у 228 (76,5%) человек, выделения из носа слизистого 109 (36,7%) и слизисто-гнойного характера 97 (32,6%). У 93 детей (31,2%) присутствует синдром ночного апноэ, у 201 (67,5%) пациента храп. Жалобы на кашель предъявляли 32 (10,7%) человека, головную боль диффузного характера 45 (15,1%) детей, повышение температуры тела до субфебрильных цифр – 27 (9,6%) человек, беспокойство – 18 (6%) пациентов.

При наружном осмотре «аденоидный» тип лица выявлен у 117 (39,2%) обследованных детей. Увеличение и умеренная болезненность шейных, подчелюстных лимфатических узлов (до 2 см) определялось у 89 (29,9%) пациентов, щитовидной железы у 7 (2,3%) человек, болезненность в области проекции верхне-челюстных, лобных пазух носа у 194 (65,1%) детей.

В 76% случаев пациенты не лечились, за медицинской помощью не обращались. В 24% случаев до обращения за специализированной помощью был проведен курс амбулаторного лечения острого риносинусита без положительной динамики. В 15% случаев пациенты применяли системные антибактериальные препараты, в основном пенициллинового ряда. После проводимой терапии больные отмечали незначительный положительный клинический эффект.

При рентгенографии придаточных пазух носа односторонний риносинусит выявлен у 135 (45,3%) детей, с двух сторон у 163 (54,7%) пациентов, фронтит с одной стороны у 47 (15,7%) больных, фронтит с двух сторон у 15 (5%) человек.

По данным эндоскопического осмотра полости носа и носоглотки при поступлении выявлены: гиперемия слизистой оболочки полости носа у 298 (100%) детей, отек – у 295 (96,4%) пациентов, слизистое отделяемое из полости носа – у 193 (36,7%) ребенка, слизисто – гнойное – у 186 (32,6%) больных, гнойное – у 183 (30,7%) пациента. При исследовании носоглотки аденоидные вегетации I степени определяются у 65 (21,8%) пациентов, II степени – у 95 (31,8%) человек, III степени – у 105 (35,2%) ребенка, IV – у 33 (11,1%) пациентов. Отечность боковых валиков глотки - у 141 (47,3%) человек, отечность и гиперемия небных миндалин – у 54 (18,1%) детей, гипертрофия небных миндалин – у 131 (43,9%) больных. Стеkanie слизи, гноя по задней стенке глотки выявлено у 248 (83,5%) пациентов.

Заключение. Распространенность и характер воспалительного процесса в полости носа и носоглотке влияют на степень тяжести заболевания.

ТЕХНОЛОГИЯ РИНКО®. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НАЗАЛЬНЫХ КАТЕТЕРОВ.

Козлов В.С.*, Кудряшов С.Е.*, Горбунов С.А.*, Крючкова О.В.***, Вахрушев С.Г.***, Малошковец А.С.***

*ФГБУ ДПО «ЦГМА», Москва, Россия

**ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва, Россия

***Клиника новых технологий Лаборатория аддитивного производства, Красноярск, Россия

Введение. Острый бактериальный риносинусит (ОБРС) в прошлом, настоящем, а также в ближайшем будущем - одна из серьезных проблем в ринологии. Согласно всем клиническим рекомендациям ключевым методом лечения ОБРС остается системная антибиотикотерапия. Данный факт нельзя считать обоснованным из-за нарастающей резистентности к антибиотикам. В качестве локальных методов лечения ОБРС используют деконгестанты, топические глюкокортикостероиды, ирригационную терапию и инвазивные процедуры, такие как пункция околоносовых пазух (ОНП) и их баллонная дилатация. Приоритетным направлением исследований может стать совершенствование неинвазивных методов лечения ОБРС, основанных на локальном воздействии в очаге бактериального воспаления.

Цель: разработка неинвазивной технологии аспирации секрета из ОНП и доставки в них лекарственного раствора.

Материалы и методы. Был разработан силиконовый назальный катетер РИНКО® (патент РФ на изобретение №2663932 от 13.08.2018, международная заявка №PCT/RU2018/000416 от 22.06.2018), состоящий из армированной трубки с баллоном на ее дистальном конце (раздувают в носоглотке) и подвижно размещенной на ней манжеты с проксимальным баллоном (раздувают в преддверии носа). Изолированная полость носа сообщается с окружающей средой посредством рабочей трубки, подвижно размещенной внутри манжеты, что позволяет отвести выходное отверстие трубки от отечной нижней носовой раковины при создании отрицательного давления. Для аспирации секрета из ОНП пустой шприц подсоединяют к рабочей трубке и в полости носа создают перемежающееся давление. Для доставки препарата в ОНП используют шприц с лекарственным раствором. С целью проверки работоспособности катетера *in vitro* была разработана симуляционная модель полости носа и ОНП человека на основании данных ряда компьютерных томограмм здоровых людей с использованием технологии 3D-печати. После предварительного введения в ОНП модели раствора повышенной вязкости для имитации гнойного экссудата (глюкоза 10%) была исследована возможность аспирации секрета путем проведения процедуры с катетером. Возможность доставки раствора в ОНП была исследована путем проведения процедуры с катетером с использованием раствора натрия хлорида 0,9%. Вторым этапом после прохождения локального этического комитета и информированного добровольного согласия испытуемых было проведено клиническое исследование. Для подтверждения возможности аспирации секрета 10 добровольцам с ОБРС после анемизации, местной аппликационной анестезии и отсмаркивания была проведена процедура с катетером. Для подтверждения возможности введения препарата в ОНП 10 здоровым добровольцам была проведена процедура введения рентгеноконтрастного раствора «Омнипак» при помощи назального катетера и последующая компьютерная томография (КТ) в положении «на боку».

Результаты и их обсуждение. С помощью симуляционной модели была подтверждена возможность как эвакуации секрета из ОНП, так и доставки раствора в них. Эвакуация гнойного секрета из ОНП была возможна у всех больных с ОБРС (n=10), а КТ показала заполнение ОНП рентгеноконтрастным раствором у всех здоровых участников (n=10).

Выводы: разработанный назальный катетер РИНКО® обеспечивает эффективную аспирацию секрета из ОНП и доставку лекарственного раствора в них.

ВЫЧИСЛИТЕЛЬНАЯ АЭРОДИНАМИКА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Кокарева В. В., Щербаков Д. А.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

Введение: Перфорации носовой перегородки (ПНП) продолжают оставаться актуальной проблемой, все чаще встречаясь в ринологической практике.

Цель: На основе метода вычислительной аэродинамики оценить влияние ПНП на физиологические процессы с учетом размера и локализации дефекта.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе оториноларингологического стационара ОАО «МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень. Для исследования были выбраны 30 условно здоровых пациентов (19 женщин и 11 мужчин, средний возраст $34 \pm 16,7$ лет). Критерии исключения: хронические заболевания носовой полости (НП) и околоносовых пазух, аномалии строения НП, эпизоды острого риносинусита в последние 3 месяца. На основании КТ данных пациентов в виде файлов с расширением *dicom* создавались геометрические модели, которые далее проходили этапы сегментизации (используемое программное обеспечение Slicer, Geomagic studio). Полученные CAD-модели импортировались Ansys Meshing, где происходило генерирование расчетной сетки, и далее в программе Ansys Fluent производились необходимые расчеты и моделирование воздушных потоков в НП. На основании каждого КТ снимка были созданы 4 рабочие модели (общее количество 120): 1) перфорация в переднем отделе ПН на уровне переднего конца нижней носовой раковины (ННР) размерами 10 мм; 2) перфорация в переднем отделе ПН на том же уровне размерами 20 мм; 3) перфорация в костном отделе ПН на уровне прикрепления ННС размерами 10 мм; 4) в костном отделе ПН на том же уровне размерами 20 мм. Расчетная объемная скорость воздушного потока между хоанами и обеими ноздрями составила 300 мл/с. Температура воздушного потока в области крыльев носа была принята за 24°C . Оценивали следующие параметры: скорость и течение вдыхаемого воздуха в области переднего конца ННР, температуру и влажность входящего воздушного потока в области носоглотки. Полученные результаты сравнивали с нормальными значениями (скорость в области переднего конца ННР $12 \pm 1,5$ м/с, температура и влажность в области носоглотки $35,9^{\circ}\text{C}$ и 100% соответственно).

Результаты и их обсуждение: Перфорации в переднем отделе ПН существенно влияли на аэродинамику, вызывая увеличение скорости и турбулизацию воздушного потока. Так скорость входящего потока воздуха при ПНП размерами 10 мм составила $17 \pm 3,5$ м/с, что на 40% превышает скорость в нормальной НП. Увеличение размеров дефекта в передней части приводило к возрастанию скорости входящего потока. В моделях НП с ПНП в заднем отделе существенных отклонений от нормы не регистрировалось. Наибольший патологический воздухообмен между двумя сторонами НП регистрировался при размере ПНП 20 мм, составив $46,5 \pm 8,3\%$ против $15,56 \pm 5,3\%$ при размере ПНП 10 мм. Это приводит к травматизации краев ПНП, что клинически проявляется кровотечением, образованием корок. В НП с сформированным дефектом в заднем отделе ПН воздухообмен был незначительным, не превышая $7 \pm 0,5\%$, что соответствует малосимптомному течению данной патологии. Увеличение скорости воздушного потока негативно влияет на основные функции НП - согревание и увлажнение вдыхаемого воздуха, что наиболее ярко проявлялось при увеличении размера дефекта: температура $33,1 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ и $30,5 \pm 0,9^{\circ}\text{C}$ и влажность $97 \pm 0,34\%$ и $93 \pm 0,7\%$ при дефекте размерами 10 мм и 20 мм соответственно. При локализации дефекта в костной части ПН значения температуры и влажности воздушного потока в пределах нормы.

Выводы: CFD-моделирование является высоко чувствительным диагностическим методом при ПНП.

НАШ ПОДХОД К ЭНДОСКОПИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Кондратьев А.Е., Кузьмина И.В.

Клиника МЕДИ, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Золотым стандартом в диагностике патологических состояний полости носа и околоносовых пазух является соотношение данных, полученных при проведении компьютерной томографии (КТ) околоносовых пазух и эндоскопическом исследовании полости носа. Несмотря на доступность и широкое применение этих методик, в практике оториноларинголога нередко встречаются спорные и непонятные ситуации.

Цель: Изучить диагностическую ценность компьютерной томографии околоносовых пазух в сочетании с риноскопией, стандартной эндоскопией полости носа и эндоскопией верхнечелюстных пазух (синусоскопией).

Материал и методы. Было проанализировано 52 пациента нашей клиники и их КТ околоносовых пазух. Всем проводился стандартный осмотр ЛОР органов, эндоскопическое исследование полости носа и синусоскопия. При отсутствии доступа в верхнечелюстную пазуху через дополнительные соустья (фонтанеллы) нами использовался новый инструмент «игла-проводник» для пункции в среднем носовом ходе и введения фиброскопа непосредственно в пазуху.

Результаты и их обсуждение. Наибольшая диагностическая ценность КТ околоносовых пазух отмечалась при использовании всех трех методик осмотра полости носа и околоносовых пазух. В большинстве случаев мы наблюдали совпадение рентгенологического заключения и эндоскопической картины. Однако, в нескольких случаях происходило расхождение диагноза и клинических данных, полученных при синусоскопии. Зачастую это приводило к смене тактики лечения.

Выводы: Наша методика осмотра верхнечелюстной пазухи позволяет эффективно оценить и дифференцировать различные изменения в пазухе на амбулаторном этапе диагностики. А также соотнести эти данные с данными компьютерной томографии. В случаях, когда необходимо провести синусоскопию, но свободного доступа в пазуху нет, мы рекомендуем использовать инструмент «игла-проводник», специально разработанный для этих целей. Для повышения эффективности диагностики предлагаем модифицированный вариант синусоскопии, который может быть использован в ежедневной практике врача-оториноларинголога.

ВАРИАНТЫ ДЕКОМПРЕССИИ СЛЕЗНО-НОСОВОГО КАНАЛА ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ СТЕНОЗАХ

Константинов А.Е.

ГКБ им. Боткина С.П., Москва, РФ

Введение. Эндоскопическая хирургия слезных путей, направленная на восстановление физиологического механизма слезоотведения, начинает развиваться как в нашей стране, так и в других странах, в частности, в США и Японии.

Целью работы является уточнение показаний к выполнению хирургических вмешательств на дистальном отрезке слезных путей, а также зависимости хирургической техники и хирургической тактики от анатомических вариантов строения слезно-носового канала (СНК), уточнение хирургической тактики при сочетанных стенозах слезных путей.

Методы. Пролечено 200 больных, при обследовании которых использовались КТ, эндоскопическое обследование с проведением функциональных проб, R-контрастирование.

Результаты и их обсуждение. При стенозах дистального отдела следует различать следующие варианты: 1. Изолированные стенозы клапана Гаснера. Наиболее частая разновидность – блок мембранозной части клапана Гаснера (или, другими словами, мембранозной части СНК). При оценке функциональной полноценности мембранозной части клапана следует учитывать такие факторы: А. Длина мембранозной части, толщина слизистой оболочки клапана, направление хода мембранозной части клапана; Б. Выраженность костного ложа мембранозной части СНК; В. Ширина слезного купола нижнего носового хода; Г. Угол открытия костного отверстия канала. Определяющим при выборе тактики лечения является проведение функциональных проб, в особенности, передаточного рефлекса. Если при сочетанных стенозах обнаруживается преобладание проксимального стеноза, то прежде чем проводить декомпрессию канала на нижнем уровне, надо восстановить проходимость слезных путей на верхних этажах. В противном случае, давление слезы будет недостаточным для сохранения просвета дистального отрезка канала и риск запустевания СНК и рубцевания выводного отверстия в послеоперационном периоде будет высоким. Резекция мембранозной части может осложняться скальпированием стенок слезного купола и дистального отрезка самого канала, превышением объема резекции (циркулярная резекция), травмированием костных стенок СНК и слезного купола, в результате чего возможно развитие рестенозов, образование синехий между латеральной стенкой нижнего носового хода и нижней носовой раковиной. Поскольку мембранозная часть СНК является вариантом нормы, причем с большой частотой встречаемости, **следует избегать неоправданных резекций мембранозной части клапана Гаснера при сочетанных стенозах слезных путей.**

2. Стенозы, обусловленные сужением костной части канала, в том числе и ятрогенные посттравматические стенозы. В одних случаях декомпрессии дистального участка можно добиться инфрамеатально методом редрессации латеральной части СНК в сторону просвета в\ч пазухи. В других случаях целесообразно использование вместе с инфрамеатальным трансмаксиллярного доступа. 3. Сужение дистального отрезка при назомаксиллоорбитальных переломах с переходом линии перелома на нижнелатеральную стенку грушевидного отверстия под местом прикрепления н\н раковины и переходом этой линии на латеральную стенку н\н хода. В этих случаях чаще требуется трансмаксиллярный доступ для декомпрессии СНК, иногда с одномоментной репозицией костного блока вестибулярным доступом с использованием, при необходимости, дополнительного трансорбитального доступа. 4. Дистальные стенозы при блоке выводного отверстия дакриолитами. Используется как консервативная терапия (бужирование под эндоскопическим контролем), так и инфрамеатальный, реже трансмаксиллярный, доступ.

Выводы: указанные способы лечения эпифоры при дистальных стенозах позволяют избежать ДЦРС (патент на изобретение RU 2532014)

ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСМАКСИЛЛЯРНОГО ДОСТУПА ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ СТЕНОЗАХ СНК

Константинов А.Е.

ГКБ им. Боткина С.П., Москва, РФ

Целью работы является выявление этиологических факторов развития проксимальных дакриостенозов, разработка хирургической тактики при различных вариантах анатомического строения слезноносового канала (СНК) и сочетанных стенозах слезных путей.

Методы. Пролечено 200 больных, при обследовании которых использовались КТ, эндоскопическое обследование с проведением функциональных проб, R-контрастирование. В дифференциальной диагностике наибольшее значение имеет накопление контраста в слезном мешке и отсутствие передаточного рефлекса при инфрамеатальной эндоскопии зоны клапана Гаснера, при этом дистальный отрезок может быть и аномально широким с отсутствием клапана Гаснера.

Результаты и их обсуждение. При стенозах проксимального отдела СНК следует различать следующие этиологические факторы развития заболевания: 1. Костные стенозы в зоне клапана Краузе при нарушениях аэродинамики верхнечелюстной пазухи в зоне СНК – А) общая гипоплазия костной части, уплощение костной части канала вследствие отсутствия слезной бухты и расположения естественного соустья в непосредственной близости к СНК; Б) формирование костной шейки верхнего отдела СНК при близком расположении естественного соустья в слезной бухте в/ч пазухи. 2. Посттравматические стенозы при переломах медиальной части нижнеорбитальной дуги с повреждением ложа слезного мешка и вторичными рубцовыми стенозами клапана Краузе и слезного мешка; Б) Посттравматические повреждения СНК при травмах назомаксиллоорбитального комплекса (назального отростка максиллы - передней стенки верхнечелюстной пазухи - нижнеорбитальной дуги) при переходе линии перелома на латеральную стенку полости носа и повреждением СНК. 3. Ятрогенные причины: А) повреждения СНК при проведении операций в полости носа по методике FESS, когда при риноантростомии травмируется СНК; Б) повреждения СНК при репозиции и фиксации нижнеорбитальной дуги, в том числе, винтами при установке микропластин; В) повреждения участков СНК при операциях на верхнечелюстной пазухе; Г) вторичные стенозы при грубом бужировании слезных путей. 4. Дакриолитиаз. При неуспешности попыток восстановления слезоотведения бужированием возможны варианты хирургических вмешательств в зависимости от этиологических факторов: декомпрессия костных стенок СНК трансмаксиллярным доступом при травматических повреждениях; эндоскопическая внутриканальная хирургия - наиболее перспективна ретроградная эндоскопия с антеградным манипулированием; при анатомических аномалиях костной части проксимального отрезка СНК - коррекция патологического участка СНК и ложа слезного мешка трансмаксиллярным доступом, либо наружным доступом с трансмаксиллярным эндоскопическим контролем и одномоментной коррекцией строения естественного соустья с верхнечелюстной пазухой для восстановления благоприятной аэродинамики в/ч пазухи. Трансмаксиллярным эндоскопическим доступом также может быть проведена ревизия слезного мешка с удалением дакриолитов и пластикой клапана Краузе.

Выводы. Миниинвазивный трансмаксиллярный доступ в сочетании с инфрамеатальной эндоскопией и дополненный, в ряде случаев, наружным миниинвазивным доступом дает возможность проведения манипуляций на любом отрезке слезного канала, позволяет провести коррекцию последствий травматических повреждений, устранить аномалии развития СНК с восстановлением аэродинамики верхнечелюстной пазухи в зоне расположения СНК. Выбор хирургической тактики зависит от этиологии дакриостеноза и конкретных вариантов анатомического строения. На способ лечения получен патент на изобретение RU 2532014 2012 г.

СПОНТАННЫЕ ТРАНСКЛИВАЛЬНЫЕ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНЫЕ ЛИКВОРЕИ ОСНОВНОЙ ПАЗУХИ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Константинов А.Е., Горожанин А.В.

ГКБ им.Боткина С.П., Москва

Транскливальные ликвореи основной пазухи впервые были описаны в 1995 году Coiteiro D, Tavora L, Antunes JL – представлены 2 случая. По одному случаю подобных ликворей описаны Ramos A и др., Dreier D и др. в 2007г, Ahmad FU и др., Akyuz и др. в 2008г, Elrahman HA и др. в 2009г., Bellut D и др. в 2013г, T.Yucel в 2014г, Yasuhiko Hayashi и др., Степаняном М. А. в 2015г., A. Codina Aroca описал 2 случая в 2017г. 1 случай был описан сотрудниками Днепропетровской областной больницы. Thibaut Van Zele, Adriano Kitice, Eduardo Vellutini, Leonardo Balsalobre, Aldo Stamm в 2013г. описали 6 случаев транскливальных ликворей (Сан-Паулу). Всего описано 20 случаев за 25 лет, что указывает на большую редкость этой патологии. Пластическое закрытие костного дефекта производилось авторами с использованием жира, свободного фасциального лоскута, назосептального лоскута и клеевых композиций в разных вариантах.

Этот вид спонтанных ликворей представляется нам одним из самых опасных, поскольку выраженная ликворея связана с большим минутным объемом циркуляции ликвора в цистерне моста, что создает угрозу развития крайне тяжелых стволовых менингитов. Приводим свой клинический опыт. **Материалы и методы.** С 2015 г. по настоящее время нами выявлено 7 случаев транскливальных идиопатических фистул основных пазух. Было госпитализировано 6 женщин в возрасте 34, 46, 56, 58 и две 70 лет. Четверо из них были госпитализированы по скорой помощи с молниеносными менингитами. У 1 больной менингит протекал с выраженной стволовой симптоматикой, анизокорией, симптомом «плавающих глаз». У 2 других больных менингит сопровождался резко выраженной пневмоцефалией. В связи с волнообразным течением менингита трое больных были оперированы на фоне сохраняющегося цитоза в ликворе. Только у одной больной ликвор санировался, и она была повторно госпитализирована в нейрохирургическое отделение для пластики ликворного свища. Пятая больная 34 лет была госпитализирована в связи с резко выраженной ликвореей и головными болями. Ликворея отмечалась у нее более полугода. Шестая больная 70 лет была оперирована в другой клинике по поводу кисты основной пазухи. Интраоперационно у больной было выявлено менингоцеле, развилась ликворея с клапанным механизмом. В нейрохирургическое отделение была госпитализирована в плановом порядке. В 1 случае при амбулаторном обследовании у женщины 68 лет диагностировано менингоцеле основных пазух с центральным костным дефектом под дном турецкого седла, но больная воздержалась от хирургического лечения в связи с отсутствием клинической симптоматики.

Результаты и их обсуждение. При ревизии основной пазухи размер костного дефекта под дном турецкого седла колебался от 2 до 5мм. У 3 больных отмечалась добавочная перифокальная компенсаторная оссификация.

Всем больным после полного удаления слизистой оболочки нижних отделов основной пазухи, включая дно турецкого седла, выполнялась пластика костного дефекта аутокостью в 2-3 слоя с выполнением просвета нижнего отдела основной пазухи остеоиндукторами на основе гидроксиапатита и трикальцийфосфата с факторами костного роста, что позволило добиться стойкой оссификации нижнего отдела основной пазухи и существенного увеличения плотности задней стенки основной пазухи.

Выводы. Описанные случаи важны при проведении дифференциальной диагностики со сфеноидитами и кистами основных пазух, дифференциальной диагностике при менингитах. Описанные аномалии строения задней стенки также необходимо учитывать при выполнении манипуляций в основной пазухе и при хирургических ревизиях основной пазухи. Восстановление естественной костной структуры задней стенки основной пазухи при использовании аутокости в сочетании с остеоиндукторами представляется нам оптимальным вариантом хирургической коррекции.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ

Кралина Д.О.

СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», Санкт-Петербург, Россия

Введение: Вазомоторный ринит - хроническое заболевание, при котором дилатация сосудов носовых раковин и/или назальная гиперреактивность развиваются под воздействием неспецифических экзогенных или эндогенных факторов. С данной патологией врачу амбулаторного звена приходится сталкиваться постоянно. Современная медицина характеризуется внедрением идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний. Особенности личности больного, его позиция по отношению к своему заболеванию и лечению, а также к врачам и другому медицинскому персоналу становятся важными факторами успешности его лечения и последующей реабилитации.

Цель: выявить индивидуально-типологические особенности пациентов, страдающих вазомоторным ринитом в зависимости от типа реагирования на болезнь

Материалы и методы: обследовано 35 амбулаторных пациентов без сопутствующей соматической и ЛОР-патологии с вазомоторным ринитом методом сбора анамнеза, осмотра Лор-органов, эндоскопии полости носа и проведения анкетирования по методике ТОБОЛ «Тип отношения к болезни» (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова).

Результаты и их обсуждение: Методика ТОБОЛ позволяет выделить 12 типов отношения к болезни, которые объединены в 3 блока. В первый блок (~23%) вошли пациенты, отличительными чертами которых являются: бодрость, хорошее самочувствие и аппетит, стремление не поддаваться болезни, готовность к лечению. В тоже время у многих из них наблюдалось снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение “значения” заболевания с нарушениями рекомендуемого врачом режима, “уходом” в работу, отрицанием факта заболевания. Второй блок (~48%) это пациенты, характеризующиеся плохим самочувствием и настроением, повышенной тревожностью и раздражительностью, мыслями о неизлечимости болезни, проблемами со сном, аппетитом, недоверием к врачам. Третий блок (~29%) объединил пациентов с нарушением дезадаптации: они стесняются своего заболевания перед окружающими, “используют” его для достижения личных целей, строят паранойяльного характера концепции относительно причин и течения заболевания, проявляют агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

Выводы: определение типа отношения пациента – это важный структурный элемент в проведении рационального лечения. Консультации клинического психолога и психотерапевта, необходимые в разном объеме всем пациентам с вазомоторным ринитом, не всегда возможны в условиях амбулаторного приема. Владение основами клинической психологии и психотерапии в сочетании медикаментозной этиопатогенетической терапией позволит выработать врачу-оториноларингологу наиболее перспективную и адекватную стратегию и тактику в диагностике и лечении пациентов с вазомоторным ринитом.

ДОСТУП К ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЕПТОПЛАСТИКЕ - «ДВЕРЬ В ПЕРЕГОРОДКУ»

Русецкий Ю.Ю.*, Спиранская О.А.*, Красивичева О.В.**

* ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Введение. Септопластика – одна из наиболее часто выполняемых операций в практике оперирующего оториноларинголога. Впервые эту операцию провел Freer в 1902 г и Kilian в 1905 г. Первую эндоскопическую септопластику описали Stammberger и Lanха в 1990г. Методы операций отличаются от одной команды к другой, и поэтому опубликованные результаты различны. Наша методика основана на всех этих методах с несколькими специфическими модификациями.

Цель: Цель данного исследования разработать и внедрить в практику способ доступа и фиксации мукоперихондрального лоскута при эндоскопических вмешательствах на перегородке носа.

Материал и методы.

1. Полупроницающий вертикальный разрез слизистой оболочки перегородки носа на стороне искривления.
2. Отсепаровка мукоперихондрального лоскута на стороне разреза.
3. К отсепарованному мукоперихондральному лоскуту фиксируется (подшивается викрил 5,0) шовный материал (викрил 5,0), а к концу шовного материала фиксируют держалку.
4. Мукоперихондральный лоскут на держалке смещается латерально.
5. Далее производится септопластика по известным методикам.
6. Шов-держалка используется в качестве шва на слизистую оболочку перегородки носа.

Результаты и их обсуждение: Про данной методике за период 2017-2019 гг. было прооперировано 84 пациента с функциональными нарушениями носового дыхания. Всем была проведена эндоскопическая септопластика с использованием данной модификации доступа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольные осмотры осуществлялись через 7 дней после операции (снятие силиконовых шин), 14 дней, 1 месяц и 3 месяца после операции.

