

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оториноларингологии

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

**АЛЬЯНС ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ ГОРОДА МОСКВЫ
в рамках национальной медицинской
ассоциации оториноларингологов**

**ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический
институт оториноларингологии
им. Л. И. Свержевского» ДЗМ**

**МАТЕРИАЛЫ
XVI Российского конгресса
оториноларингологов
«НАУКА И ПРАКТИКА
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ»**

Редакторы

профессор Пальчун В. Т.

заслуженный деятель науки РФ

член-корр. РАН, академик Международной академии хирургии головы и шеи

профессор Крюков А. И.

директор ГБУЗ «Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии

им. Л. И. Свержевского» ДЗМ

зав. кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Москва – 2017 год

СОДЕРЖАНИЕ

I. Программные доклады

Крюков А. И.	ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ, «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ИМ. Л.И.СВЕРЖЕВСКОГО» ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ	8
Пальчун В. Т.	АДЕКВАТНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР ОРГАНОВ	12

II. Общие вопросы оториноларингологии

Коркмазов А. М., Дубинец И. Д., Ленгина М. А.	ВОЗМОЖНОСТИ ТОПИЧЕСКОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ОПЕРИРОВАННЫХ ПОЛОСТЕЙ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ	14
Коркмазов А. М., Дубинец И. Д.	ХАРАКТЕР КОНВЕРСИИ ОПЕРИРОВАННЫХ ПОЛОСТЕЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ИХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА НА РАННИХ СТАДИЯХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА	16
Зеликович Е. И., Куриленков Г. В., Куриленкова А. Г.	ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ЛОР-КЛИНИКЕ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ МЕТОДА	17
Панкова В. Б.	ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ	19
Черных Н. М., Носуля Е. В., Ким И. А., Максимов В. А., Бардымова Г. М.	СОСТОЯНИЕ ЛОР-ОРГАНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	21

III. Заболевания носа и околоносовых пазух

Азнабаева Л. М., Киргизова С. Б., Михайлова Е. А., Фомина М. В., Жеребятьева О. О.	МИКРОБИОЦЕНОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА КАК ОДИН ИЗ ИНФОРМАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА	23
Бebчук Г. Б., Джафарова М. З., Авербух В. М.	ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ЭНДОАЗАЛЬНЫЙ ДОСТУП К ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКЕ И ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОМУ СЕГМЕНТУ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ	24
Вишняков В. В., Бакотина А. В., Костюк В. Н.	ПОСТИМПЛАНТАЦИОННЫЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫЕ СИНОСИТЫ	25
Волков А. Г., Синельников Р. И.	НЕИНВАЗИВНЫЙ ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ ФРОНТИТОВ	27
Жапалаков Б. А., Железнова В.В., Туржанова Н. Т., Алиева А. Е., Балымбетова Л. С.	К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ОПЕРАЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА НОСОВЫХ РАКОВИНАХ	28
Кириченко И. М., Авербух В. М., Фролов С. В., Максимова Е. А.	ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬГИНАТ-СОДЕРЖАЩИХ ГЕЛЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	30
Кожантаева С. К., Оспанова Г. А., Дабылова С. И., Алиева Ж. А., Алмаскызы А.	НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ	31
Кондрашев П.А., Синельников Р.И.	МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА И ИХ ЗНАЧЕНИЯ В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ	33
Коркмазов А. М., Дубинец И. Д., Коркмазов М. Ю.	ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМОРБИДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	34
Котов Р. В.	ОСОБЕННОСТИ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ	36
Крюков А. И., Царапки Г. Ю., Артемьева-Карелова А.В., Горовая Е. В.	СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА	37
Лиманский С. С.	АДЕНОИДЫ И АДЕНОСИНУСИТ	38
Магомедов М. М., Магомедова Н. М.	РЕКОНСТРУКЦИИ СЛЕЗНЫХ ПУТЕЙ ПРИ СИМУЛЬТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР	40

Магомедов М. М., Суриков Е. В., Магомедова Н. М., Асламханова З. М., Гдлян А. Р.	АТРЕЗИЯ ХОАН У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА	41
Маркеева М. В., Николенко В. Н.	ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМАТИЗАЦИИ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ	42
Маркус П. В., Сергеева Т. А., Палажук О. А., Михайлова Л. А., Каширина Т. В., Кондакова О. П., Ходырева Е. С.	ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕЙЗАЖА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕДНИМ СУХИМ РИНИТОМ	43
Пальчун В. Т., Левина Ю. В., Ефимова С. П.	ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ СУБЪЕКТИВНОГО УШНОГО ШУМА ПРИ РАЗЛИЧНОМ СОСТОЯНИИ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ	44
Стагниева И.В.	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РИНОСИНУСИТА	45
Шиленкова В. В., Федосеева О. В.	ВЛИЯНИЕ ТОПИЧЕСКИХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ И СТЕРОИДОВ НА НОСОВОЙ ЦИКЛ И МУКОЦИЛИАРНЫЙ ТРАНСПОРТ	47
Яровая Л. А., Гончарова О. Г., Хаптахеева Г. Э., Насанкаева Е. К.	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СЕЗОННЫМ И КРУГЛОГОДИЧНЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТОПИЧЕСКИХ НАЗАЛЬНЫХ СПРЕЕВ КОМБИНИРОВАННОГО: МОМЕТАЗО-НА/АЗЕЛАСТИНА В СРАВНЕНИИ С МОНОТЕРАПИЕЙ МОМЕТАЗОНОМ	49

IV. Заболевания уха. Слуховой и вестибулярный анализаторы

Агеенко И. В., Агеенко Л. И.	ТОПИЧЕСКАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ПОЛИПОВ И ГРАНУЛЯЦИЙ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА	51
Акимов А. В.	ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	53
Атлашкин Д. Н., Вишняков В. В., Овчинников А. Ю., Эдже М. А.	ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ С ВЫПОТОМ	54
Бобошко М. Ю., Бердникова И. П., Мальцева Н. В., Гарбарук Е. С., Коротков Ю. В.	ВЛИЯНИЕ НА РАЗБОРЧИВОСТЬ РЕЧИ ТЕХНОЛОГИИ ПЕРЕНОСА ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИИ	56
Булгакова М. В., Ненашева Р. А., Хахилева О. О.	ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ЛИЦ ЛЕТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ	57
Власова Г. В., Павлов П. В.	ВРОЖДЕННАЯ ХОЛЕСТЕАТОМА СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ 23 НАБЛЮДЕНИЙ.	59
Гергиев В. Ф., Никифорова Г. Н., Морозова С. В., Добротин В. Е., Свистушкин В. М.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТРАНСТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ.	60
Гуров А. В., Бирюкова Е.В., Юшкина М. А.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ И СРЕДНИХ ОТИТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	62
Дубинец И. Д.	ВОЗРАСТНОЙ КРИТЕРИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ СРЕДНИХ ОТИТОВ С ТУГОУХОСТЬЮ	63
Дубинец И. Д., Коркмазов М. Ю., Коркмазов А. М., Смирнов А. А., Горбунов А. В.	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА И ДИНАМИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА	64
Дубинец И. Д., Тюхай М. В., Сычугов Г. В., Учаев Д. А.	СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ ИЗУЧЕННЫЕ МЕТОДАМИ СВЕТОВОЙ МИКРОСКОПИИ	65
Жапалаков Б. А., Железнова В. В., Амирадинова А. К., Камелова Г. Н., Толен Р. А.	ПОСТОЯННЫЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ТОК МАЛОЙ СИЛЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ С ДИСФУНКЦИЕЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ	66
Золотова Т. В., Овсянников В. Г., Лобзина Е. В., Дубинская Н. В.	ИЗУЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННЕГО УХА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ ТУГОУХОСТИ У ЖИВОТНЫХ	68
Ивойлов А. Ю., Кунельская В. Я., Шадрин Г. Б., Мачулин А. И.	АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГРИБКОВОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ	70

Ишанова Ю. С., Рахманова И. В., Зоненко О. Г., Дьяконова И. Н.	ПАТОЛОГИЯ СЛУХА ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ	72
Кожантаева С. К., Оспанова Г. А., Дабылова С. И., Алиева Ж. А., Алмаскызы А.	НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ	73
Кожантаева С. К., Оспанова Г. А., Дабылова С. И., Алиева Ж. А., Онгалиева М. А.	ИЗМЕНЕНИЯ В НЕЙРОНАЛЬНОЙ СТРУКТУРЕ ПРИ ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ	75
Крюков А. И., Гаров Е. В., Зеликович Е. И., Зеленкова В. Н., Байбакова Е. В.	ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЯ ОПУХОЛИ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОГО МЕШКА	76
Крюков А. И., Гаров Е. В., Сидорина Н. Г., Зеленкова В. Н., Гарова Е. Е.	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ В МОСКВЕ	78
Крюков А. И., Гаров Е. В., Зеленкова В. Н., Степанова Е. А., Зеленков А. В.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ	79
Крюков А. И., Ивойлов А. Ю., Гаров Е. В., Гуров А. В., Ибрагимова З. С.	КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХОЛЕСТЕАТОМЫ СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ	81
Крюков А. И., Сидорина Н. Г., Загорская Е. Е., Сударев П. А., Мепаришвили А. С., Горовая Е. В.	ДРЕНИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ	82
Крюков А. И., Кунельская Н. Л., Ивойлов А. Ю., Кисина А. Г.	ЭТАПНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	83
Кунельская Н. Л., Байбакова Е. В., Гусева А. Л., Чугунова М. А., Манаенкова Е. А., Негребова М. М.	ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ.	85
Кунельская Н. Л., Байбакова Е. В., Чугунова М. А., Янюшкина Е. С., Никиткина Я. Ю., Манаенкова Е. А.	РЕАБИЛИТАЦИЯ ВЕСТИБУЛООКУЛЯРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ НЕЙРОНИТ	86
Кунельская Н. Л., Гаров Е. В., Зеликович Е. И., Загорская Е. Е., Куриленков Г. В., Киселюс В. Э.	СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОПЕРАЦИОННЫХ НАХОДОК У БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ	88
Кунельская Н. Л., Ивойлов А. Ю., Пакина В. Р., Яновский В. В.	К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ	89
Кунельская Н. Л., Левина Ю. В., Федотова О. С.	ЭТАПНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ	90
Кунельская Н. Л., Павлихин О. Г., Романенко С. Г., Тпрдов М. В., Елисеев О. В.	РОЛЬ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ДИСФОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	91
Кунельская Н. Л., Тардов М. В., Романенко С. Г., Клясов А. В., Заоева З. О.	МИГРЕНЬ И БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА	92
Кунельская Н. Л., Федорова О. В., Байбакова Е. В., Загорская Е. Е.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МИНОРА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УХА, ПРОЯВЛЯЮЩИМИСЯ АНАЛОГИЧНЫМИ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	94
Лалаянц М. Р., Бражкина Н. Б., Гептнер Е. Н., Чугунова Т. И., Цыганкова Е. Р., Таварткиладзе Г. А.	ОСОБЕННОСТИ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СПЕКТРА АУДИТОРНЫХ НЕЙРОПАТИЙ	95
Марченко А. С., Егоров В. И.	ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НАРУЖНЫЙ ОТИТ: НАШ ОПЫТ	96
Марьенко И. П., Лихачев С. А.	ЗНАЧЕНИЕ ОБЪЕКТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕСТИБУЛОМЕТРИИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ТЕСТАМИ В ОЦЕНКЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ МИГРЕНИ	97
Марьенко И. П., Лихачев С. А., Плешко И. В.	ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕСТИБУЛОСЕНСОРНЫХ И ВЕСТИБУЛОВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ МИГРЕНИ	99
Мосейкина Л. А., Артюшина Е. И., Азаров П. В., Федорова О. В., Зализко А. В.	АНАЛИЗ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И МИКРОХИРУРГИИ УХА	100

Пальчун В. Т., Ефимова С. П., Левина Ю. В., Гусева А.Л.	ДАННЫЕ ШИРОКОПОЛОСНОГО КОЭФФИЦИЕНТА ПОГЛОЩЕНИЯ ПРИ ИМПЕДАНСОМЕТРИИ У ЛИЦ С НОРМАЛЬНЫМ СЛУХОМ.	102
Пальчун В. Т., Кунельская Н. Л., Гусева А. Л., Байбакова Е. В., Макоева А. А.	ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ВЕТВИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С ВЕСТИБУЛЯРНЫМ НЕЙРОНИТОМ ПРИ ПОМОЩИ ВИДЕОИМПУЛЬСНОГО ТЕСТА (VНIT)	103
Пальчун В. Т., Кунельская Н. Л., Гусева А. Л., Байбакова Е.В.	ОСОБЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОМ ПОЗИЦИОННОМ ГОЛОВОКРУЖЕНИИ	104
Погребнова В. В., Мачалов А. С., Тарасова Н. В.	СРОКИ АКТИВАЦИИ РЕЧЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	105
Полунин М. М., Рахманова И. В., Матроскин А. Г., Маренич Н. С.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ С ГЭРБ-АССОЦИИРОВАННЫМ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ	105
Пчеленок Е. В., Бубнова К. Н., Косяков С. Я.	МРТ В РЕЖИМЕ NON-EPI DWI, КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА РОСТА РЕЗИДУАЛЬНОЙ ХОЛЕСТЕАТОМЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОБЛИТЕРАЦИИ ПАРАТИМПАНАЛЬНЫХ ПРОСТРАНСТВ	106
Рзаев Р. Р., Диаб Х. М., Рзаев Р. М.	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПОВ В ХИРУРГИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УША	108
Савенко И. В., Бобошко М. Ю.	ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ	110
Сайдулаев В. А., Юнусов А. С., Шпотин В. П., Мухтаров К. М., Харитонов Д. А., Обьетанов А. А.	ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРЕГОРОДОЧНОГО ХРЯЩА В ОТОХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТИМПАНИТОМ ВО ВРЕМЯ ОДНОЭТАПНОЙ РИНООТОХИРУРГИИ	112
Солдатский Ю. Л., Рахманова И. В., Матроскин А. Г., Маренич Н. С.	ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС, КАК ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ	114
Туфатулин Г. Ш.	СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СЛУХОВЫХ АППАРАТОВ	114
Царапкин Г. Ю., Сударев П. А., Горова Е. В., Мепаришвили А. С.	УШНЫЕ КАТЕТЕРЫ В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО ОТИТА	117
Храбриков А. Н., Крайнева А. М.	ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АНЕСТЕЗИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА	118
Яровая Л. А., Пронина Н. А., Шелестина Н. В., Григорьева А. Л.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОГО ВЕСТИБУЛЯРНОГО НЕЙРОНИТА И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ	119

V. Заболевания глотки

Бойко Н.В., Ким А.С., Оксенюк О.С.	СОДЕРЖАНИЕ IL-1 В СЛЮНЕ У ДЕТЕЙ ДО И ПОСЛЕ АДЕНОТОМИИ	122
Вязьменов Э. О., Котова Е. Н.	КИСТЫ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ	124
Джафарова М. З., Авербух В. М., Бибчук Г. Б.	ПЕРЕДНЯЯ ХОЛОДНО-ПЛАЗМЕННАЯ ПАЛАТОПЛАСТИКА - «ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ» ХИРУРГИЯ МЯГКОГО НЕБА	125
Ивойлов А. Ю., Тардов М.В., Архангельская И. И.	СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА	126
Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Иванчиков А. А., Товмасын А. С., Арзамазов С. Г., Панасов С. А.	МР-ВИЗУАЛИЗАЦИЯ АНОМАЛИЙ СОСУДОВ ПАРАТОНИЗИЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ	127
Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Товмасын А. С., Арзамазов С. Г., Кишиневский А. Е.	КИСТЫ НОСОГЛОТКИ. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	128
Крюков А.И., Царапкин Г. Ю., Товмасын А. С., Кучеров А. Г., Арзамазов С. Г.	ЛАЗЕРНАЯ АДЕНОТОМИЯ У ВЗРОСЛЫХ	129
Крюков А. И., Юшук Н. Д., Туровский А. Б., Попова И. А., Савостикова М. В.	РОЛЬ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ СЕМЕЙСТВ HERPESVIRIDAE И PAPILLOMAVIRIDAE У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РОТОГЛОТКИ	130
Кунельская Н. Л., Тардов М. В., Романенко С. Г., Клясов А. В., Заева З. О.	НЕОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ БОЛЕЙ В ГОРЛЕ	132

Лавренова Г. В., Карпищенко С. А., Тимчук Л. Э., Муратова Е. И.	КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ИММУНОДЕФИЦИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ	133
Лазарчик Т. А., Вишняков В. В.	ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОЛЕКУЛЯРНО-РЕЗОНАНСНОГО АППАРАТА РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ	134
Рзаев Р. М., Рзаев Р. Р., Рзаев Р. Д.	ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЮВЕНИЛЬНЫХ АНГИОФИБРОМ НОСОГЛОТКИ С ПОЗИЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	135
Тюкин В. Ю., Егоров В. И., Кочнева А. О.	ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ ПОЛНОЙ АТРЕЗИИ ХОАН У НОВОРОЖДЕННЫХ	137
Шагатаева Б. А., Исмагулова Э. К., Кадыргалиев Б. Б., Нагина А. М., Тойшыманова Г. О.	К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЛОТКИ	139

VI. Заболевания гортани

Егоров В. И., Мустафаев Д. М., Кочнева А. О.	ПАПИЛЛОМАТОЗ ГОРТАНИ ВЗРОСЛЫХ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ	141
Кирасирова Е. А., Лафуткина Н. В., Пиминиди О. К., Мамедов Р. Ф., Резаков Р. А.	ЛЕЧЕБНО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПОДСКЛАДКОВОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ	143
Кирасирова Е. А., Мамедов Р. Ф., Лафуткина Н. В., Резаков Р. А., Пиминиди О. К.	ОСТРАЯ ТРАВМА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ	144
Котова Е. Н., Баранов К. К., Вязьменов Э. О., Миронов А. Ю., Сидоренко С. И.	ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У ДЕТЕЙ НОСИТЕЛЕЙ ТРАХЕОСТОМЫ	145
Кунельская В. Я., Романенко С. Г., Шадрин Г. Б., Красникова Д. И.	РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВОГО ЛАРИНГИТА	146
Павлихин О. Г., Романенко С. Г., Лесогорова Е. В.	ЭТИОПАТОГЕНЕЗ НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ РЕЙНКЕ-ГАЙЕКА	148
Певцова В. В., Шиленкова В. В.	НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ЭЛЕКТРОФОНОПЕДИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ ГОРТАНИ. ЧТО НОВОГО?	149

I. Программный доклад

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ИМ. Л.И.СВЕРЖЕВСКОГО» ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

Крюков А. И.

*ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л.И.Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия*

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.Свержевского» ДЗМ по всем показателям является лидером в оказании специализированной оториноларингологической лечебно-диагностической помощи населению города Москвы.

Основы научно-клинической школы Института заложены в 1935 году выдающимся оториноларингологом засл. деятелем науки РФ проф. Л.И.Свержевским, который создал первый в России НИИ уха, горда и носа. В 2012 году Институту было присвоено имя Людвиг Иосифовича Свержевского и был торжественно открыт его памятник - единственный в мире памятник врачу-оториноларингологу. В этом году мы празднуем 150 летний юбилей этого великого ученого и практика.

Институт является яркой иллюстрацией современного подхода к диагностике и лечению болезней ЛОР-органов. В составе института имеется несколько отделов, которые работают в разных направлениях специальности. Каждый из отделов учреждения представляет высокопрофилизированное направление оториноларингологии.

В составе Института имеются следующие научные и клинические отделы:

- отдел патологии верхних дыхательных путей и ринофациальной эстетической хирургии
- отдел реконструктивной хирургии полых органов шеи
- отдел микрохирургии уха
- отдел фониапии и микрохирургии гортани
- отдел ЛОР-патологии детского возраста
- отдел сурдологии и патологии внутреннего уха.
- отдел эпидемиологии инновационного развития и научного прогнозирования
- учебно-клинический отдел
- оториноларингологическое отделение
- консультативно-диагностическое отделение
- филиал № 1
- Городской детский консультативно-диагностический сурдологический центр

Основными задачами подразделений Института являются оказание медицинских услуг населению города Москвы, в том числе:

- оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями носа, уха, глотки, гортани с применением всего комплекса современных лечебно-профилактических методов, включая высокотехнологические, до стойкой стабилизации функций организма;
- осуществление разработки и внедрения новых форм и методов диагностики и лечения больных отоларингологического профиля;

- осуществление всего комплекса мероприятий по профилактике и лечению больных отоларингологического профиля переводом на санаторное лечение или в другие профильные отделения;
- клинические исследования в области новых медицинских технологий и лекарственных препаратов;
- участие сотрудников в повышении уровня теоретических и практических навыков по вопросам отоларингологии посредством обучения на циклах усовершенствования, семинарах, научно-практических конференциях и т.д.;
- санитарно-просветительская работа среди больных и их родственников;
- осуществление консультативной помощи жителям города Москвы.

На подготовку высококвалифицированных кадров, представляющих эти направления, в стенах Института уходит около 10 лет. В Институте работает член-корр. РАН – 1, Заслуженный деятель науки РФ – 2, профессоров - 5, доцентов - 4, докторов наук - 16, кандидатов наук - 53. Большинство сотрудников Института прошли стажировки в ведущих зарубежных клиниках по специальности, участвуют в конференциях международного, федерального и регионального уровней. Все новейшие разработки и методы лечения доводятся до коллектива и внедряются в повседневную практику.

Институт имеет свой клинический корпус, представляющий собой уникальный медицинский комплекс, соответствующий всем мировым стандартам по оказанию амбулаторной и стационарной помощи пациентам, страдающим ЛОР-заболеваниями. По своей технической оснащенности, штату специалистов и спектру оказываемых услуг Клиника Института является уникальным узкоспециализированным медицинским учреждением в России и СНГ, позволяющем на современном уровне решать сложные задачи по лечению заболеваний уха, горла и носа. Неповторимость Клиники определяется как ее возможностями, так и структурой организации, которая впитала в себя лучшие традиции российской медицины, подкрепив их современными технологиями. Тесное взаимодействие консультативно-диагностического отделения и стационара позволяет курировать больных на догоспитальном, стационарном и послеоперационном этапах, что значительно повышает эффективность проводимого лечения. В Институте оказывается полный перечень специализированной, в том числе высокотехнологичной оториноларингологической медицинской помощи. Сотрудники Института также работают на клинических базах ГКБ № 1 им.Н.И.Пирогова, ГКБ № 12 и ДКБ № 9.им. Г.Н. Сперанского.

Научно-исследовательскую работу за прошедший год мы выполняли по целевой программе «Разработка оптимальной лечебно-диагностической тактики при острых и хронических заболеваниях ЛОР-органов у взрослых и детей». Всего выполнялось 18 научных тем, объединенных в 3 подпрограммы.

Хочется отметить повышение публикационной активности Института за последние 3 года, в том числе увеличение количества публикаций, включенных в РИНЦ и иностранные базы цитирования. Индекс Хирша Института в настоящее время - 17.

За отчетный период были изданы 11 Клинических рекомендаций, утвержденных МЗ РФ; 5 Методических рекомендаций, утвержденных ДЗМ (3 - подготовлены к публикации); 2 учебных пособия, 1 монография, 1 книга, 24 главы в Национальном Руководстве «Оториноларингология»; получено 12 патентов на изобретение; защищено 11 кандидатских диссертаций; Получены две золотые и две серебряные медали, а также Диплом почтения и благодарности 19-го и 20-го Московского международного Салона изобретений и инновационных технологий «Архимед-2016 и 2017»; организованы и проведены 3 Научно-практические конференции, 1 Российский конгресс, 7 симпозиумов, 2 научные и 3 лекционные сессии.

Основные результаты научных исследований и их практическая значимость за прошедший год:

1. Налажен серийный выпуск отечественным производителем разработанных нами изделий медицинского назначения, не имеющих аналогов: оригинального септального стента, внутриносовых секционных гидротампонов, носоглоточных гидротампонов и гидробаллонов для тампонады околоносовых пазух, для оптимизации послеоперационного ведения больных после эндоназальных хирургических вмешательствах и при операциях на околоносовых пазухах, а также для остановки носовых кровотечений. Результат: сокращение сроков пребывания этого контингента больных в стационаре до 3 койко-дней, значительное улучшение их качества жизни в послеоперационном периоде. В 2016-17гг. все стационары, оказывающие помощь больным оториноларингологического профиля, закупили данные медицинские изделия. Сейчас ведется работа по внедрению медицинских изделий для остановки носовых кровотечений на станции скорой и неотложной помощи им. А.С.Пучкова.

2. Налажен серийный выпуск отечественным производителем разработанной нами конструкции функционального тимпанального шунта для пациентов со стойкой дисфункцией слуховой трубы. Результат: позволяет быстро (в течение 1 дня) амбулаторно или в стационаре кратковременного пребывания вылечить пациента со стойкой дисфункцией слуховой трубы.

3. Разработаны и внедрены в практику Московского здравоохранения малоинвазивные, органосохраняющие хирургические методики при операциях на ЛОР-органах с использованием эндоскопической техники, дебридора, микробора, хирургических лазерных систем и др. современных инструментальных методик. Результат: по сравнению с 2015 годом число пролеченных больных увеличилось на 13,4%, оборот койки - на 14,7%; сроки длительности госпитализации уменьшились - на 21,5% и составили 4,9; хирургическая активность возросла на 41,2%, количество эндоскопических хирургических вмешательств - на 15,7%, высокотехнологичных методов лечения - на 19,8%.

4. Разработан и внедрен в практику Московского здравоохранения малоинвазивный малотравматичный способ хирургического лечения хронического рубцового стеноза гортани и трахеи с использованием баллонных катетеров высокого давления. Результат: сокращение объема и этапности хирургической реабилитации пациентов с этой патологией, улучшение функциональных результатов операции и значительное сокращение сроков пребывания этого контингента больных в стационаре до 3-4 койко-дней вместо 12-14.

5. Разработана и внедрена в практику Московского здравоохранения комплексная реабилитация больных различными формами отосклероза, включающая курсы инактивирующей терапии и различные хирургические методики стапедопластики с применением лазерного излучения, микробора, различных протезов стремени в том числе из аутоканей. Результат: повышение функциональной эффективности (улучшение и восстановление слуха) хирургической реабилитации больных, снижение осложнений со стороны внутреннего уха и сокращение койко-дня на 30%.

6. Впервые в России разработан и внедрен в практику Московского здравоохранения лечебно-диагностический алгоритм при синдроме Минора (синдром оголенного переднего полукружного канала) у пациентов с выраженными кохлеовестибулярными нарушениями. Результат: позволяет вылечить пациентов с тяжелой формой социальной дезадаптации за счет выраженных головокружений, предотвратить инвалидизацию этого контингента больных.

С 2002 года в Институте активно функционирует Совет Молодых Ученых, в который в настоящее время входят 76 человек (ординаторы, аспиранты, сотрудники Института моложе 35 лет). Членами Совета за последний год выполнено более 40 докладов, из них 10 - на научно-практических конференциях различного уровня, в том числе международных. Получены 5 наград на Международных и Российских конференциях молодых ученых. Молодые ученые

Института изучают историю оториноларингологии и представляют доклады и статьи, посвященные великим оториноларингологам нашей страны, внесшие большой вклад в развитие нашей специальности. Советом активно проводится общественная и просветительская работа.

Институт является единственным учредителем научно-практического рецензируемого медицинского журнала – «Вестник оториноларингологии». Журнал является ведущим в России изданием по специальности «оториноларингология». «Вестник оториноларингологии» был основан в 1936 году выдающимся оториноларингологом, профессором Л.И.Свержевским, который стал первым его главным редактором. «Вестник оториноларингологии» включен в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в РФ, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук и представлен во всех базах данных отечественного и зарубежного цитирования

Отдел эпидемиологии инновационного развития и научного прогнозирования Института проводит большую организационно-методическую работу:

1. Регулярное проведение мониторинга адекватности лечебно-диагностической помощи больным ЛОР-профиля в поликлиниках города позволило к настоящему времени снизить количество лечебно-диагностических ошибок в амбулаторной сети по специальности «оториноларингология» на 28,7% (около 4% на сегодняшний день).

2. Актуализирован Паспорт сурдологической службы города. Завершается работа по созданию аудиологических кабинетов в городских поликлиниках.

3. Разработаны и представлены в МГФОМС 5 технологических карт по профилю «сурдология-оториноларингология» для проведения аудиологического скрининга.

4. За последний год проведено 6 совещаний с окружными ЛОР-специалистами, посвященные анализу работы и ее оптимизации.

5. Принято деятельное результативное участие в разработке 2-х нормативных актов социальной значимости;

6. Представлены в ДЗМ предложения по оказанию специализированной (оториноларингологической помощи) для 4 положений

Образовательная деятельность в Институте проводится по 2 основным (ординатура и аспирантура) и 4 дополнительным профессиональным образовательным программам последипломного образования по специальности оториноларингология. За последний год прошли обучение в ординатуре 34 врача, в аспирантуре - 6 врачей, соискатели кандидатской диссертации – 5; докторской диссертации – 1, повышение квалификации (72 час.) прошли 17 врачей-оториноларингологов.

Кроме того, для практических врачей города проведено 6 обучающих сертификационных циклов с мануальным тренингом; в Институте организована и постоянно действует школа амбулаторно-поликлинического ЛОР-врача, в рамках которой за отчетный период проведено 11 ежемесячных заседаний (прочитано 44 лекции); проведено 11 вебинаров на медицинском канале 1medtv; 29 симуляционных циклов, на которых обучено 136 врачей.

Большое внимание коллектив Института уделяет наставничеству: проводятся совместные разборы сложных клинических случаев, выезды в лечебные учреждения города для участия в консилиумах, консультациях пациентов, проведения хирургических вмешательств.

В Институте проходят 3 Многоцентровых рандомизированных исследований клинической эффективности и безопасности препаратов Бетагистин МВ и Диоксидин®, проводится набор больных и статистическая обработка полученных результатов.

В Институте работает Ученый совет, в который входят 22 сотрудника Института. За последний год проведено 10 заседаний Ученого Совета, на которых были утверждены 11 тем диссертационных работ, заслушаны отчеты аспирантов и соискателей Института по проведению

димой ими научной работе, обсуждены 8 внешних отзыва ведущей организации на диссертационные работы, проводилась конкурсная комиссия и т.д.

С 2002 года в Институте открыт и активно функционирует Диссертационный Совет Д 850.003.01 по специальности 14.01.03 – болезни уха, горла и носа по защите кандидатских и докторских диссертаций. За отчетный период проведено 26 заседаний Диссертационного совета, на которых было защищено 26 диссертаций (кандидатских – 25 и докторских – 1). В настоящее время в Диссертационном Совете находится на рассмотрении 8 диссертаций (1 – докторская, 7 – кандидатских).

Хочется отметить высокую активность нашего Диссертационного совета. В России в настоящее время работает 6 диссертационных советов по специальности 14.01.03 – болезни уха, горла и носа. В 2016 году по нашей специальности защищены 31 диссертация (27 – канд., 4 - докторских), из них больше половины 18 (17 – канд. и 1 – докт.) - в нашем Совете, что подтверждает высокий престиж научно-образовательной деятельности нашего Института во всей Российской Федерации.

В нашем Институте имеется хорошая перспектива для дальнейшего развития медицинской и научно-образовательной деятельности: ввод в эксплуатацию новых производственных мощностей - сейчас завершается ремонт и оснащение самым современным диагностическим и лечебным оборудованием 2 новых корпусов, в плане - присоединение и ремонт еще одного корпуса. На эти площади планируется переезд кафедры оториноларингологии лечебного факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова (Университетская клиника), детского и взрослого сурдологических центров, а также отделов Института, работающих в настоящее время на базе городских больниц. После ввода в эксплуатацию всех строений Института после капитального ремонта, будет создан единый лечебно-диагностический комплекс, состоящий из трех, объединенных между собой строений.

Институт является яркой иллюстрацией современного подхода к диагностике и лечению болезней ЛОР-органов. Квалификация хирургов, использование современного операционного оборудования, хирургического лазера, навигационной техники, операционных микроскопов, микрохирургического инструментария, высокотехнологичных методов обследования пациентов, разработанные сотрудниками института индивидуальные и комплексные методики реабилитации позволяют быстро и малотравматично реабилитировать больных с патологией ЛОР органов.

АДЕКВАТНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР ОРГАНОВ

Пальчун В. Т.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Целью и задачами Конгресса являются освещение и обсуждение научных и практических достижений в оториноларингологии и критическая оценка недостатков работы в специальности. В задачу Конгресса входит также определение рекомендаций по основным научным и практическим проблемам в специальности.

Среди заболеваний ЛОР органов наиболее часто встречаются острое и хроническое воспаление слизистой оболочки в полостях околоносовых пазух, среднего уха, в небных миндалинах и лимфоидных образованиях глотки. Диагностика и лечение этих болезней в практике во много остаются неудовлетворительными, что обычно связано с ошибочной ле-

чебной тактикой. Клинический анализ заболеваний у этих больных свидетельствует о том, что лечебная тактика у них была неправильной, поскольку не соответствовала патогенезу воспалительного процесса в слизистой оболочке. Имеется ввиду прежде всего то, что при остром воспалении с момента его возникновения сразу же начинаются процессы хронизации, обусловленные как тканевыми воспалительными преобразованиями, так и жизнедеятельностью микробов в очаге воспаления.

Защитные для инфекции в очаге воспаления процессы хронизации постепенно нарастают и к 4-й неделе развития острого воспаления достигают полного развития. По мере созревания хронизации уменьшается эффективность медикаментозной терапии в очаге инфекции и его можно элиминировать лишь удалив полностью хирургически. Медикаментозными средствами при хроническом воспалении можно успешно снять очередное обострение, но не элиминировать инфекционный очаг в слизистой оболочке.

Механизм патогенеза очага инфекции при остром воспалении в ЛОР органах включает локальный отёк слизистой оболочки, инфильтрацию клетками воспаления, формирование и тромбоз капилляров. Всё это уменьшает приток крови (а значит и иммунных тел), происходят соединительнотканые преобразования. Микробы в остром очаге инфекции формируют свою защиту. В частности, преобразуется их состав на более агрессивный и устойчивый к иммунитету и медикаментам, их поверхность покрывается защитной плёнкой.

Таким образом формируется хронический очаг инфекции, который консервативно не излечивается. При обострениях он устойчив к терапии, а медикаментами можно лишь снять обострение.

В практической работе врачей очень часто не учитывают эти закономерности патогенеза: развития его острой и хронической стадии, которые определяют лечебную тактику, необходимость своевременного назначения лечения, его периодичности, своевременного окончания.

При остром среднем отите часто не выполняют катетеризацию слуховой трубы, не делают промывание пазух при остром гнойном гайморите, тем самым превращая острый гнойный процесс в хронический. Не направляют на тонзилэктомию больных с хроническим тонзиллитом при отсутствии перспектив на выздоровление и так далее. Эта ошибочная тактика является врачебной ошибкой с причинением вреда больному, которая должна быть наказуема.

II. Общие вопросы оториноларингологии.

ВОЗМОЖНОСТИ ТОПИЧЕСКОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ОПЕРИРОВАННЫХ ПОЛОСТЕЙ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Коркмазов А. М., Дубинец И. Д., Ленгина М. А.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Одним из приоритетных направлений современной оториноларингологии является изучение особенностей проявления оксидативного стресса у оториноларингологических больных и необходимость коррекции путем применения препаратов, обладающих антиоксидантным действием. Особо актуален этот вопрос для пациентов, перенесших хирургические на ухе и полости носа при хронических вялотекущих рецидивирующих инфекционных процессах, суть которого сводится к ранней реабилитации, сокращению сроков пребывания в стационаре.

В этом контексте значимым является изучение изменений биохимического статуса липидных и белковых структур оперированных полостей и слизистых оболочек, подвергшихся альтерации. При всей своей широкой распространенности, в изученной литературе имеются единичные сообщения о биохимической трансформации тканей в послеоперационном периоде и возможности коррекции. В тоже время, имеются публикации, в которых обосновывается целесообразность применения антиоксидантной терапии, например, у пациентов, перенесших гайморотомию или saniрующую обще полостную операцию на ухе. Ранее нами были опубликованы сообщения о проведении биохимических исследований биоптатов слизистой оболочки полости носа и хрящевой ткани у пациентов, перенесших риносептопластику.

Цель: оценить эффективность применения антиоксидантной терапии в предоперационном периоде у пациентов, нуждающихся рино- и отохирургических вмешательствах.

Методы и материалы: исследование проводилось на клинических базах кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России в котором принимали участие 48 пациентов, находившихся на стационарном лечении с хроническим риносинуситом и 39 пациентов с вялотекущим рецидивирующим, оперированными эпитимпаноантральным отитом. Все пациенты, отдельно по нозологии, были разделены на две группы: основную и контрольную. Поскольку оперативное вмешательство предполагало плановое вмешательство пациентам основной группы в течение 9 дней до операции были назначены топические препараты, обладающие антиоксидантным действием. В зависимости от методики применения лекарственных средств, все лица основной группы были распределены на две подгруппы: больные первой и второй подгруппы использовали в виде монотерапии, а пациентам второй подгруппы антиоксидантная терапия дополнялась к общепринятым методикам. Протокол исследования, лечения и текст информированного согласия одобрены этическим комитетом университета.

Эффективность предоперационной подготовки препаратами, обладающими антиоксидантным действием, оценивалась по показателям содержания молекулярных продуктов перекисного окисления липидов и окислительной модификацией белков в биоптатах слизистой оболочки и мукоперистоа, взятых во время операции. Определяли содержание первичных (диеновые конъюгаты) и вторичных (кетодиены и сопряжённые триены) молекулярных продуктов перекисного окисления липидов. Содержание конечных продуктов перекисного

окисления липидов - шиффовых оснований и уровень Fe²⁺ / аскорбат - индуцированного перекисного окисления липидов определялись с использованием методик Е.И.Львовской. Окислительную модификацию белков оценивали по уровню образования динитрофенилгидразонов по методу Е.Е. Дубининой.

Результаты исследования: критериями оценки являлись жалобы пациентов, данные эндоскопии полости носа, отоскопии, показатели мукоцилиарного клиренса, наличие осложнений, интенсивность процессов свободно-радикального окисления в слизистых оболочках и мукопериоста.

По полученным предварительным результатам было отмечено значительное ускорение процессов регенерации, пациенты лучше переносили хирургическое вмешательство, улучшалось качество жизни ($p < 0,05$). В то же время, значительного прогресса общего состояния пациентов и сокращения сроков реабилитации во второй группе существенно не изменилась, например, при эндоскопии полости носа регистрировался отек, наличие назальных выделений, показатели сахаринового теста у пациентов группы контроля составлял $25,0 \pm 7,3$ мин. У лиц основной группы на фоне антиоксидантной терапии в течение 10 дней показатели были следующими: у пациентов первой подгруппы основной группы, применявших монотерапию, время сахаринового теста составляло $22,3 \pm 3,3$ минут. У пациентов второй подгруппы основной группы на фоне использования антиоксидантной терапии время мукоцилиарного транспорта было равно $24,1 \pm 6,2$ мин. Интересным представляются биохимические показатели биоптатов хрящевой ткани взятой из перегородки носа, где фиксируется снижение содержания первичных, вторичных и конечных продуктов перекисного окисления липидов, и как следствие использование антиоксидантных препаратов в предоперационном периоде не оказало существенного влияния на состояние свободнорадикальных процессов в хрящевой ткани. При этом следует отметить некоторое снижение содержания вторичных и конечных продуктов липопероксидации. Наиболее значительными эти изменения были в первой подгруппе основной группы на фоне монотерапии, а во второй подгруппе основной группы, вопреки ожиданиям, существенного положительного эффекта не наблюдалось и как следствие статистически значимых отличий изучаемых параметров от группы сравнения не выявлено.

Наиболее выраженный антиоксидантный эффект в мукопериосте отоларингологических больных был достигнут во второй подгруппе основной группы, на фоне монотерапии. Применение указанной схемы позволило ограничить уровень первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов, а также окислительной модификации белка. Вывод: основным итогом проведенного исследования, следует считать позитивный эффект, полученный при применении антиоксидантной терапии в предоперационный период. Такой подход позволяет ограничить содержание продуктов перекисного окисления липидов, а также уровня окислительной модификации белка. При этом, антиоксидантный эффект применяемых препаратов распространяется как на хрящевую ткань, слизистую оболочку и мукперостальный слой структур среднего уха. Следует особо отметить, что применение препаратов, обладающих антиоксидантным действием приводит в предоперационном периоде приводит к ограничению наиболее цитотоксичных продуктов свободнорадикального окисления: вторичных и конечных продуктов перекисного окисления липидов и уровня окислительной модификацией белков.

ХАРАКТЕР КОНВЕРСИИ ОПЕРИРОВАННЫХ ПОЛОСТЕЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ИХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА НА РАННИХ СТАДИЯХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Коркмазов А. М., Дубинец И. Д.

*ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава
России, г. Челябинск, Россия*

Несмотря на достижения современной медицины, заболевания уха, горла и носа в практической медицине по-прежнему занимают одно из ведущих мест. Особенно актуальна данная проблема для жителей Уральского и Уральско-сибирского регионов и связано это не только с неблагоприятными климатическими условиями и повышением вирулентности бактериальной микрофлоры, но и с возросшей резистентностью к антибиотикам, иммунологическими изменениями в организме человека и напряженной экологической обстановкой.

Демонстрируя определённые успехи современной фармакотерапии, консервативных и малоинвазивных методов лечения заболеваний полости и придаточных пазух носа, оперативное лечение таких заболеваний, как полипозный этмоидит, хронический верхнечелюстной синусит с частыми обострениями, вазомоторный ринит, остается методом выбора.