Выводы: В результате использование данного способа открывается более широкий доступ к перегородке носа, отсепарованная слизистая оболочка перегородки носа не загрязняет оптику, хирург не тратит время на очистку эндоскопа, что в целом уменьшает время операции.

Данный способ доступа к перегородке и фиксации мукоперихондрального лоскута носа может быть использован в качестве альтернативного варианта при эндоскопической септопластике.

СОСТОЯНИЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Красножен В.Н. *, Нестеров О.В. *, Ильина Р.Ю. *, Шахов А.В. **, Андреева И.Г. *

* Казанская государственная медицинская академия (филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России), Казань, РФ

** ФГБОУ ВО "ПИМУ" Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Введение: С первых дней жизни у ребенка с врожденными расщелинами губы и/или неба (ВРГН) имеются значимые изменения со стороны наружного носа, внутриносовых структур, среднего уха, лимфоидно-глоточного кольца. Анатомические варианты строения полости носа (ПН) и околоносовых пазух (ОНП), отклонения от физиологической нормы, на фоне грубых пороков развития, обусловленных расщелинами, создают предпосылки для развития патологического процесса в ОНП и слуховой трубе (СТ). По данным литературы, патология носа и ОНП способствует формированию стойкой дисфункции СТ до (95,6%).

Цель исследования: на основании анализа РКТ пациентов, имеющих в анамнезе ВРГН, изучить варианты аномалий ПН и ОНП, анатомического строения, частоту воспалительных изменений, определить их взаимосвязь с дисфункцией СТ.

Материалы и методы: В период с 2018 по 2019 гг. на базе ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ Казани проведена 20 пациентам РКТ височных костей и ОНП на 64-срезовым сканере Philips Brilliance СТ. Возраст пациентов от 1 года 4 месяцев до 17 лет, 10 девочек и 10 мальчиков. Все дети проходили лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) на этапе уранопластики или постхирургического планового консервативного лечения рубцовой деформации неба. Консультированы ЛОР врачом по причине снижения слуха кондуктивного или смешанного характера. Пациенты были распределены по группам согласно классификации Ад.А. Мамедова (1998): 5 пациентов имели правостороннюю врожденную полную расщелину губы и неба (ВПРГиН), 6 – левостороннюю ВПРГиН, 4 – двустороннюю ВПРГиН, 5 – врожденную расщелину неба (ВРН).

Результаты: 1. Искривление носовой перегородки (НП) (по R. Mladina) у 15 пациентов (75%) и чаще всего при односторонней ВПРГиН искривление наблюдалось в сторону расщелины. У 5 пациентов 25% НП имела срединное положение. Девиация сошника – 10 случаев (50%), из них в сторону расщелины в 9 случаях (45%). Укорочение сошника в 11 случаях (55%), из них значительное уменьшение в 1,5-2 раза по отношению к горизонтальной пластинке небной кости в 3 случаях (15%). 2. Пневматизация крючковидного отростка (КО) наблюдалась в 3 случаях (7,5%). 3. Concha bullosa двусторонняя – 3 (7,5%). Concha bullosa односторонняя в 6 случаях (15%), причем чаще слева (10%) и стороне искривления (10%). Парадоксальная средняя носовая раковина – 8 (20%), причем чаще слева – 15%. Гипертрофия нижних носовых раковин – 13 (32,5%), чаще слева (17,5%). 4. Гипертрофия глоточной миндалины 2 степени наблюдалась в 2 случаях, викарная гипертрофия небных миндалин 2 степени после перенесенной в анамнезе аденоотомии в 2 случаях. Двустороннюю гипертрофию трубных валиков по данным РКТ наблюдали в 1 случае. 5. Снижение пневматизации ОНП верхнечелюстной пазухи (ВЧП) и клеток решетчатого лабиринта (одностороннее) пристеночное – 5 (12,5%), чаще на стороне искривления НП, киста левой ВЧП в 1 случае. 6. Пневматизация костного устья СТ наблюдалась в 40% случаев (n=16 ушей), в 60% (n=24) она отсутствовала. В 12,5% (n=5) СТ сужена на стороне расщелины (n=2 слева, n=3 справа), в 12,5% (n=5) костная часть СТ была шире слева. В 1 случае костная часть левой СТ расширена и разрушена холестеатомой.

Выводы: Таким образом, нарушение аэродинамических потоков в полости носа из-за анатомических особенностей строения полости носа, воспаление ОНП дополнительно влияет на состояние СТ и функцию среднего уха.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛАКОРИНОСТОМИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРАЦИЕЙ СЛЕЗНЫХ КАНАЛЬЦЕВ

Краховецкий Н.Н. *, Краховецкая Д.С.**

*ФГБНУ «Научно-Исследовательский Институт Глазных Болезней», Москва, Россия

**Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Введение. У пациентов с облитерацией слезных канальцев отмечается пониженный фон настроения вследствие постоянного слезотечения, требующего частого протирание глаза. Применяемая в таких случаях операция лакориностомии не устраняет проблему полностью, поскольку возникающая необходимость ежедневного ухода за лакримальным имплантатом, а также высокая распространенность осложнений (дислокации лакостомической трубки, закупорки ее просвета), требующих повторных визитов к врачу для их устранения, влияют на психоэмоциональное состояние пациентов.

Цель работы – оценить психоэмоциональное состояния пациентов с облитерацией слезных канальцев до и после проведения лакориностомии.

Материал и методы. В исследование было включено 28 пациентов (15 мужчин и 13 женщин) с облитерацией обоих верхнего и нижнего слезных канальцев (30 случаев). Помимо стандартных офтальмологического и дакриологического обследований всем пациентам было выполнено клиничко-психопатологическое обследование, которое проводил врач-психиатр. Для объективизации состояния применяли психометрические шкалы: стандартизованную шкалу оценки депрессии Гамильтона (HDRS-21), общего клинического впечатления (субшкалы «Тяжесть» и «Улучшение») - (CGI-S; CGI-I). Всем пациентам была выполнена эндоскопическая лакориностомия по стандартной методике. Двум пациентам операция была проведена с двух сторон. Проведён анализ динамики психологического состояния через 1 месяц и через 6 месяцев после операции.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты жаловались на выраженное слезотечение до операции (Munk 4). Проведенный до операции клиничко-психопатологический анализ выявил преобладание депрессивных расстройств (28 пациентов). В 23-х случаях депрессивный синдром соответствовал лёгкой степени выраженности (8-16 баллов по шкале HDRS-21). У 4 пациентов - депрессия средней степени тяжести (17-24 балла по HDRS-21). В одном случае выраженность депрессивного синдрома соответствовала тяжелой степени (25 баллов по шкале HDRS-21). Общее исходное значение по шкале HDRS-21 было 16.54 ± 4.14 баллов, и по шкале CGI-S - 3.9 ± 0.7 баллов. Интраоперационных осложнений отмечено не было. Во всех случаях отмечали прекращение, либо уменьшение слезотечения после операции (Munk 0-1). Через 6 месяцев после операции было отмечено достоверное снижение баллов по шкалам HDRS-21 ($7,7 \pm 2,4$ баллов), CGI-S ($1,9 \pm 0,7$ баллов) и CGI-I ($1,6 \pm 0,6$ баллов) ($p < 0,05$), что свидетельствует об улучшении состояния.

Выводы: У всех пациентов с облитерациями обоих слезных канальцев были выявлены депрессивные расстройства разной степени выраженности. В течение полугода после операции лакориностомии выраженность депрессивного синдрома достоверно уменьшилась у всех пациентов, что в сочетании с устранением слезотечения позволяет рассматривать лакориностомию как эффективный метод лечения при облитерации слезных канальцев, позволяющий значительно улучшить состояние пациентов.

СПОСОБ ФИКСАЦИИ ИМПЛАНТАТА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАКОРИНОСТОМИИ

Краховецкий Н.Н., Атькова Е.Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», Москва, Россия

Введение. Неудовлетворенность пациентов после лакориностомии чаще всего связана с дислокацией лакримального имплантата (ЛИ). По данным литературы смещение ЛИ встречается в 28-51% случаев. Для устранения данного осложнения, как правило, фиксируют ЛИ к нижнему веку швом, который удаляют через 10-14 дней после операции.

Цель исследования – оценить разработанный способ фиксации ЛИ при эндоскопической лакориностомии.

Материал и методы. В исследование было включено 57 пациентов (31 мужчина и 26 женщин; средний возраст $46 \pm 1,45$ лет), которым была проведена эндоскопическая лакориностомия по поводу облитерации обоих слезных канальцев (всего 60 случаев). Операцию проводили по стандартной методике. Применяли силиконовый ЛИ (FCI, Франция). Пациентам 1-й группы (28 пациентов, 30 случаев) швы, фиксирующие ЛИ к нижнему веку удаляли через 2 недели после операции. Пациентам 2-й группы (29 пациентов, 30 случаев) проводили фиксацию ЛИ модифицированным способом - П-образным швом (пролен 0-5) через толщу нижнего века в области медиального угла глазной щели с формированием удерживающей петли вокруг ЛИ под его «шляпкой». Силу натяжения нити регулировали таким образом, чтобы узел был плотно прижат к поверхности кожи и при этом сохранялась возможность вынимать ЛИ без пересечения нити. Швы не удаляли. Пациенты обеих групп были обучены правильной методике самостоятельного промывания ЛИ. Период наблюдения составил 6 месяцев после операции. Отмечали эпизоды смещения ЛИ в полость носа или в сторону конъюнктивы и закупорки его просвета в послеоперационном периоде.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов было достигнуто прекращение или значительное уменьшение слезотечения после операции. Интраоперационных осложнений не наблюдали. У 22-х пациентов 1-й группы отмечали эпизоды дислокации ЛИ как в сторону полости носа (18 случаев), так в сторону конъюнктивального мешка (4 случая), потребовавшие как минимум одного дополнительного осмотра в послеоперационном периоде. У пациентов 2-й группы в 3-х случаях наблюдали дислокацию имплантата в сторону конъюнктивального мешка, смещение ЛИ в полость носа не отмечали.

Выводы: Применение постоянной швной фиксации лакостомического имплантата обеспечивает значительно меньшую вероятность его дислокации в послеоперационном периоде, что позволяет рекомендовать способ к широкому применению.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НОСОСЛЕЗНОГО ПРОТОКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ

Краховецкий Н.Н., Атькова Е.Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», Москва, Россия

Введение. Анатомическое расположение носослезного протока в проекции вертикальной порции крючковидного отростка обуславливает его непреднамеренное повреждение при чрезмерном расширении естественного соустья верхнечелюстной пазухи в переднем направлении.

Цель: изучить случаи повреждения носослезного протока при хирургических вмешательствах на верхнечелюстной пазухе.

Материал и методы. В исследование было включено 16 пациентов (17 случаев) с непроходимостью носослезного протока (НСП), 7 мужчин и 9 женщин, обратившихся в клинику ФГБНУ «НИИ ГБ» в период с января 2015 по декабрь 2018 года. Критериями включения были наличие в анамнезе эндоскопической операции на верхнечелюстной пазухе, появление слезотечения непосредственно после ринологической операции, отсутствие жалоб на слезотечение до операции.

Пациентам было проведено стандартное офтальмологическое и общепринятое дакриологическое обследование, а также компьютерная томография с контрастированием слезоотводящих путей. Определяли уровень обструкции слезоотводящих путей: верхняя, средняя или нижняя треть носослезного протока. У пациентов, прооперированных с одной стороны, оценивали анатомическое строение НСП на здоровой стороне: определяли расстояние от задней поверхности костного носослезного канала до переднего края естественного соустья верхнечелюстной пазухи в аксиальной плоскости.

Всем пациентам была проведена эндоскопическая эндоназальная ДЦР по стандартной методике (всего 17 операций). В ходе операции проводили зондирование НСП прямым зондом, определяя уровень обструкции и верифицируя наличие рубцовых изменений НСП. Срок наблюдения после операции составил 12 месяцев. Результат оценивали по отсутствию жалоб, положительному тесту с красителем, свободному прохождению жидкости при промывании слезоотводящих путей, визуализации проходимой дакриостомы при эндоскопии полости носа.

Результаты и их обсуждение. До операции только на постоянное слезотечение жаловались 10 пациентов (10 случаев), у 6 пациентов (7 случаев) отмечали также наличие гнойного отделяемого из слезных точек. По данным КТ выявлено наличие непроходимости НСП на уровне средней трети у 14 пациентов (15 случаев) и на уровне верхней трети у 2 пациентов (2 случая); у 10-ти пациентов (10 случаев) травмирована задняя стенка костного носослезного канала, у 6 пациентов (7 случаев) носослезный канал был пересечен на всем протяжении. Эффективность хирургического лечения составила 94,1% случаев. Расстояние между задней поверхностью костного носослезного канала и передним краем естественного соустья верхнечелюстной пазухи составило $3,5 \pm 2$ мм.

Выводы: Повреждение носослезного протока в ходе эндоскопической операции на верхнечелюстной пазухе – редкое состояние, однако его распространенность возрастает в связи с повышением в России популярности эндоскопического ринохирургического доступа, при проведении которого необходимо учитывать возможность расположения средней части носослезного протока непосредственно впереди от естественного соустья верхнечелюстной пазухи. Проведение эндоскопической эндоназальной ДЦР в случаях ятрогенного повреждения НСП является высокоэффективным способом устранения слезотечения.

НАШ ОПЫТ ДАКРИОХИРУРГИИ

Щербаков Д.А. *, Кротова А.С. **

*Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия.

** АО «МСЧ «Нефтяник», Тюмень, Россия.

Введение. Патология слезоотводящего аппарата по-прежнему остается одной из актуальных проблем в ринологии и офтальмологии, учитывая то, что в зависимости от уровня поражения слезоотводящих путей (СОП) существуют разные подходы к лечению, необходимо на этапе диагностического поиска точно определять локализацию патологического процесса.

Цель: Оценить эффективность разработанного нами лечебно-диагностического алгоритма ведения пациентов с патологией слезоотводящих путей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов с жалобами на хроническое слезотечение, проходивших лечение на базе отделения оториноларингологии АО «МСЧ «Нефтяник» в г. Тюмень в период с 2015 по 2019 г.

Всем пациентам проведено комплексное обследование по разработанному нами алгоритму.

1-й этап. На первичном приеме у офтальмолога определяли причину слезотечения проводили: 1. Пробу Норна и пробу Ширмера; 2. Диагностическое промывание СОП через верхнюю и нижнюю слезные точки; 3. Зондирование СОП через верхнюю и нижнюю слезные точки; 4. Оценку выраженности слезотечения по шкале Munk. Пациенты с изолированной патологией горизонтального отдела СОП дальнейшее лечение проходили у врача-офтальмолога.

2-й этап. Пациентам, у которых по результатам обследования причиной слезотечения была патология со стороны вертикального отдела СОП — обструкция или стеноз, проводилась компьютерная томография околоносовых пазух и орбит с целью:— исключения опухолевого процесса; — определения проекции слезного мешка на боковую стенку полости носа; — выявления сопутствующих заболеваний полости носа и околоносовых пазух.

3-й этап. Осмотр врачом-оториноларингологом для определения объема оперативного лечения пациентов с патологией вертикального отдела СОП: 1. При обструкции носослезного канала и «классической» проекции слезного мешка на боковую стенку полости носа (перед передним концом средней носовой раковины) проводилась эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия (ДЦРС); 2. При обструкции носослезного канала, когда проекция слезного мешка на боковую стенку полости носа находилась под средней носовой раковиной, сначала проводилась резекция переднего конца средней носовой раковины или латеральная буллотомия (в случае *conchabullosa*), затем ДЦРС; 3. При обструкции носослезного канала в сочетании со стенозом слезных канальцев проводилась ДЦРС с последующим биканаликулярным стентированием слезоотводящих путей; 4. При наличии искривления перегородки носа в сторону пораженного слезного мешка сначала выполнялась септопластика, затем ДЦРС, с установкой силиконовых сплинтов сроком на 7 дней, для профилактики формирования синехий между дакриоцисториностомой и перегородкой носа; 5. При обнаружении гнойного воспалительного процесса в околоносовых пазухах на стороне пораженного слезного мешка лечение делилось на два этапа. На первом этапе выполнялась медикаментозная и/или хирургическая санация околоносовых пазух, на втором этапе проводили ДЦРС; 6. При стенозе носослезного канала выполнялась баллонная дакриопластика; 7. При обнаружении опухолевого процесса, в случаях доброкачественного новообразования нижнего носового хода проводилось его одномоментное удаление, затем выполняли необходимый объем оперативного лечения патологии вертикального отдела СОП.

Результаты и их обсуждение. По результатам нашего исследования в 80 % случаев (n=317) выявлена обструкция носослезного канала. После оперативного лечения

выздоровление наблюдалось в 78,3% случаев, улучшение в 16,7%, рецидив возник в 5% случаев.

Выводы: доказана эффективность разработанного нами лечебно-диагностического алгоритма ведения пациентов с патологией слезоотводящих путей.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ

Крюков А. И. **, Царапкин Г. Ю. *, Хамзалиева Р.Б. *, Панасов С. А. *

* ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗ г. Москвы (директор – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

** Кафедра оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ (зав. кафедрой – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

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

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

Материалы и методы. В амбулаторно-поликлиническом звене изучены отчеты окружных ЛОР-врачей: до 2012 г.—9 административных округов, с июля 2012 г.—12 административных округов; в стационарах – отчеты заведующих отделений: до 2014 г.—22 стационаров, с 2014 г.—18 стационаров ЛПУ Москвы.

Результаты. Амбулаторно-поликлиническое звено. В период с 1998 по 2015 гг. находилось под наблюдением 36885689 пациентов с ЛОР-патологией, из них 547268 - с острым синуситом, 272981– с хроническим синуситом. Стационарное звено. Изучив отчеты заведующих ЛОР-отделениями многопрофильных стационаров Москвы, нами установлено, что за период с 1998 по 2015 гг. было пролечено 510748 пациентов с заболеваниями уха, горла и носа, из них 61462 пациентов—с острым синуситом, 57194—с хроническим синуситом, что составляет 12,03% и 11,2%, соответственно. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что пациентам, госпитализированным с острым верхнечелюстным синуситом, проводилась комплексная терапия, включающая лечебно-диагностические пункции верхнечелюстных пазух, количество которых находится на сопоставимом уровне за указанный период наблюдения и составляет 26987,6±453,4 манипуляций в год ($p<0,05$). Общее количество хирургических вмешательств на ЛОР-органах в период с 1998 по 2015 гг. составило 387160, из них гайморотомий—23122 (5,9%), в том числе радикальных операций на верхнечелюстной пазухе – 15271 (3,9%), фронтотомий—1868 (0,45%), в том числе радикальных операций на лобных пазухах – 1285 (0,3%), полипэтмоидотомий—39304 (10,2%), трепанопункций—8127 (2,1%).

Выводы. В период с 1998 по 2015 гг. в поликлиниках Москвы число пациентов с хроническими формами заболевания ОНП находится на одном уровне, равном 15165,6±348,65, что составляет 0,74% от общего числа пациентов с патологией ЛОР-органов в год ($p<0,05$). В крупных стационарах Москвы было пролечено 510748 пациентов с заболеваниями уха, горла и носа, из них 61462 пациентов—с острым синуситом, 57194—с хроническим синуситом (12,03% и 11,2%, соответственно). Наиболее частыми операциями у пациентов с хроническим синуситом являются полипэтмоидотомия и гайморотомия, составляющие 10,2 и 5,9% от общего количества операций на ЛОР-органах, соответственно.

НОСОГЛОТОЧНЫЙ ТАМПОН ПРИ ТАМПОНАДЕ НОСА ПО БЕЛЛОКУ

Крюков А.И. ^{*,**}, Плавунов Н.Ф. ^{***}, Царапкин Г. Ю. ^{*}, Кадышев В.А. ^{***}, Сидоров А. М. ^{***}, Товмасын А.С. ^{*}, Поляева М.Ю. ^{*}, Гунина М.В. ^{*}

^{*} ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗ г. Москвы (директор – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

^{**} Кафедра оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ (зав. кафедрой – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

^{***} ГБУ города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗ г. Москвы

Актуальность. Носовое кровотечение (НК) – патологическое состояние, угрожающее жизни больного. Наиболее сложными в диагностике и лечении представляют НК из задних отделов полости носа, так как носоглоточное сплетение Вудраффа характеризуется широкой анатомической вариабельностью и трудно обозримо при продолжающемся кровотечении. Основным способом остановки НК на сегодняшний день остается тампонада полости носа. Тампон (независимо из какого материала он сделан) для остановки НК должен прижать кровоточащие сосуды и создать условия для формирования кровяного сгустка. Неэффективность передней тампонады полости носа диктует необходимости установки заднего тампона. В практике оториноларингологов широко применяется способ установки заднего тампона по Беллоку. На сегодняшний день не изучена зона воздействия заднего носового тампона.

Цель: изучить зону воздействия носоглоточного марлевого тампона на слизистую оболочку полости носа и на основании полученных данных дать оценку данному виду тампонады.

Материалы и методы. Исследование проводили на 7 трупах взрослых людей (3 – женщины, 4 – мужчины). В качестве заднего тампона применяли плотно упакованную марлю в виде параллелепипеда, перевязанный крест-накрест двумя прочными толстыми шелковыми нитями длиной по 60 см, образующими после изготовления тампона 4 конца. Размеры носоглоточного тампона для мужчин составляют $2 \times 3,7 \times 4$ см, для женщин и подростков — $1,7 \times 3 \times 3,6$ см. В работе изучены 7 задних тампонад полости носа. По общепринятой методике тампон устанавливали в носоглотку и с усилием удерживали в хоане при помощи шелковых нитей, выведенных трансназально через ноздрю. Первым этапом при помощи ригидного эндоскопа (4 мм, 0°) мы оценивали через нос местоположение тампона по отношению к анатомическим структурам задних отделов полости носа. Вторым этапом, установленный задний тампон мы пропитывали синтетическим анилиновым красителем (раствор Бриллиантовый зелёный), затем тампон удаляли и при помощи угловой оптики по окрашенным участкам слизистой оболочки изучали зоны тампонного воздействия на структуры носа и носоглотки.

Результаты. Эндоскопический контроль показал, что во всех случаях марлевый тампон находился в носоглотке, закрывая хоану извне. В 6 случаях нами было зафиксировано, что носоглоточный тампон не полностью obturiruet хоану в ее верхних отделах, оставляя просвет, размером 2-3 мм. Осмотрев полость носа и носоглотки после удаления марлевого тампона, нами было отмечено, что Бриллиантовым зелёным была окрашена слизистая оболочка роострума сошника, устье слуховой трубы и трубные валики, тыльная поверхность мягкого нёба, передний отдел свода носоглотки. И только при 2 тампонад – задний конец нижней носовой раковины.

Вывод. Зоной тампонного тампонады по Беллоку являются только структуры носоглотки. При остановке НК с помощью заднего тампона носоглоточный тампон необходимо рассматривать в качестве obturiruetora хоан, который препятствует истечению крови в глотку больного.

РАСШИРЕНИЕ В ВОПРОСЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Крюков А. И. **, Царапкин Г. Ю. *

* ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗ г. Москвы (директор – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

** Кафедра оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ (зав. кафедрой – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

Актуальность. Хирургическая направленность в клинических классификациях перфораций перегородки носа (ПН) в конечном итоге привела к минимализму в выборе терапевтических методик и разрыву преемственности консервативного и хирургического способов лечения этого заболевания, что негативно отразилось на эффективности лечения данного контингента больных.

Цель работы: на основании результатов эндоскопического и гистологического исследований определить клинко-морфологические особенности ткани перегородки носа, окружающей стойкий септальный дефект, и разработать оригинальную классификацию, определяющую тактику лечения больных, страдающих перфорацией перегородки носа.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 108 больных перфорацией ПН. В ходе работы мы оценили проявления заболевания (жалобы больного) в баллах по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), состояние слизистой оболочки (СО) в области края перфорации ПН по ВАШ, размеры перфорации ПН при динамических осмотрах (1 раз в год), провели гистологическое исследование ткани перегородки в области перфорации ПН.

Результаты. Эндоскопический осмотр полости носа показал, что у 57 (52,8%) больных размер перфорации ПН не превышал 1,5 см, у 30 (27,8%) - находился в пределах от 1,5 до 2,5 см, у 21 (19,4%) - превышал 2,5 см. Более детальный осмотр тканей ПН, находящихся на границе с септальным дефектом показал, что у 20 (18,5%) больных имело место тотальное воспаление изъязвленной СО, покрытой эрозиями. У 16 (14,8%) пациентов СО края дефекта ПН была бледно-розового цвета, сухая; у 6 (5,6%) - розовая, влажная. У 66 (61,1%) больных при эндоскопическом осмотре были отмечены все вышеперечисленные признаки. Гистологически ткани эрозивно-язвенных локусы ПН характеризовались выраженным активным воспалением, затрагивало костную и хрящевую ткань ПН. Локусы ПН с явлениями субатрофии – умеренным воспалением (75,6%) с фиброзной дегенерацией (86,6%). В биопсийном материале, взятом из участков с невоспаленной СО в 100% зарегистрированы только фиброзно-дегенеративные изменения.

Обсуждение результатов. Таким образом, на основании полученных результатов комплекса исследований у больных, страдающих перфорацией ПН, нами была сформулирована оригинальная классификация перфораций ПН, которая может служить дополнением к уже существующим. Мы предлагаем выделить 3 клинические формы перфораций ПН: 1) по характеру течения заболевания – деструктивные и стабильные, 2) по клиническим проявлениям – симптомные и бессимптомные («немые»), 3) по морфо-эндоскопической картине – невоспаленные, субатрофичные, эрозивно-язвенные и смешанные.

Выводы. На наш взгляд, предложенная нами классификация перфораций ПН являются тем связующим звеном, которое определит преемственность между консервативным и хирургическим лечением данного контингента больных.

СПОНТАННЫЕ НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

Крюков А. И. ^{*,**}, Засл. деятель науки РФ, проф., д.м.н., Плавунов Н.Ф. ^{***}, проф., д.м.н., Царапкин Г. Ю. ^{*}, д.м.н., Кадышев В.А. ^{***}, к.м.н., Сидоров А. М. ^{***}, к.м.н., Товмасын А.С. ^{*}, к.м.н., Гунина М.В. ^{*}

^{*} ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗ г. Москвы (директор – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

^{**} Кафедра оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ (зав. кафедрой – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

^{***} ГБУ города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗ г. Москвы

Актуальность. Носовые кровотечения - патология ЛОР-органов, угрожающая жизни больного. Данный контингент больных госпитализируется в основном в оториноларингологические отделения многопрофильных стационаров. Как правило, носовые кровотечения являются проявлением других заболеваний внутренних органов, нося симптоматический характер, и поэтому вопрос лечения данной патологии носит междисциплинарный характер. Вопрос мониторинга заболеваемости любой острой патологии чрезвычайно важный аспект практической медицины.