В медицинской практике низкочастотный ультразвук, в различных вариациях, широко используется для лечения различных заболеваний, в том числе и ЛОР-органов, ввиду усиления факторов биологической активации адаптации и улучшения трофики организма, стимуляции крове- и лимфообращения, окислительных и регенеративных процессов. Дополнительным преимуществом этого направления является возможность сочетанного использования общетерапевтических и бактерицидных свойств низкочастотного ультразвука, а также возможность использования рефлекторного влияния на слизистую оболочку полости носа.

Биологическое действие ультразвука зависит от его дозы, которая может быть для тканей стимулирующей, угнетающей или даже разрушающей. Наиболее адекватными для лечебно-профилактических воздействий являются небольшие дозировки ультразвука (от 0,2 до 1,2 Вт/кв. см), способные вызывать болеутоляющее, сосудорасширяющее, рассасывающее, противовоспалительное, десенсибилизирующее действие. Комплексное же воздействие физико-химических факторов, которые возникают, при ультразвуковом воздействии приводит к запуску целого каскада регенеративных процессов внутри клеток. При местном применении низкочастотный ультразвук уменьшает микробную обсемененность, приводит к нормализации обменных процессов в раневой поверхности и в системе микроциркуляторного русла, а также активизирует макрофагальные реакции, усиливает пролиферативную и синтетическую активность фибробластов, модулирует клеточный и гуморальный иммунитет. Отсюда, изучение влияния низкочастотного ультразвука на клеточный, гуморальный и локальный иммунитет, в лечении обострений хронических риносинуситов является актуальной задачей в современной оториноларингологии и предполагает проведение более детальных и расширенных исследовательских работ.

Цель: на основе определения характера конверсии оперированных полостей верхних дыхательных путей провести сравнительный анализ влияния низкочастотного ультразвукового кавитационного воздействия на регенеративные процессы и отдельные иммунологические показатели.

Клинический материал и методы: исследование проводилось на клинических базах кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России в котором принимали участие 79 пациентов, находившихся на стационарном лечении различными заболеваниями верхних дыхательных путей за истекшие три года.

В группу наблюдения составили 41 пациент, которым помимо традиционного лечения в раннем послеоперационном периоде проводили низкочастотную ультразвуковую кавитационную терапию. Орошение полости носа проводилась антисептическими растворами, курсом из 4-5 процедур, ежедневно. Возраст колебался от 18 до 56 лет. В группе наблюдения средний возраст составил $28,1 \pm 0,75$ лет, в группе сравнения – $28,0 \pm 0,79$ лет ($p > 0,05$).

В предоперационном периоде всем пациентам проводился необходимый комплекс общих клинических обследований. Для исследования местного иммунитета проводили забор отделяемого из носа в одноразовые пробирки до назначения лекарственных препаратов. Оценивали фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ), НСТ - тест в базовых и стимулированных условиях, индекс активации нейтрофилов (ИАН) в базовых и стимулированных условиях, секреторный иммуноглобулин А (sIgA). Количество sIgA определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по методу Манчини. Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась с использованием электронных таблиц Microsoft Word.

Ультразвуковая кавитационная терапия оперированных полостей проводилась сразу после удаления тампонов достаточно хорошо переносилась больными, побочные эффекты, как правило, отсутствовали. Нормализация риноскопической картины в основной группе достоверно констатировалась раньше: уменьшение отека слизистой оболочки полости носа ($8,3 \pm 0,7$ и $6,4 \pm 0,6$ дней соответственно в группе наблюдения и $10,9 \pm 0,8$ и $7,5 \pm 0,8$ дней в группе сравнения, $p < 0,05$), восстановление дыхания ($4,7 \pm 0,6$ и $7,5 \pm 0,7$ дней, $p < 0,01$), раневое отделяемое из полости носа ($3,9 \pm 0,4$ и $5,5 \pm 0,6$ дней, $p < 0,05$). В показателях крови количество лейкоцитов и СОЭ снижались с одинаковой достоверностью в обеих группах: в группе наблюдения лейкоциты составили, до лечения $9,4 \pm 0,6 \cdot 10^9/\text{л}$, после лечения $6,7 \pm 0,4 \cdot 10^9/\text{л}$, $p < 0,001$, в группе сравнения – до лечения $9,2 \pm 0,5 \cdot 10^9/\text{л}$, после лечения $6,2 \pm 0,7 \cdot 10^9/\text{л}$, $p < 0,001$; уровень СОЭ в группе наблюдения до лечения $11,2 \pm 1,8$ мм/ч, после лечения $7,4 \pm 1,4$, $p < 0,05$, в группе сравнения до лечения $12,2 \pm 1,6$ мм/ч, после лечения $8,1 \pm 1,2$, $p < 0,05$.

Вывод: включение кавитационного низкочастотного ультразвукового воздействия в комплекс лечебных мероприятий в лечении послеоперационных ран полости носа и околоносовых пазух позволяет значительно улучшить состояние иммунной системы и сочетать с существующими консервативными методами.

Контакты: Кормазов Арсен Мусосович – ассистент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, 454048 г. Челябинск, ул. Воровского 64, тел. 8932 010 00 06, e-mail – korkmazov74@gmail.com

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ЛОР-КЛИНИКЕ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ МЕТОДА

Зеликович Е. И.¹, Куриленков Г. В.², Куриленкова А. Г.³

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия

²«Рэмси-диагностика», г. Москва, Россия

³ФГАУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов, г. Москва, Россия

В настоящее время, на фоне стремительного развития лучевой диагностики, перед оториноларингологом стоит непростой выбор: какой метод визуализации оптимально использовать у конкретного больного. Спектр применяемых методик на сегодня достаточно велик: классическая рентгенография, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), КТ с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).

Цель исследования: определить принципы выбора метода лучевой диагностики при различных заболеваниях уха, горла и носа.

Материалы и методы: анализ данных отечественной, зарубежной литературы собственный опыт работы в отделениях лучевой диагностики г. Москвы с 1990 г. по настоящее время.

Результаты. Залогом успеха лучевой диагностики в ЛОР-клинике является эффективный диалог ЛОР-врача и рентгенолога. Правильно поставленный перед рентгенологом вопрос может повысить эффективность диагностики на 50% и наоборот, неинформированность рентгенолога приводит к резкому снижению эффективности обследования. Для успешности такого диалога необходима соответствующая подготовка обоих специалистов. Подготовка оториноларинголога, начиная с ординатуры, должна включать вопросы лучевой диагностики основных ЛОР-заболеваний. Подготовка врача к хирургическим операциям на ЛОР-органах должна предусматривать изучение полипозиционной КТ и МР – анатомии височной кости, полости носа и околоносовых пазух, глотки и гортани в объеме, позволяющем планировать хирургическое вмешательство у конкретного больного с учетом имеющихся анатомических особенностей.

Обзорная рентгенография при ЛОР-заболеваниях в большинстве случаев считается устаревшим методом, рекомендованным к применению лишь в отдельных случаях: переломы лицевого скелета (в т.ч. костей носа), инородные металлические тела верхних дыхательных путей, оценка состояния носоглотки у детей, оценка расположения кохлеарного имплантата проекции Стенверса. В остальных случаях обзорную рентгенографию современные руководства не рекомендуют, однако она продолжает применяться в клинической практике. Причины этого: простота и доступность метода, привычка врача, не совсем верное мнение относительно низкой дозы облучения.

КТ в большинстве случаев является методом выбора при обследовании ЛОР-больного. Основное преимущество КТ заключается в возможности детальной оценки костных структур и происходящих в них изменений, в том числе выявления костной деструкции.

В связи с этим КТ применяется при различных заболеваниях уха: острых и хронических отитах, травмах, нарушениях слуха, вестибулопатиях. Недостатком метода является относительно низкая контрастность мягких тканей, что не позволяет по прямым признакам различить утолщенную слизистую, холестеатомные массы, опухолевую ткань. Для преодоления этих ограничений применяют КТ с внутривенным контрастированием или МРТ. Именно такой алгоритм применяется при опухолях височной кости. Особое место занимает акустическая невринома, методом выбора при которой является МРТ.

Аналогичный подход применяется в изучении полости носа и околоносовых пазух: методом выбора является КТ, используемая в диагностике синуситов, травм, мукопиоцеле. При подозрении на опухоль дополнительно выполняется КТ с внутривенным контрастированием или МРТ.

Помимо выявления патологического процесса и его распространенности в височной кости и околоносовых пазухах, КТ позволяет оценить риск предстоящей операции, выявить потенциально опасные особенности анатомического строения, грозящие интраоперационными осложнениями. Например, в височной кости: предлежание и латерализация сигмовидного синуса, низкое стояние дна средней черепной ямки, в синусах: атипично узкая решетчатая воронка, низкое расположение ситовидной пластинки относительно места прикрепления средней носовой раковины, атипичное расположение каналов зрительных нервов и внутренних сонных артерий

С внедрением эндоскопической хирургии КТ стала незаменимым методом, и по сути, создает дорожную карту предстоящей операции. Кроме того, КТ применяется в навигационных хирургических системах.

В последнее время разработчики компьютерных томографов уделяют большое внимание снижению лучевых нагрузок и достигли значительных успехов. На сегодня лучевые нагрузки при низкодозной КТ околоносовых пазух сравнимы с таковыми при рентгенографии.

При исследовании мягких тканей шеи отличные результаты дает УЗИ, которое широко доступно, не связано с облучением, позволяет выявлять объёмные образования, оценивать их характер, размеры, васкуляризацию, не прибегая к внутривенному введению препаратов. При заболеваниях гортани и трахеи – парезах, стенозах, травме - методом выбора является КТ. КТ с внутривенным контрастированием, обладающую большими возможностями в оценке мягких тканей, используют при глубоких инфекциях шеи и опухолях. Альтернативным методом в этом случае является МРТ.

МРТ – метод не связанный с лучевой нагрузкой на пациента и персонал. Основное преимущество – детальная оценка мягких тканей. Основной недостаток – невозможность оценки состояния компактной кости. Именно это делает КТ и МРТ взаимно дополняющими методиками. Главная задача МРТ – оценить характер опухоли и её распространение в окружающие ткани.

Говоря о диагностике опухолей нельзя не сказать о ПЭТ – комбинированном методе, объединившем радиоизотопное исследование и КТ или МРТ. Метод сегодня дорогостоящий и сложный, применяется в основном в онкологии, незаменим для контроля эффективности лечения, выявления рецидивов и метастазов.

Выводы. 1. Для правильного выбора метода лучевой диагностики необходим эффективный диалог оториноларинголога и рентгенолога. Обучение ЛОР-врача вопросам лучевой диагностики должно начинаться со студенческой скамьи и продолжаться на протяжении всей профессиональной жизни.

2. Для оценки состояния костных структур оптимально применение КТ, для оценки мягких тканей – КТ с внутривенным контрастированием и (или) МРТ. Применение обзорной рентгенографии ограничено решением узких задач. УЗИ целесообразно использовать для диагностики образований мягких тканей шеи.

Контакты: Зеликович Елена Исааковна; grkur@mail.ru

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ

ПАНКОВА В. Б.

Отделение клинических исследований и профпатологии ФГУП «Всероссийский НИИ железнодорожной гигиены» Роспотребнадзора г. Москва, Россия

Профилактика — комплекс различного рода мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долго-летия, устранение причин заболеваний, в т.ч. улучшение условий труда, быта и отдыха населения, охраны окружающей среды.

Принципы профилактики являются важнейшими составляющими системы здравоохранения и направлены на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

Современные принципы системной медицины включают понятия: предиктивность (предсказание болезни до ее симптоматического проявления), персонифицированность (учёт индивидуальных особенностей пациента), превентивность (предупреждение болезни), партиципаторность (активное участие пациента в выявлении его индивидуальных особенностей и осуществлении превентивных мер).

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии выделяют три вида профилактики заболеваний: первичную, вторичную и третичную.

Особое внимание медицинских специалистов к вопросам профилактики патологии ЛОР-органов обусловлено высокой распространённостью оториноларингологических заболеваний в общей структуре заболеваемости населения. В структуре причин временной утраты трудо-

способности острые заболевания уха, горла и носа занимают первое, а хронические – второе место. Среди обширной сферы профилактической деятельности в области оториноларингологии можно, с достаточной степенью условности, выделить несколько основных направлений:

- профилактика развития острых воспалительных и вирусных заболеваний ЛОР-органов;
- профилактика осложнений острых и развития хронических заболеваний ЛОР-органов;
- профилактика врожденной патологии;
- профилактика онкологических заболеваний ЛОР-органов;
- профилактика профессиональных заболеваний респираторной системы, голосо-речевого аппарата, слухового и вестибулярного анализаторов;
- совершенствование организационной работы по профилактике патологии ЛОР-органов и др.

В реализации направлений профилактики развития острых воспалительных и вирусных заболеваний ЛОР-органов существенное значение принадлежит как первичной, так и вторичной профилактике, включающих в себя систему мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний как общих для всего населения, так и для отдельных профессиональных, стажевых и возрастных групп и индивидуумов (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т. д.).

Одной из существенных мер профилактики патологии ЛОР-органов должно отводиться санитарно-просветительской работе, способствующей повышению медицинской грамотности населения, соблюдению здорового образа жизни, отказу от вредных привычек, информированию о факторах риска развития глухоты и тугоухости, пользе использованию средств индивидуальной защиты органов дыхания и слуха и пр.

Важными мерами первичной профилактики острых заболеваний ЛОР-органов является иммунопрофилактика и оздоровление окружающей среды, т.к. антропогенное загрязнение окружающей среды оказывает выраженное воздействие на состояние респираторной системы и также приводят к угнетению системы местного иммунитета.

Основным методом вторичной профилактики является диспансеризация больных с выявленными заболеваниями уха, горла и носа, динамическое наблюдение, направленное лечение, рациональное последовательное оздоровление. Участие специалиста оториноларинголога должно быть обязательным как на первом, так и на втором этапе диспансеризации с целью выявления самых ранних изменений в ЛОР-органах- первичных барьерах организма и предупреждения наиболее тяжелой патологии респираторного тракта, слухового и вестибулярного анализаторов, приводящих к инвалидизации, потере трудоспособности и снижению качества жизни.

Не менее важно повышать качество знаний врачей-оториноларингологов, т.к. врачебные ошибки, включающие несвоевременную диагностику острых состояний, неадекватную лекарственную (в первую очередь антибактериальную) терапию и пр. обуславливают хронизацию острого воспалительного процесса и ведут к тяжелым осложнениям, зачастую обуславливая стойкую утрату трудоспособности.

Значительное место в практике оториноларинголога занимает профилактика профессиональных заболеваний ЛОР-органов, т.к. воздействие вредных производственных факторов (промышленных аэрозолей, шума, вибрации и др.) вызывает изменения слизистой оболочки полости носа, глотки и гортани у 80-88%, а тугоухость 16-28% работников различных отраслей экономики.

Серьезным недостатком современных регламентирующих документов МЗ РФ по профилактике профессиональных заболеваний является отсутствие такой нозологической формы, как профессиональные заболевания гортани. Эта ситуация дискриминирует огромное число работников голосо-речевых профессий, отказывая им в праве на проведение профилактики нарушений голоса и в претензии на установление профессиональной причины заболеваний гортани, возникающих при перенапряжении голосового аппарата в процессе трудовой деятельности.

Мероприятия третичной профилактики в оториноларингологии прежде всего, актуальны для больных с онкологическими заболеваниями и перенесшими ларингопластику, т.к. имеют целью социальную, трудовую, психологическую и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

Соблюдение всех принципов профилактической работы в оториноларингологии, безусловно, направлено на снижение как острой, так и хронической заболеваемости ЛОР-органов.

Контакты: Панкова Вера Борисовна – 125497, Москва, ул. Пакгаузное шоссе, д.1, кор. 1. тел. моб.: 8-916-459-60-92; тел. служ.: 499-153-42-10; e-mail: pankovavb@mail.com

СОСТОЯНИЕ ЛОР-ОРГАНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Черных Н. М.¹, Носуля Е. В.², Ким И. А.², Максимов В. А.¹, Бардымова Г. М.³

¹Клиники ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», г. Иркутск

²ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва, Россия

³ОГАУЗ ГKB №8, г. Иркутск, Россия

В литературе существуют немногочисленные сообщения о взаимосвязи патологии верхних дыхательных путей (ВДП) с дисфункцией щитовидной железы (ЩЖ), в частности с гипотиреозом. Патологические изменения ЛОР-органов при изменениях гормонального статуса не всегда укладываются в традиционные представления о заболевании, а стандартные методы консервативного и хирургического лечения зачастую не приводят к желаемым результатам в связи с недостаточной осведомленностью врачей об оториноларингологических проявлениях при тиреоидной патологии.

Впервые термин «вазомоторный ринит, вызванный гипотиреозом» был предложен Т.Е. Walsh в 1950 г. и рассматривался как локальная микседема в слизистой оболочке (СО) полости носа. Существование причинно-следственной зависимости между гипотиреозом и изменениями СО носа подтверждалось купированием симптомов назальной обструкции на фоне применения экстракта ЩЖ (F.J. Novak 1927; A.R. Hollender, 1956). По данным отечественных авторов частота вазомоторного ринита при гипотиреозе наблюдалась в 16,9% - 70% случаев, а при гипертиреозе встречались значительно реже – у 3,7% пациентов (М.Е. Загорянская, 1970; В.И. Линьков и др., 2001).

Ринологические симптомы являются ведущими у пациентов с тиреоидной патологией. В частности, при гипотиреозе в 58% случаев беспокоили жалобы на затруднение носового дыхания, в 20% - на снижение обоняния, выделения из носа встречались у 81,5% обследованных, а неприятные ощущения в носу, дискомфорт - в 90,5% случаев (С.А. Агеева, 1975). Экспериментальные данные о состоянии обоняния при патологии ЩЖ носят противоречивый характер. Показано, в частности, что у животных с индуцированным гипотиреозом регистрировалась anosmia, которая исчезала после проведения заместительной терапии тироксином (M.D. Beard, A. Maskey-Sim; 1987). В серии других исследований не удалось выявить влияние гормональных изменений на обонятельную функцию (G.M. Brosvic et al., 1996).

Клиническая взаимосвязь лимфаденоидного кольца глотки и ЩЖ обусловлена их топографической близостью, наличием лимфатических связей (Н.А. Преображенский, 1951). При хроническом тонзиллите (ХТ) вероятно влияние продуктов обмена и токсинов из небных миндалин на ЩЖ посредством вегетативной нервной системы, которые активизируют ее функцию и усугубляют течение тиреотоксикоза. Частота встречаемости ХТ у пациентов с тиреотоксикозом колебалась от 34 до 73%, а у обследованных с гипотиреозом составила 51%, данная патология глотки имела тенденцию к латентному течению (Н.А. Преображенский, 1951; В.И. Нацвлишвили, 1962; С.А. Агеева, 1975; Е.Г. Шахова, С.Е. Козловская, 2005).

По данным проведенных исследований 85,5% пациентов с гипотиреозом беспокоили жалобы на сухость, першение в горле (С.А. Агеева, 1975; М. Reiss, 1998). При тиреотоксикозе ведущими субъективными ощущениями со стороны ЛОР органов является дисфагия (Н. Okada, К. Yoshioka, 2009).

Гортань является гормонозависимым органом, в связи с этим пациенты с патологией ЩЖ предъявляют жалобы на нарушение голоса и дыхания. Для пациентов с гипотиреозом характерны грубый, хриплый голос, быстрая утомляемость и слабость голоса, понижение диапазона за счет исчезновения высоких звуков, при эутиреоидном состоянии – основные жалобы на охриплость, осиплость, утомляемость голоса при значительных голосовых нагрузках, невозможность пользоваться голосом длительно. Для гипертиреоза типичны затруднение и получение высоких тонов вплоть до афонии, а также утомляемость голоса (Н.Э. Бойкова и соавт., 2000).

На связь между функцией ЩЖ и состоянием слуха указывалось еще в конце 19 века, был описан синдром Пендрета - генетически обусловленное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, характеризующееся зобом и сенсоневральной тугоухостью. Ген, ответственный за развитие синдрома локализован на 7q31 хромосоме и экспрессируется, главным образом, в ЩЖ. Указанный ген кодирует синтез белка пендрина, физиологическая функция которого заключается в транспорте хлора и йода через мембрану тироцитов. Благодаря этому нарушаются процессы органификации йода (дефект тиреоидной пероксидазы) и синтеза тиреоидных гормонов, что ведёт к развитию зоба и гипотиреоза различной степени выраженности (L.I. Arwert, J.M. Sepers, 2008; G. Borck, O.Seewi et al., 2009).