Цель работы: изучить распространенность носовых кровотечений в структуре оториноларингологических стационаров города Москвы на основе ретроспективного анализа статистических данных.

Материалы и методы. Нами изучены отчеты заведующих оториноларингологических отделений 18 многопрофильных стационаров города Москвы за период с 2003 по 2016 гг., данные медицинской статистики ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗМ за 2016 год, отражающие отчетную документацию всех бригад СМП в городе Москве.

Результаты и обсуждение. За 13 лет в оториноларингологических стационарах города Москвы было пролечено 420817 больных, из них 16182 пациента с носовым кровотечением. За изученный период времени было зафиксировано 14 смертей, связанных с носовым кровотечением. По данным отчетов, предоставленных заведующими ЛОР-отделений стационаров Москвы, в 2003 году на стационарном лечении находилось 773 пациента с носовым кровотечением. Далее мы зафиксировали ежегодный прирост числа пациентов с данной патологией на $48,85 \pm 8,06$ больных в год. В 2016 году численность пролеченных больных в оториноларингологических стационарах города Москвы достигла 1408 человек. По данным «Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» за 2016 бригадами СМП проведена медицинская эвакуация в стационары города Москвы 4178 пациентов с носовым кровотечением. По данным отчетов заведующих ЛОР-отделений многопрофильных стационаров, находящихся в подчинении ДЗ Москвы, за 2016 год было пролечено 1408 больных носовыми кровотечениями.

Выводы. Таким образом, пациенты с носовыми кровотечениями составляют 3,8% от всех больных, пролеченных в оториноларингологических стационарах города Москвы. Нами установлено, что с 2003 года отмечается ежегодный прирост численности данного контингента больных на 6,3%. Смертность пациентов в структуре носовых кровотечений составляет 0,09%, а в структуре больных с заболеваниями ЛОР-органов - 0,003%. Из всех больных, доставленных бригадами СМП в многопрофильные стационары города Москвы, 33,9% нуждаются в стационарном лечении в условиях оториноларингологического отделения.

ОБОНЯТЕЛЬНЫЙ ЭПИТЕЛИЙ – ИСТОЧНИК ПРОГЕНИТОРНЫХ КЛЕТОК ДЛЯ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ

Крюков А.И.^{*}, Валихов М.П.^{**}, Царапкин Г.Ю.^{*}, Арзамасов С.Г.^{*}, Товмасян А.С.^{*}, Кондратьев Н.В.^{**}, Голимбет В.Е.^{**}

^{*} ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ (директор – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И. Крюков)

^{**} Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» (дир. — проф. Т.П. Ключник)

Актуальность. Использование стволовых клеток в терапевтических целях является перспективным направлением для различных областей медицины, в том числе связанных с лечением нарушений функций центральной и периферической нервных систем. При этом в его основе лежит выбор подходящего источника аутологических и прогениторных клеток. По мнению многих исследователей, таким источником может быть обонятельный эпителий (ОЭ) полости носа.

Цель исследования – определение оптимального локуса в полости носа для забора биологического материала, служащего источником прогениторных нейрональных клеток.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 30 пациентов с искривлением перегородки носа и вазомоторным ринитом. Мы изучали концентрацию нейрональных прогениторов в слизистой оболочке в трех локусах полости носа, легко доступных в рутинной практике оториноларинголога. Локус А – слизистая оболочка перегородки носа на уровне прикрепления переднего конца нижней носовой раковины, локус В – передний отдел медиальной поверхности средней носовой раковины в месте её крепления к латеральной стенке полости носа и локус С – верхний отдел перегородки носа, находящийся напротив локуса В. Забор биологического материала проводили по завершению септопластики. Размер биоптата в каждом исследовании был идентичен и не превышал 2 мм в диаметре.

Под микроскопом отделяли эпителий от lamina propria и в условиях DMEM/HAM F12 с 10% FBS помещали в CO₂ инкубатор (5% CO₂, 37°C) на 14-18 дней для получения не менее 10000 клеток. Каждая клеточная популяция, полученная из биоптата полости носа, разделялась поровну на два образца. Первый использовали в качестве контроля для выявления автофлуоресценции, а второй окрашивали двумя типами антител: антитела к нейрональной молекуле клеточной адгезии (NCAM) для распознавания нейронов и их предшественников и A2B5 для распознавания предшественников олигодендроцитов (BioLegend, США). Затем проводили анализ образцов на проточном цитометре MoFlo XDP (Beckman Coulter Inc., США). Нейросферы, полученные из образцов ОЭ, окрашивали антителами на βIII-tubulin, MAP2 (BioLegend, США), которые являются цитоплазматическими маркерами нейронов, и флуоресцентным красителем DAPI (Invitrogen, США) для выявления ядер. Микроскопическое исследование окрашенных нейросфер проводили на конфокальном микроскопе A1R Nikon Ti (Nikon, Япония), на увеличении x20.

Результаты. При цитометрическом исследовании эксплантных культур на 10000 клеток, выращенных из биоптатов, взятых с медиальной поверхности средней носовой раковины в месте её крепления к латеральной стенке полости носа, процентное содержание NCAM+ клеток составило 42,7%, с верхних отделов перегородки носа напротив места прикрепления переднего конца средней носовой раковины – 18,2%, с перегородки носа на уровне прикрепления нижней носовой раковины – 7,8%.

Полученные нами результаты могут быть использованы, как в дальнейших фундаментальных исследованиях, так и в практической оториноларингологии. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №16-15-00056) и гранта Российского фонда фундаментальных исследований № 17-29-02164.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТАХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Крюков А.И. проф., д.м.н. **, Туровский А.Б. д.м.н. *, Колбанова И.Г. к.м.н. *, Мусаев К.М. *, Карасов А.Б.*

* ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗ г. Москвы (директор – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

** Кафедра оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ (зав. кафедрой – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

Актуальность. Широкое использование в медицинской практике компьютерной томографии (КТ) и популяризация дентальной имплантации привело к увеличению числа случайно обнаруженных кист верхнечелюстной пазухи (КВЧП). Большинство КВЧП, как правило, не изменяются в течение периода наблюдения, кроме того при данном заболевании в 17,6%-38% случаев отмечается спонтанная частичная регрессия кисты, следовательно, большинству пациентов лечение не требуется. Однако, на сегодняшний день большинство ЛОР-хирургов склоняются к мнению, что показанием к хирургическому лечению КВЧП является следующее: наличие клинической симптоматики, размеры кисты более >20 мм или двусторонние кисты, т.к. именно у таких кист высок риск прогрессирования. Существующие методы хирургии кист верхнечелюстных пазух являются достаточно инвазивными, что заставляет нас продолжить поиск малотравматичного и эффективного хирургического метода лечения данной патологии.

Цель работы: разработать эффективный малоинвазивный способ удаления КВЧП с помощью гольмиевого волоконного лазера.

Нами разработан малоинвазивный метод удаления ретенционных кист верхнечелюстной пазухи выполнялась по следующей методике: в типичном месте в нижнем носовом ходу одномоментно проводили две пункции пазухи – с помощью иглы Куликовского и с помощью троакара 2,8 мм. Волокно Но-лазера вводили в иглу Куликовского, параллельно в троакар вводили 0°, 30° или 45° эндоскоп. Затем, под контролем эндоскопа, вводили световод в кисту и давали серию импульсов до ее «взрыва». Параметры Но:YAG-излучения имели следующие значения: мощность – 14,4 Вт, энергия импульса – 1,2 Дж, частота импульсов - 12,0 Гц. После манипуляции пазуха промывалась раствором антисептика. В 2017 - 2018 гг. данным методом нами проперировано 35 больных в возрасте от 20 до 39 лет (19 - женщин, 16 – мужчин) с диагнозом киста ВЧП. Диагноз кисты ВЧП устанавливали стандартно - на основании общеклинического, лучевого (КТ) и эндоскопических методов исследования. В исследование были включены больные, у которых по данным КТ была диагностирована киста ВЧП, располагающаяся на нижней стенке и занимающаяся не более 2/3 ее объема.

Период отдаленного наблюдения после операции на сегодняшний день составляет от 4 до 14 месяцев. Все пациенты были выписаны из стационара на 2-ые сутки. По данным КТ ОНП и объективного осмотра рецидива кисты не отмечено ни у одного больного. Ни у одного больного не зафиксировано каких-либо патологических изменений в зоне операции в области нижнего носового хода, что также подтверждается данными эндоскопического исследования, КТ ОНП и объективного осмотра. Таким образом, разработанный малоинвазивный метод удаления оболочки кисты ВЧП с помощью высокоэнергетического гольмиевого лазера под контролем эндоскопа (патент РФ №2693449) показал свою эффективность и безопасность. Данная методика позволяет не только полностью удалить оболочку кисты с помощью высокоэнергетического лазера, но и значительно уменьшить хирургическую травму, так как выполняется без разрезов и повреждений анатомически значимых областей (область естественного соустья, область передней стенки ВЧП).

ТРЕНАЖЕР РИНОСИМ®-2К ДЛЯ ТЕХ, КТО ЖЕЛАЕТ ОСВОИТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ ДИАГНОСТИКУ И ХИРУРГИЮ НОСА

Кудряшов С.Е., Козлов В.С.

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

Введение. В настоящее время эндоскопическая диагностика и лечение заболеваний носа, ОНП и носоглотки является «золотым» стандартом оказания качественной медицинской помощи населению. Для их успешного проведения врач должен обладать практическими навыками работы с эндоскопической системой и с медицинскими инструментами под ее контролем. Подготовку ЛОР-специалистов к работе с эндоскопическим оборудованием следует начинать с симуляционного обучения.

Цель: повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний носа и ОНП за счет совершенствования симуляционных технологий, используемых в обучении врачей практическим навыкам работы с эндоскопическим оборудованием.

Материал и методы. На кафедре оториноларингологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» был разработан тренажер РИНОСИМ®-2К (патент RU180078U1 от 01.06.2018 г., международная заявка PCT/RU2018/000415 от 22.06.2018 г.), который содержит сменную модель полости носа и устройство ее фиксации. В качестве моделей полости носа используют цилиндры определенных размеров и конфигурации, изготовленные с применением технологии 3D-печати, и в каждом из них реализовано определенное упражнение. Разработано 12 упражнений, благодаря чему пользователь обучается проведению эндоскопа и медицинского инструмента под его контролем в полости носа, точному выполнению тонких движений инструментом, установке марлевой турунды в различные отделы полости носа, проведению местной инъекционной анестезии, поиску соустьев ОНП, разрезанию и резекции слизистой оболочки и костных структур, удалению резецированных фрагментов слизистой оболочки и костных структур, наложению сквозного шва. Для оценки качества обучения с использованием тренажера РИНОСИМ®-2К было проведено исследование, в котором приняли участие 50 оториноларингологов без опыта работы с эндоскопическим оборудованием, из них 31 врач амбулатория и 19 врачей стационаров. В начале исследования участники ответили на вопросы первой анкеты, которые отражали качество и объем проведения диагностических и лечебных процедур с применением традиционного оборудования у пациентов с заболеваниями носа, ОНП и носоглотки. После вводного инструктажа и демонстрации технически правильного выполнения упражнений испытуемые проходили обучение с применением тренажера РИНОСИМ®-2К в течение пяти дней. Через три месяца после обучения посредством электронной почты участники ответили на вопросы второй анкеты, которые отражали качество и объем проведения диагностических и лечебных процедур с применением эндоскопического оборудования у пациентов с заболеваниями носа, ОНП и носоглотки. Кроме того, врачи стационаров ответили на ряд вопросов о навыках, отражающих качество и объем проведения эндоназальных эндоскопических операций.

Результаты и их обсуждение. На вопросы первой анкеты ответили все участники, тогда как на вопросы второй анкеты 46 участников. Анализ ответов показал повышение качества и объема оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями носа, ОНП и носоглотки среди всех врачей в результате применения эндоскопического оборудования в диагностических и лечебных целях.

Выводы: В ринологии разработан тренажер РИНОСИМ®-2К, позволяющий врачам освоить практические навыки работы с эндоскопическим оборудованием, которые они могут реализовать в своей клинической практике, что приводит к повышению эффективности диагностики и лечения заболеваний носа, ОНП и носоглотки у пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ КИСТАМИ, ПРОРАСТАЮЩИМИ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ, В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кузьмина И.В.* Соловьев О.В.** Коваленко Е.А.**

*ЗАО «МЕДИ», Санкт-Петербург, Россия

**СПбГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №9», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Одонтогенные кисты верхнечелюстных пазух все чаще стали встречаться в практике врача-оториноларинголога. Такие кисты могут достигать достаточно больших размеров, оттесняя или прорастая в синус. Частота встречаемости данной патологии, прежде всего, связана с развитием методов КТ-диагностики зубочелюстной системы и околоносовых пазух. Проблема лечения этой категории больных находится на границе специальностей – оториноларингологии и стоматологии и часто является сложно разрешимой, особенно на амбулаторном этапе.

Цель. Разработать минимально инвазивный хирургический способ лечения пациентов с одонтогенными кистами верхнечелюстной пазухи, применимый в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Хирургически пролечено 27 человек (27 пазух) с одонтогенными кистами, прорастающими в верхнечелюстную пазуху. У 8 из них, после предшествующего удаления причинных зубов верхней челюсти стоматологом, сохранились оболочки кисты в синусе, формирование ороантрального сообщения. Проводилось совместное ведение пациентов врачом стоматологом-хирургом и оториноларингологом. Использовалась хирургическая методика санации верхнечелюстного синуса через лунку удаленного зуба или ороантральное сообщение с удалением всех оболочек кисты и ревизией пазухи под эндоскопическим контролем.

Результаты и их обсуждение. Эндоскопические методики удаления одонтогенных кист, прорастающих в верхнечелюстную пазуху через лунку удаленного причинного зуба, или ороантральное сообщение, с дальнейшей пластикой последнего, являются менее травматичными, проводятся под визуальным контролем оптики, могут выполняться в амбулаторных условиях и значительно сокращают период послеоперационного восстановления.

Выводы. Эндоскопический щадящий способ удаления больших одонтогенных кист, прорастающих в верхнечелюстную пазуху, может быть использован в амбулаторной практике врача стоматолога-хирурга и оториноларинголога.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СИНУСИТОМ

Лавренова Г.В., Глухова Е.Ю., Митрофанова Ю.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. У больных с хроническим синуситом снижается качество жизни и уровень социальной адаптации с тревогой и депрессией. Оториноларингологу приходится сталкиваться с необходимостью оказывать не только специализированную медицинскую помощь, но и контролировать выполнение всех назначений, быть психотерапевтом. Выздоровление или снижение числа эпизодов обострения зависит не только от этиотропного лечения, важным является и психологическая поддержка, доверие к врачу.

Цель исследования: определить влияние приверженности к терапии на ее эффективность, разработать комплексное медикаментозное и психологическое воздействие на пациентов с обострением хронического синусита.

Материалы и методы. Нами обследовано 29 пациентов в возрасте от 29 до 53 лет с обострением хронического синусита. Обследование включало сбор жалоб и анамнеза, анкетирование, осмотр ЛОР-органов (эндоскопия полости носа и носоглотки), рентгенографию или КТ околоносовых пазух, клинические анализы. Дополнительно были использованы тесты по шкале депрессии Гамильтона, анкетирование SF-36 (отдельные вопросы), обсуждение с пациентом приверженности к назначаемой терапии и определение запаха из полости носа по шкале определения степени халитоза. Преморбидно все пациенты были тревожно-мнительными людьми с выраженной эмоциональной лабильностью.

Результаты. Всем больным, кроме стандартной терапии, проводились пункции с трехкратным введением 250-500 ЕД Ронколейкина после промывания водой для инъекций. Перед введением этого препарата с больными проводилась индивидуальная беседа о роли местного иммунитета в развитии и хронизации их заболевания. Многие больные были осведомлены о снижении иммунитета. Поскольку Ронколейкин оказался новым незнакомым препаратом, это “срабатывало” и настраивало на позитивный результат. Стабилизацию психологического статуса поддерживало назначение 10% настоя из травы пустырника пятилопастного, который, кроме седативного действия, обладает и противоотечным эффектом (патент РФ 2121359). По результатам анкетирования SF-36 «психический компонент здоровья» у пациентов с рецидивирующим гнойным синуситом составлял 48-50%, у лиц контрольной (здоровой) группы 60-88%. После лечения проводилось повторное анкетирование, у 26 пациентов (87%) отмечено выздоровление.

Выводы: Хронический синусит с эпизодами обострения существенно ухудшает качество жизни. Как правило, пациенты сомневаются в эффективности очередного курса лечения и не всегда выполняют назначения врача, в результате имеют негативный результат от проводимого лечения и хронизации болезни. Интерес к личности пациента и к его болезни снижает тревогу и проявления депрессии. Назначение «мягких» седативных, иммунных препаратов настраивают больного на позитивных лад и, как показали катамнестические данные, у обследуемых пациентов через три, шесть и девять месяцев не наблюдалось обострения хронического синусита. Таким образом, повышенное внимание к пациенту, настрой его на приверженность к назначениям, локальная иммунотерапия, с седативной и мукомодифицирующей поддержкой способствует снижению эпизодов обострения при хроническом синусите.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОИМПЛАНТАТАМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Лиханова М.А., Сиволапов К.А.

НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Новокузнецк, Россия

Введение. Несмотря на кажущуюся техническую простоту использования металлических эндопротезов и конструкций из титана и никелида титана (накостных пластин, скоб, спиц), предназначенных для остеосинтеза и протезирования костных структур средней зоны лица, в нашей практике встретились ошибки и осложнения, приведшие к неудовлетворительным функциональным и эстетическим результатам лечения.

Цель: Анализ осложнений металлоимплантатами при остеосинтезе и эндопротезировании костей средней зоны лица.

Материал и методы. Проведен анализ 240 клинических наблюдений и 1400 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии и стоматологии общей практики НГИУВа на базе отделений челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии городской больницы №1 города Новокузнецка в период с 1986 г. по 2019 г.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было выделено 7 групп осложнений, возникающих в интра- и послеоперационном периодах.

1. Смещение отломков костей в интраоперационном периодах составило 3% от числа травмированных. Причиной осложнений при остеосинтезе скобами явилось наложение отверстий в кости под углом менее чем 45° и формирование отверстий в кости на расстояние, отличающееся по длине от расстояния между вертикальными рабочими частями скоб. При остеосинтезе накостными пластинами, скобами и спицами - наложение отверстий в плоскости, не находящейся под углом в 90° по отношению к щели перелома.

2. Вторичное смещение костей в послеоперационном периоде - 3,5 %. Возникает при использовании мощных конструкций из никелида титана, развивающих усилие до 25 кг на см^2 , что приводит к разрушению кости в зоне остеосинтеза; использование конструкций с двумя точками фиксации.

3. Неврологические осложнения - 1,25 %. Развивались из-за разрушения или механического сдавливания волокон подглазничного нерва костными отломками.

4. Бинокулярная диплопия, энофтальм, ограничение подвижности глазного яблока наблюдали в 2 % случаев. Возникали вследствие: неточного восстановления объема и конфигурации глазницы; наличия не закрытых костных дефектов стенок глазницы; присутствия в глазнице свободно лежащих костных фрагментов и сгустков крови; ущемления окологлазничной клетчатки костными фрагментами стенок глазницы, рубцевания клетчатки в имеющихся длительное время костных дефектах; введения в глазницу эндопротезов большого объема, уменьшающих вертикальные и горизонтальные её размеры; наличия в глазнице выступающих в её просвет металлических конструкций.

5. Развитие посттравматических гнойных процессов в околоносовых синусах - 2,5 %. Явилось следствием неполноценной санации верхнечелюстных синусов во время и после оперативного вмешательства.

6. Воспалительные процессы в костях и окружающих мягких тканях - 5,2 %.

7. Неудовлетворительные эстетические и функциональные исходы лечения - 4 %. Причинами были: не точное сопоставление костных отломков, наличие не восстановленных костных дефектов костей, что приводило к развитию стойких вторичным деформациям средней зоны лица.

Заключение: Описанные осложнения могут быть сведены до минимума, при точном исполнении протокола хирургического лечения.

К ВОПРОСУ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОХИРУРГИИ

Лопатин Д.Г., Теплов А.В.

ГАУЗ Областной клинический госпиталь ветеранов войн, Кемерово, Россия.

Введение. Развитие эндоскопической риносинусохирургии в последние несколько десятилетий существенно повысило качество и безопасность хирургического лечения патологии полости носа и околоносовых пазух. Однако, проблема профилактики, своевременного выявления и устранения осложнений FESS не теряет своей актуальности. Грань между максимальной эрадикацией патологического процесса и возникновением осложнения очень тонка и поэтому каждый случай должен подвергаться всестороннему анализу и обсуждению с целью профилактики в дальнейшем. Следует отметить, что на риск возникновения осложнений влияют множество факторов, таких как распространенность патологического процесса, объем планируемого вмешательства, количество и качество предшествующих операций, наличие сопутствующей патологии, наличие анатомических аномалий, опыт хирурга, вмешательства на правой стороне у хирурга – правши и даже особенности страховки пациента (W. Hosemann, 2013). Согласно данным К. Kane (2001), основанным на анализе 10 000 хирургических вмешательств, риск осложнений составляет 0.5%. Из них менингит – 0.01%, риноликворея - 0.22%, повреждения зрительного нерва – 0.01%, гематома орбиты – 0.08%, диплопия – 0.03%, эпифора – 0.15%.

Клинический материал, методы и результаты. За десятилетний опыт в области эндоскопической хирургии синоназальной патологии в ЛОР отделении ГАУЗ «Областной клинический госпиталь ветеранов войн» г. Кемерово имели место следующие серьезные осложнения: риноликворея 3 случая, травма внутренней прямой мышцы глаза 1 случай, ретробульбарная гематома 1 случай на 5 242 вмешательства, проведенных в клинике с 2008 по 2018 годы. Риноликворея распознавалась интраоперационно с одномоментной пластикой аутотканями (хрящ, лоскуты слизистой оболочки из соседних областей полости носа) с последующими терапевтическими мероприятиями по снижению внутричерепного давления и антибактериальной терапией. Случаев менингита и рецидива ликвореи в послеоперационном периоде не было. Травма внутренней прямой мышцы глаза была успешно устранена офтальмохирургом в отдаленном послеоперационном периоде. Ретробульбарная гематома была выявлена в конце операции (экзофтальм, «каменная» твердость орбиты при пальпации, явления хемоза) с проведением мероприятий по декомпрессии орбиты – латеральной кантотомией и удалением средней части бумажной пластинки с рассечением периорбиты. Последствий для зрения и положения глазного яблока не последовало. Из прочих осложнений, таких как пресептальные гематомы, незначительные эмфиземы в области век, синуситы, вмешательств требовали лишь постоперационные кровотечения, которые в большинстве случаев успешно устранялись при помощи монополярного радиочастотного коагулирующего электрода – трубки, соединенного с аспиратором достаточной мощности.

Выводы. Наш опыт показывает, что в решении вопросов послеоперационных осложнений решающую роль играют слаженная квалифицированная работа медперсонала всех уровней в совокупности с достаточным технологическим оснащением клиники и междисциплинарным взаимодействием. С накоплением опыта FESS и изменениями в структуре госпитализации стала очевидна тенденция к снижению количества послеоперационных осложнений на фоне роста числа оперативных вмешательств.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Лопатин Д. Г., Теплов А. В.

ГАУЗ Областной клинический госпиталь ветеранов войн, Кемерово, Россия.

Введение. Проблема перфораций перегородки носа различного генеза, наряду с другими заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, остается достаточно актуальной. В то время, как дефекты задних отделов носовой перегородки не доставляют больших беспокойств, перфорации переднего отдела существенно ухудшают качество жизни больного (образование корок, кровотечения, головная боль, симптоматика, обусловленная нарушением физиологического носового цикла), в связи с чем развитие хирургии перфораций перегородки носа является востребованным направлением в работе ринохирурга. За последние 75 лет было предложено более 40 методик пластики перфораций перегородки носа и их различных модификаций (Т. Stange, 2011), что свидетельствует об отсутствии окончательного решения данной проблемы. С накоплением опыта стала очевидной зависимость результата операции от размеров, локализации перфорации, сохранности окружающих костно-хрящевых структур и, в меньшей степени, от её причины. По данным Т. Stange (2011), применившего расширенную технику «мостовидных лоскутов» у 138 пациентов, решающую роль в прогнозе играет вертикальный размер перфорации в соотношении с общим вертикальным размером перегородки носа в области дефекта. Так, у пациентов с вертикальным размером перфорации до 1/2 (типы 1 и 2) высоты перегородки носа автору удалось добиться закрытия перфорации в 95% случаев, при размере до 2/3 (тип 3) в 70% случаев, а субтотальные перфорации (тип 4) являются пределом возможности данного метода и показания к их закрытию отсутствуют. В случае субтотальных перфораций имеется мировой опыт применения сложных методов с применением лоскута апоневротического шлема, области преддверья полости рта и т.д. Однако, по мнению многих авторов, отбор пациентов для подобных вмешательств должен быть осторожен и основан на соотношении реалистичности достижения успеха с возможными осложнениями обширных вмешательств.

Клинический материал и методы. За период с 2017 по 2019 годы в нашей клинике проведено 11 пластик перфораций перегородки носа с вертикальными размерами до 1/2 от общей высоты перегородки носа в области дефекта. Методом «мостовидных лоскутов» проведены 3 процедуры, с применением одностороннего лоскута на задней перегородочной артерии - 5, с использованием нижних носовых раковин – 3. Методы подбирались индивидуально в зависимости от размеров, формы и локализации дефекта.

Результаты. Полное закрытие перфораций достигнуто у 77% пациентов. В остальных случаях перфорации удалось уменьшить и сместить кзади, что повлекло существенное уменьшение симптоматики и улучшение качества жизни больных. Осложнений отмечено не было.

Выводы. Таким образом, полученный опыт демонстрирует достаточно высокую эффективность имеющихся в настоящее время эндоназальных методов пластики дефектов перегородки носа, а также их надежность в плане интра- и постоперационных осложнений.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ НОСОВОГО КЛАПАНА

Макарин-Кибак А.С.*, Колядич Ж.В.**

*ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии», Минск, Беларусь

**ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск, Беларусь

Введение. Область носового клапана представляет собой место наибольшего сопротивления потоку воздуха, проходящему через полость носа, поэтому даже незначительные сужения в этой области приводят к клинически значимому нарушению носового дыхания пациента. Широкий выбор методик для коррекции данной области подразумевает необходимость определения тактики подбора персонализированного лечения.

Цель: повысить эффективность оказания медицинской помощи пациентам с дисфункцией носового клапана за счет разработки индивидуальной тактики диагностики и хирургического лечения.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили данные 482 пациентов, обратившихся в период с 2013 по 2018 гг., которым провели опрос по разработанной в ходе настоящего исследования анкете на возможное наличие нарушений функции носового клапана, стандартный оториноларингологический осмотр, углубленное исследование (передняя активная риноманометрия, ринорезистометрия, акустическая ринометрия, компьютерная томография, эндоскопическое исследование).

Результаты и их обсуждение. По результатам скрининга у 112 пациентов определена высокая вероятность наличия дисфункции носового клапана, которым выполнена акустическая ринометрия (определение площади поперечного сечения) и видеоэндоскопия полости носа (определение угла носового клапана). У 94 пациентов диагноз подтвержден, прооперировано 82 пациента с патологией носового клапана, разработано два метода минимально инвазивной коррекции внутреннего носового клапана.

Определены следующие группы пациентов с патологией носового клапана:

1. При выявлении дисфункции наружного носового клапана пациентам выполняется компьютерная томография и хирургическое лечение выявленной патологии в рамках ринопластической операции: расширяющие трансплантаты в области крыла носа и колумеллы, шовные методики.
2. При выявлении дисфункции внутреннего носового клапана пациентам выполняется передняя активная риноманометрия в виде ринорезистометрии.
 - а. При отсутствии инспираторного коллапса носового клапана выполняется авторская методика с коррекцией стеноза носового клапана.
 - б. При наличии физиологического коллапса носового клапана выполняется авторская методика с коррекцией стеноза носового клапана и укреплением каудального края латерального хряща.
 - в. При наличии патологического коллапса носового клапана выполняется хирургическое вмешательство, аналогичное таковому при дисфункции наружного носового клапана.

Выводы: проведенные исследования позволили нам разработать алгоритм индивидуальной тактики оказания помощи пациентам с дисфункцией носового клапана с учетом многофакторности заболевания на основании данных об эффективности различных методов лечения при основных видах патологии.

ГРУППЫ РИСКА В РАЗВИТИИ РОНХОПАТИИ И СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ У РАБОТНИКОВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ БЕЗОПАСНОСТЬ ДВИЖЕНИЯ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ

Марушкина Г.И., Трищенко С. Н.

НУЗ «Дорожная клиническая больница им. Н. А. Семашко на ст. Люблино ОАО «РЖД», Москва, РФ.

Введение. Ронхопатия-широко распространенная патология, представляющая собой мультидисциплинарную проблему. Опасным храп становится при развитии синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС), которое встречается у 9 % женщин и 24 % мужчин. Это явление становится патологическим, если пациент храпит 5 из 7 ночей, что приводит к срыву адаптации организма на фоне нарушений общей регуляции, в том числе нейровегетативной.

Цель: изучить частоту встречаемости ронхопатии, СОАС, соматической и патологии ЛОР-органов у работников локомотивных бригад. Выявление форм вегетативной регуляции при наличии СОАС у работников обеспечивающих безопасность движения.

Материал и методы: обследовано 536 чел. 1 гр. 288 машинистов и пом. машинистов (ср. возраст $35,2 \pm 4,3$), 2 гр. 248 монтеров пути (средний возраст $38,2 \pm 3,5$). Все прошли анкетирование «Анкета для скрининга синдрома апноэ во сне», ночную компьютерную пульсоксиметрию, осмотр и оценку состояния ЛОР-органов, общей соматической патологии. Клинические проявления вегетативных нарушений оценивались по опроснику Вейна, уровень тревожности по методике Спилбергера, вегетативная реактивность - по отношению индекса напряжения в ортоположении к индексу напряжения в положении лежа. Статистический анализ проведен с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение: по данным анкетирования храпят во сне 80 % обследованных, данная жалоба встречалась, как в первой, так и во второй группах у пациентов с избыточной массой тела (ИМТ >32). У 26 % пациентов 1 гр. и 24 % во 2 гр. отмечались остановки дыхания во сне, что было подтверждено компьютерной пульсоксиметрии (индекс десатурации и апноэ/гипопноэ > 15). У пациентов с СОАС выявлена патология носоглотки. Дневная сонливость после еды в расслабленном состоянии зарегистрирована у 79 % 1 гр. и у 32 % 2 гр. пациентов с СОАС. Сонливость во время активной деятельности не отмечена у исследованных. Утренние головные боли беспокоили 68 % пациентов 1 гр. с СОАС. Во 2 гр. наличие утренних головных болей отмечали 30 % человек. Повышение АД в утренние часы с избыточной массой тела и наличием СОАС за последние 3 месяца зарегистрировано в 1,7 раз чаще, чем у пациентов без нарушений дыхания во сне (главным образом этот показатель оценивался в 1 группе в связи с утренним предрейсовым контролем машинистов и пом. машинистов). Высокий риск развития апноэ во сне имели 66 % пациентов 1 группы с ИМТ от 27 до 30 и 20 % пациентов 2 группы (балл более 4 и наличие показателя индекса десатурации и апноэ/гипопноэ более 5, показателей сатурации крови во время сна с содержанием кислорода менее 92 %). Все эти пациенты были курильщиками (в среднем 1 пачка сигарет в сутки) «со стажем» более 10 лет. У всех обследуемых выявлена прямая зависимость между ИМТ > 32 и СОАС ($p < 0,01$), а также между храпом и ИМТ > 27 ($p < 0,003$). Расстройство церебрального кровообращения у пациентов обеих групп чаще выявлялось в виде снижения артериального кровообращения, снижения вазоконстрикции и замедлением венозного оттока крови. По данным РЭГ в 89% случаях было выявлено увеличение кровенаполнения при затрудненном венозном оттоке в вертебробазиллярном отделе.

Выводы: выявлена взаимосвязь между наличием СОАС и избыточной массой тела (ИМТ > 32) как у работников локомотивных бригад, так и у монтеров пути. Сформированы критерии отнесения к группе риска развития СОАС, с последующим формированием у данной группы лиц патологии сердечно-сосудистой системы и нарушением вегетативной дисфункции и срыву дезадаптации. Оценена возможность использования «Анкету для скрининга синдрома апноэ во сне», с последующим отбором лиц на дообследование, что позволит своевременно осуществлять лечебно-диагностические мероприятия, направленные на предотвращение развития сердечно-сосудистых заболеваний и связанных с ними осложнений.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФИЗИОЛОГИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПРИЖИЗНЕННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СИМУЛЯЦИИ

Мельников М.Н.*, Фомин В.М.***, Стрыгин А.В.***

*ГБОУ ВПО «Новосибирский Государственный медицинский университет», Новосибирск, РФ

**ФГБУ науки «Институт теоретической и прикладной механики им. С.А.Христиановича» Сибирского отделения Российской академии наук, Новосибирск, РФ

*** ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цывьяна» МЗ РФ, Новосибирск, РФ

Введение. Затрудненное носовое дыхание - широко распространенная проблема и решения, которые применяются для хирургической коррекции носового дыхания все еще подразумевают существенную степень субъективного суждения хирурга. Стандартные объективные методы исследования, такие, как риноманометрия и акустическая риноманометрия, не достаточны, чтобы достоверно направить хирурга на адекватный выбор необходимой хирургии. За прошлые два десятилетия несколько групп авторов начали изучение численного моделирования носового дыхания.

Достижения в области аэрокосмических исследований позволили создать метод прижизненной компьютерной симуляции в целях исследования физиологии носового дыхания, который активно используется в последние десятилетия и позволил нам ещё в 2008 году опубликовать первые результаты исследования на эту тему.

Целью исследования явились попытки создания численной модели относительно нормальной полости носа и виртуального тестирования прохождения потока воздуха на вдохе и выдохе.

Задачи исследования: 1. На основании изучения результатов многосрезовой компьютерной томографии у ринологически здоровых взрослых лиц создать виртуальную модель полости.

2. Провести сопоставление результатов тестирования виртуальной модели с данными передней активной риноманометрии (ПАР).

Материал и методы. Нам удалось получить доступ к базе данных отдела рентгенологии и томографии Новосибирского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии МЗ РФ, в результате чего были изучены результаты МСКТ пациентов, имеющих заключение «патологии не выявлено». После чего у пациентов с отсутствием аномалий развития полости носа был проведен компьютерный анализ срезов и ввод данных в программное обеспечение Fluent для проведения виртуального тестирования. Пациентам была выполнена ПАР для оценки количественных параметров носового дыхания. Результаты виртуального тестирования и ПАР были сопоставлены между собой.

Результаты исследования. Из числа 1426 исследований пациентов возрастом от 20 до 59 лет, имеющих заключение «патологии не выявлено» нам удалось отобрать лишь 20, не имеющих аномалий развития полости носа и околоносовых пазух. Сравнение результатов виртуального тестирования и результатов ПАР выявили неполное соответствие параметров.

Выводы. Численная прижизненная компьютерная симуляция является более точным методом исследования физиологии носового дыхания и обладает большими перспективами для прогнозирования результатов хирургического лечения.

ОТ СУПРАТУРБИНАЛЬНОЙ АНТРОСТОМИИ ДО ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ МАКСИЛЛОТОМИИ – ДОСТАНЕМ ВСЁ

Мельников М.Н.

ООО «Центр персонализированной медицины», Новосибирск, РФ

Введение. Обсуждая тему хирургии верхнечелюстной пазухи (ВЧП) и выбора доступа к ней, хочется отметить, что выбор доступа всецело зависит от предпочтений и опыта хирурга, сложившейся в его практической деятельности. В нашем формате ключевую роль сыграл 1996 год, когда после доступа с помощью троакара через клыковую ямку, поместили на дно ВЧП несколько капель метиленовой синьки и наблюдали, как она в течение короткого промежутка времени покинула полость пазухи двумя дорожками через естественное соустье.

Целью исследования явилось обоснование доступа через средний носовой ход при хирургии основных проблем, связанных с патологией ВЧП.

Материал и методы. Пациенты возрастом от 15 до 63 лет в количестве 194 были распределены в зависимости от характера патологических изменений на три группы. Первая группа – 54 больных – были с кистами ВЧП. Вторая – 89 наблюдений – с одонтогенными гайморитами, в том числе с наличием пломбировочного материала в полости пазухи. Третья – 51 случаев – с полипозным поли- и пансинуситом с наличием в просвете ВЧП полипозных изменений. Помимо этого у 7 детей и подростков доступ использовался для удаления ангиофибромы основания черепа из крыло-небной ямки. Во всех наблюдениях применяли доступ в виде супратурбинальной антростомии, в 7 случаях его расширяли до медиальной максиллотомии у пациентов с распространенным полипозом, т.е. в третьей группе, причем неоднократно оперированных ранее. У 8 больных одонтогенным гайморитом с наличием пломбировочного материала в просвете ВЧП в ходе оперативного вмешательства использовали интраоперационную рентгеноскопию с применением электронно-оптического преобразователя (ЭОП) для поиска рентген-контрастных инородных тел.

Результаты исследования. Ни в одном из наблюдений не пришлось переходить на другие доступы, в том числе через клыковую ямку, либо инфратурбинальную антростомию. В подавляющем большинстве случаев необходимым и достаточным являлось применение 30° эндоскопа диаметром 4 мм. При хирургии правой ВЧП чаще применяли 70° эндоскоп. Применение С-дуги позволило обнаружить и удалить мигрировавший пломбировочный материал у 8 больных, в том числе и металлическое инородное тело, которое переместилось за промежуток времени между обследованием и фактом операции со дна ВЧП под нижнюю стенку орбиты. Рецидивы кист ВЧП, либо повторное их образование встречались у 5% оперированных. После медиальной эндоскопической максиллотомии рецидивы полипов встретились у 3 пациентов, несмотря на то, что в ходе операции ВЧП были полностью очищены.

Выводы. 1. Эндоназальный эндоскопический супратурбинальный доступ к ВЧП, с нашей точки зрения, является необходимым и достаточным ликвидации основных патологических изменений.

2. Применение этого доступа возможно и при наличии опухолей ВЧП, однако, в связи с небольшим количеством накопленного материала, в данном случае эта проблема не обсуждается.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Меркулова Е.П.*, Кобахидзе А.Г.*, Большакова Е.С.*, Джабборов Н.Н.***

*Белорусская медицинская академия последипломного образования г.Минск, РБ

***Ташкентская Медицинская Академия, г.Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. В настоящее время дискуссионным остается вопрос об эффективности одномоментного хирургического вмешательства при хроническом верхнечелюстном синусите (ХВЧС) смешанного генеза.

Цель: анализ эффективности одномоментной коррекции структур полости носа в виде смещенной перегородки и санационных мероприятий пазухи в комплексном лечении.

Материал и методы исследования. Пациенты представлены группой, имеющих искривление перегородки носа и хроническое воспаление синуса (N=16). Вторая группа пациентов сформирована из лиц со смешанным генезом синусита (N=15). В анализируемой группе пациентов с ХВЧС (N=31) септумпластика с FESS выполнена по следующим показаниям: наличие хронического воспаления верхнечелюстной пазухи с блоком остиомеатального комплекса и доказанной субъективными и объективными методами назальной обструкцией. Для оценки эффективности лечения использованы тесты: результаты анкетирования пациентов SNOT-22 (N=31); визуальная оценка анатомических структур полости носа методом передней, задней риноскопии и эндоскопии (N=31); риноманометрии (N=29); КЛКТ в послеоперационном периоде (N=6). Данные анкеты качества жизни представлены в виде таблиц с частотным распределением. При сравнении частот распределения пациентов в группах применяли двухсторонний точный тест Фишера, Уилкоксона–Манна–Уитни.

Результаты и их обсуждения. Выполнение симультанного хирургического вмешательства в лечении пациентов с ХВЧС достоверно улучшило качество их жизни с уменьшением общего балла с 847 до 294 ($p < 0,01$). Сравнительным анализом качества жизни пациентов после симультанного хирургического вмешательства доказано его улучшение с достоверным уменьшением баллов анкеты SNOT-22 с 458 баллов до 171 у пациентов, которым одномоментно выполнена септумпластика и эндоназальная эндоскопическая синусотомия верхнечелюстной пазухи ($p < 0,01$). При смешанном генезе ХВЧС общий балл результатов анкетирования уменьшился с 389 до 123 баллов ($p < 0,01$). При ХВЧС с выполнением септумластики и FESS на 62,7% улучшилось качество жизни пациентов. При смешанном генезе синусита симультанное хирургическое вмешательство изменило качество жизни в лучшую сторону на 68,4% баллов. Выполнение хирургического вмешательства статистически достоверно значимо устранило назальную обструкцию и носовые выделения (тест Fisher's p -value $< 2.2e-16$). При смешанном генезе синусита после симультанного хирургического вмешательства ни один пациент не охарактеризовал назальную обструкцию 4 или 5 баллами. Почти 2/3 пациентов отметили улучшение носового дыхания и оценили его в 0-1 баллов. До операции только 2 человека в группе с синуситом и смещенной перегородкой отметили нормальное дыхание через нос, а после хирургического вмешательства это число возросло до 12 человек. Данные суммарного общего потока до операции ($n=60$) $254 \pm 11,0$ см³/сек, а после хирургического вмешательства ($n=58$) отмечено достоверное улучшение носового дыхания ($811 \pm 9,7$). В отличие от данных литературы, результаты нашего исследования демонстрируют улучшение как субъективных, так и объективных показателей устранения назальной обструкции.

Выводы: Проведение симультанного хирургического вмешательства у пациентов с хроническим верхнечелюстным синуситом показали эффективность одномоментной санации верхнечелюстной пазухи с устранением обструкции остиомеатального комплекса и коррекцией анатомических структур перегородки носа с улучшением

субъективных и объективных показателей качества жизни и функции носового дыхания.

НОВАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ СИМУЛЯЦИОННАЯ МОДЕЛЬ И НОВЫЙ ТРЕНАЖЁР ДЛЯ ОТРАБОТКИ НАВЫКОВ РИНОПЛАСТИКИ

Миндлин С.Н.¹, Слуцкая А.В.², Соков Р.И.¹, Сбитякова В.А.³

1. Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва, РФ.

2. ООО «Мака-Мед»

3. ООО «Suture Pad»

Введение. В настоящее время актуальной является проблема развития технологий хирургического моделирования. Повсеместное увеличение количества обучающихся ординаторов неизбежно ведет к уменьшению их оперативной активности и диктует необходимость в проведении дополнительного обучения на хирургических моделях. С другой стороны широкое внедрение процедуры аккредитации специалистов по профилю «Оториноларингология» влечет за собой необходимость разработки искусственных симуляторов. Риносептопластика – одна из самых трудоемких операций в ринологии, обучение которых требует значительных временных и финансовых затрат. В настоящее время «hands-on» обучение возможно только на кадаверных головах, высокая стоимость которых ограничивает их доступность.

Цель. Разработать новую биологическую симуляционную модель и новый тренажёр для отработки навыков риносептопластики.

Материалы и методы. В качестве биологического материала для отработки навыков была выбрана голова барана, что обусловлено схожестью анатомии носа барана и человека (перегородка, нижние и верхние латеральные хрящи, носовые раковины), широкой доступностью овец и баранов на сельхозпредприятиях, низкой стоимостью голов, что делает их доступными для частого обучения. Нами была выбрана последовательность отработки навыков, которая включала в себя следующие этапы: выполнение трансколломелярного и подхрящевых разрезов, диссекция кожного кармана, выделение хрящей наружного носа, осуществление доступа к перегородке носа, диссекция мукоперихондральных лоскутов с обеих сторон, выполнение септопластики и забора хрящевого графта, редукция хрящевой горбинки, формирование расширяющих графтов из перегородочного хряща, установка расширяющих графтов, подшивание верхних латеральных хрящей и расширяющих графтов к перегородке носа, выполнение цефалической резекции, выполнение редукции нижних носовых раковин, отработка межкупольных и внутрикупольных швов, ушивание кожного разреза. На голове барана было возможно выполнение всех данных этапов. Разработанная нами модель была опробована на 4 диссекционных курсах с общим количеством участников 20 человек (17 студентов старших курсов, 3 практикующих ЛОР-врача), длящихся 6 часов, за которые участники выполнили вышеуказанную последовательность.

На следующем этапе нашего исследования при помощи технологий 3D печати был изготовлен тренажер из искусственных материалов для отработки навыков ринопластики, состоящий из соединенных блоков (костные, хрящевые структуры и слизистая). Данный тренажер имитирует анатомические структуры человека и на нем так же были отработаны основные оперативные этапы ринопластики.

Результаты и их обсуждение: Разработанная нами модель была опробована на 4 диссекционных курсах с общим количеством участников 20 человек (17 студентов старших курсов, 3 практикующих ЛОР-врача), длящихся 6 часов, за которые участники успешно выполнили вышеуказанную последовательность.

Выводы: Разработанную биологическую модель и искусственный тренажер можно рекомендовать для отработки навыков проведения риносептопластики. Следующим этапом развития нашей работы будет сравнение биологической и синтетической модели используя анкету-опросник.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ РИНОПЛАСТИКИ

Мовергоз С.В., Андаров А.А., Горин Д.И.

Медицинский центр ООО «Медсервис», г. Салават, Россия.

Введение.

Цель работы. Проанализировать результаты проведения вторичных ринопластик, выполненных в клинике «Медсервис».

Материалы и методы. В работе анализированы результаты лечения 182 пациентов с различными видами деформаций носа. Мужчин - 124, женщин - 58, средний возраст – 34,2 года. В большинстве случаев – 166 (91,2 %) использован открытый доступ, в 16 (8,8 %) – закрытый. Основные виды встречавшихся деформаций: искривлённый нос – 78 пациентов (42,8 %), длинный нос – 17 (9,34 %), седловидная деформация – 17 (9,34 %), деформация только кончика носа – 12 (6,6 %), горбатый нос – 24 (13,2 %), смешанные виды деформаций – 34 (18,7 %). От общего числа ринопластик вторичное вмешательство выполнено 9 пациентам (5%), из них: мужчин – 4, женщин – 5. Большинство пациентов первично были оперированы в условиях других медицинских центров – 6. Троице пациентам, ранее оперированными нами, потребовалась вторичная ринопластика. Стоит отметить, что у 19 пациентов (10,44 %) от общего количества ринопластик, остаточная деформация носа была заметна только хирургу, самого пациента это не беспокоило. Всем пациентам в предоперационном периоде проводилось: компьютерная томография околоносовых пазух, эндоскопия полости носа, риноманометрия, фотодокументирование. Все операции выполнялись под общим обезболиванием с использованием управляемой низкочастотной анестезии.

Результаты и их обсуждение. В наших случаях период после первичной ринопластики составлял от 10 месяцев до 5 лет. При выполнении вторичной ринопластики в 100% случаев нами был использован открытый доступ. В одном случае был удалён фрагмент материала «Аллоплант», находившегося в позиции расширяющего трансплантата, вызывавший видимую асимметрию и не интегрированный в ткани. Материал был заменён нами на расширяющий аутооттрансплантат из хряща перегородки носа. Коррекция костных структур выполнялась остеотомиями, неровности сглаживались рашпилем и алмазным бором. В конце операции на зоны оставшихся костных неровностей наносилась хрящевая крошка. В одном случае для расширения клапана носа нами был использован хрящевой аутооттрансплантат в виде бабочки (butterfly graft). Для дополнительной опоры кончика носа всем пациентам устанавливалось стропило между медиальными ножками нижних латеральных хрящей. У трех пациентов проводился забор хряща из ушной раковины в связи с отсутствием аутооттрансплантата из перегородки носа. Аллотрансплантаты не использовались. В послеоперационном периоде осложнений не было. Сроки наблюдения составили от 1 года до 9 лет, дополнительной коррекции не потребовалось.

Выводы. Часто во время вторичной ринопластики необходимо выполнить коррекцию носовой перегородки, как для улучшения функции носа, так и для полноценной коррекции его формы. Предпочтение отдается открытому доступу, благодаря которому возможно выполнение полноценной коррекции перегородки носа особенно в верхних её отделах, установка различного рода хрящевых аутооттрансплантатов, иметь более широкий обзор на операционное поле. Только комплексный и профессиональный подход к вторичной ринопластике может привести к положительному результату и снизить вероятность недовольства пациента.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Моисеева Ю.П., Пискунов Г.З.

Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования,
Москва, Россия

Введение. Полипозный риносинусит является актуальным вопросом оториноларингологии в связи со своей распространенностью и склонностью к рецидивированию, что значительно снижает качество жизни пациентов и несет финансовую нагрузку на систему здравоохранения. Механизмы возникновения и развития назальных полипов представлены множеством теорий, но поиск патогенетических мишеней для фармакологического воздействия продолжается по сей день. В связи с этим, особую популярность обрела персонализированная медицина, направленная на выявление молекулярно-генетических предикторов заболеваний. На основании данных, полученных в ходе иммуногистохимических и генетических исследований, совершенствуются и создаются новые классификации, разделяющие хронический риносинусит, в том числе с назальными полипами, на фенотипы и кластеры. В последнее время особый интерес вызвал ИЛ-33, участвующий в патогенезе аллергических реакций.

Цель: Провести эндотипирование клинических фенотипов полипозного риносинусита по однонуклеотидным полиморфизмам гена ИЛ-33 и гена его рецептора IL1RL1 с целью раннего выявления пациентов, склонных к аспириновой триаде, тяжелому течению заболевания, что позволит избежать повторного хирургического лечения.

Материалы и методы. В исследовании примут участие 200 человек разного пола и возраста с полипозным риносинуситом, которые будут разделены на 4 группы в соответствии с клиническими фенотипами (полипоз в результате нарушения аэродинамики в полости носа и ОНП; полипоз в результате хронического гнойного воспаления слизистой оболочки; полипоз в результате грибкового поражения слизистой оболочки; полипоз в сочетании с бронхиальной астмой). Помимо проведения генетического исследования венозной крови пациентов на выявление однонуклеотидных полиморфизмов гена ИЛ-33 (rs1342326) и гена IL1RL1 (rs3771166), будет осуществлена оценка выраженности симптомов по шкале ВАШ, эндоскопия полости носа со стадированием полипозного процесса по Lund-Kennedy, интерпретация КТ ОНП с использованием шкалы Lund-Mackey, определение эозинофилии крови, гистологическое исследование и статистическая обработка данных.

Результаты и их обсуждение. Наиболее тяжело протекает полипоз, сопряженный с бронхиальной астмой. Он характеризуется выраженной тканевой эозинофилией, высокими баллами по шкалам ВАШ, Lund-Kennedy, Lund-Mackey, этот фенотип чаще рецидивирует и преобладает у женщин. Особое внимание заслуживают пациенты с круглогодичным аллергическим ринитом, гистологическая картина которых также отражает выраженную тканевую эозинофилию. Выявление у таких больных однонуклеотидных полиморфизмов гена ИЛ-33 (rs1342326) и гена IL1RL1 (rs3771166) позволит отнести их к высокому риску перехода в аспириновую триаду.

Выводы: Изучение иммунологических и генетических аспектов полипозного риносинусита является перспективным направлением в оториноларингологии, но оно должно быть неразрывно связано с клинической картиной заболевания и этиологическим фактором. Именно такой подход позволит клиницисту распознать тяжелые формы полипоза на раннем этапе и выбрать наиболее подходящую тактику ведения больных. В свою очередь, ИЛ-33 и его однонуклеотидные полиморфизмы могут быть использованы не только, как биомаркеры-предвестники, но и как новые мишени для консервативной терапии, поэтому требуется их дальнейшее изучение.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Намазова-Баранова Л.С., Губанова С.Г., Зеленкова И.В., Эфендиева К.Е., Федосеенко М.В., Алексеева А.А., Левина Ю.Г.

НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, Москва, РФ

S. pneumoniae является одной из самых распространенных причин частых респираторных инфекций (ОРИ) и острых средних отитов (ОСО) у детей.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность вакцинации против пневмококковой инфекции у часто болеющих ОРИ и ОСО детей с аллергическим ринитом (АР) в сравнении с их сверстниками без аллергии.

Конечные точки:

- частота и длительность течения острых респираторных инфекций (ОРИ) и острого среднего отита (ОСО), а также частота назофарингеального носительства *S. pneumoniae* у детей с аллергическим ринитом в сравнении с детьми без аллергии после однократной вакцинации против пневмококка;
- состояние аденоидной ткани носоглотки до и в течение 12 месяцев после вакцинации.

Материал и методы.

В исследование было включено 95 часто болеющих детей (5 и более эпизодов ОРИ длительностью 7-10 дней и ≥ 2 эпизода ОСО в год) в возрасте от 3 до 5 лет, у 50 из них диагностирован аллергический ринит. В качестве группы сравнения проанализированы 45 детей 3-5 лет с аналогичной частотой ОРИ и ОСО без аллергической патологии. Вне острого заболевания у всех детей определялась микробиота носоглотки. Эндоскопическое исследование носоглотки выполнялось до и через 12 месяцев после вакцинации. Все дети вакцинированы пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакциной (ПКВ13) Превенар13 однократно. Период наблюдения составил 12 месяцев. Течение поствакцинального периода оценивалось в течение 7 дней при повторном осмотре.

Результаты и их обсуждение.