При врожденном гипотиреозе у 80% пациентов слуховые пороги были нормативными, а у 20% была определена различная степень сенсоневральной тугоухости, которая согласовывалась с гистологическими находками у животных с врожденной гипофункцией ЩЖ, где встречалась незрелость Кортиевого органа, включая волосковые клетки и текториальную мембрану (F. Debruyne et al., 1983). Ранними симптомами гипотиреоза являются кохлеовестибулярные нарушения. Головокружение невращательного характера беспокоило 82% пациентов. Нарушение координации движений отмечено у всех обследованных, которые проявлялись легкой атаксией и неустойчивостью в позе Ромберга. У значительного числа больных гипотиреозом отмечаются изменения барабанной перепонки, утолщение и пастозность кожи наружных слуховых проходов, в основном при тяжелой форме заболевания, у 8,5% - нарушения функции слуховой трубы. Исследования слуха по данным тональной пороговой аудиометрии показали, что при гипотиреозе поражается преимущественно звуковоспринимающий аппарат (74%). У 64% больных гипотиреозом с нормальным слухом было выявлено парадоксальное восприятие ультразвука (повышение порога восприятия), который называли «латентной гипотиреозной кохлеопатией», однако не исключена возможная роль центральных нарушений в возникновении этого явления (С.А. Агеева, 1975; S. Khechinashvili et al., 2007).

В литературе отмечен положительный эффект от заместительной терапии при гипотиреозе со стороны ЛОР-органов, но не всегда наблюдалось выздоровление (М.Я. Козлов, 1970; С.А. Агеева, 1975).

Таким образом, патология ЩЖ является причиной значительных изменений со стороны ВДП, о которой необходимо помнить, особенно когда лечение пациентов оказывается безуспешным. Изучение вопросов этиологии и патогенеза ЛОР-заболеваний при тиреоидной дисфункции будет способствовать разработке эффективной терапии, приводящей к нормализации оториноларингологических симптомов и гормонального профиля у пациентов.

Контакты: Черных Наталья Михайловна; e-mail: muratova_lor@mail.ru

III. Заболевания носа и околоносовых пазух

МИКРОБИОЦЕНОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА КАК ОДИН ИЗ ИНФОРМАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

*Азнабаева Л. М., Киргизова С. Б., Михайлова Е. А., Фомина М. В., Жеребятьева О. О.
ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, г. Оренбург, Россия*

В последние десятилетия отмечается растущий интерес к изучению микробной экологии организма человека при разнообразных патологических состояниях, в основе которых лежит нарушение нормального биоценоза как одного из составляющих элементов общего гомеостаза. Микроорганизмы в силу своей высокой биологической пластичности наиболее быстро реагируют на изменения качества среды обитания. Анализ качественных характеристик санитарно-показательных микроорганизмов, изолируемых из антропогенно-загрязненных экониш позволяет оценить опасность распространения заболеваний бактериальной этиологии. При возникающем микроэкологическом дисбалансе происходит формирование штаммов персистирующих потенциально-патогенных бактерий, способных при ослаблении защитных сил организма вызвать обострение хронического заболевания. Знание изменений видового и количественного состава микрофлоры в любом биотопе человека, может иметь значение для оценки стабильности биоценоза, прогнозирования возникновения и исхода заболевания, регуляции микробиоценоза.

Цель исследования – сравнительная оценка количественного и качественного состава микрофлоры слизистой оболочки переднего отдела полости носа у здоровых людей и больных с хронической патологией небных миндалин.

Материалы и методы. Для оценки видового состава и свойств микрофлоры слизистой оболочки полости носа обследовано 17 клинически здоровых людей 18-22 лет, 12 больных хроническим компенсированным тонзиллитом. Выделение и идентификацию штаммов микроорганизмов проводили на основании общепринятых методов по морфологическим, тинкториальным, культуральным и биохимическим свойствам. Для идентификации использовали стандартные системы Staphytest, Streptotest, Enterotest, Nefermtest (LaChema, Чехия). У выделенных штаммов микроорганизмов определялась резистентность к антибактериальным препаратам: оксациллину, эритромицину, гентамицину, клиндамицину, ванкомицину, ампициллину и тетрациклину в соответствии с Методическими указаниями (МУК 4.2.1890-04). Полиантибиотикорезистентным считали штамм, устойчивый к антибактериальным препаратам более чем одного химического класса одновременно. Материалы, полученные в результате экспериментальных исследований указанными выше методами, были подвергнуты статистической обработке с использованием компьютерной программы SPSS 8.0 for Windows для вычисления: средней арифметической ряда (M); средней ошибки средней величины (m); критерия значимости (t) Стьюдента.

Результаты. При изучении микробиоценоза любого биотопа оценивается его микроэкологическая характеристика, а именно таксономическое разнообразие биотопа. При изучении частоты встречаемости различных таксонов в микросимбиозах полости носа было изолировано 208 штаммов микроорганизмов, в том числе 107 штаммов бактерий от здоровых и 101 штамм от больных хроническим тонзиллитом. Анализ качественного состава биотопа слизистой оболочки переднего отдела полости носа, показал, что основными представителями микрофлоры данного биотопа у здоровых были штаммы родов *Staphylococcus* (71,4±7,6% случаев) и *Streptococcus* (22,8±7,1% случаев). При наличии хронического тонзиллита проис-

ходили изменения и в составе микрофлоры слизистой оболочки носа: в 1,3 раза увеличивался процент выделения стафилококков ($90,3 \pm 5,3\%$ случаев) и в 3,5 раза уменьшалось количество стрептококков ($6,5 \pm 4,4\%$ случаев). Таким образом, соотношение стафилококки/стрептококки на слизистой оболочке носа в норме составляло 3:1, при патологии (хроническом тонзиллите) оно увеличивалось и было 14:1. Штаммы родов *Micrococcus* и *Aerococcus*, а также представители семейства *Enterobacteriaceae* со слизистой оболочки полости носа, как в норме, так и при патологии выделялись в малом проценте случаев и были отнесены к транзиторной флоре. У 8% здоровых людей со слизистой оболочки носа выделялись штаммы *Corynebacterium* spp., тогда как среди больных хроническим тонзиллитом этот показатель был ниже в 2 раза.

Анализ видового состава стафилококковой флоры изучаемого биотопа выявил как качественные, так и количественные различия. Отмечено большее видовое разнообразие среди микроорганизмов, выделенных от здоровых обследуемых по сравнению с больными – 11 видов против 7. Так, для нормоценоза были характерны такие виды как *S. capitis*, *S. cohnii*, *S. schleiferi*, *S. kloosii*, *S. arlettae*, *S. simulans*. В тоже время, штаммы видов *S. warneri* и *S. haemolyticus* встречались только в патоценозе.

Оценка антибиотикорезистентности выделенных штаммов показала, что микроорганизмы, выделенные со слизистой оболочки полости носа больных характеризовались устойчивостью к двум и более антибиотикам в 2,2 раза чаще ($18,0 \pm 5,5\%$ случаев против $7,9 \pm 4,9\%$ случаев), чем у здоровых.

Заключение. Обобщение полученных данных, позволяет сделать следующие выводы: основными представителями микрофлоры слизистой оболочки полости носа, как в норме, так и при патологии являются штаммы микроорганизмов родов *Staphylococcus* и *Streptococcus*. У здоровых людей количество высеваемых со слизистой оболочки полости носа стафилококков в 3 раза превышает количество стрептококков, тогда как у больных хроническим тонзиллитом концентрация стафилококковой флоры на слизистой оболочке носа в 14 раз выше, чем стрептококковой. Анализ полиантибиотикорезистентности штаммов, выделенных из биоценозов больных, показал значительное преобладание штаммов устойчивых к двум и более антибиотикам различных химических групп по сравнению со штаммами, изолированными от здоровых людей.

Таким образом, видовой состав и полиантибиотикорезистентность штаммов микроорганизмов на слизистой оболочке носа могут рассматриваться как информативный показатель при оценке состояния микробиоценоза.

Контакты: Азнабаева Лилия Мидехатовна; 460044 г. Оренбург, ул. С.Лазо, 17-159; e-mail: lkhus@yandex.ru

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ЭНДОНАЗАЛЬНЫЙ ДОСТУП К ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКЕ И ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОМУ СЕГМЕНТУ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Бибчук Г. Б., Джафарова М. З., Авербух В. М.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», г. Москва, Россия

Цель: Определить анатомические ориентиры для пошагового планирования эндоскопического эндоназального доступа к парафарингеальному сегменту внутренней сонной артерии (ВСА).

Методы: Эндоскопическая эндоназальная диссекция 8 подвисочных ямок на биологической модели с выделением парафарингеального сегмента ВСА в 2 случаях.

Результаты: Отсутствие анатомических границ между верхним парафарингеальным пространством и подвисочной ямкой позволяет рассматривать парафарингеальный сегмент ВСА как критическую структуру, топографические особенности которой необхо-

димо учитывать в ходе эндоскопического эндоназального доступа к вышеописанной области. Нами изучено 4 ориентира, последовательное выделение которых обеспечивает визуализацию парафарингеального сегмента ВСА. Двигаясь в проксимально - дистальном направлении, первый ориентир - латеральная крыловидная мышца, занимает значительный объем подвисочной ямки, имеет горизонтальное направление волокон, от подвисочной поверхности большого крыла клиновидной кости и латеральной поверхности латеральной пластинки крыловидного отростка, прикрепляясь к шейке нижней челюсти. Учитывая вариабельность расположения крыловидного сегмента верхнечелюстной артерии относительно латеральной крыловидной мышцы, верхнечелюстная артерия не может быть стабильным анатомическим ориентиром в подвисочной ямке. В нашем исследовании второй сегмент верхнечелюстной артерии в двух случаях проходил в толще латеральной крыловидной мышцы. За латеральной крыловидной мышцей располагается второй ориентир - нижнечелюстной нерв (V3). V3 выходит из средней черепной ямки через овальное отверстие, разделяясь на передний и задний пучки. Нами обнаружены две ветви заднего пучка - язычный и нижний альвеолярный нервы на латеральной поверхности медиальной крыловидной мышцы во всех случаях диссекции. Топография V3 имеет принципиальное значение. Латерально от V3 поочередно визуализируются остистое отверстие и ость клиновидной кости с клиновидно - нижнечелюстной связкой. Сзади и снизу от V3 находится третий ориентир, представленный слуховой трубой. Слуховая труба указывает на парафарингеальный сегмент ВСА. Со слуховой трубой функционально связаны мышца напрягающая мягкое небо и мышца поднимающая мягкое небо, идущие спереди и по латеральной поверхности хрящевого сегмента слуховой трубы и снизу и по медиальной поверхности, соответственно. Четвертый ориентир - шиловидная диафрагма, относительно которой выделяют пре - и постшиловидный компартменты. Нами в двух случаях проводилась диссекция парафарингеального сегмента ВСА, расположенной в постшиловидном компартменте. В описываемых случаях парафарингеальный сегмент ВСА располагался латерально и сзади относительно хрящевого сегмента слуховой трубы, сзади от перешейка слуховой трубы и был покрыт шиловидной диафрагмой. Парафарингеальный сегмент ВСА имел восходящее направление, без признаков кинкинга. Эндоскопический эндоназальный доступ позволял достичь контроля только той порции парафарингеального сегмента ВСА, которая находилась над уровнем мягкого неба.

Выводы: Предоставленное эндоскопическое описание четырех анатомических ориентиров позволяет планировать сравнительно безопасный эндоназальный доступ к парафарингеальному сегменту ВСА.

Контакты: Бебчук Герман Борисович, моб. тел.: 89031130399, hermanvsb@icloud.com

ПОСТИМПЛАНТАЦИОННЫЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫЕ СИНУСИТЫ

***Вишняков В. В., Бакотина А. В., Костюк В. Н.
МГМСУ им А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия***

Верхнечелюстной синусит является одним из самых распространённых и нередко рецидивирующих заболеваний. При этом частота синусита одонтогенного происхождения варьирует, по разным данным, от 2-6% до 24-50% всех заболеваний околоносовых пазух. Дентальная имплантация и субантральная пластика являются общеизвестными и признанными методами лечения при адентии челюстей, и за последние 30 лет получили широкое распространение в России.

Несмотря на широкое и успешное проведение операций по имплантации зубов на верх-

ней челюсти с поднятием дна верхнечелюстной пазухи, в 3—20% случаев развиваются осложнения, связанные с травматизацией и инфицированием слизистой оболочки, что в свою очередь приводит к блоку естественного соустья верхнечелюстной пазухи, и в результате чего развивается, так называемый, постимплантационный верхнечелюстной синусит.

Цель исследования: Повышение эффективности диагностики, профилактики и лечения возникновения одонтогенных верхнечелюстных синуситов при проведении восстановительных операций на альвеолярном отростке верхней челюсти.

Материалы и методы: В исследование включены 80 пациентов, среди них было 48 мужчин и 32 женщины. Возраст пациентов колебался от 28 до 67 лет.

Пациенты были разделены на 2 группы:

I группа: пациенты, нуждающиеся в проведении операций на альвеолярном отростке верхней челюсти, которые, в ходе обследования у стоматолога, предъявляли ринологические жалобы и/или у которых были выявлены изменения в верхнечелюстной пазухе по результатам рентгенологического обследования, а именно, компьютерной томографии верхней челюсти.

II группа: это пациенты, у которых на этапе планирования проведения субантральной пластики в предоперационном рентгенологическом обследовании на компьютерной томографии верхней челюсти патологии верхнечелюстных пазух выявлено не было, активно жалобы со стороны носа пациенты не предъявляли. Пациентам были проведены операции на альвеолярном отростке верхней челюсти, которые привели к развитию одонтогенных верхнечелюстных синуситов в раннем послеоперационном периоде.

Результаты: компьютерная томография околоносовых пазух на предоперационном этапе позволяла выявить показания к хирургическому лечению, определить характер и объем хирургического лечения в каждом отдельном случае; координаты инородного тела в верхнечелюстной пазухе состояние слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. В послеоперационном периоде с помощью компьютерной томографии околоносовых пазух оценивали результаты проведенного хирургического лечения.

Доступ к верхнечелюстной пазухе осуществлялся с помощью функциональной эндоскопической ринохирургии.

У пациентов I группы в 29 (72,5%) случаях объем оперативного вмешательства был увеличен. При наличии у пациентов сопутствующей патологии в виде искривления перегородки носа, конхобуллез, или их сочетания, возникали трудности в доступе к среднему носовому ходу. Все пациенты отмечали улучшение общего самочувствия, что подтверждало положительный эффект оперативного вмешательства. Через 3 месяца на контрольной компьютерной томографии околоносовых пазух наблюдали хорошо функционирующее расширенное естественное соустье верхнечелюстной пазухи.

При хирургическом лечении пациентов II группы почти в 100% случаях наблюдались технические сложности, связанные с активным гнойно-воспалительным процессом в верхнечелюстной пазухе. На контрольной компьютерной томографии околоносовых пазух через 3 месяца наблюдали хорошо функционирующее расширенное естественное соустье верхнечелюстной пазухи, в 12 случаях (30%) наблюдалась полипозно-утолщенная слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи в области альвеолярной бухты.

Выводы: При подготовке пациента к имплантологическому лечению у стоматолога рентгенологический метод (КЛКТ и МСКТ околоносовых пазух) является оптимальным методом обследования. Использование FESS при лечении одонтогенных верхнечелюстных синуситов позволяет восстановить естественные механизмы санации верхнечелюстной пазухи и ее физиологическую аэрацию.

НЕИНВАЗИВНЫЙ ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ ФРОНТИТОВ

Волков А. Г., Синельников Р. И.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения острым риносинуситом (РС) болеет каждый седьмой человек проживающий в странах Евросоюза, а в США данная патология развивается у 16% взрослого населения (Anand V.K. 2004, Hoffmans R. 2011). В Российской Федерации острыми РС ежегодно болеет около 10 миллионов человек, среди которых значительное место занимают фронтиты, которые могут проявляться в виде отечно-инфильтративной или экссудативной форм (Крюков А.И. 2012). В последние годы отмечается рост данных заболеваний, которые отягощаются орбитальными и внутричерепными осложнениями.

Своевременная диагностика и лечение воспалительных заболеваний околоносовых пазух является одной из наиболее важных проблем в оториноларингологии, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, несмотря на появление новых современных способов консервативного и хирургического лечения.

Целью нашего исследования было проведение звукового скрининг-теста у пациентов с острым и хроническим фронтитом в ЛОР клинике РостГМУ.

Материалы и методы. С помощью оригинального устройства для дифференциальной диагностики фронтитов

Устройство представляет собой диагностический комплекс, конструкция которого включает: генератор звуковых частот, подключенный через усилитель с регулируемым усилением к источнику звуковых колебаний, двух приемников звуковых колебаний, по одному в каждом из двух каналов измерения, персональный компьютер, элемент памяти, два субблока преобразования звукового сигнала и два субблока логической обработки сигналов, по одному субблоку преобразования звукового сигнала и субблоку логической обработки сигналов в каждом канале измерения. Каждый субблок преобразования звукового сигнала содержит последовательно соединенные - полосовой фильтр, усилитель, детектор и аналого-цифровой преобразователь. Источник звуковых колебаний устанавливали в центре теменной области, а датчики их приема и преобразования – на передних стенках лобных пазух. (Патент РФ №169125 на полезную модель №2016130476).

Нами были обследованы 30 здоровых (контрольная группа) добровольцев без патологии органов дыхания, которым были проведены: стандартный эндоскопический осмотр ЛОР органов, спиральная компьютерная томография, диафаноскопия и эндоскопическое исследование полости носа. Каждому из них был выполнен звуковой скрининг-тест лобных пазух и определены диапазоны полученных результатов для левой - Fлев и правой - Fпр лобных пазух. Так, при данных Fлев и Fпр < 1,8 mV можно утверждать об отсутствии воспалительного процесса в лобных пазухах. Диапазон показателей при Fлев и Fпр ≥ 1,8 mV, но < 3,0 mV указывает на отечно-инфильтративную форму воспалительного процесса, а при Fлев и Fпр ≥ 3,0 mV диагностируется экссудативная форма фронтита.

Предложенным нами устройством перед началом лечения были обследованы 121 пациент, из них 34 был поставлен диагноз «правосторонний фронтит, отечно-инфильтративная форма», 25 – «левосторонний фронтит, отечно-инфильтративная форма», 24 – «двухсторонний фронтит, отечно-инфильтративная форма», 17 – «левосторонний фронтит, экссудативная форма», 21 – «правосторонний фронтит экссудативная форма». После звукового скрининг-теста всем пациентам была произведена компьютерная томография, у 115 (95,1%)

пациентов ее данные совпали с результатами звукового скрининг-теста, у 6 (4,9%) были выявлены расхождения полученных результатов.

По результатам звукового скрининг-теста 12 больным с экссудативной формой фронтита была произведена трепанопункция лобных пазух, подтвердившие наличие патологического содержимого в просвете пазух каждого больного.

В послеоперационном периоде с помощью оригинального устройства для проведения звукового скрининг-теста проводилось наблюдение за динамикой лечения с оценкой его эффективности. Уменьшение количества патологического содержимого при промывании лобных пазух, вплоть до его исчезновения, совпадало полностью с динамикой показателей звукового скрининг-теста вплоть до выздоровления и уравниванию данных с показателями в контрольной группе.

Выводы.

1. Звуковой скрининг-тест лобных пазух является не инвазивным и эффективным и позволяет быстро получать достоверную информацию о состоянии слизистой оболочки лобных пазух.

2. Устройство может быть многократно использовано у большого количества пациентов.

3. С помощью звукового скрининг-теста может проводиться контроль за эффективностью лечения пациентов и динамикой выздоровления на всем его протяжении.

Контакты: Волков Александр Григорьевич; 344000, Российская Федерация, Ростов-на-Дону, улица Чехова 107 кв.1; e-mail: alvolk19@mail.ru

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ОПЕРАЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА НОСОВЫХ РАКОВИНАХ

***Жапалаков Б. А., Железнова В. В., Туржанова Н. Т., Алиева А. Е., Балымбетова Л. С.
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М. Оспанова
г. Актобе, Республика Казахстан***

Введение. Среди различных осложнений при оперативных вмешательствах на ЛОР органах особое место занимают операционные и послеоперационные кровотечения (Плужников М.С., 2005). Актуальность разработки эффективных методов профилактики операционных и послеоперационных кровотечений при эндоназальных вмешательствах связана с тем, что кровотечения являются одним из самых опасных осложнений при оперативных вмешательствах на ЛОР органах (Кунельская Н.Л. и соавт., 2009). Кроме того, носовое кровотечение, возникающее при эндоназальных вмешательствах, порой служит причиной плохой визуализации операционного поля, что негативно влияет на длительность и эффективность операции.

Однако, существующие методы предоперационной подготовки при хирургических вмешательствах в ЛОР практике далеко не всегда оказываются эффективными. Поэтому проблема профилактики операционных и послеоперационных кровотечений в оториноларингологии остается актуальной.

В связи с этим заслуживает внимание разработка новых методов лечения указанной патологии, в частности, с применением различных физических факторов.

Основываясь на том, что постоянный электрический ток малой силой повышает сосудистый тонус, оказывает положительный эффект на свертывающую систему крови, активируя коагуляционные факторы крови, а также улучшает микроциркуляцию, транспортную функцию мерцательного эпителия и резорбтивную функцию слизистой оболочки нами разработан способ профилактики операционных и послеоперационных кровотечений при вмешательствах на носовых раковинах.

Сущность метода заключается в следующем. Стерильный электрод специальной конструкции вводили через общий носовой ход в носоглотку и прижимали активную часть его к боковой стенке носоглотки на уровне заднего конца средней носовой раковины, где располагается крылонебное отверстие, таким образом, чтобы поверхность активной части электрода плотно прилегала к слизистой оболочке. Электрод подключали к положительному полюсу гальванического аппарата. Другой электрод укрепляли на коже предплечья данной стороны и подключали к отрицательному полюсу аппарата. Лечение проводили ежедневно током силой 20 мкА в течение 10 минут ежедневно в течение 5 дней в предоперационном периоде.

Цель работы: целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения постоянного электрического тока малой силы в качестве компонента комплексной предоперационной подготовки для профилактики операционных и послеоперационных кровотечений при эндоназальных вмешательствах на носовых раковинах.

Материалы и методы исследования.

Указанное лечение проведено 22 пациентам (женщин – 9, мужчин – 13) в возрасте от 29 до 52 лет. Давность заболевания составила от пяти до десяти лет. Из них у 15 пациентов констатирован вазомоторный ринит, а у 7 пациентов гипертрофический ринит. Всем пациентам проводилось общее клиническое исследование, эндоскопическое исследование слизистой оболочки полости носа, исследование всасывательной функции и транспортной функции слизистой оболочки полости носа, биомикроскопическое исследование сосудов конъюнктивы. Всем пациентам, помимо традиционной подготовки к оперативным вмешательствам на ЛОР органах проводилось воздействие постоянным электрическим током силой 20 мкА с экспозицией 10 минут ежедневно в течение 5 дней только на правую половину носа, на другую левую половину носа воздействие не проводилось. Курс лечения составлял 5 процедур. Последняя процедура была выполнена за час до операции. Затем пациентам было выполнено эндоскопическое хирургическое вмешательство. Итоги лечения оценивались нами как удовлетворительные и неудовлетворительные.

Результаты исследования и их обсуждение.

В начале процедуры воздействия постоянным электрическим током малой силы у некоторых больных отмечалось слезотечение и истечение из носа светлой жидкости. К концу процедуры указанные явления значительно ослабевали или совсем исчезали. После сеанса электролечения все больные чувствовали себя хорошо.

Всем пациентам за один час до операции проведено воздействие постоянным электрическим током на слизистую оболочку полипов носа при силе тока 20 мкА по 10 минут только на правую половину носа.

Во время проведения оперативного вмешательства оценивалась степень кровопотери и визуализация операционной полости правой и левой половин носа.

Нами было отмечено, что на стороне воздействия, т.е. в правой половине носа кровоточивость открытых тканей и кровопотеря значительно меньше, чем в левой половине носа. Так, для остановки носового кровотечения при выполнении оперативного вмешательства справа 9 пациентам потребовалось 4 турунды, 7 пациентам – 5 турунд, а 6 пациентам – 6 турунд. В то время как для остановки носового кровотечения при выполнении оперативного вмешательства слева 4 пациентам оказалось необходимы 4 турунды, 6 пациентам – 5 турунд, 12 пациентам – 6 турунд.

Хорошая визуализация операционного поля правой половины полости носа отмечена у 16 больных (72,7 %), удовлетворительная визуализация у 6 больных (27,3 %). При оценке визуализации операционного поля левой половины носа хороший результат отмечен у 10 больных (45,5 %), удовлетворительная визуализация у 12 больных (54,5%).

Хорошая визуализация операционной полости способствовала сокращению длительности хирургического вмешательства. Послеоперационного кровотечения у пациентов отмечено не было.

Проведенный сравнительный анализ кровоточивости операционной раны показал, что в правой половине носа, на которую у всех пациентов в качестве предоперационной подготовки осуществлялось воздействие ПЭТ малой силы у 16 (72,7%) пациентов кровопотеря была незначительной, в то время как в левой половине незначительная кровопотеря отмечена только у 10 (45,5%) пациентов.

Наряду с клиническим улучшением, в результате проводимого лечения отмечена нормализация всасывательной и транспортной функций слизистой оболочки полости носа, а также ее микроциркуляции.

Выводы. Таким образом, можно говорить об эффективности применения постоянного электрического тока силой 20 мкА с экспозицией 10 минут в качестве компонента комплексной предоперационной подготовки для профилактики операционных и послеоперационных кровотечений при эндоназальных вмешательствах.

Контакты: Жапалаков Басир Айдарханович – 030007, ул. Ленинградская, 49-49, тел. дом: 50-47-94. сот 8-701-4756957; e-mail: Zhapalakov58@mail.ru

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬГИНАТ-СОДЕРЖАЩИХ ГЕЛЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Кириченко И. М., Авербух В. М., Фролов С. В., Максимова Е. А.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, г. Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние геля на основе биополимера альгината натрия на течение постоперационного периода у пациентов с хроническим полисинуситом.

Материалы и методы: выбор альгината натрия, получаемого при переработке морских водорослей, добываемых в акваториях северных морей (Баренцевого, Белого, Охотского и т.д.), в качестве основы лечебной композиции связан с такими его свойствами как усиление регенерации поврежденных тканей (в т.ч. за счет содержания в нем большого количества микроэлементов), радиопротекторными и гемостатическими свойствами. Добавление к альгинату гиалуроната и диоксида способствует снятию воспалений, увлажнению тканей, препятствуя образованию корок, заживлению тканей, в т.ч. после оперативных вмешательств.

30 пациентам с хроническим полисинуситом без полипов в возрасте от 18 до 60 лет, были выполнены эндоскопические эндоназальные полисинусотомии. Пациенты были разделены на контрольную и основные группы. После выполнения хирургического этапа пациентам основной группы интраоперационно послеоперационные полости заполнялись гелем на основе альгината натрия и диоксида, после чего производилась тампонада по стандартизированной методике. Удаление тампонов производилось на вторые сутки после операции, заполнение послеоперационных полостей гелем производилось повторно. При необходимости излишки геля, вышедшие за пределы постоперационной полости, удалялись путем аспирации. Пациенты контрольной группы наблюдались стандартно, им выполнялась латексная тампонада без использования противоспаечных материалов, и ежедневный эндоскопически ассистированный туалет полости носа и околоносовых пазух с определением выраженности воспалительных явлений.

Результаты: При применении альгинат-содержащего противоспаечного геля на основе альгината натрия и антимикробного препарата диоксидин в послеоперационном периоде ни у одного из пациентов кровотечений отмечено не было. При послеоперационном наблюдении у всех пациентов было отмечено скорейшее, относительно контрольной группы, уменьшение секреторных явлений, отсутствие формирования свежих геморрагических сгустков, снижение количества образуемого фибрина, отсутствие инфицированности послеоперационных полостей.

Заживление и реэпителизация слизистой оболочки оперированных пазух происходили с более низким коэффициентом формирования синехий и без стеноза соустьев. Скорость реэпителизации слизистой оболочки была выше по сравнению со стандартным ведением пациентов.

Выводы: Использование противоспаечного геля на основе альгината натрия диоксида в послеоперационном периоде у пациентов с хроническим полисинуситом, ускоряет сроки постоперационной реабилитации пациентов, снижает формирование спаек и синехий в области среднего носового хода, обуславливая наилучший функциональный результат операции.

Контакты: Фролов Сергей Вячеславович; моб.: +7(917) 509-31-41; e-mail: frolov.ent@yandex.ru

НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ

Кожантаева С. К., Оспанова Г. А., Дабылова С. И., Алиева Ж. А., Алмаскызы А.

Западно-Казахстанский Государственный медицинский университет

имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Введение. Более яркие проявления воспаления в среднем ухе маскируют нейросенсорную патологию, вследствие чего в большинстве случаев она своевременно не диагностируется. Это обуславливает необходимость более длительного изучения клиники нейросенсорных нарушений при хронических отитах с целью своевременного распознавания их.

Цель исследования: изучить клинические и аудиологические особенности нейросенсорного компонента тугоухости при хронических средних отитах.

Материал и методы: обследование проведено 81 стационарному и амбулаторному больному хроническим гнойным мезотимпанитом с нейросенсорным компонентом тугоухости (из них 45 мужчин и 36 женщин, в возрасте от 17 до 55 лет). Всем больным произведено общеклиническое обследование, включающее изучение жалоб больного, данных анамнеза заболевания и жизни, объективное обследование органов и систем для оценки клинических симптомов болезни. ЛОР-органы исследовали общепринятыми методами с применением эндоскопической техники, аудиометрии. Функциональное состояние слухового анализатора исследовали с помощью комплекса методов, включающего исследование слуха живой речью, камертонами, тональную пороговую, надпороговую аудиометрию и электрофизиологическую аудиометрию. Все больные обследовались во время обострения хронического среднего отита.

Результаты: анализ результатов изучения корреляционной связи между местом проживания и обращаемости больных к ЛОР врачу со степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости показал, что у больных из сельской местности, обратившихся к ЛОР - врачу эпизодически 3 (3,7%) и не обратившихся 3 (3,7%), снижение слуха выраженное, и выявили III степень тугоухости. У больных из сельской местности, к ЛОР - врачу не обратившихся 13 (16%), лечившихся самостоятельно - 12 (14,8%) и эпизодически - 11 (13,6%) выявили II степень тугоухости, чем у городских больных, лечившихся самостоятельно - 2 (2,5%) и эпизодически - 1 (1,2%). Таким образом, степень тугоухости, соответственно выраженность нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом коррелирует с местом проживания больных и обращаемостью к ЛОР - врачу при коэффициенте контингенции φ^2 Карла Пирсона 0,4 статистически достоверно ($p < 0,01$). Степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом при критерии χ^2 Пирсона 32,4 коррелирует с местом проживания и обращаемостью к ЛОР - врачу ($p < 0,001$). Выявлены клинические формы хронического

гнойного мезотимпанита: мукозная, гнойная и серозная. Зачастую встречалось мукозное отделяемое (55,6%), реже серозное (23,5%) и гнойное отделяемое (20,9%). Клинические проявления отита в исследуемой нами клинической группе больных можно охарактеризовать как хронические средние отиты гнойного характера, длительно текущие, склонные к рецидивированию. При этом наличие в клинической группе большого процента пациентов с мукозной формой (55,6%) свидетельствует об увеличившемся количестве этой формы хронического среднего отита. Помимо количественного увеличения мукозных форм ХСО длительное и вялотекущее течение, с отсутствием эффекта от проводимой консервативной местной терапии, приводит к быстрому развитию нейросенсорных осложнений и прогрессированию их в период ремиссии. При этом можно предположить, что механизм развития дегенерации волосковых клеток кортиева органа связан не столько с токсическими нарушениями, как при гнойных процессах, сколько с трофическими сдвигами. Корреляционный анализ степени связи характера выделений из уха со степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости при коэффициенте контингенции ϕ^2 Карла Пирсона 0,7 показал достоверную связь $p < 0,05$. Степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом при критерии χ^2 Пирсона 56,7 коррелирует характером выделения из уха ($p < 0,001$). У больных с мукозным отделяемым II степень тугоухости выявили в 44,5 % случаев, III степень тугоухости – в 11,1% случаев с достоверностью корреляционной связи χ^2 56,7. Соответственно степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у этих больных коррелирует со степенью снижения слуха. Высокая степень выраженности нейросенсорного компонента у больных с мукозным хроническим отитом объясняется не только токсическим действием продуктов воспаления на внутреннее ухо, но и трофическими нарушениями в нем. Анализ результатов исследования состояние кривой воздушного и костного звукопроведения позволил нам выделить типы кривой по воздушному и костному звукопроведению. Так, на аудиограмме горизонтально-нисходящий тип кривой по костному звукопроведению встречался у 51 (63,0%) больного, а по воздушному звукопроведению - у 45 (55,6%) больных. Обрывистый тип кривой по костному звукопроведению встречался у 22 (27,2%) больных, а по воздушному звукопроведению - у 16 (19,8%) больных. Горизонтальный тип кривой аудиометрии по костному звукопроведению встречался у 6 (7,4%) больных, а по воздушному звукопроведению – у 12 (14,8%) больных. Вогнутый тип кривой по костному звукопроведению встречался у 2 (2,5%) больных, а по воздушному звукопроведению - у 8 (9,9%) больных. Проведенный нами анализ клинических и аудиологических исследований больных ХГМ показал, что клинические проявления отита в исследуемой группе больных можно охарактеризовать как хронические гнойные мезотимпаниты. Основными жалобами больных являются снижение слуха и шум в ушах, прогрессирующие с каждым обострением болезни. Характер выделения из уха, расположение и размер перфорации барабанной перепонки влияют на снижение слуха по костному звукопроведению. При этом наличие в исследуемой группе большого процента пациентов с мукозным отделяемым свидетельствует об увеличившемся количестве этой формы ХГМ. Снижение слуха по костному звукопроведению на высокие частоты у больных с мукозным (48,1%) и гнойным отделяемым и (37,3%) обнаруживали чаще, чем у больных с серозным отделяемым (14,6%). Анализ аудиологических кривых показал о преобладании у больных горизонтально-нисходящего 51 (63,0%) и обрывистого типов 22 (27,2%) кривых по костному и воздушному звукопроведению, что свидетельствовало о глубоком поражении звуковоспринимающего отдела слухового анализатора. На основании комплекса аудиологических исследований выяснено, что у 37,% больных имеется тугоухость I степени, у 51,9% - II степени, тугоухость III степени выявили у 11,1% больных. Степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости коррелирует со степенью снижения слуха.

Выводы: 1. Среди изученных клинических форм хронического мезотимпанита встречается часто мукозная (55,6%), реже серозная (23,5%) и гнойная (20,9%). Снижение слуха более высокой степени диагностируется чаще у больных с мукозным и гнойным отделяемым, чем у больных с серозным отделяемым. Нейросенсорный компонент тугоухости более выражен у больных с задней краевой перфорацией барабанной перепонки 25,9% и тотальной - 39,5%. Степень нейросенсорного компонента тугоухости зависит от длительности течения процесса, количество обострений и несвоевременности оказания медицинской помощи. Большинство пациентов лечились самостоятельно (28,4%) и эпизодически (33,3%), что послужило причиной хронизации процесса в среднем ухе.

Контакты: Саркыт Кожабергеновна Кожантаева; 030020, г. Актобе, ул. А. Молдагулова, дом 4, кв. 36; e-mail: sarkit20@mail.ru, 8-701-303-58-64

МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА И ИХ ЗНАЧЕНИЯ В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ

Кондрашев П. А., Синельников Р. И.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Хронический тонзиллит занимает одно из первых мест среди заболеваний верхних дыхательных путей, особенно у детей и лиц молодого трудоспособного возраста. Несмотря на достижения современной медицины, удельный вес хронического тонзиллита не снижается и, по многолетним данным многих исследователей, им страдают до 40% населения. Особая актуальность данной патологии обусловлена не только распространенностью, но и тем, что более сотни соматических заболеваний ассоциирующихся с хроническим тонзиллитом. Так, по данным ВОЗ, острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца, по-прежнему остаются наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями, поражая ежегодно как минимум 12 млн. человек и являясь причиной 332 тыс. летальных исходов.

Также обращает на себя внимание то, что показатель заболеваемости хроническим тонзиллитом на территории бывшего СССР в 1925 г. колебался в пределах 4-10%, т. е. на протяжении почти столетнего периода прослеживается значительное увеличение заболеваемости данной патологией. По данным Бюро медицинской статистики г. Москвы, заболеваемость хроническим тонзиллитом за последние 5 лет возросла на 11,7%.

Целью нашего исследования было проведение эпидемиологического ретроспективного анализа обращений пациентов в приемник оториноларингологических отделений Городской больницы № 1 г. Ростова-на-Дону с 2008 по 2016 гг. по поводу острого, обострения хронического тонзиллита и его осложнений.

Материалы и методы исследования: исследования проводились в клинике болезней уха, горла и носа РостГМУ. Отбирались пациенты с клиническими признаками острого, обострения хронического тонзиллита и его осложнений. Пациенты были разделены на 3 группы. 1 группа - пациенты с односторонним паратонзиллитом, 2 группа – с двусторонним паратонзиллитом, 3 группа – с паратонзиллитом в сочетании с ангиной.

Произведен анализ амбулаторных обращений 1-го и 2-го оториноларингологических отделений для взрослых Городской больницы № 1 им. Н.А. Семашко в период с 2008 по 2016 год включительно.

Подсчитывалось общее количество обращений пациентов с патологией ЛОР органов, затем из них выбирались обращения больных с тонзиллярной патологией (паратонзиллиты,

ангины), которые впоследствии разделялись на 3 группы с последующим анализом соотношений частоты встречаемости выявленных заболеваний.

Результаты.

По данным, полученным нами за 9 лет (в период с 2008 по 2016 год включительно), из 4137 больных паратонзиллитом 1054 было в возрасте от 17 до 20 лет, 1397 – от 21 до 30 лет, 964 – 31-40 лет, и только 722 пациентов были старше 40 лет. Анализ сезонного распределения обращений пациентов с тонзиллярной патологией выявил, что из 4137 больных паратонзиллитом обратились за помощью в приемник I и II ЛОР отделений в январе – 304 (7,1%) чел., в феврале – 296 (6,9%), в марте – 317 (7,5%), в апреле – 160 (2,9%), в мае – 297 (6,9%), в июне – 257 (5,7%), в июле – 413 (10,3%), в августе – 691 (18,4%), в сентябре – 361 (8,8%), в октябре – 365 (8,9%), в ноябре – 306 (7,2%), в декабре – 371 чел. (9,1%) То есть пик заболеваемости паратонзиллитом приходится на летние месяцы – июль и август, что, по нашему мнению, связано с резким перепадом температур при употреблении холодных напитков, купании в холодных водоемах и т.д. Также нами было отмечено, что тонзиллярной патологией одинаково болеют как мужчины, так и женщины (не выявлено статистически достоверной разницы)

Выводы: 1. Отмечена устойчивая тенденция роста количества обращений больных с ангинами и паратонзиллитами и они занимают значительное место в структуре ургентной патологии лор органов.

2. Паратонзиллиты в подавляющем большинстве случаев носят односторонний характер, в 94% - 96% случаев встречается передне-верхняя локализация паратонзиллитов.

3. Основным методом лечения паратонзиллита является хирургический, и представлен вскрытием паратонзиллярного абсцесса.

4. В основном паратонзиллитами болеют люди трудоспособного возраста

5. Пик заболеваемости паратонзиллитами приходится на летние месяцы (июль-август).

Контакты: Кондрашев Павел Александрович; 344000, Российская Федерация, Ростов-на-Дону, улица Лермонтовская 89, кв. 112; e-mail: pavalkon@gmail.com

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМОРБИДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Коркмазов А. М., Дубинец И. Д., Коркмазов М. Ю.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Челябинск, Россия

По данным отечественных и зарубежных источников литературы, аллергические риниты, проявляя определенную коморбидность, чаще всего с бронхиальной астмой и средним отитом и имея общий аллергологический фон за последнее десятилетие имеют тенденцию к увеличению заболеваемости. Отмечаемая при этом единая концепция ВОЗ «единая дыхательная система, единое заболевание» и согласительные документы «Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma» (2001, 2007, 2008, 2010), определяют рассматривать аллергический ринит как раннюю стадию единого заболевания дыхательных путей. Цель: провести сравнительный анализ эпидемиологии и коморбидных проявлений аллергического ринита детской популяции крупного промышленного региона Российской Федерации (Челябинской области).

Задача исследования: определить наиболее этиологически значимые триггерные составляющие и механизмы развития аллергозов дыхательных путей у детей, проживающих на территории Челябинской области и их влияние на проявление коморбидности.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ клинико-эпидемиологических показателей аллергозов дыхательных путей у детей Челябинской области по обращаемости за врачебной помощью в городские и областную поликлинику. В качестве источников информации использовались амбулаторные карты пациентов, обратившихся к врачу аллергологу-иммунологу и оториноларингологу за истекшие три года. В исследование вошли пациенты с бронхиальной астмой, персистирующим и интермиттирующим аллергическими ринитами и сочетанной аллергопатологией в виде персистирующего аллергического ринита и бронхиальной астмы или интермиттирующего аллергического ринита и бронхиальной астмы, как следствие эксудативными средними отитами. Общее количество составило 505 детей, средний возраст 10,4 лет, соотношение девочек и мальчиков – 1:1,9. В процессе выполнения работы изучены этиологические аспекты заболеваемости, определены наиболее значимые (бытовые, эпидермальные и пыльцевые) аллергены. Этиологическую значимость аллергенов определяли на основании клинических проявлений заболевания и данных кожных скарификационных проб. Пыльцевые аллергены группировали в зависимости от периодов повышения концентрации пыльцы в воздухе: весенний, связанный с цветением деревьев, летний – луговыми травами и осенний – сорными травами. Одновременно проводился сравнительный анализ клинико-эпидемиологических показателей у детей с бронхиальной астмой, персистирующим и интермиттирующим аллергическими ринитами, проживающих на территории Челябинской области.