В течение года после вакцинации ПКВ13 частота ОРИ у детей с аллергическим ринитом уменьшилась в 2,5 раза, у детей без аллергии - в 5 раз; длительность течения ОРИ у детей не превышала 7 дней в обеих группах. По сравнению с годом, предшествующим вакцинации, частота ОСО в группе детей с АР снизилась в 2,7 раза; в группе сравнения - в 3 раза. Носительство *S. pneumoniae* в группе детей с АР до вакцинации определялось в 12% случаев, у детей без аллергии - в 5% случаев. Через 12 месяцев после вакцинации в посевах из носоглотки в обеих группах детей *S. pneumoniae* выделено не было. Частота выявленной патологической гипертрофии глоточной миндалины до и после вакцинации не изменилась в обеих группах. Частота легких поствакцинальных реакций в виде умеренно выраженной гиперемии и болезненности в месте введения вакцины составила 12% в группе детей с АР и 8,8% в группе детей без аллергии. Легкая общая реакция на введение вакцины ПКВ13 в виде гипертермии до 37°C отмечена в 16% и в 13% случаев соответственно.

Выводы:

1. Однократная вакцинация детей 3-5 лет ПКВ13 эффективна, что подтверждается снижением частоты (в 2,5-5 раз) и длительности (менее 7 дней) ОРИ, уменьшением частоты (в 2,7-3 раза) ОСО и исчезновением носительства *S. Pneumoniae* как у пациентов с аллергическим ринитом, так и у детей без проявлений аллергии.
2. Однократная вакцинация детей 3-5 лет с аллергическим ринитом ПКВ13 не оказывает влияния на состояние лимфоидной ткани носоглотки.
3. Переносимость вакцинации ПКВ13 у детей 3-5 лет удовлетворительная и достоверно не отличается у пациентов с аллергическим ринитом по сравнению с детьми без аллергии.

ОСОБЕННОСТИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ В УСЛОВИИ СЕВЕРНОГО ВЬЕТНАМА

Нгуен Т.Ф Тхао

ФГБОУ ВО “Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова”, Москва, РФ

Введение. Аллергический ринит (АР) является широко распространенным заболеванием и одной из актуальных проблем оториноларингологии, аллергологии и педиатрии во всем мире в связи с его широким распространением, большими финансовыми затратами на лечение. Болезнь оказывает большое влияние на качество жизни и тесно связана с бронхиальной астмой (БА) - серьезной проблемой общественного здравоохранения во многих странах. По данным эпидемиологических исследований заболеваемость АР в европейских странах составляет 20-30% населения. Распространенность АР различается между странами и даже между регионами внутри стран; заболеваемость горожан выше в 4-6 раз, чем у сельских жителей. За последние десятилетия значительно повысилось количество больных АР в странах Юго-Восточной Азии, но до настоящего времени в современной медицинской литературе имеются единичные данные о заболеваемости АР во Вьетнаме. Известно, что на распространенность этой патологии оказывает влияние климатогеографические, социальные условия, метеорологические, факторы, аэрополинологические характеристики как страны, так и отдельных ее регионов.

Цель: изучение распространенности и регионарных особенностей сенсibilизации пациентов АР Северного Вьетнама.

Материал и методы. Исследование было проведено в периоде с 06.2018г по 09.2018г по обращаемости пациентов на базе ЛОР-отделения Северной Центральной Больницы Тхайнгуен, Вьетнам. Область исследования включала городскую и сельскую местность. Городской район с плотностью населения в 2018 году с 400 до 3000чел / км² и сельский район с развивающимися современными сельскохозяйственными производствами и промышленными заводами. Всего обследовано 556 пациентов с патологией ЛОР органов в возрасте от 5 до 70 лет, выявлено 158 больных с диагнозом хронический ринит (ХР) и проведено стандартное аллергологическое обследование. Использовали тест-систему RIDA qLine Allergy, панель 1-Viet компании R-Biopharm AG, Германия в соответствии со стандартами ВОЗ. Все пациенты осмотрены оториноларингологом. Для статистической обработки полученных данных использовали программное обеспечение Microsoft Excel ver. 12.0.4518.1014, SPSS Statistics 20.

Результаты исследования. Среди 158 больных с диагнозом ХР выявлено 64 (40,5%) пациентов с диагнозом АР в возрасте от 07 до 69 лет (средний возраст 40.35± 20.64), женщин 31 (48,4 %), мужчин 33 (51.6 %), причем 45 пациента (70.3%) живут в центре городе и 19 пациентов (29.7%) в сельских районах. Симптомы заболевания имели круглогодичные проявления и только у 1 (1.56%) пациента сезонное: с мая по сентябрь месяц. Выявлена высокая сенсibilизация к клещам домашней пыли и плесневым грибам. У 1 (1,56%) пациента в анамнезе страдал бронхиальной астмой и у 9 (14.06%) пациентов диагностирован полипоз.

Вывод. Среди пациентов с ХР в регионе Северного Вьетнама 40% больных имеют АР с преимущественной сенсibilизацией к клещам домашней пыли и плесневым грибам, при этом АР встречается в три раза чаще у городских жителей. Отмечен низкий уровень сенсibilизации к пыльцевым аллергенам. Обнаружена положительная корреляция между сенсibilизацией к плесневым грибам полипозом носа и околоносовых пазух. Полученные результаты позволят в дальнейшем разработать рекомендации по диагностике, лечению и профилактике АР пациентам, проживающим в Северном Вьетнаме.

ОПЕРАЦИЯ ЛАКОРИНОСТОМИЯ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

*Ободов В.А., **Кузнецов В.А., ***Гилёв М.В., ***Агеев А.Н., *Ободов А.В.

*АО Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», г.Екатеринбург, РФ

**ФГБУН «Институт органического синтеза им. И.Я. Постовского» УрО РАН

Екатеринбург, РФ

***ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ России,

Екатеринбург, РФ

Введение. Операция лакориностомия (ЛРС) – формирование нового соустья между слезным озером и полостью носа, выполняется при облитерации или агенезии слезоотводящего пути. Существующие варианты ЛРС условно можно разделить на операции с формированием пластического анастомоза местными тканями без установки постоянного лакопротеза и операции без пластики анастомоза, но с интубацией постоянного лакопротеза. Рецидивы слезотечения часты из-за зарращения сформированного соустья, из-за несовершенства лакопротезов.

Цель – доклиническая оценка возможности использования новых, биорезорбируемых лакопротезов.

Материалы и методы. В Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза» выполняется 10-15 ЛРС в год, применяются собственные разработки: способ восстановления оттока слезной жидкости путем операции лакориностомии с постоянной интубацией (патент 2383320), лакопротез модифицированный (патент 138958), способ создания слезоотводящего пути у детей с одномоментной установкой лакопротеза (патент 2555126). Формирование анастомоза выполняется с учетом эндоскопической реальной и виртуальной топографии орбиты и интраназальных структур: способ виртуальной эндоскопической диагностики при дакриоциститах (патент 2499581), способ виртуальной эндоскопии орбиты (патент 2604401).

Результаты и их обсуждение. Анализ своих результатов ЛРС и по различным публикациям позволяет предположить, что дальнейшего улучшения функционального результата ЛРС с постоянными, нерассасывающимися лакопротезами ожидать не стоит. Можно ожидать прогресс результатов от использования лакопротезов с биodeградируемыми характеристиками, создающими каркасный эффект поддержки тканей после длительного рассасывания изделия. Мы провели доклинические исследования синтезированных нами лакопротезов из политриметиленкарбоната с N-винилпирролидоном на морских свинках и кроликах в течение 14 суток с гистологическими исследованиями. Импланты не проявляли токсического и сенсibilизирующего воздействия на прилежащие ткани, отсутствовали дистрофические изменения в органах, отвечающих за выведение продуктов биодеструкции. Дело будущего – дальнейшие экспериментальные исследования с бóльшей экспозицией лакопротезов в тканях с целью изучения возможности их контролируемого био замещения соединительной тканью и эпителизации соустья.

Выводы.

1. Операция ЛРС востребована как способ устранения «неустранимого» слезотечения.
2. Разработка новых технологий ЛРС с виртуальными и эндоскопическими возможностями, с новыми биорезорбируемыми лакопротезами позволит по-новому осмыслить технологию ЛРС и улучшить функциональные результаты.

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУР ОСТИМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВА РИНОСИНУСИТА

Пажинский Л.В., Пажинский А.Л., Черняева С.С.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Белгород, РФ

Введение. Повышение качества диагностики заболеваний слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, внедрение функциональных эндоназальных видеоэндоскопических технологий, широкое применение интраназальных глюкокортикостероидов не привело к уменьшению числа больных с хроническим риносинуситом.

Цель исследования. Поиск причин рецидива хронического полипозного риносинусита после ранее выполненных эндоназальных видеоэндоскопических вмешательств.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 80 пациентов, из них 46 мужчин и 34 женщины, средний возраст 44,7 лет, с диагнозом хронический рецидивирующий полипозный риносинусит, из числа ранее оперированных в период 2014-2018 год, которым выполнялась эндоназальное видеоэндоскопическое вмешательство в полости носа и околоносовых пазух. Нами изучены протоколы операции из историй болезни оперированных больных. Проведен анализ результатов компьютерно-томографического и эндоскопического исследований полости носа и околоносовых пазух, где были установлены патологические изменения и индивидуальные анатомические особенности внутриносовых структур, способствующих рецидиву полипозного риносинусита.

Результаты. В ходе исследования в 35% случаев диагностированы синехии на слизистой оболочке полости носа, при этом в остиомеатальном комплексе 28%, недостаточное вскрытие клеток решетчатого лабиринта в 42%, стеноз наложенного соустья с верхнечелюстной пазухой в 12%, стеноз лобно-носового канала в 5%, блокада лобно-носового канала фронтальной буллой в 4%, блокада соустья с верхнечелюстной пазухой клеткой Галлера в 8%, удаленная средняя носовая раковина в 7%, буллезно измененная средняя носовая раковина 12%, искривление носовой перегородки в 18%, гипертрофия нижних носовых раковин 12%. Диагностированные в результате исследования патологические изменения структур остиомеатального комплекса и сужение наложенного соустья с околоносовой пазухой, у ранее оперированных больных проявляют себя клинически и коррелируют с частотой обострений синусита и общим самочувствием.

Выводы. У больных с рецидивирующим полипозным риносинуситом, чаще диагностировались 2–3 признака патологических изменений и индивидуальных анатомических особенностей, которые могут способствовать обструкции остиомеатального комплекса и являться причинами рецидивирования воспалительного процесса в клетках решетчатого лабиринта, верхнечелюстной и лобной пазухах. Врач-отоларинголог, занимающийся эндоскопической ринохирургией, составляя план операции, может прогнозировать исход заболевания, используя знания вариантной анатомии полости носа и околоносовых пазух, данные видеоэндоскопического и компьютерно-томографического исследований.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ

Панкова В.Б.****, Вильк М.Ф.*, Федина И.Н.*****

*ФГУП «Всероссийский научно-исследовательский институт железнодорожной гигиены» Роспотребнадзора, Москва, РФ.

**ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им.Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора. Московская обл., Мытищи, РФ.

***ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва, РФ.

Введение. Промышленные аэрозоли (ПА), содержащиеся в воздухе рабочей зоны, - медленно оседающие твердые частицы размерами от нескольких десятков до долей мкм. ПА являются наиболее распространенным неблагоприятным фактором производственной среды в горнорудной, угольной, машиностроительной, химической промышленности; на обогатительных фабриках, на транспорте, в сельском хозяйстве, в промышленности строительных материалов. Выделяют ПА органического (животного или растительного) происхождения - древесную, хлопковую, льняную, зерновую, бумажную, шерстяную и пр. пыли; неорганического - пыль пластмасс, резины, смол, красителей и др. синтетических продуктов; смешанные ПА, образующиеся при шлифовальных, сварочных работах. По способу образования ПА делят на аэрозоли дезинтеграции (образуются при механическом измельчении, дроблении и разрушении твердых веществ, при механической обработке изделий и пр.); аэрозоли конденсации (при термических процессах плавления, электросварки, охлаждения и конденсации паров металлов и неметаллов. По характеру действия на организм - фиброгенные, канцерогенные, аллергенные, токсикогенные, раздражающие и ионизирующие. От степени дисперсности зависит количество задержки частиц ПА в органах дыхания и уровень оседания их в дыхательных путях. В легкие при дыхании проникают ПА размером от 0,2 до 5 мкм, более крупные частицы задерживаются в ВДП.

Материал и методы. Обследовано состояние ВДП более 2000 работников различных производств, подвергшихся воздействию кварцсодержащих, органических, стекловолоконистых, угольных, агломерационных, асбестовых и графитовых ПА. Применены методы регистрации функционального состояния слизистой оболочки полости носа (рН, транспортной, калориферной) и местной иммунорезистентности.

Результаты и их обсуждение. Ингаляционное воздействие ПА нарушает барьерные свойства слизистой оболочки ВДП, вызывая острые и хронические воспалительные, дистрофические или аллергические нарушения, вследствие которых, формируются патологические изменения - дистрофические или аллергические заболевания ВДП. Неблагоприятный микроклимат способствует проникновению ПА в организм.

Выводы. Установлены изменения ВДП у 76,4 - 82,7% работников изученных производств, мало отличающиеся друг от друга по клинко-патоморфологической картине, не являющиеся специфическими для какого-либо вида пыли. Патологические изменения ВДП предшествуют развитию хронических неспецифических заболеваний легких более чем в 80% случаев. На основании приказа МЗ СР РФ от 27.04.2012г. №417н «Об утверждении Перечня профессиональных заболеваний», к профессиональным заболеваниям ВДП относят: хронический катаральный, субатрофический и атрофический ринофаринголарингит; эрозию, язву, перфорацию носовой перегородки; аллергические заболевания полости носа, глотки и гортани.

ПОСТОПЕРАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ АУТОТКАНЕЙ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ЛИКВОРНЫХ ФИСТУЛ

Пискунов В.С.¹, Никитин Н.А.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Курск, РФ

²БМУ «Курская областная клиническая больница», г. Курск, РФ

Выбор аутоотканей, применяемых для закрытия носовых ликворных фистул является одним из ведущих факторов в успешном лечении пациентов с назальной ликвореей. Нами в период с 2003 по 2019 гг. в отделении оториноларингологии БМУ «Курская областная клиническая больница» было пролечено 74 пациента с назальной ликвореей. Всем больным было выполнено эндоскопическое эндоназальное вмешательство с использованием аутоотканей.

Пациенты находились под нашим наблюдением и были осмотрены последовательно через 1, 3 и 6 месяцев после операции. У 8 больных, что составляет 10,8% случаев, после пластики ликворных свищей наблюдался рецидив заболевания и им возникла необходимость повторить хирургическое вмешательство.

Спустя 3 года после операции нам удалось осмотреть 26 пациентов из 74 (35,1%), из них у 5 пациентов при эндоскопическом осмотре полости носа мы наблюдали атрофию и истончение слизистой оболочки перемещенных лоскутов, используемых для закрытия ликворной фистулы. При этом обращал на себя внимание тот факт, что при использовании средней носовой раковины и неполном удалении костной пластинки ее, процесс атрофии проходил менее агрессивно и лоскут перемещенного аутооттранспланта уменьшался в объеме в меньшей степени. Все вышеуказанные изменения мы наблюдали исключительно у женщин в постменопаузе. Несмотря на указанные деформации аутоотканей рецидива ликвореи у этой группы больных не было.

Затем при выполнении компьютерной томографии в аксиальной и коронарной проекциях было обнаружено истончение слизистой лоскута, снижение плотности костной основы средней носовой раковины и уменьшение ее толщины по сравнению с предоперационной КТ картиной.

Вышеуказанные наблюдения свидетельствуют о том, что в послеоперационном периоде постепенно происходит уменьшение объема перемещенных листков слизистой оболочки, толщины ее собственного слоя. Одновременно происходит резорбция костных структур в зоне ликворной фистулы. По нашему мнению, этот процесс происходит вследствие изменения кровоснабжения перемещенных лоскутов, а также прогрессирующего остеопороза костной ткани в области выполнения хирургического вмешательства.

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

ИНГАЛЯЦИОННАЯ ПУЛЬСИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА

Пшенников Д.С.*, Анготоева И.Б.**, Уварова Т.А.***, Коровченко Е.В.***

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

**ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, РФ

***ГБУ РО «ОКБ имени Н.А. Семашко», Рязань, РФ

Вектор современной консервативной терапии острого риносинусита (ОРС) направлен на увеличение эффективности и безопасности лечения. Несмотря на достижения фармакологии заболеваемость ОРС за последние 20 лет возросла почти в 2 раза и составляет от 6 до 15% популяции, остается стабильно высокий процент рецидивов и осложнений, необоснованно широко применяется системная антибактериальная терапия вне зависимости от этиологии и тяжести заболевания. С целью достижения максимального терапевтического эффекта и уменьшения вреда системной антибиотикотерапии при ОРС оправдано топическое ингаляционное пульсирующее применение лекарственных препаратов с точкой приложения в полости носа и околоносовых пазухах (ОНП). Доказано, что при пульсирующей интраназальной терапии значительное количество медикаментов в аэрозольной форме проникает не только в полость носа, но и непосредственно в полость ОНП и сохраняется в их просвете более продолжительное время.

Цель: повышение эффективности и безопасности лечения острого риносинусита путем применения ингаляционной пульсирующей терапии и сравнение ее эффективности со стандартной системной антибиотикотерапией.

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 пульсирующая терапия 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 пульсирующая терапия 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), мукоцилиарный транспорт, уровни содержания ИЛ-1 β и ИЛ-8 в носовой слизи.

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 пациентов.

Выводы. Пульсирующая ингаляционная терапия с использованием тиамфеникола глицината ацетилцистеината в двух режимах дозирования (1 раз в сутки 500 мг или 2 раза в сутки по 250 мг) эффективна в сравнении с традиционной системной антибактериальной терапией амоксициллином клавуланатом в дозе 875+125 мг 2 раза в сутки в отношении нетяжелых форм острого бактериального риносинусита.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДРЕНИРОВАНИЯ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПО ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Пшенников Д.С.*, Пшенникова А.С.*, Сысоева Ю.Г.**

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

**ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, РФ

Введение. Актуальность проблемы непроходимости слезоотводящих путей в настоящее время связана с высокой распространенностью данной нозологии среди лиц трудоспособного возраста. Слезотечение, возникающее при дакриоцистите и стенозе слезно-носового канала, не только служит препятствием для трудоспособности, но и является косметическим недостатком, который отрицательно сказывается на психике больного. При этом значительно повышается риск развития гнойно-септических заболеваний глаза и окружающих глаз органов. Эндоскопическая дакриоцисториностомия (ЭДЦРС) является стандартной хирургической операцией для лечения непроходимости слезно-носового канала, суть которой заключается в создании стойкого соустья между слезным мешком и полостью носа. Эффективность ЭДЦРС по данным разных авторов колеблется в пределах 75-90%. Для сохранения функционирующей дакриоцистостомы часто используются различные модификации стентов и дренажей. Большинство этих хирургических устройств устанавливаются через слезные точки и каналы, что может привести к их повреждению.

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения пациентов со стенозом слезоотводящих путей, которая достигается за счет разработки и внедрения оригинального дренажа при ЭДЦРС.

Материалы и методы. За период 2014 – 2019 годы на базе ЛОР отделения ГБУ РО «ОКБ имени Н.А. Семашко» г.Рязани было прооперировано 26 пациентов с односторонней непроходимостью слезоотводящих путей с дренированием слезного мешка по оригинальной методике (патент на изобретение №2636871). Способ дренирования слезоотводящих путей при ЭДЦРС включает формирование дакриоцисториностомы 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 4 мм сроком на 3-4 месяца.

Результаты и их обсуждение. За время наблюдения в течение 12 месяцев у оперированных пациентов наблюдалось клиническое выздоровление (отсутствие жалоб на слезотечение) в 18 случаях (69%), улучшение (жалобы на периодическое слезотечение вне помещения в холодную или ветреную погоду, не требующих повторной операции) в 6 (23%), рецидив у двух пациентов (8%).

Выводы. Применение предложенного способа дренирования слезоотводящих путей при ЭДЦРС (патент на изобретение №2636871) дает возможность получить стойкий положительный функциональный результат сразу после операции. Данный способ является простым и малотравматичным, т.к. не имеет потенциального риска повреждения слезных точек и канальцев.

ДИАГНОСТИКА ВАЗОМОТОРНОГО И ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТОВ

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

Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», Москва, Россия

Введение: В настоящее время, несмотря на большую распространенность и важность проблемы хронических гипертрофических и вазомоторных ринитов, единое мнение о классификации, диагностике и лечении данной патологии отсутствует. Из-за похожей клинической картины и недостаточного использования объективных методов диагностики возникают большие сложности при постановке диагноза, вследствие чего лечение в большинстве случаев проводится исходя из опыта врача на основании данных визуального осмотра полости носа без применения объективных методов диагностики.

Цель исследования: совершенствование дифференциальной диагностики хронического гипертрофического и вазомоторного ринитов.

Материал и методы: В исследование были включены 110 пациентов с нарушением носовой обструкции. Всем пациентам трехкратно выполняли переднюю активную риноманометрию: в вертикальном положении тела; в горизонтальном положении тела с целью оценки носового дыхания при максимальном увеличении структур полости носа; исследование с сосудосуживающими интраназальными препаратами с целью оценки носового дыхания при максимальном уменьшении структур полости носа. По результатам обследования определяли значение функциональной составляющей носовой резистентности, которая вычислялась как разность между значениями суммарного объемного потока носового дыхания при передней активной риноманометрии при использовании сосудосуживающих интраназальных препаратов и в горизонтальном положении тела. Данный параметр отражает способность нижних носовых раковин к уменьшению и к увеличению. На основании вычисления значения функциональной составляющей носовой резистентности проводилась дифференциальная диагностика хронического гипертрофического и вазомоторного ринитов. Диагноз «Хронический гипертрофический ринит» должен выставляться при значениях функциональной составляющей носовой резистентности менее 200 мл/сек. Диагноз «Вазомоторный ринит с гипертрофическими явлениями» должен выставляться при значениях функциональной составляющей носовой резистентности от 200 до 500 мл/сек. Диагноз «Вазомоторный ринит» должен выставляться при значениях функциональной составляющей носовой резистентности более 500 мл/сек. Данный способ дифференциальной диагностики подтвержден патентом на изобретение Российской Федерации № 2400136 от 27.09.2010.

Результаты исследования: У 29 (26,4%) пациентов значения функциональной составляющей носовой резистентности были менее 200 мл/сек. Этим пациентам поставлен диагноз «Хронический гипертрофический ринит». У 45 (40,9%) пациентов значения функциональной составляющей носовой резистентности достигали 200-500 мл/сек. Этим пациентам поставлен диагноз «Вазомоторный ринит с гипертрофическими явлениями». У 36 (32,7%) пациентов функциональная составляющая носовой резистентности имела значение более 500 мл/сек. Этим пациентам поставлен диагноз «Вазомоторный ринит». Пациенты были разделены на 2 группы: 55 пациентов 1 группы были пролечены с учетом полученных данных, 55 пациентов 2 группы – без их учета. Результаты лечения оценивались с помощью объективных методов диагностики. При этом отдаленные результаты лечения пациентов 1 группы были достоверно лучше по сравнению со 2 группой.

Выводы: Методика дифференциальной диагностики хронического гипертрофического и вазомоторного ринитов на основании вычисления значений функциональной составляющей носовой резистентности может быть с успехом применена в практике врача-оториноларинголога.

БАЛЛОННАЯ СИНУСОПЛАСТИКА: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

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

Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», Москва, Россия

Введение: В современной оториноларингологии продолжается поиск наиболее щадящих и эффективных методов хирургического лечения патологии полости носа и околоносовых пазух. Одним из перспективных методов оперативных вмешательств на пазухах, активно используемых современными оториноларингологами, является метод баллонной синусопластики.

Цель: оценить возможность, преимущества и особенности использования баллонной синусопластики при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух.

Материалы и методы: Хирургическое вмешательство «Баллонная синусопластика» проводится на верхнечелюстных, лобных, клиновидных пазухах. Под контролем эндоскопа к месту соустья околоносовой пазухи подводится проводниковый катетер, через который в пазуху вводится проводник (световод с линзой на конце, подключенный к источнику света). Посредством изменения положения конца проводника хирург может достоверно убедиться в правильном нахождении проводника и провести диафаноскопию пазухи. Затем по проводниковому катетеру в пазуху вводится баллонный катетер, после чего нагнетанием в баллон жидкости производится раздутие баллона до необходимого давления. Данное действие приводит к расширению оперируемого соустья. После расширения производится промывание пазухи через сформированное соустье.

Результаты: Нами было проведено 25 хирургических вмешательств под эндотрахеальным наркозом с применением метода баллонной синусопластики: 17 операций на верхнечелюстных пазухах, 7 – 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 4 случаев были совмещены с септопластикой и с хирургическим вмешательством воздействием на нижних носовых раковинах. После проведенного вмешательства пациенты на следующий день транспортировались домой на специальном автомобиле. Тактика ведения в послеоперационном периоде практически не отличалась от операций посредством классической функциональной эндоскопической риносинусохирургии. Все прооперированные пациенты непосредственно после операции отмечали удовлетворительное самочувствие. 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. Результаты оперативных вмешательств были оценены через 6 месяцев. Всем пациентам проводились эндоскопический осмотр полости носа, компьютерная томография около носовых пазух. Через 6 месяцев у 4 пациентов с хроническим верхнечелюстным синуситом и у 2 с фронтитом динамики состояния пазух не наблюдалось. У остальных пациентов отмечалась положительная динамика: уменьшения толщины слизистой оболочки и исчезновения жидкостного содержимого. Эффективность составила 76,0%.

Выводы: Проведение баллонной синусопластики требует строгого соблюдения показаний и противопоказаний к операции. Дополнительными особенностями в ряде случаев являются невозможность визуализации соустья после проведенной синусопластики, эндоскопического осмотра полости пазухи в послеоперационном периоде и промывания через сформировано соустье в связи с полным сохранением крючковидного отростка, минимальная травматизация слизистой оболочки. Методика баллонной синусопластики в ряде случаев может быть с успехом применена, в том

числе в условиях работы дневного стационара. Эффективность в исследуемой группе составила 76,0%.

ЛЕЧЕНИЕ ХРАПА И АПНОЭ МЕТОДОМ ИМПЛАНТАЦИИ МЯГКОГО НЕБА

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

Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», Москва, Россия

Введение: Храп и синдром обструктивного апноэ сна являются важными проблемами современного здравоохранения, как с медицинской, так и с социальной точек зрения. Высокая распространенность храпа и апноэ во сне, которые встречаются 1/3 и 2-10% взрослого населения соответственно, заставляет вести поиски современных эффективных методов лечения. Для лечения заболеваний 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 использования имплантации мягкого неба для лечения храпа и нарушений дыхания во сне.