Результаты и обсуждение. В структуре аллергозов дыхательных путей у детей преобладает бронхиальная астма – 77%, персистирующий аллергический ринит составляет 11%, интермиттирующий аллергический ринит и сочетанная аллергопатология – по 8%. Среди пациентов с аллергозами, мальчиков (68%) почти в 2 раза больше, чем девочек (32%), по отдельным нозологиям также преобладают мальчики и составляют от 59% до 74%, что соответствует общебиологическим эволюционным закономерностям (более позднее вступление мальчиков в период полового созревания, мужчин – в пенсионный возраст и т.д.). Средний возраст начала аллергических заболеваний у детей приходится на 7,5 лет, однако по отдельным нозологиям обнаружены достоверные различия: более раннее начало заболевания отмечено для бронхиальной астмы – 6,2 года, персистирующего аллергического ринита – 6,7 лет, сочетанной аллергопатологии (бронхиальная астма и персистирующий аллергический ринит) – 6,3 лет; более позднее начало заболевания – для интермиттирующего аллергического ринита – 9 лет и сочетанной аллергопатологии (бронхиальная астма и интермиттирующий аллергический ринит) – 12,8 лет; выявленные возрастные особенности характерны как для мальчиков, так и для девочек.

Учитывая, что численность населения в деревнях и селах Челябинской области составляет 1/5 от жителей Челябинской области, данные цифры сопоставимы. Сенсibilизация к аллергенам отмечена у 172 пациентов, проживающих на территории Челябинской области, что составило 34% от всех детей с аллергическими заболеваниями; из них, 138 человек (80%) – с чувствительностью к бытовым и эпидермальным аллергенам и 105 человек (61%) – к пыльцевым аллергенам, 72 человека (42%) – с поли сенсibilизацией к двум типам аллергенов. У 74% детей – проживающих в городах области, частота встречаемости аллергенов не имеет достоверных отличий в зависимости от места проживания ($p < 0,05$).

Всего зарегистрировано 1611 аллергенов, из них 598 (37%) – бытовых и эпидермальных и 1015 (63%) – пыльцевых. Такое количество аллергенов у 172 пациентов объясняется наличием перекрестной реакции на родственные аллергены. Среднее количество аллергенов, приходящееся на человека – 9,3, для бытовых и эпидермальных аллергенов – 4,3, для пыльцевых – 9,6. Средняя интенсивность положительных проб составила от 1,2 до 1,9, что укладывается в категорию легкой и средней степени клинических проявлений.

Сравнительный анализ клинико-эпидемиологических показателей у пациентов с бронхиальной астмой, персистирующим и интермиттирующим аллергическими ринитами, выявил, что количество пациентов с сенсибилизацией к аллергенам, количество положительных аллергопроб у 1 человека и интенсивность аллергопроб у пациентов с бронхиальной астмой, персистирующим и интермиттирующим аллергическими ринитами в целом не различаются ($p > 0,05$). При этом среди пациентов с интермиттирующим аллергическим ринитом количество человек с сенсибилизацией к пыльцевым аллергенам достоверно выше ($p < 0,05$), чем среди пациентов с бронхиальной астмой и персистирующим аллергическим ринитом. Количество пациентов с полисенсибилизацией к двум типам аллергенов (бытовым и пыльцевым) значимо больше среди детей с бронхиальной астмой и интермиттирующим аллергическим ринитом ($p < 0,05$). У пациентов с персистирующим аллергическим ринитом существенно выше уровень сывороточного иммуноглобулина E ($p < 0,05$). Городские жители в 2 и более раз чаще болеют аллергическими заболеваниями, при этом персистирующим аллергическим ринитом значительно чаще ($p < 0,05$), чем бронхиальной астмой или интермиттирующим аллергическим ринитом.

Выводы:

1. Клинико-эпидемиологический анализ аллергозов дыхательных путей в детской популяции Челябинской области выявил следующие особенности: 74% аллергозов регистрируется у городских жителей; в структуре аллергопатологии преобладает бронхиальная астма; в детском возрасте мальчики страдают аллергическими заболеваниями в 2 раза чаще, чем девочки;

2. Аллергены являются этиологически значимым фактором развития аллергопатологии у 34% детей, проживающих в городах и селах Челябинской области; в 42% случаев регистрируется полисенсибилизация к бытовым и пыльцевым аллергенам.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Котов Р. В.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Недоношенные дети в связи с тяжестью своего соматического состояния в течение длительного времени, получают реанимационные пособия, что, по наблюдениям многих авторов, в дальнейшем невольно может привести к нарушению архитектоники полости носа, и как следствие быть причиной, длительного и стойкого нарушения носового дыхания.

Целью данной работы явилось определение характера патологических изменений в полости носа и носоглотке у недоношенных детей различного гестационного возраста в первые 6 мес жизни, после длительно проводимых реанимационных мероприятий.

Пациенты и методы: нами было обследовано 166 недоношенных детей, рожденных на сроке гестации 25 – 36 нед, находящихся на вспомогательной вентиляции легких, а также получавших зондовое питание продолжительностью от 1 до 3 мес.

Обследуемые дети были распределены на 3 группы относительно сроков гестации сопоставимые по сроку обследования: I группа – дети, рожденные в срок 25 – 28 нед – 68 детей, II группа – дети, рожденные в срок 29 – 32 нед – 58 детей, а III группа - 33 – 36 нед – 40 детей. Всем детям проводилось исследование полости носа и носоглотки фиброэндоскопом «KarlStorz» диаметром 2,5 мм.

Результаты: анализ данных полученных при эндоскопическом обследовании носа и носоглотки показал, что в 88,2% случаях у недоношенных детей, рожденных в срок 25 – 28 нед выяв-

лялось искривление носовой перегородки. Тубарный рефлюкс слизи встречался в 53,0 % случаев, синехии слизистой полости носа - в 11,8%, подвывих четырехугольного хряща - в 5,9%, а также гипертрофия трубных миндалин в 11,8% и аденоиды - в 13,2%.

Патологические изменения со стороны полости носа у недоношенных детей II группы были представлены такими же нозологическими формами, как и в первой. Наиболее частыми изменениями полости носа являлись искривление перегородки носа (86,2%) и тубарный рефлюкс слизи (45,0%). Синехии слизистой полости носа встречались в 5,8%, а гипертрофия трубных миндалин - в 13,7%.

В III группе детей, искривление перегородки носа было выявлено в 77,5%, тубарный рефлюкс - в 30,0% случаях, а гипертрофия трубных миндалин и аденоидов в 5,0 и 10,0% соответственно.

При сравнении выраженности патологических изменений полости носа и носоглотки между группами недоношенных детей, достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$).

Вывод: частота встречаемости и характер патологических процессов в полости носа и носоглотки детей, находящихся длительное время в реанимации, не зависят от срока гестации. Выявленный высокий процент искривлений перегородки носа и тубарного рефлюкса слизи у недоношенных детей говорит о наличии возможного длительного застойно - воспалительного процесса в области носоглотки, что может повлиять у них на состояние среднего уха и требует от нас дальнейшего изучения.

Контакты: Котов Роман Владимирович; 117997, г. Москва, ул. Островитянова д.1, тел. 8 495 236 45 38; e-mail: romalor@rambler.ru

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА.

Крюков А. И.^{1,2}, Царапкин Г. Ю.¹, Артемьева-Карелова А. В.¹, Гороява Е. В.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

² ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Хирургическое лечение вазомоторного поражение нижних носовых раковин направленно на уменьшение их объема, вследствие чего увеличивается просвет общего носового хода и улучшается носовое дыхание. Результат проведенной подслизистой вазотомии проявляется отсрочено, при этом, в некоторых случаях, эффективность ее - крайне низкая, что ведет к повторному хирургическому вмешательству, но уже с более обширным объемом. Таким образом, выбор хирургической тактики при вазомоторном рините (ВМР) остается актуальным вопросом в практической оториноларингологии и требует дальнейшего изучения.

Цель работы: повышение эффективности хирургического лечения ВМР посредством разработки оригинальной методики контурной пластики нижних носовых раковин.

Задачи:

1. Изучить анатомические особенности строения нижних носовых раковин, проявляющиеся во время проведения подслизистой вазотомии, у больных ВМР.

2. Разработать оригинальную методику турбинопластики с учетом интраоперационных особенностей строения нижних носовых раковин и сравнить ее эффективность с классической вазотомией у больных ВМР.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 166 пациентов с искривлением перегородки и ВМР. Всем больным мы провели септопластику с шинированием перегородки носа и подслизистую вазотомия нижних носовых раковин.

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

Результаты. У пациентов I-A подгруппы: на 5 сутки СОП = $426,32 \pm 16,91$ см³/с, на 14 сутки - $587,43 \pm 15,61$ см³/с, на 30 сутки - $632,22 \pm 23,5$ см³/с. В I-B подгруппе на 5 сутки СОП = $313,87 \pm 27,44$ см³/с, на 14 сутки - $412,46 \pm 0,18$ см³/с, на 30 сутки - $507,71 \pm 17,42$ см³/с. У больных II клинической группы: 5 сутки СОП = $302,18 \pm 45,80$ см³/с, на 14 сутки - $448,39 \pm 0,21$ см³/с, на 30 сутки - $614,44 \pm 17,42$ см³/с.

Выводы.

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

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

Таким образом, оригинальная методика «контурной» турбинопластики может быть рекомендована для хирургического лечения больным ВМР, проявляющимся анатомическими особенностями строения слизистой оболочки нижних носовых раковин.

АДЕНОИДЫ И АДЕНОСИНУСИТ

Лиманский С. С.

ООО «Клиника доктор Лиманский», г. Пенза, Россия

Патология околоносовых синусов и аденоиды у детей многими авторами рассматривается как дискретные заболевания, о чем свидетельствуют, в частности, и данные статистики. Так Я.А. Накатис, Н.Е. Конеченкова и М.А. Рымша (2016), говоря об удельном весе различной детской патологии верхних дыхательных путей и уха приводят такие данные: хронические заболевания глотки – 54%, носа и околоносовых пазух – 16%, заболевания уха – 28%. Таким образом, авторы как бы не допускают сочетанной патологии глотки и околоносовых пазух. По той причине, что у детей диагностика синусита затруднительна, а констатация увеличенной глоточной миндалины более вероятна, то в общей массе патологии верхних

дыхательных путей у этой категории больных превалирует диагноз «аденоиды». На практике же затекание гноя на аденоиды и их инфицирование при синусите делает вполне понятной его патогенетическую связь с аденоидитом.

Однако врачи часто не проявляют настойчивости к определению состояния синусов, предпочитая просто выполнить аденотомию. Понятно, что проблема при несанированных синусах остается. Справедливости ради, следует все-таки отметить, что даже при оставленном синусите после аденотомии наступает улучшение (улучшается носовое дыхание – улучшается дренаж синусов). Но при поспешной аденотомии, ради получения «сегодняшнего» результата, мы рискуем получить проблемы «завтра» в связи с отсутствием иммунокомпетентного органа, коим является глоточная миндалина.

В некоторых случаях проблему пытаются решить, не задумываясь над тем, что первично, а что вторично и «разрубают гордиев узел» одним ударом – удаляют аденоиды одновременно с проведением риносинусохирургических операций (Алексеенко С.И., Карпищенко С.А., Цурикова Г.П. и соавт., 2016). Поспешная хирургия, естественно, приводит к повреждению системы MALT, что в свою очередь, может приводить к нежелательным последствиям, в частности, к частым заболеваниям.

В нашей практике анатомичное (через естественные соустья) дренирование синусов (АДС) дает возможность активной санации околоносовых синусов, что приводит к одновременной элиминации воспаления в носоглотке и уменьшению аденоидов.

При аденоидите объем глоточной миндалины увеличивается за счет отека. При сочетании синусита и аденоидов, при имеющейся в данном случае нисходящей инфекции вероятность аденоидита становится понятной. Также логично, что при санации синусов вероятна одновременная элиминация воспалительного процесса в носоглотке.

Гипердиагностика аденоидов приводит к неоправданно завышенным показаниям к аденотомии.

В связи с этим возникает необходимость в уточнении терминологии, касающейся состояния глоточной миндалины. Если понимать под аденоидами большие размеры глоточной миндалины (2-3 степени), то под это понятие попадут случаи с истинной гипертрофией глоточной миндалины и случаи с увеличением ее под влиянием реактивного отека при наличии доминирующего воспаления в околоносовых синусах. Как показала наша практика с использованием АДС, отдифференцировать эти состояния удастся лишь при санации синусов. Учитывая сказанное, мы считаем целесообразным применять термин «аденосинусит» при сочетании синусита и аденоидита.

Нами проанализирован результат комплексного консервативного лечения аденосинусита у детей в возрасте 2-10 лет при аденоидах 2-3 степени. Исключение составили дети с аденоидами 3 степени при наличии абсолютных показаний к аденотомии (рецидивы среднего отита, аденоидит с явлениями интоксикации).

Было обследовано и пролечено 237 пациентов возрасте от 2 до 10 лет с аденоидами. У 132 детей имел место аденосинусит (сочетание синусита с аденоидами 2-3 степени и аденоидитом).

Диагностика аденосинусита выявлялась на основании осмотра, эндоскопии носа, рентгенографии околоносовых синусов в двух проекциях (передне-ротовой и боковой). При выявлении признаков синусита проводилось диагностическое промывание околоносовых синусов через естественные соустья (чаще - верхнечелюстных пазух). После промывания синусов осуществлялось промывание полости носа устройством по типу баллона Политцера. Последнее позволяет, во-первых, осуществить туалет полости носа и носоглотки, во-вторых, - оценить степень аденоидов (субъективная оценка сопротивления при промывании по принципу визуально-аналоговой шкалы), в третьих, оценить - динамику уменьшения аденоидов при промывании носоглотки в процессе санации синусов. Промывание синуса заканчивалось введением флуимуцил-антибиотика (или другого антибиотика с учетом результата бак. анализа в случае неэффективности флу-

имуцил-антибиотика). Параллельно проводилась системная антибиотикотерапия с учетом ранее применяемых антибактериальных препаратов. Сеанс промывания синусов и полости носа заканчивается ингаляцией с мирамистином и пневмовибромассажем полости носа.

При констатации элиминации гнойного воспалительного процесса (отсутствие гноя в синусах) аденотомия производилась только в случаях, когда не восстанавливалось носовое дыхание.

Аденотомия понадобилась только у 31 пациента (из 132, у которых изначально имелись показания к аденотомии). Таким образом, проведенная санация околоносовых синусов методом АДС в сочетании с криотерапией сократила количество необходимых (проведенных) операций до 23%.

Выводы:

1. Частое сочетание синусита с наличием и воспалением аденоидов дает основание для выделения нозологической формы «аденосинусит».

2. Анатомичное дренирование синусов при аденосинусите позволяет резко сократить показания к аденотомии.

Автор: Лиманский Станислав Степанович: e-mail: drlimanski@yandex.ru

РЕКОНСТРУКЦИИ СЛЕЗНЫХ ПУТЕЙ ПРИ СИМУЛЬТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР

*Магомедов М. М., Магомедова Н. М.
ГБОУ ВПО РНИМУ, г. Москва, Россия*

Нарушение проходимости слезоотводящих путей, при ее полной или частичной обтурации, требует хирургического лечения. В настоящее время наиболее эффективным и общепризнанным методом лечения стойкого сужения носослезного канала является эндонозальный эндоскопический метод хирургического лечения – эндоскопическая дакриоцисторинотомия (ЭДЦР). Преимуществом ЭДЦР, по сравнению с наружным методом, является не только отсутствие наружных разрезов, атравматичность, минимальное кровотечение, безболезненность, а самое важное, возможность одномоментной коррекции внутриносовых структур – при деформации перегородки носа, полипозном синусите, гиперплазии решетчатой или внутрираковинной буллы и др.

По данным литературы, при наружном методе хирургии при стенозе носослезного протока, наблюдается 15-20% рецидивов, тогда как при эндонозальной эндоскопической ДЦР – 2-5%. Со времен Ф.С. Бокштейна подобные хирургические вмешательства производились оториноларингологами, так как хирургический доступ сопровождается одномоментной коррекцией внутриносовых структур – симультанные хирургические вмешательства, в последние годы производятся и хирургами-офтальмологами.

В связи с вышесказанным целью нашей работы явилось изучение отдаленных результатов, от 1 года и выше, при ЭДЦР у больных со стенозами носослезного протока после одномоментных хирургических вмешательств на внутриносовых структурах.

За период 2014–2017 гг, проведено обследование и лечение 89 больных с диагнозом хронический дакриоцистит, симптом эпифоры. Все больные осмотрены окулистами и были направлены в ЛОР клинику различными офтальмологическими учреждениями г. Москвы. Среди пациентов, страдающих дакриоциститом, были больные с флегмонами слезного мешка, а также плановые больные с длительным слезотечением. Возраст больных колебался от 32 до 81 года. Мужчин 8, женщин 77. Всем больным произведена операция ЭДЦР. У 29 больных одномоментно производилась хирургическая коррекция внутриносовых структур под контролем эндоскопа – различные варианты септопластики, коррекция в области средней и нижней носовой раковины, по-

липотомия носа, этмоидотомия. У 22 больных проводилась интраоперационно-стентирование через верхнюю и нижнюю слезные точки лагримальными наборами по RithlengFCI (Франция), у 8 пациентов мы применили отечественные силиконовые микродренажи выпускаемые в ЗАО «МедСил» г. Мытищи, которые на несколько порядков дешевле импортных аналогов.

Результаты исследования.

Больные находились в условиях ЛОР стационара в течении 3 дней. Хирургическое вмешательство проводилось под местной инфильтрационной анестезией под контролем 0° и 30° эндоскопа, по обычной схеме. Медиальная стенка мешка удалялась практически полностью. Местный послеоперационный уход включал туалет полости носа электроотсосом, очистка краев вновь сформированной стомы от сгустков крови, фибрина и грануляционной ткани, а также промывание стомы антисептиками через нижнюю слезную точку через день.

Из 85 оперированных у 6 больных был рецидив слезотечения в ближайшие 4-6 недель после операции. При эндоскопической ревизии области операционного поля, практически у всех больных, обнаружено смыкание краев стомы или соприкосновение противоположных участков слизистой боковой стенки и перегородки носа, с последующим ее рубцеванием, что и явилось причиной рецидива. Этим больным произведено повторное вмешательство с введением силиконовых стентов. Объем операции включал устранение грануляций в области латеральной стенки носа с частичным удалением переднего конца средней носовой раковины.

Всем больным с рецидивами слезотечения, с целью формирования стойкого сообщения с полостью носа, был введен силиконовый стент (Rithleng), на 2-2,5 месяца, что по данным литературы, является достаточным сроком для формирования стойкого сообщения с полостью носа. У всех больных получен положительный результат. При эндоскопическом контроле визуализируется стойкая дакриостома на латеральной стенке полости носа кпереди от переднего края средней носовой раковины. В отдаленном периоде, при сроке свыше 3 месяцев, ни у одного пациента рецидива слезотечения не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, ЭДЦР является наиболее эффективным методом хирургического вмешательства при стенозе носослезного протока, которая позволяет производить одномоментные симультанные хирургические вмешательства на внутриносовых структурах. Хирург должен контролировать во время операции и в послеоперационном периоде наличие достаточного просвета между операционной раной и противоположной стенкой полости носа или средней носовой раковины, что является важным фактором синехий или спаечно-рубцового процесса в полости носа.

При первичных хирургических вмешательствах каналикулярное стентирование не показано. Биканаликулярное стентирование необходимо при повторных хирургических вмешательствах что позволяет избежать опасность развития спаечно-рубцового процесса и рецидива слезотечения.

В отдаленном периоде, срок наблюдения более 3 лет, рецидива слезотечения не отмечалось.

АТРЕЗИЯ ХОАН У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА

*Магомедов М. М., Суриков Е. В., Магомедова Н. М., Асламханова З. М., Гдлян А. Р.
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия*

В отоларингологии различают полную или частичную атрезию хоан, одностороннюю или двустороннюю и наконец врожденную или приобретенную. Чаще всего атрезия встречается в детском возрасте и носит врожденный характер. Нами в клинике проведена диагностика и лечение 4 пациентов с диагнозом – односторонняя атрезия хоан. Пациенты: 3 женщины и 1 мужчина, в возрасте 16 до 24 лет. Выявлена костная атрезия у 2 больных и у 2 пациентов - смешанная (костно-

перепончатая). Диагностика не представляла сложностей и включала жалобы больного, эндоскопический осмотр и компьютерную томограмму околоносовых пазух. В анамнезе практически все больные оперированы по поводу атрезии, заячьей губы и искривления перегородки носа.

Всем пациентам проведено хирургическое лечение трансназальным доступом. Под контролем торцевого эндоскопа, специальным круглым скальпелем, наподобие эндоурального микроскальпеля, произведен круговой разрез слизистой оболочки по задней стенке полости носа с радиальными разрезами для мобилизации слизистой оболочки с заднего края сошника, дна полости носа, латеральной и верхней стенки соответственно предполагаемому отверстию хоаны. Лоскуты слизистой оболочки откидывались в сторону для последующего применения. После обнажения костной части атрезии последняя трепанировалась борами, а иногда с применением молотка и долота. Обязательно резецировался задний край сошника, дно полости носа, латеральная стенка полости носа (осторожно, крупный сосуд основнонебной артерии) и достаточно высоко в области свода хоаны. Размеры хоаны формировались максимально возможными по величине, но не менее диаметра противоположной хоаны. Для профилактики послеоперационного рубцевания, на костные края тщательно укладывались лоскуты слизистой оболочки чтобы максимально укрыть раневую поверхность. В область операционного поля вводили раздувной силиконовый пневмобаллон (Крюков А.И. и соавт.2012), для прижатия листков слизистой оболочки и гемостаза, последний удаляли через 2 суток.

Ни в одном случае не вводили резиновые трубки для формирования просвета хоан. Длительность наблюдения от 2 месяцев до 3 лет. Хоанальное отверстие сохранялось, дыхание свободное, рецидива не отмечено.

ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМАТИЗАЦИИ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ

Маркеева М. В.³, Николенко В. Н.^{1,2}

¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия

³ ФГБОУ ВО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, Россия

Цель исследования: изучить взаимосвязь пневматизации решетчатого лабиринта с формами основания черепа.

Материалы и методы: морфологию решетчатого лабиринта изучали на 200 компьютерных томограммах (КТ) головы взрослых людей зрелого возраста (21–65 лет) без патологии околоносовых пазух. Изучено количество ячеек и распространение пневматизации лабиринта в близлежащие структуры в зависимости от форм основания черепа. Согласно классификации R. Martin (1928), по величине базиллярного указателя (БУ) выделены 3 формы основания черепа: долихобазиллярные (Д) – указатель <89,0%, мезобазиллярные (М) – указатель 89,0–98,0%, брахибазиллярные (Б) – указатель 99,0% и выше. Для обработки полученных данных использовался вариационно-статистический метод. Определяли M, m, σ , Cv%, p. Для оценки достоверности различий между рядами вариант использовали критерий Стьюдента.

Результаты: статистическая обработка полученных данных не выявила возрастной, половой и билатеральной изменчивости изучаемых параметров ($p > 0,05$). Среднее количество ячеек решетчатого лабиринта при мезобазиллярной форме основания черепа составило в среднем 7 ячеек, долихобазиллярной – 5–6, брахибазиллярной форме черепа – 7–8 ($p > 0,05$).

Почти на каждой изученной КТ-грамме выявлены индивидуальные варианты пневматизации решетчатого лабиринта в следующих процентах: буллезная средняя носовая раковина – 28,9%; ячейка инфраорбитальная – 7,1%, носового валика – 48,5%, лобная – 10,3%, слезные – 3,1%, Оноди – 2,1%.

Выводы: на количество ячеек и индивидуальные особенности распространения пневматизации решетчатого лабиринта не влияет форма основания черепа. В предоперационном периоде необходимо на КТ головы пациента оценить степень и особенности пневматизации решетчатого лабиринта.

Контакты: Маркеева Марина Викторовна, 410064, г. Саратов, ул. Ак. Антонова, д. 31, кв. 21; e-mail: mmarina-2011@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕЙЗАЖА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕДНИМ СУХИМ РИНИТОМ.

*Маркус П. В., Сергеева Т. А., Палажук О. А., Михайлова Л. А., Каширина Т. В.,
Кондакова О. П., Ходырева Е. С.*

ФГБУ «Поликлиника №3» Управления Делами Президента РФ, г. Москва, Россия

Сухой передний ринит является разновидностью простого атрофического насморка. Атрофический процесс локализуется, главным образом, в переднем отделе хрящевой части носовой перегородки. Сухой передний ринит – проблема, не теряющая своей актуальности по сей день. Предрасполагающими факторами для возникновения сухого переднего ринита не бактериальной природы являются: хронический синусит, хирургическое разрушение слизистой оболочки носа, нехватка питательных веществ, таких как: витамин А и железо, эндокринный дисбаланс (течение болезни ухудшается с беременностью и в период менструации), наследственность (аутосомно-доминантный тип наследования) аутоиммунные заболевания преобладание активности симпатической системы, профессиональные вредности, такие как: работа с анилиновыми красителями пылью, хромом, употребление наркотиков. Заболевание дебютирует в основном в подростковом периоде, женщины более подвержены заболеванию, чем мужчины.

Во время обследования пациентов с сухим передним ринитом высеваются такие патогенные микроорганизмы как коккобактерии, *Bacillus mucosus*, *Corynebacterium diptheriae*, *Klebsiella ozaena*. Очевидно, что в развитии атрофического ринита немаловажную роль играет микробиом слизистой полости носа.

Цель работы: оценка бактериального пейзажа полости носа у пациентов, страдающих передним сухим ринитом

Материалы и методы: исследуемую группу составили 42 человека 28 мужчин, 14 женщин., в возрасте от 25 до 67 лет. Забор мазка из полости носа производился с пораженного участка слизистой, в области образования корочек в переднем отделе перегородки носа в пробирку с угольной средой.

Результаты микробиологического исследования: *Staphylococcus aureus* высеялся у 20 (47%) пациентов титре от 10^5 , у 7-ми (17%) 10^6 , у 5-ти (11%) 10^7 У 4-х (10%) *Enterobacter* 10^5 ст, *Escherichiacoli* у 4-х (10%) в титре 10^5 , у 2-х (5%), *Klebsiella pneumoniae* 10^2 .

Выводы: оценка микробиологического пейзажа полости носа у пациентов с передним сухим ринитом является важным диагностическим критерием, поскольку позволяет вовремя провести лечебные мероприятия и улучшить самочувствие пациента.

Контакты: Маркус Петр Всеволодович; 120090, г. Москва, Грохольский переулок, д. 31; e-mail: markusp@inbox.ru

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ СУБЪЕКТИВНОГО УШНОГО ШУМА ПРИ РАЗЛИЧНОМ СОСТОЯНИИ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ.

Пальчун В. Т.^{1,2}, Левина Ю. В.^{1,2}, Ефимова С. П.¹.

¹ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Минздрава России, г. Москва, Россия

*² ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л.И.Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия*

Распространенность субъективного ушного шума среди населения весьма значительна и имеет тенденцию к увеличению. Каждый пятый взрослый в той или иной степени подвержен субъективному ушному шуму периодически или постоянно, хотя более половины из них не обращаются за медицинской помощью. Ни одна теория, объясняющая причину шума в ушах до сих пор не нашла всеобщего признания. Субъективный ушной шум, или тиннитус может быть постоянным или прерывистым, и обычно описывается как звон, жужжание, шипение, свист и шелест, гудение, гул и т.д. Шум в ушах может возникать как следствие какой либо патологии или дискоординации в проводящих путях слухового анализатора. Хронический тиннитус, возможно, происходит из каскада изменений, происходящих в различных кортикальных и подкорковых центрах в том числе: дисфункция кохлеарных рецепторов и изменения скорости прохождения импульса слуховых нервных волокон, вследствие чего может наблюдаться увеличение центрального усиления путем ингибирования коры. Большинство авторов связывают возникновение субъективного шума с потерей слуха. Однако причины возникновения субъективного шума многообразны. Важным фактором является возможность возникновения шума у пациента в отсутствие изменения слуховой функции, что делает терапию и реабилитацию данного состояния весьма сложной. Во многом обращение к специалисту определяется состоянием психосоматического состояния конкретного человека.

На сегодняшний день не существует объективных методов регистрации ушного шума. Инструментально зарегистрировать субъективный ушной шум можно лишь косвенно и самыми информативными методами являются психофизические методы шумометрии: «равной громкости» и «перекрытия».

Целью нашего исследования явилось оценить частотный диапазон субъективного ушного шума у пациентов, при нарушении слуховой функции и при нормальных порогах слухового восприятия звуков.

Пациенты и методы. Всем пациентам проводили тональную пороговую аудиометрию в диапазоне частот от 125 до 20000 Гц и шумометрия методами «равной громкости» и «перекрытия». Исследование проводилось на аудиометре GSI-61 (США).

В данное исследование включены 2 группы пациентов в возрасте от 20 до 45 лет с субъективным ушным шумом. Первую группу составили 10 человек с отсутствием снижения слуха на частотах 125-20000 Гц (до 15 дБ ПС). Вторую группу составили 10 человек с высокочастотной тугоухостью превышающая 40 дБ в диапазоне частот от 2000-20000 Гц и нормальными значениями слуха (до 15 дБ ПС) в диапазоне частот от 125-2000 Гц.

Результаты и обсуждение. В первой группе у 8 обследованных не удавалось определить частоту соответствующего шума. У двоих обследованных частота шума соответствовала диапазону 12,5-14 кГц. Однако, не удалось добиться субъективной маскировки методом перекрытия. Во второй группе с высокочастотной потерей слуха у всех обследованных частота субъективного шума располагалась в зоне максимальной потери слуха в частотном диапазоне 2000-16000 Гц и интенсивность шума составила +3-+7 дБ над потерей слуха на данной частоте.

Выводы. результаты исследования показывают, что у пациентов с субъективным шумом не сопровождающимся снижением слуховой функции механизмы генерации шума требуют изучения. У пациентов с тиннитусом и снижением слуховой функции звуковое обогащение среды может быть использовано в качестве перспективной реабилитации.

Контактное лицо: Левина Юлия Викторовна; e-mail: jlevina@mail.ru

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РИНОСИНУСИТА

Стагниева И. В.

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия*

Цель. Определение показаний к назначению иммунотропной терапии у больных с рецидивирующим риносинуситом.

Материалы и методы. Обследовано 85 больных с гнойным риносинуситом с отсутствием болевого симптома. Средний возраст составил $34,4 \pm 1,65$ лет. Критерием включения было наличие у больных не менее 3 эпизодов риносинусита в течение года. Критериями исключения стали аллергические заболевания носа и околоносовых пазух. Контрольную группу составили 32 практически здоровых человека в возрасте от 20 до 32 лет. Всем больным проведено полное клиническое обследование, эндоскопия ЛОР органов, КТ околоносовых пазух. Оценка лицевого болевого симптома проведена с помощью «Многомерного вербально-цветового болевого теста». Иммунологическое исследование включало оценку клеточного звена: иммунофенотипирование лимфоцитов осуществлялось методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител к антигенам CD3, CD4, CD8, CD16, CD20 («Сорбент», Москва) согласно методике производителя. Состояние гуморального иммунитета оценивали по уровню сывороточных иммуноглобулинов основных классов (IgM, IgG, IgA), который определяли методом радиальной иммунодиффузии с использованием моноспецифических сывороток и стандартов ФГУП «НПО МИКРОГЕН» МЗ РФ. Функционирование НАДФ-оксидазной системы нейтрофилов оценивали при помощи НСТ-теста. Определение уровня цитокинов IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF α , INF γ в сыворотке крови пациентов определяли методом иммуноферментного анализа наборами реактивов ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург). Уровень субстанции P в сыворотке крови пациентов определяли методом иммуноферментного анализа наборами Peninsula Laboratories, LLC фирмы VachemGroup (USA), Cat. No. S-1153. Измерение оптической плотности при 450 нм и обсчет результатов проводили на фотометре MultitabelCounter 1420 (Дания).

Результаты. У всех больных с рецидивирующим течением риносинусита без болевого симптома до начала лечения определяли уровень SP. Наряду с нормальными показателями, у больных без болевого симптома, были и резко низкие значения уровня SP, ниже показателей контрольной группы. Дифференциальное разделительное значение показателя уровня SP, при котором отсутствие болевого симптома свидетельствует о медиаторных нарушениях, было определено с использованием ROC-анализа и составило 98,3 пг/мл или приближенное значение 100 пг/мл. При достижении этой величины чувствительность метода соответствовала 83,95%, а специфичность – 100%. Площадь под ROC-кривой (AUC) имела высокое значение $0,914 \pm 0,024$ (z statistic 17,2 при $p < 0,0001$) при выраженной доверительной вероятности. У 85 пациентов с отсутствием болевого симптома уровень SP варьировал от 62,5 до 498,1 пг/мл. Из них у 31 уровень SP был выше 100 пг/мл, а у 54 – ниже 100 пг/мл. При проведении корре-

ляционного анализа ранжированных показателей у больных с $SP > 100$ пг/мл выявлена прямая статистически значимая связь между значениями уровня SP и С-реактивного белка ($r = 0,3531$; $p < 0,001$), т.е. отсутствие болевого симптома соответствует слабой активности воспалительного процесса. У больных с $SP < 100$ пг/мл выявлена обратная статистически значимая корреляция между значениями уровня SP и С-реактивного белка ($r = -0,8651$; $p < 0,001$). Тяжелый воспалительный процесс у этих больных сопровождается дефицитом SP.

Показатели иммунного статуса также имели отличия в зависимости от уровня SP. У больных с $SP > 100$ пг/мл изменения показателей иммунограммы были характерны для нормального иммунного ответа на бактериальный антиген. Цитокиновый баланс смещен в сторону противовоспалительных цитокинов, достоверно увеличены концентрации IL-4 и IL-10, которые тормозят активность воспалительного процесса.

У больных с $SP < 100$ пг/мл показатели иммунограммы выявили иммунодефицит по всем направлениям: страдают клеточное звено, гуморальное и фагоцитоз. При этом воспалительный процесс протекает значительно тяжелее, чем у больных с уровнем $SP > 100$ пг/мл (уровень С-реактивного белка $57,12 \pm 1,42$ мг/л). Цитокиновый баланс смещен в сторону противовоспалительных цитокинов, но и концентрации провоспалительных цитокинов резко снижены. Низкие концентрации провоспалительных цитокинов IL-1 β и INF γ не индуцируют синтез SP, а высокие концентрации IL-10 блокируют SP-рецепторы - болевого симптома нет. Следовательно, снижение уровня $SP < 100$ пг/мл является маркером нарушения нейро-иммунных взаимодействий, приводящих к иммунной недостаточности, и может служить показанием к назначению иммуностимулирующей терапии.

Для коррекции иммунной недостаточности в стандартную схему лечения гнойного рино-синусита у части больных с уровнем $SP < 100$ пг/мл ($n = 30$) с первого дня включили иммуномодулирующий препарат (Ликопид) сублингвально по 2 мг 3 раза/сут в течение 10 дней. Его фармакологическое действие осуществляется посредством усиления выработки IL-1 β , IL-6, IL-12, TNF α и INF γ . В лечение остальных пациентов с уровнем $SP < 100$ пг/мл ($n = 24$) иммуномодулятор включен не был.

Все больные получали системную антибактериальную терапию (Амоксициллин/Клавулатанат), местную противовоспалительную терапию (Мометазонафурат), деконгестант (Ксилометазолин) и ирригационную терапию изотоническими солевыми растворами. Эффективность лечения ежедневно оценивали по клиническим признакам: лихорадке, восстановлению носового дыхания, уменьшению экссудата в полости носа, улучшению качества жизни пациента (сон, дневная активность). Лабораторные показатели повторно определяли на 10 день лечения. У больных, получавших иммуномодулятор, отек и инфильтрация слизистой оболочки полости носа - были купированы на 6 день лечения. Носовое дыхание восстановилось на 6-7 день, отсутствие экссудата в полости носа было отмечено на 10 день лечения. Клинические признаки воспалительного процесса у больных, получавших лечение без иммуномодулятора, сохранялись в среднем на 3-4 дня дольше. Отек и инфильтрация слизистой оболочки полости носа у них были купированы на 10-11 день лечения, носовое дыхание восстановилось на 9-10 день, отсутствие экссудата в полости носа было отмечено на 14 день лечения.

Выводы. Таким образом, отсутствие боли при рецидивирующем риносинусите является проявлением нейро-иммунной регуляции воспалительного процесса. Показанием к назначению иммуномодулирующей терапии у больных с рецидивирующим риносинуситом может служить снижение уровня субстанции P в сыворотке крови менее 100 пг/мл. Раннее назначение иммуностимулирующей терапии при рецидивирующем риносинусите позволяет сократить сроки лечения.

Контакты: Стагниева Ирина Вениаминовна; 344022, Россия, г. Ростов-на-Дону, п. Нахичеванский, 29, E-mail: irinastagnieva@yandex.ru.

ВЛИЯНИЕ ТОПИЧЕСКИХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ И СТЕРОИДОВ НА НОСОВОЙ ЦИКЛ И МУКОЦИЛИАРНЫЙ ТРАНСПОРТ

Шиленкова В. В., Федосеева О. В.

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

Цель исследования: провести сравнительную оценку влияния топических деконгестантов и глюкокортикостероидов (ГКС) на носовой цикл (НЦ) и мукоцилиарный транспорт (МЦТ) у взрослых лиц, страдающих острым риносинуситом (ОРС).

Материалы и методы. авторами проведен мониторинг носового дыхания в течение 16-18 часов (среднее время наблюдения составило $17,20 \pm 0,80$ часов), исключая период ночного сна, с помощью ринофлоуметра «Риноцикл» у 40 взрослых – 20 мужчин 18-71 года (средний возраст – $43,90 \pm 2,81$ лет) и 20 женщин 18-70 лет (средний возраст – $42,95 \pm 2,79$ лет). Обследованные лица проходили стационарное лечение в ГАУЗ ЯО КБСМП им. Н.В. Соловьева г. Ярославля о поводу ОРС, не имели признаков патологии со стороны других систем, вредных привычек, а также иных заболеваний ЛОР-органов. Все пациенты методом случайных чисел были разделены на две группы по 20 человек, в каждой было одинаковое количество мужчин и женщин. Лицам группы 1 спустя 6 часов после начала записи НЦ выполнялось по 1 впрыскиванию деконгестанта (использовался 0,1% раствор ксилометазолина) в каждую половину носа. У пациентов группы 2 использовался спрей ГКС (в данном исследовании - мометазона фуроат в дозировке 100 мкг в каждый носовой ход).

Время МЦТ фиксировалось непосредственно перед началом исследования и спустя 1 час после интраназальных инсталляций в соответствии с методикой, описанной С.З. Пискуновым с соавторами (1983). Полученные результаты транспортной функции мерцательного эпителия распределялись согласно следующим критериям: нормой считались данные МЦТ до 15 минут, о I степени нарушений свидетельствовали показатели в пределах от 16 до 30 минут, о II степени – от 31 до 45 минут, о III степени – 46-50 минут (Пискунов С.З., Пискунов Г.З., Разиньков С.П., 1983).

Результаты исследования обрабатывались в штатной компьютерной программе и выводились в виде графиков флюктуаций относительного объемного потока (ООП) воздуха, проходящего через полость носа, в относительных единицах (ОЕ). Зависимости оценивались по классификации Л.Л. Державиной (2002): выделяли классический и неклассический НЦ. К последней разновидности относятся частично совпадающий, частично флюктуирующий НЦ, односторонний НЦ и двусторонний флюктуирующий НЦ. По характеру флюктуаций ООП определялась принадлежность НЦ к той или иной разновидности до и после приема топических деконгестантов и ГКС. Полученные в ходе исследования данные статистически обрабатывались с помощью вычислительных компьютерных программ MO Exel, Statistica 10.0 в среде WINDOWS.

Результаты; до использования пациентами интраназального спрея в группе 1 чаще регистрировались двусторонние флюктуации воздушного потока (4 мужчин, 4 женщины, всего 40%), реже наблюдался частично совпадающий, частично флюктуирующий (3 мужчин, 3 женщины, 30%) и классический НЦ (2 мужчин, 2 женщины, 20%). У 1 мужчины (5%) фиксировались нециклические колебания ООП. Односторонние флюктуации были зарегистрированы у 1 женщины (5%). В группе 2 в большинстве случаев наблюдались двусторонние флюктуации ООП (4 мужчин, 3 женщины, 35%). Частично совпадающий, частично флюктуирующий НЦ регистрировался в 30% наблюдений (2 мужчин, 4 женщины), односторонний флюктуирующий НЦ – у 10% пациентов (1 мужчина, 1 женщина). Классические колебания ООП фиксировались у 2 мужчин и 2 женщин (20%). У 1 мужчины (5%) флюктуации воздушного потока носили нециклический характер. Средние значения ООП для правой и левой половин полости носа у пациентов обеих групп не носили достоверных различий. ООП в

среднем в группе 1 составил $74,26 \pm 0,19$ ОЕ у мужчин и $59,43 \pm 1,15$ ОЕ у женщин, в группе 2 – $73,30 \pm 0,74$ ОЕ и $58,29 \pm 0,17$ ОЕ соответственно, различия между группами недостоверны ($p > 0,05$). Среди пациентов групп 1 и 2 присутствовали лишь половые различия в показателе ООП и продолжительности одного периода колебаний. Так, средняя длительность флюктуаций у мужчин группы 1 составила $183,45 \pm 7,11$ минут, у женщин – $234,61 \pm 9,11$ минут ($p < 0,05$). В группе 2 данная величина была равна $199,30 \pm 8,86$ минут у мужчин и $261,83 \pm 10,71$ минут у женщин ($p < 0,05$), различия между группами недостоверны ($p > 0,05$).