Материалы и методы: При проведении вмешательства в мягкие ткани мягкого неба устанавливаются 3 импланта 18 мм в длину и 2 мм в диаметре. Материал – полиэтилентерефталат, который помимо этого используется для изготовления шовного материала, хирургической сетки, сосудистых имплантов. Особенности: 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 направитель с одновременным извлечением иглы из тканей. Обязателен эндоскопический контроль положения имплантов после установки. Нами проведено 32 оперативных вмешательства 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 исследования: Среди прооперированных было 20 мужчин и 12 женщин в возрасте от 31 до 57 лет. По данным респираторного мониторинга с пульсоксиметрией у 23 пациентов был выявлен храп без синдрома обструктивного апноэ сна, у 9 – синдром обструктивного апноэ сна легкой степени тяжести (ИАГ от 5 до 15 эпизодов в час). Значение % дыхательных движений с храпом составило $28,6 \pm 14,4$.

Через 6 месяцев после операции 25 (78,1%) 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 $19,8 \pm 8,2$. Достоверного улучшения показателя % дыхательных движений с храпом и индекса апноэ/гипопноэ 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.

НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ И СОАС

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

Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», Москва, Россия

Введение: По причине повышения доступности современных объективных методов нарушений дыхания во сне и оценки носового дыхания возрастает актуальность проведения исследований, посвященных изучению вопроса влияния нарушения носового дыхания на проблему синдрома обструктивного апноэ сна.

Цель исследования: оценить влияние состояния носового дыхания на нарушения дыхания во сне.

Материалы и методы: Нами были обследованы 225 пациент с храпом. Среди пациентов было 70 (31,1%) женщин и 155 мужчин (68,9%). Средний возраст пациентов составил $48,3 \pm 11,1$ лет. Для оценки состояния носового дыхания проводилась передняя активная риноманометрия, дыхания во сне – 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 исследования: По результатам обследования у 58 пациентов выявлен храп без синдрома обструктивного апноэ сна, СОАС легкой степени тяжести – у 85, СОАС средней степени тяжести – у 53, СОАС тяжелой степени у 29 пациентов. При обследовании распространенность патологии полости носа среди пациентов, страдающих храпом и синдромом обструктивного апноэ сна, составила 94,7%. Искривление носовой перегородки было выявлено у 86,9% пациентов, хронический ринит – у 67,7% пациентов. При проведении передней активной риноманометрии наблюдалась статистически достоверная взаимосвязь 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. Среднее значение суммарного объемного потока носового дыхания у пациентов с храпом без синдрома обструктивного апноэ сна составило $742,0 \pm 211,4$ мл/сек, у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна легкой, средней и тяжелой степеней тяжести $714,7 \pm 279,1$ мл/сек, $662,2 \pm 248,9$ мл/сек и $631,7 \pm 265,2$ мл/сек. Среднее значение суммарного объемного потока носового дыхания у всех пациентов составило $698,7 \pm 256,8$ мл/сек. Через 6 месяцев после хирургического лечения состояние дыхания во сне было повторно оценено методом респираторного мониторинга с пульсоксиметрией: статистически достоверного изменения индекса апноэ/гипопноэ не получено. 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.

1. Распространенность патологии полости носа среди пациентов, страдающих храпом и синдромом обструктивного апноэ сна, составила 94,7%.
2. 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.

3. При развившейся патологии дыхания во сне улучшение носового дыхания может разнонаправленно влиять на индекс апноэ/гипопноэ, как уменьшая, так и увеличивая его.

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И РИНОЛОГИЯ

Решетников С.В., Лебедев Н.Н., Шихметов А.Н., Решетникова О.В., Решетников В.Н.
Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», Москва, Россия

Введение: В настоящее время ведется активный поиск эффективных форм оказания медицинской помощи. При этом важной является не только медицинская эффективность, но и экономическая и социальная. В связи с этим в течение последних лет все больший интерес вызывают стационарзамещающие технологии. Актуальными они являются и в ринологии. Возможность проведения современных хирургических вмешательств в полости носа и на околоносовых пазухах в условиях операционных на базе дневных стационаров и стационаров одного дня пребывания, без длительной госпитализации, с применением качественного оборудования и с соблюдением принципов функциональной хирургии является значимым конкурентным преимуществом любой медицинской организации.

Цель исследования: оценить особенности применения стационарзамещающих технологий в ринологии.

Материалы и методы: На базе стационара одного дня многопрофильной клиники было проведено 229 хирургических вмешательств в полости носа: септопластики, подслизистые радиоволновые вазотомии нижних носовых раковин, эндоскопические синусотомии, в том числе полисинусотомии при хроническом полипозном риносинусите. Показания к проведению данных хирургических вмешательств были классическими и не отличались от показаний, используемых в стационарных условиях. Перед операцией проводился тщательный отбор больных. Пациентам с высокими рисками оперативных вмешательств и анестезиологических пособий операции в полости носа проводились на базе стационаров с длительным пребыванием. Такие пациенты в исследование не включались. Особенности использования стационарзамещающих технологий: необходимость углубленного обследования перед операцией для полного исключения противопоказаний для лечения в условиях стационара одного дня; применение современных хирургических вмешательств в полости носа с соблюдением требований максимального восстановления функции и минимальной хирургической травмы, наносимой пациенту; качественное анестезиологическое пособие при проведении вмешательства; тщательное наблюдение в раннем послеоперационном периоде; транспортировка пациентов в день операции или на следующий день на специально оборудованном для этих целей автомобиле; ежедневные послеоперационные перевязки под эндоскопическим контролем; нахождение пациентов на листке нетрудоспособности до исчезновения признаков утраты трудоспособности. Состояние полости носа и околоносовых пазух как до, так и после операции оценивалось с применением современных методов диагностики: компьютерной томографии околоносовых пазух, передней активной риноманометрии, акустической ринометрии. Отдаленные результаты оценивались через 3 и 6 месяцев.

Результаты исследования: Положительную динамику в отдаленном послеоперационном периоде отметили практически все пациенты, что было подтверждено данными передней активной риноманометрии и акустической ринометрии. Положительная динамика состояния околоносовых пазух подтверждена данными компьютерной томографии. Значимые осложнения при проведении указанных выше хирургических вмешательств, повлекшие необходимость длительной госпитализации, отсутствовали.

Выводы: Использование стационарзамещающих технологий в ринологии является одной из современных форм оказания медицинской помощи пациентам с патологией носа и околоносовых пазух. Результаты исследования подтверждают безопасность и медицинскую эффективность их применения в оториноларингологии.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОСА У ПАЦИЕНТОВ ЛОР-ВРАЧА

Решетников С.В., Решетникова О.В., Решетников В.Н., Кухаренко О.А.

Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», Москва, Россия

Введение: За всю историю существования специальности «Оториноларингология» одними из наиболее изучаемых заболеваний являются патологические состояния полости носа и околоносовых пазух. Однако, зачастую пациенты недооценивают имеющиеся у них жалобы, поэтому обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях развития заболевания, что несомненно ведет к снижению эффективности профилактики хронической оториноларингологической и общесоматической патологии. В связи с этим возникает необходимость проведения эпидемиологических исследований, посвященных патологии полости носа.

Цель исследования: изучить распространенность жалоб на состояния полости носа, обращающихся за медицинской помощью к врачу-оториноларингологу.

Материал и методы: В исследование были включены 550 пациентов, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью к врачу-оториноларингологу. Пациенты включались в исследование вне зависимости от повода обращения и выявленной патологии.

Всем пациентам было проведено сплошное анкетирование, направленное на оценку имеющихся субъективных ощущений состояния полости носа. При этом пациенты отвечали на 9 вопросов:

- 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)?
- Стекание (скапливание) слизи ощущается больше утром?
- Возникает ли при этом у Вас желание откашляться, выполнить отхаркивающие движения?

Результаты исследования: Из 550 опрошенных пациентов наличие заложенности носа отметили 237 (43,1%). При этом 86 (15,6%) пациентов отмечали симметричный и 79 (14,4%) – постоянный его характер. Выделения из носа беспокоили 223 (40,5%) пациента: 138 (25,1%) – симметричные и 48 (8,7%) – постоянные. Стекание слизи по задней стенке глотки отметили 263 (47,8%) пациента. При этом усиление этих ощущений по утрам имело место у 212 (38,5%) пациентов. 251 (45,6%) пациента выражали желание откашляться и выполнить отхаркивающие движения. Из опрошенных лишь 153 (27,8%) пациента не предъявляли жалоб, характерных для патологии полости носа.

Выводы: По результатам исследования выявлена высокая распространенность жалоб, характерных для патологии полости носа и околоносовых пазух. Данный факт говорит о необходимости проведения дальнейших исследований, посвященных профилактике, диагностике и лечению заболеваний полости носа и околоносовых пазух.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НОСОГЛОТКИ И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Родина А.Д., Горбунова Т.В., Булетов Д.А., Поляков В.Г.

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им Н.Н. Блохина
Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Введение. Злокачественные опухоли носоглотки и околоносовых пазух у детей, деформируя анатомические структуры верхних дыхательных путей, создают условия для развития хронического риносинусита. Основным методом лечения злокачественных новообразований этой локализации – химиолучевая терапия (ХЛТ). Не зависимо от суммарной очаговой дозы (СОД) подводимой к опухоли, окружающие ткани реагируют воспалением. В основе патогенеза хронического воспаления лежит отек и повреждение реснитчатого эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей, а в последующем – некроз и рубцевание.

Цель. Изучить особенности течения хронических риносинуситов у пациентов со злокачественными опухолями носоглотки и околоносовых пазух во время и после проведения химиолучевой терапии.

Материалы и методы. В исследование включены 10 пациентов (мальчики – 6, девочки – 4). Из них с рабдомиосаркомой – 6 пациентов (60%), раком носоглотки – 3 (30%), гемангиоперицитомой – 1 (10%). Средний возраст – 12,4 г. Период наблюдения 9-18 месяцев. Опухоли локализовались в носоглотке – 30%, околоносовых пазухах с одной стороны – 50 %, с двух сторон – 20%. Химиотерапия (ХТ) включала 8-16 курсов. Лучевая терапия (ЛТ) проводилась после 4-6 курса, СОД 40-50 Гр. Осмотр оториноларинголога и эндоскопическое исследование полости носа выполнялось всем пациентам до начала и после завершения специального лечения, а также при возникновении симптомов обострения хронического риносинусита. Забор мазка со слизистой полости носа проводился при обострении хронического риносинусита во время проведения ХЛТ, через 1 и 3 месяца после завершения ЛТ.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов выявлялись симптомы хронического риносинусита до начала специального лечения. Клинически определялись: гиперемия и отек слизистой нижних и средних носовых раковин в 100% случаев, односторонние слизисто-гнойные и гнойные выделения – в 70%, двусторонние – в 30%. Осложнения и сопутствующая патология диагностировалась в виде дисфункции слуховой трубы – в 30%, признаков тубоотита – в 60%, одностороннего катарального среднего отита – в 10% случаев. Нарастание признаков воспаления отмечено у 90% пациентов во время проведения первого курса ХТ. На фоне последующих курсов ХТ повторное обострение хронического риносинусита отмечено у 80% больных. При бактериологическом исследовании мазка из носа на фоне ХТ выделялись бактерии семейства *Staphylococcaceae* и *Streptococcaceae* с одинаковой чистотой по 30%, грибы рода *Candida* в - 20 %, *H. parainfluenzae* и *Corynebacterium amycolatum* поровну в 10% случаев. Симптомы обострения хронического воспаления обнаруживались у 100% пациентов после подведения к опухоли СОД 18-24 Гр. Через 1 месяц после окончания ЛТ высевались стрептококки (*St. pneumoniae*, *St. haemolyticus*) – в 60%, стафилококки (*S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*) – в 40%, грибы рода *Candida* – в 30%, *E. faecalis* – в 10% случаев. Через 3 месяца после завершения ХЛТ в мазках были получены грамотрицательные бактерии: *Enterobacter cloacae* – у 30%, *Pseudomonas aeruginosa* – у 20%, *Acinetobacter species* – у 10% и микст-флора (*Staphylococcus haemolyticus* и *Staphylococcus haemolyticus* MRS) – у 10% больных.

Выводы. Клинические проявления хронических риносинуситов сопровождают рост злокачественных опухолей носоглотки и околоносовых пазух. Повышение концентрации патогенных и условно-патогенных бактерий в полости носа во время

проведения ХЛТ отражает снижение неспецифического иммунитета и общей иммунной резистентности организма.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РЕДКОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОЛОСТИ НОСА

Родина А.Д., Горбунова Т.В., Меркулов О.А., Булетов Д.А., Поляков В.Г.

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им Н.Н. Блохина Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Введение. Эстезионейробластома (ЭНБ) — редкая мелко-круглоклеточная опухоль, возникающая из обонятельного нейроэпителия. У детей до 15 лет – 0,1 случаев на 100 000 детского населения.

Цель. Сообщить результаты хирургического лечения детей с эстезионейробластомой.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование, проведенное в НИИ ДОиГ, (1968-2018гг.) включены 29 пациентов в возрасте 2-17 лет, (мальчики – 14, девочки– 15). Средний возраст на момент постановки диагноза 10 лет. Основными причинами обращения к врачам были жалобы на затруднение носового дыхания - 18 (62,0%), слизистогнойное отделяемое из носа - 14 (48,2%), экзофтальм и нарушение зрения - 8 (24,3%), головные боли - 6 (20,6%), субфебрилитет - 5 (17,2%), кровотечение из носа - 4 (22,2%), общая слабость - 2 (11,1%), нарушение обоняния - 2 (11,1%). Диагноз злокачественной опухоли устанавливался на основании проведения комплексного обследования, включающего компьютерную и магнитно – резонансную томографии основания черепа и околоносовых пазух с внутривенным контрастированием для уточнения локализации первичной опухоли. Эндоскопическое исследование с прицельной биопсией новообразования выполнялось для получения морфологической верификации диагноза. Оценки распространенности опухолевого процесса также включала проведение ультразвуковой томографии органов брюшной полости и лимфатических узлов, компьютерная томографии органов грудной полости и радиоизотопного исследования мягких тканей и костной системы. Стадирование по TNM – классификации показывало, что IV стадия включала пациентов не только с отдаленными метастазами, но и учитывала распространение ЭНБ в полость черепа, которое мы диагностировали в 10% случаев (у 7 пациентов), а также 1 пациента с 2-сторонним поражением л/у шеи размерами более 6 см. При пересмотре стадий в соответствии с классификацией Kadish–Morita преобладали пациенты с регионарными и отдаленными метастазами (стадия D по Kadish–Morita) - 11 (37,9%). Лекарственное лечение проведено 28 пациентам (96,5%), облучение первичной опухоли - 16 (55,1%) пациентам. Удаление опухоли доступом по Муру проведено у одного пациента (3,4%) на первом этапе, в последующем ребенок у онколога не наблюдался. Рецидив развился через 6 лет, после чего пациент был направлен в НИИ ДОиГ. У трех пациентов (10,3%) хирургические вмешательства было выполнено на первом этапе в объеме эндоскопической трансназальной биопсии с последующим проведением специального лечения. После завершения химиолучевой терапии хирургический этап проводился в объеме эндоскопического трансназального удаления опухоли 11 пациентам (37,9%).

Результаты и их обсуждение. Умерли – 14 (49,2%) пациентов, из них: от опухолевой прогрессии – 13 (92,8%) , от осложнений лечения (токсический гепатит) – 1 (7,2%). Выбыли из-под наблюдения – 5 (17,7%). Живы – 10 (34,4%). Локальный рецидив выявлен у 6 пациентов (5 живы). Рецидив в регионарных лимфатических узлах – у 1 пациента (умер), диссеминация опухоли – у 2 пациентов (умерли).

Выводы. Эндоскопическая трансназальная хирургия - эффективный метод получения материала для морфологического исследования (биопсия). Эндоскопическое трансназальное удаление опухоли при локализованных стадиях, без прорастания опухоли за ситовидную пластинку решетчатой кости, может проводиться как самостоятельный метод лечения. После удаления ЭНБ в отделениях неонкологического профиля необходима консультация детского онколога для решения вопроса о необходимости специального лечения. Удаление ЭНБ при распространенных стадиях возможно только как этап комплексного лечения.

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Родионова О.И., Ващенко Н.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Установление причины носовых кровотечений и знание механизма их возникновения необходимы для эффективного устранения данной патологии и предупреждения рецидивов. Одной из возможных причин нестойкости местного гемостаза, и, следовательно, спонтанного и рецидивирующего кровотечения, может быть вазопатия, обусловленная «хрупкостью» сосудистой стенки, в том числе сосудистого сплетения носовой перегородки, связанная с недостаточностью или дефектом коллагена 1 типа, обусловленного дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Одним из наиболее распространенных признаков ДСТ является синдром гипермобильности суставов (СГС), а также вегетативная дисфункция, астенический синдром, пороки сердца, деформация позвоночника (сколиоз, кифосколиоз) и грудной клетки, варикозное расширение вен, опущение внутренних органов, грыжи различной локализации, идиопатическая артериальная гипертензия, экстрасистолия, бронхолегочная патология, иммунологические нарушения и др.

Цель: Проанализировать частоту встречаемости синдрома гипермобильности суставов у детей со спонтанными и рецидивирующими носовыми кровотечениями.

Материал и методы: Проведено обследование 21 пациента ЛОР-отделения 3-ей детской городской клинической больницы, госпитализированного с диагнозом «Носовое кровотечение» (основная группа) и 21 пациента этого же отделения с прочей ЛОР-патологией (контрольная группа). СГС выявлялся при помощи теста Бейтона: пассивное разгибание мизинца кисти более 90°, пассивное прижатие большого пальца кисти к внутренней стороне предплечья, переразгибание в локтевом суставе более 10°, переразгибание в коленном суставе более 10°, наклон туловища вперед с касанием ладонями пола при прямых ногах. За увеличенный объем движений в одном суставе (с одной стороны) начисляется 1 балл, максимум 9 баллов. Обычным для европейцев является счет по Бейтону от 0 до 4.

Результаты и их обсуждение: Наиболее частой фоновой причиной носовых кровотечений у детей явилась ОРИ (63,6 %). Нарушение системы гемостаза было выявлено у 29,6% детей (из них 6,8% пришлось на тромбоцитопении). Носовым кровотечениям наиболее были подвержены девочки подросткового возраста (50% против 25% мальчиков того же возраста), мальчики преобладали лишь в возрастной группе 3-7 лет (16% против 9% девочек). СГС (положительный тест по Бейтону) был выявлен у 52% детей основной группы и у 28% детей контрольной группы.

Выводы:

1. Нарушения свертывающей системы крови (вызванной различными причинами) было частой причиной носовых кровотечений у обследованных детей. При сочетании недостаточности коллагена 1 типа с нарушением гемостатической функции крови (временной или стойкой) риск спонтанных кровотечений повышается.
2. Фенотипические проявления ДСТ (СГС) чаще встречались у пациентов со спонтанным или рецидивирующим носовым кровотечением, чем в группе контроля.
3. Дети с признаками ДСТ, проявляющейся в том числе гипермобильностью суставов (определяемой при помощи теста по Бейтону), должны быть отнесены в группу повышенного риска развития кровотечений, что следует учитывать в дальнейшей жизни при планировании хирургических вмешательств и в акушерской практике.

КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИФИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ.

Савченко Е.М., Шавгулидзе М.А.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Министерства здравоохранения РФ, г. Санкт-Петербург, РФ.

Введение. В связи с увеличением числа пациентов с системным васкулитами, возрастает значимость своевременной диагностики данной группы заболеваний. Изменения со стороны ЛОР-органов нередко являются дебютными для гранулематоза с полиангиитом (ГПА).

Цель. Охарактеризовать манифестные клинико-лабораторные, инструментальные, рентгенологические и гистологические проявления патологии. Сформулировать критерии клинико-лучевой диагностики специфического синусита при гранулематозе с полиангиитом.

Материалы и методы. Обследовано четыре пациента, находившихся на лечении в клинике ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова за период с сентября по декабрь 2018 года. Алгоритм обследования помимо стандартных методов обследования включал эндоскопический осмотр, выполнение конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) околоносовых пазух (ОНП) и челюстно-лицевой области с денситометрическим определением оптической плотности изображения, расширенное гистологическое исследование и осмотр врача ЧЛХ. По результатам обобщены основные отличительные черты данной выборки пациентов.

Результаты и обсуждение. В исследование включено три женщины и один мужчина (соотношение 3:1), средний возраст составил 59 лет, с распределением от 37 до 70 лет. Клинические проявления были неспецифичны: подострое начало заболевания, нарушение носового дыхания, формирование корок в полости носа, незначительное кровотечение при их удалении. Обращало на себя внимание отсутствие положительной динамики от проведенных стандартных методов местной и общей терапии, включающей топические антисептические препараты, препараты, направленные на восстановление слизистой оболочки полости носа и носоглотки. При осмотре ригидным эндоскопом 0⁰ и 30⁰ характерным для всех пациентов было выявление гноеродных корок с локальными геморрагиями, диффузной гиперемией слизистой оболочки с проявлениями микроангиопатии и нарушением целостности слизистой оболочки, отсутствие признаков экзофитного роста. Ни одного из пациентов данной выборки не визуализировались специфические гранулемы. При культуральных исследованиях мазков из полости носа и ротоглотки выделялась неспецифическая бактериальная флора, наиболее часто *Staphylococcus Aureus* (75%). По результатам иммунологического исследования было отмечено повышение АНЦА и СОЭ у всех пациентов, тогда как повышение ревматоидного фактора было лишь у одного пациента. По данным КЛКТ – признаки хронического синусита. Во всех случаях определялись пристеночно-гиперпластические изменения верхнечелюстных синусов и КТ-признаки гиперостоза стенок заинтересованных синусов. В половине случаев – остеонекроз стенок заинтересованного синуса, множественные перфорации перегородки полости носа. Результат гистологического исследования представлял собой картину неспецифического воспаления.

Выводы. Основными маркерами специфического синусита при ГПА следует считать: отсутствие ответа на стандартные консервативные методы лечения при скудных бактериологических данных, эндоскопическая картина гноеродных корок в сочетании с признаками хронического геморрагического воспалительного процесса полости носа и носоглотки. Рентгенологически – гиперпластические изменения, КТ-признаки гиперостоза стенок заинтересованных синусов с локальным денситометрическим определением оптической плотности изображения патологического объекта 1800 усл. ед., возможно формирование остеонекроза, множественных перфораций.

ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Селезнев К.Г., Долженко С.А., Моногарова Н.Е., Климов З.Т., Андреев П.В.,
Окунь О.С., Малеев О.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Донецк

Введение. Аллергический ринит – одно из хронических заболеваний, представляющую глобальную проблему для всех возрастных групп, в том числе и для пациенток репродуктивного возраста. Немаловажной является проблема аллергического ринита у беременных. Симптомы ринита значительно снижают качество жизни, нарушают ночной сон, что может осложнить течение беременности, повысить риск плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития.

Целью настоящей работы стал анализ течения аллергического ринита у беременных.

Материалы и методы. Проанализированы особенности течения аллергического ринита у 163 беременных женщин. Средний возраст обследованных составил 28 лет (18-45 лет). У 62 (38%) пациенток установлено легкое течение, у 88 (54%) средней степени тяжести и у 13 (8%) - тяжелое. Пациентки отбирались согласно сбору аллергического анамнеза по общепринятой схеме, физикального обследования. Учитывая, что в период беременности нередко наблюдается гормональный ринит беременных, связанный с влиянием прогестерона. Этот факт затрудняет диагностику аллергического ринита. С целью подтверждения наличия аллергии определялся общий и специфический IgE в сыворотке крови. Клинически значимых анатомических деформаций внутриносовых структур, отрицательно влияющих на носовое дыхание, у пациенток не отмечалось. У всех пациенток беременность протекала удовлетворительно. Проводился мониторинг клинических синдромов, включающий ежедневную самостоятельную оценку пациентками основных симптомов заболевания.

Результаты и их обсуждения. Впервые во время беременности аллергический ринит диагностирован у 56 пациенток. У 107 (65,6%) еще до беременности в анамнезе был аллергический ринит. Продолжительность аллергического ринита у большинства пациенток (73,6%) была свыше 7 лет. Наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям прослеживалась у 42,8% женщин. У 84% женщин содержание IgE превышало среднее значение этого показателя. Все пациентки жаловались на различные проявления ринита (заложенность носа, приступы чихания, отделяемое из носа слизистого характера). Назальная обструкция являлась причиной головной боли, дневной усталости и нарушения сна. Все это способствовало снижению качества жизни. У 68 пациенток симптомы появлялись периодически, а у 95 – постоянно. Обострение аллергического ринита во время беременности наблюдалось у 81 пациентки (75,7%) Динамика течения аллергического ринита на протяжении гестационного периода - ухудшение течения аллергического ринита у 99 (60,7%) женщин при тяжелом и среднем течении, без существенной динамики у 54 (33,1%), улучшение у 6,4% при легком течении. Ухудшение симптомов аллергического ринита распределилось таким образом: 21% в I триместре, 45% во втором и 34% в третьем триместре беременности.

Выводы. Аллергия является одной из частых причин ринита у беременных. У 60,7 % пациенток аллергический ринит протекает с утяжелением симптомов заболевания во время беременности, причем 45 % во втором триместре В период беременности показано динамическое наблюдение у оториноларинголога и аллерголога.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ РЕШЕТЧАТЫХ АРТЕРИЙ

Селезнев К.Г., Малеев О.В., Климов З.Т., Долженко С.А., Андреев П.В., Окунь О.С., Уткина А.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Донецк

Введение. Носовые кровотечения (НК) из передних отделов носа составляют от 75% до 95 % всех НК (З.Т. Климов 2006; Т.А. Диброва, 2012). Одним из возможных источников НК могут быть решетчатые артерии. Для остановки кровотечений применяется тампонада носа передняя и задняя, перевязка решетчатых артерий по Киллиану, вскрытие клеток решетчатого лабиринта с последующей тугой тампонадой и т.д. (Ю.В. Митин и др., 1995).

Целью работы является разработка эффективного метода остановки рецидивирующих, профузных НК из решетчатых артерий.

Материалы и методы. В клинике ЛОР – болезней ДОКТМО с 2008 по 2018 годы наблюдалось 68 пациентов НК из решетчатых артерий. Причиной НК у 61 (89,7 %) пациентов была черепно-мозговая травма или травма лицевого скелета черепа, в 7 (10,3 %) случаях выявить причину НК не удалось. Всем пациентам выполнено хирургическое вмешательство по предложенной нами методике – окклюзия просвета решетчатых артерий локальной компрессией клетками решетчатого лабиринта (З.Т. Климов, 2006). Методика: под контролем эндоскопа выполняем медиализацию средней носовой раковины. Распатором дозированно сминаем клетки решетчатого лабиринта. Движение распатора производим кверху, латерально и кзади от функционально важных образований полулунной щели. Полной окклюзии просвета кровотокающего сосуда достигаем за счет стойкой механической компрессии, клетками решетчатого лабиринта.

Полученные результаты и их обсуждение. После остановки НК по предложенному методу кровотечение прекратилось у 62 (92%) больных, тампоны удалялись на третьи сутки. Послеоперационная (этмоидальная) полость выглядит как после эндоназальной эндоскопической передней этмоидотомии. У 7 % пациентов повторное кровотечение носили менее интенсивный характер из передних отделов полости носа, кровотечения останавливались самостоятельно или производилась передняя тампонада на одни сутки. В 1 случае НК возникли на 5 сутки после операции из этмоидальной полости, кровотечение остановлено тампонадой этмоидальной полости тахокомбом. В 1 случае на 5 сутки после операции возникло кровотечение, при эндориноскопии был дополнительно выявлен кровотокающий пульсирующий сосуд – ветвь восходящей крылонебной артерии, то есть источник кровотечения оказался не в месте хирургического вмешательства. Под контролем эндоскопа произведена диатермия кровотокающего сосуда - кровотечение остановлено.

Таким образом, предложенный нами метод остановки НК из решетчатых артерий является довольно эффективным.

Выводы. Предложенный нами эндоскопический эндоназальный метод остановки НК из решетчатых артерий является малоинвазивным вмешательством, достаточно эффективным и может быть рекомендован для использования в клинической практике.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ РИНОПЛАСТИКИ ПАЦИЕНТАМИ С ПРИЗНАКАМИ ДИСМОРФОФОБИИ

Семенов Ф.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, РФ

Ринопластика является одной из самых распространённых эстетических операций пластической хирургии. Несмотря на то что многие пациенты, обращающиеся к пластическому хирургу, не имеют психологических проблем, существуют отдельные категории людей, которые по причине своего психологического склада являются довольно рискованными субъектами для проведения операции. Среди пациентов, являющихся по мнению многих специалистов неподходящими кандидатами для пластической хирургии, выделяют лиц с дисморфофобией.

Целью работы являлось изучение взаимосвязи субъективной оценки пациентом результатов ринопластики с «индексом» дисморфофобии.

Материал и методы. В исследование включены 367 человек, которым была выполнена ринопластика в 2015-16 гг. Пациентам предлагалось заполнить специальный опросный лист, позволяющий количественно оценить отношение анкетированных к своей внешности и выявить пациентов с признаками дисморфофобии. Анкетирование выполнялось накануне дня операции. Через 1 год после операции врач и пациент оценивали полученный результат.

Результаты. Пациенты с низким индексом дисморфофобии (в пределах 5-6 баллов) адекватно оценивали результат операции, их мнение совпадало с оценкой врача, а в ряде случаев они даже не замечали тех незначительных дефектов, которые видел врач. Общее количество таких результатов ринопластики, удовлетворяющих пациента и врача, составило 93% (341 человек). У пациентов, придающих большое значение мелким недостаткам внешности, а в ряде случаев склонных к их гипертрофированию, «индекс» дисморфофобии был высоким (16 пациентов – средний индекс дисморфофобии 15). Они настаивали на коррекции «дефекта», отмечали, что все окружающие замечают имеющийся у них недостаток. При этом, по мнению хирурга и коллег, привлекаемых к беседе с пациентом, полученный результат с эстетической точки зрения был хорошим. В подобных ситуациях врачу следует проявить терпение. Не следует категорически отрицать наличие мелкой асимметрии или неровности в области наружного носа. Демонстрация результатов операций из руководств по пластической хирургии известных отечественных и зарубежных авторов, обсуждение до- и послеоперационных фотографий самого пациента, беседы о технике выполнения ринопластики, влиянии на ход послеоперационного «поведения» тканей многих независимых от хирурга и пациента факторов, позволили нам в большинстве случаев убедить пациентов в отсутствии необходимости корригирующего вмешательства. В тех случаях, когда мнение хирурга и пациента относительно коррекции послеоперационного результата совпадали, была выполнена повторная операция. Во всех случаях пациенты были удовлетворены окончательным результатом.

Выводы. Таким образом анкеты, содержащие вопросы, позволяющие выявить признаки дисморфофобии, могут быть полезными при отборе пациентов для пластических операций, в частности ринопластики. По данным разработанного нами опросника, индекс дисморфофобии 5 баллов и ниже позволяет рассчитывать на адекватную оценку пациентом результатов ринопластики. Значение индекса от 6 до 10 баллов может потребовать психологической поддержки пациента, который будет слишком скрупулезно оценивать результат. Значение индекса дисморфофобии более 10 баллов должно насторожить хирурга в отношении неадекватной оценки пациентом результатов операции, особенно в случае малейших асимметрий в области хирургического вмешательства.

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Смыченко А.М., Ерёмина А.О., Сысолятин С.П., Банникова К.А.

РУДН, Москва, РФ

ООО Клиника «Эндостом», Москва, РФ

Введение: Как правило, лечение пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом проводится в условиях стационара, с госпитализацией на несколько суток и хирургией под наркозом. Однако, потенциально, альтернативой может служить эндоскопически ассистированная трансоральная санация пазухи, которая, не требует наркоза и может быть выполнена в амбулаторных условиях.

Цель: Повышение эффективности лечения пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом в рамках амбулаторного приема.

Материалы и методы: Результаты лечения 13 пациентов с диагностически верифицированным хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом. В 10 случаях была проведена трансоральная гайморотомия через минидоступ - в передней стенке синуса над альвеолярной бухтой формировалось окно от 5 до 10 мм. Далее, под эндоскопической ассистенцией выполнена санация синуса. В 3 наблюдениях использован доступ через ороантральное сообщение, образовавшееся в результате удаления зуба. Все хирургические вмешательства проводились в условиях седации и местного обезболивания.

Результаты и их обсуждение: Интраоперационно, в ходе эндоскопического осмотра пазух у 8 пациентов обнаружен пломбирочный материал. У 3 пациентов была диагностирована и удалена одонтогенная киста, 2 случая ятрогенного синусита в результате проталкивания отломка корня зуба в верхнечелюстную пазуху при попытке удаления. Эндоскопическая техника обеспечила полноценный обзор пазухи, в том числе зоны соустья. Данная методика позволяла свободно работать в нижнелатеральных отделах пазухи, но верхнемедиальные отделы пазухи не удавалось полноценно обезболить, что ограничивало возможности работы. Во всех наблюдениях удалось полноценно санировать пазуху, однако, надо отметить, что у всех пациентов патологические изменения локализовались в альвеолярной бухте, без вовлечения зоны соустья. Контрольные наблюдения через 3 месяца подтвердили эффективность лечения. Рецидивов синусита и других осложнений не выявлено.

Выводы. Таким образом, наше исследование показывает, что санация верхнечелюстного синуса в амбулаторных условиях под эндоскопической ассистенцией возможна, эффективна и малотравматична, но может быть применена только при ограниченных изменениях в нижних отделах пазухи.

НАШ ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИСУСИТА

Тырык О. Б.*, Щербаков Д. А.**

*АО «МСЧ «Нефтяник», **Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

Проблема лечения хронического полипозного риносинусита (ХПРС) остаётся актуальной ввиду недостаточно изученного патогенеза заболевания.

Цель исследования – оценить эффективность лечения пациентов с ХПРС путем применения комбинированной терапии, включающей: эндоскопическую шейверную инфундибулотомию с интраоперационным введением в каждую верхнечелюстную пазуху по 3 мл (300мг) раствора N-ацетилцистеина и назначение в послеоперационном периоде перорально 600 мг N-ацетилцистеина 1 раз в сутки утром, курс 6 месяцев.

Материалы и методы. В рамках исследования проведен сравнительный анализ клинической эффективности лечения ХПРС и профилактики рецидива заболевания 98 больных, из них 46 женщин и 52 мужчин, в возрасте от 18 до 62 лет. Опытную группу составили 50 человек, 28 мужчин и 22 женщины, в возрасте от 26 до 62 лет, средний возраст 42,68 лет; контрольная группа состояла из 48 человек, 24 мужчины и 24 женщины, в возрасте от 18 до 54 лет, средний возраст 39,67 лет. Критерием включения в обеих группах были наличие жалоб по данным SNOT-22 от 45 до 100 баллов, распространение патологического процесса по данным МСКТ околоносовых пазух: шкала Lund-Mаскау от 12 до 24 баллов. Критериями исключения пациентов из исследования явились одонтогенные синуситы, пациенты, принимающие системную ГКС терапию, новообразования околоносовых пазух. В опытной группе проводилось хирургическое лечение в соответствии с принципами FESS с интраоперационным введением в каждую верхнечелюстную пазуху по 3 мл (=300 мг) N-ацетилцистеина. В послеоперационном периоде N-ацетилцистеин назначался внутрь в дозировке 600 мг в сочетании с препаратом мометазона фууроата интраназально по 100 мкг в каждую половину носа 2 раза в день; курс лечения обоими препаратами составлял 6 месяцев. Пациентам контрольной группы проводилось аналогичное хирургическое лечение с назначением в послеоперационном периоде мометазона фууроата интраназально по 100 мкг в каждую половину носа 2 раза в день в течение 6 месяцев.

Результаты. На контрольной явке через 6 месяцев получены следующие результаты: пациенты опытной группы жалоб не предъявляли. По данным теста SNOT-22 отмечается улучшение качества жизни пациентов: количество баллов варьировалось от 0 до 9. По результатам МСКТ околоносовых пазух полипозные разрастания не были обнаружены. Шкала Lund-Mаскау составила — $5 \pm 2,2$ балла.

Пациенты контрольной группы отмечали различной степени выраженности затруднение носового дыхания, что отражается в данных теста SNOT-22 – количество баллов варьировалось от 6 до 16. Анализируя результаты контрольной МСКТ околоносовых пазух, используя шкалу Lund-Mаскау, выраженность патологического процесса составила $11 \pm 1,6$ баллов.

Выводы. Сравнительный анализ показал, что длительное применение ацетилцистеина при ХПРС повышает эффективность хирургического лечения, снижает частоту рецидивов, а также способствует улучшению общего состояния больных. Это связано с прямым муколитическим действием препарата, что особенно актуально при условии мукоцилиарной недостаточности у пациентов с ХПРС. Также лекарственное вещество обладает выраженной антиоксидантной активностью за счет наличия SH-группы и активации глутатиона.

ПЕРСониФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОПЕРАЦИЯМ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА

Фарииков С.Э., Громов К.С., Козлов В.С.

ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, Москва, РФ

Введение. Операции на перегородке носа входят в число наиболее часто выполняемых вмешательств в лор стационарах. Хирурги, буднично выполняющие эти операции, знают, что деформации перегородки носа могут быть для них задачами различной сложности. Осложнения, связанные с ходом операции и неудачи в достижении желаемой цели, далеко не редкая ситуация. По понятным причинам конкретных данных по этой проблеме мало, однако, например, L. Døsen и R. Naue утверждают, что хирургические вмешательства на перегородке носа могут явиться причиной перфорации в 39,2% случаев. Многие хирурги в контексте эволюции вмешательств предлагают различные методики. Тем не менее, эти методики имеют скорее общий подход, чем индивидуальный. Ход оперативного вмешательства при различных деформациях не может быть стандартным и редко укладывается в какую-либо методику.

Цель: определить для операций на перегородке носа категории сложности септопластики, на основе категорий сложности выработать принцип персонифицированного подхода для каждого варианта деформации

Материалы и методы. Опираясь на клинический опыт на основе фенотипов деформации перегородки носа по классификации R.Mladina нами предложено 4 категории септопластики.

Септопластика I категории – соответствует вмешательствам при 2 типе деформации (1 тип – деформация без нарушения носового дыхания)

Септопластика II категории – соответствует вмешательствам при 3 и 4 типах деформации

Септопластика III категории – соответствует вмешательствам при 5 и 6 типах деформации

Септопластика IV категории – все вмешательства при деформациях 7 типа, деформации с перфорациями перегородки, реоперации на перегородке носа.

Септопластика рассматривалась по этапам, выделенным E.N.Huizing (доступ, мобилизация, резекция, репозиция, реконструкция, фиксация) Для каждого этапа операции каждой категории септопластики определены свои особенности.

Результаты и их обсуждение. Тенденции современной медицины направлены на обеспечение персонализированных подходов к ведению пациентов для достижения лучших результатов, профилактики ятрогенных осложнений. Применительно к операциям на носовой перегородке персонализированный подход актуален в виду многообразия деформаций. Особенно стоит отметить случаи с грубыми травматическими деформациями, где задачи, поставленные перед хирургом, не могут быть решены единой унифицированной или «любимой» методикой. Начинаящим хирургам, обладающим знаниями общего подхода при диагнозе «деформация/искривление носовой перегородки», также приходится сталкиваться с расхождением реальной ситуации с рекомендациями в литературе.

Выводы: диагноз «деформация/искривление носовой перегородки» не конкретизирует локус деформации и не подразумевает определенной тактики. Каждый этап операции может быть персонифицирован. Предложенный нами подход позволяет общую задачу деформированной перегородки разделить на определенные задачи с индивидуальным решением.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ С УЧЁТОМ КОМОРБИДНОГО СТАТУСА

Фениксова Л.В., Рыбалкин И.С.

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова», кафедра оториноларингологии педиатрического факультета Москва, РФ.

Вне зависимости от особенностей этиологических факторов развития хронического синусита у детей обострение заболевания имеет сходную клиническую симптоматику. Однако не вызывает сомнения тот факт, что несколько заболеваний у одного и того же пациента могут иметь различную степень взаимосвязи и влияния на течение друг друга, что определяет в итоге выбор эффективного комплекса лечебных мероприятий. Индивидуальный подход к лечению возможен лишь с позиций коморбидности, то есть при чётком разграничении имеющихся у пациента заболеваний, выявлении среди них основных, сопутствующих, фоновых осложнений основного заболевания и конкурирующих заболеваний.

Цель исследования: определить спектр и частоту фоновых заболеваний у детей с различными формами хронического синусита и разработать индивидуальный план лечебных мероприятий для каждой группы пациентов. Материалы и методы. Для достижения поставленной цели на базе ЛОР-отделения ФГБУ «РДКБ МЗ РФ» было обследовано 148 детей в возрасте 6-15 лет с экссудативными и пролиферативными формами хронического синусита. Длительность заболевания составляла от 1,5 до 6 лет.

При комплексном обследовании 68 пациентов с экссудативной формой хронического синусита отсутствие фонового заболевания отмечено у 16,2%, аденоиды II-III ст. выявлены у 35,3%, атопия – у 27,9%, патология остиомеатального комплекса – у 11,8%, деформация перегородки носа – у 8,8%. По окончании комплексного лечения обострения заболевания в периоде репарации в соответствии с индивидуальным планом, для каждого пациента данной группы были выполнены saniрующие операции на носоглотке и функциональные операции (септопластика, турбинопластика), лечение респираторной аллергии под наблюдением специалиста. У 60 пациентов этой группы (88,2%) после перечисленного комплекса лечебных мероприятий удалось добиться стойкой клинической ремиссии заболевания при катamnестическом наблюдении в течение 3 лет. Лишь 8 пациентам (11,8%) для выздоровления потребовалась saniрующая операция (FESS).

В группе из 64 пациентов с пролиферативной формой хронического синусита на основании комплексного обследования, проведённого с привлечением специалистов педиатрического профиля, отсутствие фонового заболевания было отмечено лишь в 3,1% наблюдений, атопия выявлена у 43,8 %, муковисцидоз – у 39,0%, атопия в сочетании с патологией внутриносовых структур и носоглотки – у 14,1%. С учётом коморбидного статуса, возраста пациента и распространённости пролиферативного процесса индивидуальный план лечебных мероприятий пациентов этой группы также включал в себя консервативное и хирургическое лечение (полипотомия полости носа, аденотомия, септопластика, турбинопластика). Лишь у 17 пациентов (22,6%) этой группы после перечисленного комплекса лечебных мероприятий удалось добиться отсутствия прогрессирующего роста полипов в полости носа при катamnестическом наблюдении в течение 3 лет. Остальным 47 (73,4%) пациентам для выздоровления потребовалось saniрующая операция (FESS). Полученные данные позволяют расширить показания для проведения FESS у детей. Таким образом, оценка коморбидного статуса является ведущим направлением оптимизации лечения хронического синусита в детском возрасте, позволяющим выработать индивидуальный эффективный алгоритм комплекса лечебных мероприятий с учётом ведущих звеньев патогенеза и комплекса имеющихся заболеваний.

ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ К КРИСТОТОМИИ ШИПОВ III ТИПА ПРИ ЭПИЛЕПТИФОРМНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Филимонов С.В., Ефимцев А.Ю., Левчук А.Г.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Гиппокампальная рабочая сеть (hippocampal network) по данным литературы практически всегда участвует в возникновении приступов при различных эпилептических синдромах (Chatzikonstantinou A, 2014; Szabo K., Hennerici M.G., 2014) при этом, определяется усиление её активности в состоянии покоя у пациентов с височной эпилепсией, медиальной височной эпилепсией, идиопатическими генерализованными эпилепсиями (Maria Centeno, David W. Carmichael, 2014; Laura A. Ewell, Liang Liang et al., 2015).

Цель: поиск зон головного мозга, являющихся конечным звеном патологического риноцеребрального рефлекса, при моделировании «точки контакта» в полости носа и обоснование показаний к кристотомии шипов III типа.

Материалы и методы. Было обследовано 10 здоровых добровольцев (5 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 29 до 45 лет. Всем испытуемым была выполнена фМРТп. Магнитно-резонансная томография выполнялась на МР-томографе с силой индукции магнитного поля 3.0 Тесла (Siemens Trio). Использовалась импульсная последовательность BOLD (blood oxygenation level-dependent) со следующими параметрами: время повторения (TR) – 3000 мс, время эхо (TE) – 30 мс, угол поворота спинов (FA) – 90°, FOV – 192 мм, матрица – 64×64, толщина среза – 4,5 мм, количество срезов – 29, количество повторений – 120, время сканирования – 6 минут, без фиксации взора в одинаковых условиях состояния покоя и с минимальным влиянием на зрительную и слуховую рабочие сети головного мозга [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23597935>].

Перед началом программы в нижний носовой ход добровольцами самостоятельно вводилась ватная палочка, смоченная вазелиновым маслом, на глубину 1,5 см до ощущения тесного соприкосновения с перегородкой носа с одной стороны и медиальной поверхностью нижней носовой раковины с другой до появления эффекта плотного «вклинения». Данным образом моделировалась точка контакта и провоцировалась риноцеребральная реакция.

Статистическая обработка и оценка результатов нейровизуализационных исследований как каждого пациента в отдельности, так и их групповой совокупности (данных фМРТ покоя) осуществлялись с помощью программного пакета CONN v.18 (Functional connectivity toolbox), предназначенного для определения взаимосвязей между различными отделами головного мозга, в том числе в динамическом режиме, статистического картирования зон активации, определения структуры различных сетей покоя и рабочих функциональных сетей головного мозга.

Результаты. Нами отмечено усиление положительных функциональных связей МПФК с гиппокампами (преимущественно справа) в ответ на ринальную стимуляцию, что по сути является активацией гиппокампальной сети и объясняет и подтверждает развитие эпилептиформных состояний у пациентов с искривлениями перегородки носа с вклинёнными шипами III типа.

Выводы: при моделировании точки контакта медиальной и латеральной стенок носа возникает риноцеребральная реакция, конечным звеном которой является гиппокампальная рабочая сеть. Хирургическое вмешательство (кристотомия) на структурах внутреннего носа при отсутствии воспалительной патологии носа и околоносовых пазух и наличии патологического риноцеребрального рефлекса у пациентов с шипами III типа можно считать обоснованным.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОТИВОГРИБКОВАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭКССУДАТИВНЫХ СИНУСИТОВ

Хайитов А.А., Хушвакова Н.Ж., Турдиев М.С. Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение: В последнее десятилетие отмечен рост числа грибковых заболеваний ЛОР-органов. Наиболее часто микотическому процессу подвержены верхнечелюстные пазухи, реже решётчатые, еще реже - лобные и клиновидные пазухи. Хронический экссудативный синусит, ассоциированный с грибковой микрофлорой - это длительный процесс с частыми рецидивами, сопровождающийся затруднением носового дыхания, выделениями из носа студенистого, слизистого или гнойного характера, головной болью и чувством тяжести в области пораженной пазухи.

Цель. Изучение эффективности комбинированного применения противогрибковых препаратов Дермазол и Фуцис при лечении хронических экссудативных синуситов, ассоциированных с грибковой микрофлорой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в ЛОР отделении клиники СамМИ находилось 47 амбулаторных больных в возрасте от 18 до 60 лет (27 мужчин, 20 женщин) с диагнозом хронический синусит, экссудативная форма. Всем больным проведено клиническое и культуральное микологическое обследование (выявлена грибковая ассоциация дрожжевых грибов *Candida* и *Aspergillus* в сочетании с бактериальной микрофлорой). Вместе с традиционным лечением (секретолитики, антигистаминные препараты, физиотерапия) нами были использованы противогрибковые препараты из группы имидазолов: Дермазол, обладающий выраженным действием в отношении грибов рода *Candida* и *Aspergillus*, и Фуцис (флюконазол), эффективный при грибковой инфекции. Дермазол назначали внутрь по 200 мг 1 раз в сутки на протяжении 15 дней; раствором Фуциса 100 мл промывали полости носа и гайморовых пазух (при дренировании на 5-7 дней после пункции).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного лечения отмечено улучшение клинических проявлений (уменьшение гиперпластических изменения нижней и средней раковин, прозрачных микровезикул и точечных высыпаний слизистой носа, выделений) уже на 5-7 сутки от начала лечения у 31 пациента, у остальных 16 пациентов улучшение клинических проявлений наступило на 12-15 день от начала лечения. Тогда как проведенная ранее нами противогрибковая монотерапия в комплексном лечении ХЭС дала улучшение клинических проявлений только в более поздние сроки лечения.

Выводы. Таким образом, использованное нами комбинированное применение противогрибковых препаратов Дермазол и Фуцис при лечении ХЭС, ассоциированных с грибковой микрофлорой, дало положительный клинический эффект уже в более ранние сроки лечения, что способствовало сокращению периода обострения.

ОСОБЕННОСТИ КТ АНАТОМИИ НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ

Царапкин Г.Ю.* , Кучеров А.Г.** , Огородников Д.С.*** , Кочеткова Т.А.* , Мусаева М.М.*

* ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗ г. Москвы (директор – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

** Кафедра оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ (зав. кафедрой – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

Введение. Хирургические вмешательства на нижних носовых раковинах (ННР) являются наиболее частыми операциями, направленными на восстановление носового дыхания. Одним из хирургических приемов, который преследует расширение просвета общего носового хода полости носа является люксация ННР с последующей латероконхопексией.

Цель: определить анатомические особенности костного остова ННР, влияющие на место перелома при люксации ННР.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 59 человек с искривлением перегородки носа и хроническим ринитом. 32 - женщин и 27 – мужчин в возрасте от 18 до 51 лет. Критерием исключения являлась костная гипертрофия ННР. КТ исследование носа и ОНП проводили в 2 проекциях. На томограмме носа и ОНП мы измеряли толщину костной пластики ННР в мм на всем её протяжении. Нами производились измерения расстояния между местом прикрепления ННР с 2-х сторон в области костной апертуры носа (АВ), на уровне лакримального и этмоидального отростков, в проекции хоан. Также мы проводили перпендикуляр к дну полости носа, тем самым проецируя «идеальную» перегородку носа, измеряли расстояние в самой узкой части между проектируемой перегородкой носа и костной частью ННР на тех же срезах (СД).

Результаты и обсуждение. ННР в переднем отделе представляет пирамидальный отросток с широким основанием $1,24 \pm 0,01$ мм. Расстояние СД составляет $8,87 \pm 1,57$ мм отрезок АВ составляет $20,25 \pm 2,10$ мм, что меньше на 2.8- 21.9%, чем на последующих уровнях. На уровне processus lacrymalis ННР принимает форму ламеллы, толщиной $0,96 \pm 0,01$ мм. На уровне processus lacrymalis у 35 (59,3%) пациентов ННР имеет локальное сужение (перешек), толщиной $0,52 \pm 0,01$ мм. У 22 пациентов (62.8%) 1 «перешеек», а у 13 (37.1%) – 2 и более. У 24 (40.6%) пациентов перешейка на КТ не отмечалось. Отрезок СД составил $6,15 \pm 1,40$ мм.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные имеют важное значение в планировании хирургического вмешательства на ННР.

МЕТОДИКА СЕЛЕКТИВНОЙ РИНОФЛУОМЕТРИИ

Царапкин Г. Ю. *, Огородников Д.С. **, Кишиневский А.Е. *, Мусаева М.М. *, Кочеткова Т.А.*

* ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗ г. Москвы (директор – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

** Кафедра оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ (зав. кафедрой – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И.Крюков)

Актуальность. Заболевания полости носа и околоносовых пазух занимают ведущее место по распространенности в патологии ЛОР-органов. Аэродинамические процессы играют важную роль в физиологии и патофизиологии полости носа. Изучение данных процессов необходимо для понимания патогенеза заболеваний полости носа и развития функциональной эндоназальной хирургии. К настоящему моменту разработано достаточно много способов изучения аэродинамики полости носа, однако отсутствует метод для высокоточного измерения внутриносовых потоков воздуха *in vivo*.

Цель исследования: разработать прибор и методику для измерения локальных аэродинамических процессов в полости носа *in vivo* с высокой точностью и применить у здоровых добровольцев.

Материалы и методы. В разработке прибора мы использовали высокочувствительный датчик потока воздуха Honeywell Zephyr (США). К датчику подсоединялась гибкая силиконовая трубка, к которой, в свою очередь, был присоединен полый металлический зонд длиной 150 мм и внутренним диаметром 1,5 мм. Датчик передает информацию на микроконтроллер, который соединялся с персональным компьютером. На персональном компьютере информация с датчика обрабатывается в специально разработанной программе. В итоге результат измерения представлен в виде объемной скорости потока воздуха в конкретной точке (в мл/мин). Для испытания прибора были отобраны 10 здоровых добровольцев (20 половин носа) без жалоб на затруднение носового дыхания. Всем добровольцам измерения проводили в одинаковых 14 точках полости носа под эндоскопическим контролем, по 20 с в каждой точке.

Результаты. Разработанный прибор позволил фиксировать потоки воздуха малой амплитуды (от 0,016 мл/с) с высокой точностью (до 0,001 мл/мин) в отдельно взятых точках полости носа. При вдохе мы наблюдали наибольшую объемную скорость потока (51,06 мл/мин) в нижней части общего носового хода в передних отделах полости носа и в средне-верхней части общего носового хода в задних отделах (85,26 мл/мин). На выдохе в передних отделах скорость потоков распределялась более равномерно и составила около 30 мл/мин, в задних же отделах скорость была выше в верхней части общего носового хода (65,56 мл/мин). Вместе с тем, мы наблюдали существенную индивидуальную вариабельность значений.

Выводы. Оригинальный прибор для селективной ринофлуометрии способен точно определять скорость потока воздуха в заданной точке полости носа. Полученные нами данные по изучению аэродинамики полости носа у здоровых добровольцев оказались сопоставимы с данными, полученными в других исследованиях, что подтвердило релевантность разработанной методики. В дальнейшем селективная ринофлуометрия может быть использована для изучения физиологических и патофизиологических процессов в полости носа и околоносовых пазухах.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАМПОНАДЫ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМИ НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Царапкин Г. Ю., д.м.н., Товмасын А.С., к.м.н., Поляева М.Ю., к.м.н., Гунина М.В.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ (директор – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И. Крюков), Москва, Россия.

Актуальность. Носовые кровотечения (НК) занимают важное место в структуре заболеваний ЛОР-органов и являются одной из частых причин экстренной госпитализации больных в оториноларингологические отделения многопрофильных стационаров. Доля больных с НК среди госпитализированных больных составляет от 4 до 14%. В 90% случаев НК расцениваются, как идиопатические. Наиболее частым источником НК является Киссельбахово сплетение (90-95%) – передние НК. В 5-10% случаев - сплетение Вудраффа – задние НК. Первую помощь пациентам с НК оказывает врач скорой медицинской помощи (СМП), при этом тампонада полости носа остается основным методом остановки НК.

Цель работы: изучить особенности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с НК в крупном многопрофильном стационаре и оценить эффективность тампонады полости носа, проведенной врачами СМП.

Материалы и методы. Нами изучена медицинская документация (истории болезни) больных, находившихся на лечении в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ (ГКБ №36) в 2018 году. Проводя исследование, мы анализировали следующие показатели: канал поступления больных с НК; наличие и состоятельность тампонады носа, проведенной на догоспитальном этапе; особенности проводимого лечения, направленное на купирование НК; срок госпитализации больных с НК в стационаре.

Результаты и обсуждение. За 2018 год в ЛОР-отделении ГКБ им. Ф.И. Иноземцева всего было пролечено 2479 человек. Изучив медицинскую документацию, нами было установлено, что за исследуемый период времени среди 745 человек, обратившихся в ЛОР-кабинет приемного отделения больницы, 185 (24,8%) были больны с НК. 174 (94,1%) пациента с НК были доставлены в многопрофильный стационар бригадами СМП, 3 (1,6%) больных – по направлению из поликлиник, 8 (4,3%) человек - обратились самостоятельно. Изучив характер оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе, нами было установлено, что всем больным, доставленным по каналу «03» (n=174), врачами СМП была выполнена передняя тампонада полости носа, которая была состоятельна лишь у 9 (5,2%) больных. Остальным пациентам с НК (n=165) оториноларинголог приемного отделения провел ретампонаду: 158 (95,8%) больным повторно была выполнена передняя, 7 (4,2%) – задняя тампонада полости носа. 2 (1,1%) пациентам в ЛОР-отделении переливали компоненты крови (эритроцитарную массу, свежезамороженную плазму), 1 (0,5%) больному была проведена односторонняя перевязка наружной сонной артерии. 17 (9,2%) больным после удаления переднего тампона кровотокающие сосуды слизистой оболочки полости носа были коагулированы радиоволной. Срок госпитализации больных с НК составил $8,17 \pm 1,02$ дней. 13 (7%) пациентов находились в стационаре 11 и более дней (превышение сроков госпитализации по МЭС).

Выводы: Пациенты с НК составляют 7,5% от госпитализированных больных в ЛОР-отделение многопрофильного стационара. 94,1% больных с НК доставляются в стационар по каналу госпитализации «03». Основным методом остановки НК, применяемым врачами СМП, является передняя тампонада полости носа, которая у 94,5% больных - несостоятельна и требует повторного тампонирования полости носа.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что необходимо разработать комплекс мероприятий, направленных на повышение эффективности оказания экстренной помощи больным с НК на догоспитальном этапе.

НАШ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ

Чернышенко С.В., Рамазанов Э.Н., Турчанинов А.П., Дурягина Т.А., Чернышенко Д.Ю.
ООО «Клиника Генезис», Симферополь, Республика Крым, РФ

Введение: нарушение функции верхних дыхательных путей в ряде случаев связано с наличием сочетанной патологии в полости носа, околоносовых пазухах (ОНП) и носоглотке. Изучение частоты встречаемости и проведения симультанных операций в данных областях необходимо для повышения эффективности проводимого лечения и предупреждения рецидивов. В последние годы отмечается рост числа заболеваний носа, ОНП, носоглотки. По данным различных авторов удельный вес пациентов с данной патологией достигает до 85%. Поэтому, консервативные и оперативные методы лечения больных с заболеваниями данной области стали доминировать в работе отоларингологических стационаров. Усовершенствование хирургических эндоскопических эндоназальных методик, использование новых эффективных препаратов, достижения в области анестезиологии предоставляют больше возможностей для применения симультанных хирургических методов лечения, когда ликвидируются сразу несколько патологических состояний структур носа, носоглотки и ОНП в один заход пациента в операционную. Неприятные ощущения, боль в послеоперационном периоде, страх перед повторным хирургическим вмешательством может привести к негативному отношению самого пациента и окружающих его и, в конечном итоге, к поздней обращаемости к врачу. Все это подчеркивает важность тщательного выбора хирургической тактики и адекватного анестезиологического обеспечения симультанных операций.

Цель: изучить частоту заболеваемости и эффективность симультанной хирургии при сочетанной патологии носа, ОНП и носоглотки: гипертрофии глоточной миндалины (ГНМ), искривлений перегородки носа (ИНП) и наличия кисты верхнечелюстной пазухи (КВЧП).

Материал и методы: исследование выполнено в клинике Генезис. Всего за период 2016-2018 г.г. прооперировано 1614 пациентов. Из них - 834 мужчин (м), 780 женщин (ж). Обследуемым проводились: эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки, риноманометрия, иммунологические исследования, микробиологическое исследование (посев + антибиотикограмма), компьютерная томография ОНП. Проведены симультанные оперативные вмешательства 140 пациентам (м - 78, ж - 62) под эндотрахеальным наркозом: септопластика (СП), шейверная аденотомия (АТШ), эндоназальная эндоскопическая гайморотомия (ГТЭ). Из них: СП + АТШ + ГТЭ -13, СП + АТШ - 38, СП + ГТ - 89 пациентам.

Результаты и их обсуждение: анализ показал сочетание изменений в данных анатомических зонах в 8,7% случаев (м - 56%, ж - 44%). Из них: ГНМ + ИНП + КВЧП – 9,3% (возраст 12-35 лет), ИНП+КВЧП - 63,5% (возраст 16-43 года), ИНП+ГНМ - 27,2% (возраст 12-27 лет).

Выводы: выполнение симультанных операций позволяет сократить сроки пребывания пациентов после операции в стационаре до 24 часов, избавить больного от повторных госпитализаций, операций, дополнительного анестезиологического риска и психоэмоциональной напряженности, снизить материальные затраты на лекарственное обеспечение операций и послеоперационного периода.

ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНОСИТОМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ЦИТОКИНОМ ИНТЕРЛЕЙКИН-1 β (БЕТАЛЕЙКИНОМ) И АНТИТЕЛАМИ (ИММУНОГЛОБУЛИНЫ)

Шарипова Э.Р., Азнабаева Л.Ф., Арефьева Н.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, РФ

Стабильный рост воспалительных заболеваний ЛОР органов в последние десятилетия отмечают как отечественные, так и зарубежные исследователи. Причем увеличивается количество пациентов с нетипичным течением воспаления (затяжное, хроническое, извращенное (аллергия, аутоиммунные заболевания)). Это связано как с разнообразными факторами внешней среды, так и с состоянием врожденного и адаптивного иммунитета заболевшего.

Цель: повысить эффективность лечения больных хроническим риносинуситом с использованием препаратов иммунозаместительной терапии.

Материалы: пациенты с хроническим риносинуситом с частыми рецидивами.

Методы: клинические, иммунологические, иммуноцитологические.

Обоснованием выбора метода иммунотерапии служили результаты клинических наблюдений: недостаточная эффективность классических методов терапии и упорные рецидивы, данные иммунологических исследований: крови (системный) и местного иммунитета (иммуноцитологические). При изучении патогенеза гнойных риносинуситов у большинства пациентов с хроническим течением заболевания выявлена недостаточность интерлейкина-1 β -основного цитокина, который осуществляет запуск иммунного ответа. Выявлена причина его недостаточности – точечные мутации в локусах гена интерлейкина-1 β и его рецепторного антагониста, отвечающих за их продукцию и разработаны методы системного и местного (внутривенно и в пазуху) введения генно-инженерного интерлейкина-1 β – беталейкина. Заместительная терапия беталейкином позволила в 2 раза сократить число рецидивов хронического гнойного риносинусита. Получены данные о наличии вирусно-бактериальных ассоциаций при формировании рецидивов риносинусита и его хронизации. Сочетанное воздействие различных по механизмам запуска иммунного ответа патогенов вызывает супрессирование иммунного ответа, а в ряде случаев неадекватный иммунный ответ (иммунокомплексный). Заместительное лечение иммуноглобулинами для внутривенного введения – иммуновенина – путем нейтрализации широкого спектра возбудителей и активации фагоцитов способствует сокращению рецидивов заболевания.

Выводы: таким образом, проведенные исследования позволяют оценить механизмы формирования затяжного и рецидивирующего процесса в слизистой оболочке полости носа и, соответственно, в слизистой околоносовых синусов за счет недостаточного иммунного ответа по гуморальному пути. Введение иммуноглобулинов позволяет компенсировать этот недостаток и способствует формированию длительной ремиссии.

В случаях упорного рецидивирования риносинусита показана роль интерлейкина-1 β . Именно этот цитокин обеспечивает адекватное включение иммунитета для завершения воспалительного процесса в слизистой вне зависимости от патогена. При этом, как показали клинические наблюдения, эффективность лечения имела зависимость от метода введения препарата. Внутривенное введение цитокина было значительно результативнее.

ИНТРАНАЗАЛЬНЫЕ СПРЕИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА С ПОЗИЦИИ НОСОВОГО ЦИКЛА

Шиленкова В.В., Федосеева О.В.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

Введение. Интраназальные глюкокортикостероидные спреи занимают одно из ведущих мест среди препаратов выбора в терапии риносинуситов, в отличие от местных сосудосуживающих средств (А.С. Лопатин, 2010; Е.А. Ушкалова и др., 2016).

Цель: проанализировать изменения параметров носового цикла (НЦ) у взрослых пациентов с острым риносинуситом (ОРС) при включении в терапию топических деконгестантов и интраназальных глюкокортикостероидов (ИнГКС) в сравнении со здоровыми добровольцами.

Материал и методы. 130 человек от 18 до 90 лет были разделены на 2 группы: группа I (здоровые лица, 90 человек, 45 мужчин и 45 женщин от 18 до 90 лет, средний возраст $52,6 \pm 1,4$ лет), группа II (40 пациентов с острым неосложненным бактериальным риносинуситом (ОРС), 20 мужчин и 20 женщин от 18 до 70 лет, средний возраст $43,4 \pm 1,9$). Пациенты с ОРС были разделены на 2 подгруппы: ПА по 10 мужчин и 10 женщин в каждой. В группах I и II при помощи ринофлоуметра «Риноцикл» в течение 18 часов регистрировали носовой цикл с фиксацией относительного объемного потока воздуха (ООП), проходящего через полость носа, в относительных единицах (ОЕ). Кроме базисной терапии пероральным антибиотиком амоксициллином в дозировке 500 мг 3 раза в день, пациенты с ОРС подгруппы ПА получали спрей 0,1% раствора ксилометазолина в дозировке по 1 впрыску в каждую половину носа 2 раза в день. В подгруппе ПБ пациенты использовали спрей мометазона фууроата в дозировке по 100 мкг в каждую половину носа 2 раза в день.

Результаты и их обсуждение.

До использования интраназальных спреев в группе I и подгруппах ПА и ПБ доминировал неклассический НЦ (75%). После нанесения топических спреев на слизистую оболочку полости носа у пациентов подгруппы ПБ НЦ не менял своего характера. В подгруппе ПА отсутствие НЦ наблюдалось в 35% случаев, при этом классический НЦ не встречался ни в одном случае. В группе II, по сравнению с группой I, отмечалось снижение ООП на 13% ($p < 0,05$). После применения спрея в обеих подгруппах ПА и ПБ отмечалось нарастание ООП, при этом в равной степени ($p > 0,05$). Отмечено, что после введения ксилометазолина продолжительность флюктуаций носового потока увеличивалась, в то время как после использования мометазона фууроата, наоборот, сокращалась ($p < 0,05$). Время от момента применения ксилометазолина до начала его действия составило $17,8 \pm 0,5$ минут, в то время как после использования мометазона фууроата этот показатель оказался практически в 2 раза больше: $38,6 \pm 1,6$ минут ($p < 0,05$). Однако, длительность действия мометазона фууроата была почти в 2 раза дольше, чем ксилометазолина: $6,1 \pm 0,4$ часов для группы 1 и $10,5 \pm 0,3$ часов для группы 2 ($p < 0,05$).

Через 10 дней терапии у всех пациентов с ОРС сохранялась видовая принадлежность НЦ. Изменения заключались лишь в увеличении амплитуды и продолжительности циклов носового дыхания.

Выводы: Вазоконстрикторный эффект на слизистую оболочку полости носа одноразовой дозы мометазона фууроата в 100 мкг следует считать сравнимым с действием стандартной разовой дозировки 0,1% раствора ксилометазолина. Однако ксилометазолин способствует угнетению НЦ, в то время как мометазона фууроат не нарушает цикличность колебаний носового потока.

В ПОМОЩЬ НАЧИНАЮЩЕМУ ДАКРИОХИРУРГУ. ЧТО ВАЖНО?

С.Ф. Школьник, Г.С. Школьник

Чебоксарский филиал НМИЦ «ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза»

им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ

Введение. Анализ рецидивов в хирургическом лечении непроходимости слезных путей является важнейшим в оценке эффективности того или иного метода лечения лакримальной обструкции и ее осложнений. Результат любой операции (манипуляции), направленной на восстановление активного слезооттока может быть положительным или отрицательным. Под последним следует понимать рецидив заболевания, а под положительным исходом - выздоровление.

Цель: проанализировать причины рецидивов дакриостеноза.

Материал и методы. Исследованы данные более 150 больных дакриостенозом, осложнившимся хроническим дакриоциститом, у которых в различные сроки после операции дакриоцисториностомии (ДЦР) развился рецидив болезни. Всем пациентам помимо наружного осмотра и биомикроскопии были проведены промывание слезоотводящих путей и эндориноскопия, части – зондирование, дакриоэндоскопия и компьютерная томография.

Результаты и их обсуждение. Основные причины рецидивов распределились следующим образом: неразрешенные уровни стеноза – 42,9%; неправильное положение соустья – 28,6%; рубцы и грануляции, стенозирующие его, вероятно, вследствие неоправданно обширной операционной травмы (при отсутствии первых двух причин) – 11,4%, образование синехий с противолежащими носовыми структурами – 10%. В 7,1% явной причины рецидива не было. Предикторами рецидива дакриостеноза, по данным ретроспективного анализа были: многоуровневая непроходимость, анатомические девиации (врожденные аномалии, травматические деформации, послеоперационные изменения), сопутствующая патология носа и структур слезоотводящего тракта (эктазии, новообразования, дивертикулы, свищи), а также разнообразная общесоматическая патология, влияющая как на ход самой операции (например, склонность к кровотечению), так и послеоперационного периода. Анализ зоны ранее проведенной операции выявил некоторые технические погрешности, повлекшие закрытие соустья: отклонение положения дакриориностомы от оси активного слезооттока, неудовлетворительное соотношение ширины и глубины соустья (по типу «колодца»), заживление с преобладанием грануляции над эпителизацией, вследствие обширных зон кости, незащищенной слизистой носа, отсутствие зияния просвета дакриориностомы, сохранение застоя в полости слезного мешка. В послеоперационном периоде ряд мероприятий позволял отчасти нивелировать негативные аспекты явных и скрытых особенностей заболевания и операционных погрешностей. Среди них: аппликации и инъекции цитостатиков, «носовой душ», лечебная эндориноскопия, промывание, аппликации, инъекции растворами антибиотиков, глюкокортикостероидов и ферментов, бужирование соустья, дренирование и стентирование. Наиболее важными предпосылками к безрецидивному течению послеоперационного периода являются: резекция стенок слезного мешка при выраженном расширении его полости, устранение всех уровней непроходимости, защита стенок соустья слизистыми, беспрепятственное промывание слезных путей по завершении операции, недопущение перегревания и карбонизации тканей.

Выводы: при соблюдении рекомендаций, направленных на безрецидивное течение послеоперационного периода ДЦР возможно повысить эффективность хирургического лечения до 98%. Комплекс мероприятий, обеспечивающих положительные результаты лечения, включают в себя анализ причин рецидивов и совершенствование диагностических и лечебных технологий, соединяющих в себе черты минимально инвазивных и патогенетически обоснованных.

МОДИФИКАЦИЯ ИНФРАТУРБИНАЛЬНОГО ДОСТУПА К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ

Щербаков Д.А. *, Кротова А.С. **

*Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия.

** АО «МСЧ «Нефтяник», Тюмень, Россия.

Введение. Послеоперационный дефект медиальной стенки верхнечелюстной пазухи (ВЧП) может достигать значительных размеров.

Цель: оценить эффективность метода восстановления медиальной стенки ВЧП аутооттрансплантатом – четырехугольным хрящом перегородки носа по технике «butterfly» (Заявка на патент № 2018140468 приоритет от 19.11.2018).

Материал и методы. Критерии включения в исследование больных основной и контрольной клинических групп были следующими: хирургическая патология ВЧП: грибковое тело, инвертированная папиллома с поражением ВЧП, киста и/или инородное тело с локализацией в альвеолярной бухте.

Ход операции: после подслизистой резекции перегородки носа проводили хирургический доступ к ВЧП через нижний носовой ход: L-образный лоскут, наложение большого соустья, хирургическую санацию ВЧП, при отсутствии гнойного воспаления на момент операции выполняли закрытие дефекта медиальной стенки ВЧП хрящевым трансплантатом, L-образный лоскут укладывали поверх трансплантата.

Исследование представлено двумя группами пациентов:

1. Основная клиническая группа включает в себя 117 пациентов - 65 женщин и 52 мужчины в возрасте от 20 до 66 лет (средний возраст 49,6 года) которые проходили лечение в оториноларингологическом отделении стационара АО «МСЧ «Нефтяник» г. Тюмень. Структура нозологий: 31 (25,7%) – грибковое тело ВЧП, 16 (14,3%) – инвертированная папиллома с поражением ВЧП, 47 (40%) – киста ВЧП, 23 (20%) – инородное тело ВЧП.

Основная группа разделялась на 2 подгруппы: 1-ая подгруппа 79 пациентов в возрасте от 26 до 66 лет (средний возраст 49,2 лет) – проводилась септопластика, эндоскопическая операция на ВЧП с одномоментной пластикой медиальной стенки ВЧП; 2-ая подгруппа 38 пациентов в возрасте от 20 до 59 лет (средний возраст 46,3 лет) у которых на момент оперативного лечения было обнаружено гнойное отделяемое первым этапом проводилась только эндоскопическая операция на ВЧП. Через месяц при сохранении послеоперационного дефекта и при сопутствующем искривлении носовой перегородки вторым этапом выполнялась: септопластика, освежались края сформированного дефекта и выполнялась пластика медиальной стенки ВЧП по технике «butterfly».

2. Контрольная клиническая группа, в которую вошли 16 пациентов, прооперированных в 2017-2019 гг. на базе отделения челюстно-лицевой и пластической хирургии ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница №2" г. Тюмень, соответствовала по возрасту, полу и структуре патологии пациентов, представленных в основной группе. Пациентам выполнялась операции по Калдвелл-Люка с формированием стойкого назоантрального соустья в области нижнего носового хода.

Для объективной оценки состояния пациентов контрольной и основной групп использовали клинический опросник SNOT-22

Результаты и их обсуждение. По данным теста SNOT-22 у пациентов основной группы более выраженное уменьшение жалоб по сравнению с таковыми у больных контрольной группы. Ранние исследования вычислительной аэродинамики ВЧП и полости носа показали патологическую вентиляцию в пазухе при наложении постоянного соустья в нижнем носовом ходе (Баранская С.В., 2018).

Выводы: мы доказали эффективность применения хрящевого аутооттрансплантата - четырехугольного хряща перегородки носа по технике «butterfly» для пластики медиальной стенки ВЧП.

РИНОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ С ОЖГОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ И ДЕФЕКТАМИ НОСА

Юнусов А.С. *, Рыбалкин С.В.**

*ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, Москва, РФ.

** Многопрофильная клиника «ЛЕМ-КЛИНИК», Москва, РФ.

Термические поражения лица встречаются довольно часто, составляя около 30% среди других локализаций. При этом практически во всех случаях поражается нос. В связи с многочисленными индивидуальными клиническими вариантами ожоговой травмы, течения и тяжести ожоговой болезни нет и не может быть единого стандарта, определяющего оптимальные сроки и способы лечения ожоговых деформаций носа. Вместе с тем многолетний опыт тесного сотрудничества с детскими комбустиологами позволяет нам сформулировать некоторые общие положения. Основными принципами устранения послеожоговых рубцовых деформаций носа у детей являются: рациональное использование и перераспределение ресурсов местных рубцово-измененных тканей, реконструкция хрящевых структур, выполнение аутодермопластики при выраженном дефиците местных тканей и консервативная терапия рубцов.

Сроки созревания рубцовой ткани носа составляют от 6 до 18 мес. (Белоусов А.Е., 2011; Сорси Е., 2005). Опыт проведения операции в ранние сроки показал, что они протекают с большей кровопотерей, свежие рубцы обладают значительно меньшей мобильностью, рубцовые лоскуты прорезываются нитями при сшивании, создавая предпосылки для последующего более грубого рубцевания и рецидива деформации.

Во избежание формирования функционально значимых последствий ожоговой травмы (сужение наружного клапана, синехии полости носа) необходимо проведение в самые ранние сроки адекватного консервативного лечения (стентирование полости носа, внутрирубцовые инъекции глюкокортикоидов, электрофорез, магнитотерапия). Проведение детям указанных мероприятий в ряде случаев позволяет предотвратить или существенно уменьшить функциональные нарушения вследствие ожоговой травмы носа.

Последствия ожогов лица чаще всего характеризуются различными комбинациями деформации и дефекта носа, что не меняет принципов подхода к их хирургической коррекции. В первую очередь в тесном сотрудничестве с комбустиологами производится восстановление дефектов кожи носа от простого к сложному, планируя некрэктомию с одномоментной дерматопластикой, аутопластику лоскутом на сосудистой ножке. Во вторую очередь следует устранять рубцовые деформации носа: по возможности корригировать перераспределением ресурсов местных тканей, дополняя их хрящевой аутотрансплантацией. Иссечение рубцов с пластикой местными тканями возможно использовать лишь при малых размерах рубцов на спинке носа вследствие ограниченной мобильности окружающих мягких тканей. Меньше возможностей у простого иссечения при ограниченных рубцах крыльев и кончика носа, так как натяжение краёв раны значительно деформирует клапан носа. Предпочтительнее смещение тканей со спинки и лобной области книзу, а также со щёчных областей. Лечение проводится в несколько этапов с интервалом не менее 6 мес. и курсами консервативного лечения между ними.

При наличии дефектов тканей носа следует ранжировать степень дефекта: хрящевая часть (крылья, кончик, спинка) или тотальный дефект с поражением костной пирамиды носа. При тотальных дефектах носа большой проблемой является создание каркаса для формируемого наружного носа. Поэтому реконструкцию носа при тотальных дефектах целесообразно проводить после окончания роста лицевого скелета. Таким образом, систематизированный подход, применение разработанных методик и комбинация хирургического и консервативного лечения рубцов по нашим данным позволяют достичь хороших функциональных и косметических результатов у 66,7% детей с послеожоговыми рубцовыми деформациями и дефектами носа.

ПРОСТОЙ СПОСОБ НЕИНВАЗИВНОГО АКТИВНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ СИНУСИТОВ

Юркин С.А.; Воронина Е.Ю.

Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет МЗ РФ и отделение оториноларингологии ГБУЗ «ГКБ №1 им. В.В. Успенского», г.Тверь.

Острые синуситы различной этиологии занимают одно из первых мест не только в оториноларингологии, но и в структуре общей заболеваемости. Поэтому лечением острого риносинусита легкой и средней степени тяжести все чаще занимаются не только оториноларингологии, но и врачи общей практики.

Цель работы – создание метода неинвазивного активного дренирования околоносовых пазух (ОНП) при гнойных синуситах, сочетающего в себе эффективность, доступность, простоту, быстроту выполнения и хорошую переносимость пациентами без использования местной анестезии, а также оценка его эффективности при лечении острого гнойного гайморита (ОГГЭ).

Наш метод заключается в следующем: изготавливается специальная канюля, для чего канюле, применяемой для промывания гайморовой пазухи через послеоперационное соустье, придается штыкообразный изгиб. Конец канюли подводят под передний конец средней носовой раковины и струю физиологического раствора из шприца достаточно интенсивно направляют спереди назад вдоль среднего носового хода. После одномоментного нагнетания 5-10 мл жидкости больной отмаркивается. Промывание повторяют несколько раз до прекращения выделения гноя. Затем голову пациента наклоняют в сторону пораженной пазухи и в средний носовой ход толчкообразными прерывистыми движениями поршня шприца вводят через канюлю раствор антисептика в количестве 5-7 мл с целью попадания его в пазухи.

Исследования проведены у 70 больных в возрасте от 19 до 55 лет с ОГГЭ средней степени тяжести (повышение температуры тела более 37,5°C, значительные лицевые и головные боли, нарушение общего состояния, на рентгенограмме – полное затемнение ОНП или уровень жидкости). С учетом принципа рандомизации больные были разделены на 2 группы. Больные 1-й группы (35 человек) получали следующее лечение: Аугментин 875мг 2 раза в день, полидекса - спрей в нос 4 раза в сутки, сухое тепло на область проекции пазух. Также проводили ежедневное промывание среднего носового хода физ. раствором с последующим введением в него 5-7 мл 1% раствора диоксидина с помощью разработанной нами канюли. Больные второй группы (35 человек) получали аналогичное лечение, только без активного дренирования ОНП. Через 5 дней от начала лечения, у больных первой группы, клиническое выздоровление (прекращение выделения из носа, нормализация носового дыхания, температуры и общего самочувствия) было достигнуто у 12 больных(34%), во второй группе у 8 больных(23%). К 7 дню отмечено клиническое выздоровление у больных первой группы у 27 человек(76%), второй группы 20 больных(56%). К 10 дню выздоровление отмечается у первой группы пациентов у 34 человек(97%), у второй группы – у 31 пациента (90%).

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать промывание среднего носового хода для активного дренирования ОНП в комплексном лечении гнойных гайморитов средней степени тяжести в широкой клинической практике.