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

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

Время МЦТ до использования деконгестантов и топических ГКС соответствовало показателям 1 степени нарушений транспортной функции мерцательного эпителия и также не имело половых различий ($p > 0,05$). У мужчин группы 1 данный показатель составил $30,30 \pm 0,59$ минут, у женщин – $29,60 \pm 0,82$ минут. В группе 2 параметр был равен $29,70 \pm 0,60$ минут у мужчин и $28,60 \pm 0,28$ – у женщин.

После инсталляций деконгестантов показатель достоверно нарастал как у мужчин, так и у женщин, при этом оказавшись за пределами даже III степени нарушения транспортной функции мерцательного эпителия ($p < 0,05$). У мужчин группы 1 время МЦТ составило $56,40 \pm 0,99$ минут, у женщин – $58,10 \pm 0,32$ минут. Напротив, у пациентов, использовавших интраназальные ГКС, показатель МЦТ сместился в сторону меньших значений, однако, все же остался в пределах I степени нарушения транспортной функции мерцательного эпителия ($p < 0,05$). Показатель составил $24,10 \pm 0,70$ минут у мужчин и $23,00 \pm 0,32$ минут у женщин. Половые различия в группе 2 так же не носили характер достоверности ($p > 0,05$). Кроме того, период времени от момента инсталляции до начала действия спрея (т.е. до первых изменений ООП на графике флюктуаций) в группе 1 оказался практически в 2 раза короче, по сравнению с группой 2 (различия между группами достоверны, $p < 0,05$).

Выводы: инсталляции интраназальных деконгестантов и ГКС достоверно улучшают носовое дыхание. Использование интраназальных ГКС, в отличие от деконгестантов, при статистически значимом увеличении ООП и несколько позднем начале действия не оказывает существенного влияния на течение НЦ.

Контакты: Федосеева Ольга Викторовна; 150057, г. Ярославль, Московский пр-т, д. 163, корп. 2, кв. 79; e-mail: o.kapr@mail.ru

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СЕЗОННЫМ И КРУГЛОГОДИЧНЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТОПИЧЕСКИХ НАЗАЛЬНЫХ СПРЕЕВ КОМБИНИРОВАННОГО: МОМЕТАЗО-НА/АЗЕЛАСТИНА В СРАВНЕНИИ С МОНОТЕРАПИЕЙ МОМЕТАЗОНОМ.

*Яровая Л. А., Гончарова О. Г., Хаптахеева Г. Э., Насанкаева Е. К.
ФГБУ «Поликлиника №2» УД Президента РФ, г. Москва, Россия*

На сегодняшний день принята международная классификация аллергического ринита, в которой его виды обозначены как интерметтеирующая и персистирующая формы (ARIA 2012). Мы воспользовались старой, но более привычной классификацией с делением на сезонный и круглогодичный аллергический ринит. Пики обострения сезонного аллергического ринита (САР) приходятся на конец весеннего и конец летнего периодов. Круглогодичный аллергический ринит (КАР) продолжает беспокоить больных в течение всего года. Наличие САР и КАР было подтверждено аллергологом путем проведения кожных алергопроб и анализов на специфические IgE (если это было возможно у каждого конкретного пациента). САР и КАР при обострении могут протекать в легкой, среднетяжелой и тяжелых формах. Среднетяжелая и тяжелая формы могут существенно снижать качество жизни пациента, т.к. из-за отсутствия носового дыхания ночью у них накапливаются часы недосыпания, а днем при недышащем носе они имеют расстройство когнитивных функций и неспособны выполнять даже легкий физический труд. В инструкции к топическим назальным глюкокортикостероидам (ТГКС) написано, что следует их распылять в очищенные носовые ходы, иначе лекарство не будет достигать слизистой оболочки полости носа, т.е. отсутствует точка приложения препарата. Поэтому пациентам мы назначаем носовой душ изотоническим раствором морской соли непосредственно перед инсуффляцией ТГКС в носовые ходы. Антигистаминные препараты нашим пациентам в исследовании не назначались, т.к. задачей было выяснить влияние ТГКС на носовое дыхание и качество жизни. Пациенты с сопутствующей бронхиальной астмой и с выраженным искривлением перегородки носа из исследования исключались.

Цель. Улучшить качество жизни пациентов с САР и КАР среднетяжелой и тяжелой форм при применении адекватной терапии назальными ТГКС.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты в возрасте от 22 до 51 года всего 39 человек. Пациентам с САР лекарства назначались в период обострения заболевания на фоне активной паллиации растений. Пациентам с КАР ранее лечение не назначалось ни у оториноларинголога, ни у аллерголога, а ими самостоятельно использовались сосудосуживающие капли в нос по требованию ввиду длительной заложенности носа. Пациентов с САР было всего 17 человек, с КАР – всего 22 человека. Затем пациенты с САР и КАР случайным образом были распределены в подгруппу, эндоназально принимающую комбинированный мометазон/азеластин или монотерапию мометазоном. Таим образом, получилось 4 подгруппы: 1.1. пациенты с САР комбинированное лечение (8 человек), 1.2. пациенты с САР монотерапия (9 человек), 2.1. пациенты с КАР комбинированное лечение (10 человек), 2.2. пациенты с КАР монотерапия (12 человек). Пациентам назначался носовой душ и вслед за ним один из ТГКС длительностью 6 недель в режиме по 1 дозе в каждую половину носа 2 раза в сутки из расчета 50 мкг ТГКС на одну дозу (1,5 месяца). Качество жизни пациентов с САР и КАР оценивали по опроснику NOSE (5 вопросов с суммой от 0 до 4 баллов) до и после курса лечения. Безопасность применения препаратов оценивали по наличию или отсутствию побочных эффектов: кровоточивости из полости носа, образованию эрозий на слизистой оболочке полости носа.

Результаты лечения. Согласно опроснику NOSE до лечения пациенты подгруппы САР: 1.1. имели средний балл 15.5 ± 2.67 баллов (n=8), подгруппы 1.2. имели 16.2 ± 1.98 баллов (n=9),

разницы выраженности симптомов между 1.1 и 1.2 до лечения не отмечено ($p>0.05$), подгруппы аналогичны. Согласно опроснику NOSE до лечения пациенты под-группы КАР: 2.1. имели средний балл 16.1 ± 2.33 баллов ($n=10$), подгруппы 2.2. имели 16.4 ± 2.07 баллов ($n=12$), различия выраженности симптомов между подгруппами пациентов 2.1 и 2.2 до лечения не отмечено ($p>0.05$), подгруппы так же аналогичны. Согласно опроснику NOSE после лечения пациенты подгруппы САР: 1.1. имели средний балл 3.9 ± 2.04 баллов ($n=8$), подгруппы 1.2. имели 6.1 ± 1.89 баллов ($n=9$), имеется разница выраженности симптомов между 1.1 и 1.2 после лечения, в группе САР, применяющих комбинированный препарат, выраженность назальных симптомов после лечения меньше, чем в группе монотерапии ($p<0.05$). Согласно опроснику NOSE после лечения пациенты под-группы КАР: 2.1. имели средний балл 8.2 ± 2.45 баллов ($n=10$), подгруппы 2.2. имели 7.6 ± 2.64 баллов ($n=12$), различия выраженности симптомов между подгруппами пациентов 2.1 и 2.2 после лечения не отмечено ($p>0.05$). Разница в подгруппах 1.1. САР и 2.1. КАР после лечения, принимающих комбинированную эндоназальную терапию ТКГС, имеется в пользу пациентов с САР ($p<0.05$) (у них после лечения симптомы менее выражены). В подгруппе пациентов с САР и КАР, эндоназально принимающих комбинированный ТКГС, кровоточивость слизистой оболочки полости носа в ходе и по окончании лечения была чаще, чем в подгруппе монотерапии ТКГС.

Выводы. 1. Комбинированная терапия ТКГС мометазоном/азеластином имеет большее влияние на улучшение носового дыхания и качество жизни пациентов с сезонным аллергическим ринитом в сравнении с монотерапией мометазоном, 2. В терапии круглогодичного аллергического ринита терапия комбинированным мометазоном/азеластином не показала различия на носовое дыхание в сравнении с монотерапией мометазоном, 3. Комбинированная терапия ТКГС мометазоном/азеластином имеет большее влияние на улучшение носового дыхания и качество жизни пациентов с сезонным аллергическим ринитом, чем с круглогодичным аллергическим ринитом. 4. Побочные эффекты при применении назальных ТКГС в подгруппах САР и КАР возникали чаще при применении комбинированного препарата.

Контакты: Яровая Любовь Александровна, 119146, Москва, 2-я Фрунзенская, д.4,
e-mail: vivien456@yandex.ru.

IV. Заболевания уха.

Слуховой и вестибулярный анализаторы

ТОПИЧЕСКАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ПОЛИПОВ И ГРАНУЛЯЦИЙ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА

Агеенко И. В.¹, Агеенко Л. И.²

¹ ООО Медицинский центр «Академик», г. Искитим, Россия

*² ФГБОУ ВО Новосибирский Государственный Медицинский Университет,
г. Новосибирск, Россия*

Высокоэффективным комбинированным способом в лечении гнойных наружных и средних отитов является отонизкочастотная ультразвуковая терапия (ОтоНУЗ-терапия) эндаурально с использованием лекарственного раствора в сочетании с эндауральным низкоэнергетическим лазерным облучением (НЭЛО) слухового прохода и барабанной полости. Данный способ лечения используется нами в лечении наружных и средних отитов с 1992 года.

Цель работы – исследовать эффективность лечения обострений ХГСО, в том числе осложнившихся ростом грануляций или полипов в барабанной полости или слуховом проходе с использованием ОтоНУЗ-терапии в сочетании с эндауральным НЭЛО. Представить используемые нами классификации полипов и грануляций уха.

Пациенты и методы. В исследование были ретроспективно включены пациенты, которым в 2014 – 2016 годах в медицинском центре «Академик» выполнялось отоэндоскопическое исследование в день обращения с последующим топическим лечением ОтоНУЗ-терапией и НЭЛО эндаурально по поводу обострения хронического гнойного наружного и среднего отита (ХГСО) с течением обострения от нескольких недель до нескольких месяцев. ОтоНУЗ-терапия и НЭЛО выполнялись эндаурально через лекарственный раствор последовательно, друг за другом, в авторской методике режима выполнения ОтоНУЗ-терапии ежедневно или через день №6 – 10. Состав и дозировка лекарственных растворов вводимых в наружный слуховой проход, полости среднего уха подбирались индивидуально в соответствии с клиникой топического течения заболевания, возрастом пациента, сопутствующих общих заболеваний. Общее количество пациентов принявших участие в исследовании за 3 года – 56, из них мужчин – 30 (53,57%), женщин 26 (46,43%).

Клинический диагноз устанавливался на основании анализа жалоб, анамнеза заболевания, результатов клинического, лабораторного и инструментального обследования. В том числе МС КТ височных костей, бактериологического исследования отделяемого из уха. Деление грануляций и полипов проводим в соответствии с разработанными нами классификациями полипов и грануляций уха в 2017 году.

Классификация полипов уха. По локализации точки роста полипа: антральные, тимпанальные, экстромирингиальные, меатальные. По расположению: антральные, антро-тимпанальные, тимпанальные, тимпано-меатальные, неотимпанальные. По величине: 1-я стадия – небольшой полип, длина и диаметр до 4 мм, объем до 4 мм³ включительно. 2-я стадия – средний полип, длина и диаметр от 4 до 8 мм, объем до 8 мм³ включительно. 3-я стадия – большой полип, длина от 8 до 16 мм, диаметр от 8 до 10 мм объем до 11,7 мм³ включительно. 4-я стадия – гигантский (тотальный, при полном заполнении слухового прохода или послеоперационной полости) полип, длина более 16 мм, диаметр от 10 мм и более, объем более 11,7 мм³. По форме: шаровидные, грушевидные, цилиндрические, призматические, пира-

мигдаловые, лепестковидные, лентообразные, гофрированные. По подвижности: неподвижные, ограниченно подвижные, подвижные. По состоянию поверхности: гладкие, шероховатые, бугристые, эрозированные. По гистологическому строению: слизистые, слизисто-фиброзные, слизисто-ангиозные, слизисто-ангио-фиброзные.

Классификация грануляций уха. По локализации роста: воздухоносно-клеточные, тимпанальные, экстротимпанальные, метатимпанальные. По количеству: единичные, множественные. По площади распространения: 1-я стадия – небольшие грануляции, площадь распространения до 4 мм² включительно; 2-я стадия – средние грануляции, площадь распространения от 4 до 8 мм² включительно; 3-я стадия – большие грануляции, площадь распространения от 8 до 16 мм² включительно; 4-я стадия – гигантские (тотальные, при полном поражении стенок слухового прохода или послеоперационной полости) грануляции, площадь распространения более 16 мм². По гистологическому строению: слизистые, слизисто-фиброзные, слизисто-ангиозные, слизисто-ангио-фиброзные.

Результаты и обсуждение. Результаты отоларингологического исследования распределились следующим образом в 2014 году исследование и лечение выполнено у 25 пациентов, из них у 5 был 2-х сторонний ХГСО. Возраст от 9 до 86 лет, средний возраст 56 - 57 лет. Женщин 10 (40,0%), мужчин 15 (60,0%), детей 2-е, мальчики 9-ти и 14-ти лет, оба после оперативного лечения с элементами тимпанопластики. Всего за год 30, из них течение ХГСО без осложнений 10 (33,33%), осложнено ростом полипа 1 (3,33%), осложнено ростом грануляций 12 (40,00%), осложнено ростом грануляций и полипа 7 (23,33%).

В 2015 году исследование и лечение выполнено у 18 пациентов, из них у 3-х был 2-х сторонний ХГСО. Возраст от 13 до 75 лет, средний возраст 51 - 52 года. Мужчин и женщин было одинаковое количество, по 9 пациентов, детей 2-е, оба мальчика 13-ти и 15-ти лет. Всего за год 21, течение ХГСО без осложнений 6 (28,57%), осложнено ростом полипа 2 (9,52%), осложнено ростом грануляций 9 (42,86%), осложнено ростом грануляций и полипа 4 (19,05%).

В 2016 году исследование и лечение выполнено у 13 пациентов, из них у 2-х был 2-х сторонний ХГСО. Возраст от 14 до 69 лет, средний возраст 49 – 50 лет. Женщин 7 (53,85%), мужчин 6 (46,15%), ребёнок 1, мальчик 14-ти лет. Всего за год 15, течение ХГСО без осложнений 7 (46,67%), осложнено ростом полипа, 2 (13,33%), осложнено ростом грануляций 5 (33,33%), осложнено ростом грануляций и полипа 1 (6,67%).

За 3 года общее количество случаев ХГСО составило 66, из них течение без осложнений 23 (34,85%), осложнено ростом полипа 5 (7,58%), осложнено ростом грануляций 26 (39,39%), осложнено ростом грануляций и полипа 12 (18,18%). Всего осложнено ростом полипов 17 (25,76%) случаев, грануляциями 38 (57,58%) случаев. Соотношение неосложнённого течения случаев к осложнённому течению составляет 23/43 или примерно 1/2. Соотношение случаев осложнений ХГСО полипами к грануляциям 17/38 или примерно как 1/2.

В результате проведённого лечения у всех пациентов наблюдалась ремиссия заболевания. Грануляции в независимости от их площади: тимпанальные экстротимпанальные, метатимпанальные и неотимпанальные уменьшались по площади обратно-пропорционально количеству выполненных процедур и исчезли к концу курса лечения. Полипы небольших размеров исчезали в полном объёме во всех случаях лечения независимо от гистологического строения. Полипы средних, больших и гигантских размеров слизистого или слизисто-ангиозного строения, так же исчезали в полном объёме. Гигантские и тотальные полипы уменьшались до средних или больших размеров с последующим малотравматичным удалением. Полипы средних и больших размеров имеющие слизисто-фиброзное или слизисто-ангиозно-фиброзное строение во всех случаях уменьшались в объёме от 2/3 до 4/5 и легко, малотравматично были удалены в амбулаторных условиях. Во всех случаях лечения был достигнут длительный период ремиссии.

Выводы: сочетанное использование ОтоНУЗ-терапии и НИЛО через лекарственный раствор в лечении обострений ХГСО, в том числе его осложнённых форм с ростом грануляций и полипов, показало высокую эффективность. Результатом её являлось сокращение длительности рецидива ХГСО. Использование предложенных классификаций позволяет уточнить степень выраженности осложнений ХГСО.

Контакты: Агеенко Иван Васильевич; 633208 А/я 40; Ageenko.i.v@mail.ru

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Акимов А. В.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Оренбург, Россия

Заболевания носа и околоносовых пазух занимают ведущее место в структуре ЛОР патологии, причем удельный вес их в структуре ЛОР заболеваемости увеличивается ежегодно на 1 – 2 %.

Увеличение числа больных полипозным риносинуситом (ПРС) связывается многими исследователями с развитием промышленности, химизацией производства и сельского хозяйства, загрязнением окружающей среды промышленными отходами, бесконтрольным использованием лекарственных веществ, курением, профессиональными факторами.

В последние годы значительно вырос уровень комплексного загрязнения окружающей среды и, как следствие этого, увеличился объем мутагенных факторов. В результате тесного взаимодействия внешних, повреждающих, и наследственно измененных внутренних факторов происходят срывы адаптационных механизмов организма, что приводит к развитию ПРС. Неслучайно поэтому наиболее высокий уровень заболеваемости ПРС отмечается на территориях, характеризующихся большими экологическими нагрузками.

Упомянутые факторы, способствующие росту заболеваемости ПРС, актуальны и для Оренбургской области, так как на её территории сконцентрирован ряд предприятий, оказывающих негативное воздействие на окружающую среду. Анализ состояния окружающей природной среды дает основание характеризовать Оренбургскую область, как территорию со сложной экологической обстановкой. Высокая степень индустриализации привела к крайне негативному состоянию окружающей среды в некоторых районах области и, как следствие этого, высокому уровню хронической заболеваемости ЛОР органов у населения.

По загрязнению окружающей среды Оренбургская область находится среди регионов России с наибольшими выбросами вредных веществ (более 500 тыс. тонн).

В восточном регионе Оренбургской области сосредоточены предприятия черной, цветной металлургии и химического производства в городах Орске, Новотроицке и Гае. Для этого промышленного региона характерными поллютантами являются свинец, никель, хром, марганец, диоксид азота и формальдегид.

Для сельских территорий и аграрных городов западного региона Оренбургской области выбросы в атмосферу формируются в основном предприятиями теплоэнергетики, пищевой промышленности, автотранспортом и сельхозтехникой.

В связи с этим представляется актуальным выяснить причинно-следственные отношения между изменениями качества окружающей среды обитания и формированием патологии носа и околоносовых пазух и провести эпидемиологический анализ заболеваемости хроническим полипозным риносинуситом у населения, проживающего в различных регионах Оренбургской области, отличающихся по уровню и характеру антропогенной нагрузки.

Проведен анализ по сравнению процентного соотношения заболеваемости хроническим полипозным риносинуситом относительно заболеваемости хроническим синуситом других форм в промышленных городах и районах Оренбургской области с высокой антропогенной нагрузкой, и городах и районах с низкой антропогенной нагрузкой за 2014 - 2016 годы.

Произведенный анализ показал, что в развитых промышленных городах среднее процентное соотношение заболеваемости хроническим полипозным риносинуситом относительно риносинуситов других форм составляет в среднем 19,1%, а в промышленных районах области 38,25%. В городах с благоприятными условиями окружающей среды процентное соотношение не превышает 9,3%, в районах – 13,9%, соответственно.

При анализе заболеваний сопутствующих хроническому полипозному синуситу выявили, что бронхиальная астма в развитых промышленных городах и районах Оренбургской области в среднем составляет 9,14 случаев на 1000 человек, аллергический ринит - 3,06 случаев на 1000 человек. В городах и районах с благоприятными условиями окружающей среды соответственно – 6,0 и 0,7 случаев на 1000 человек.

Заключение. Таким образом, экологические факторы активно влияют на заболеваемость ПРС и селитебные территории, характеризующиеся высоким уровнем комплексной антропогенной нагрузки на окружающую среду, способствуют высоким показателям распространенности болезней носа и околоносовых пазух по сравнению с территориями низкой антропогенной нагрузки.

Контакты: Акимов Александр Владимирович, 460000, г. Оренбург, ул. Советская 6, тел.8-3532-71-87-17; e-mail: akimov.59@list.ru

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ С ВЫПОТОМ

Атлашкин Д. Н., Вишняков В. В., Овчинников А. Ю., Эдже М. А.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет»
Минздрава России, г. Москва, Россия*

Одним из заболеваний, течение которого нередко приводит к потере слуха является острый средний отит с выпотом. Заболевание характеризуется слизистым или серозным выпотом в полость среднего уха, что приводит к снижению слуха, и при этом не сопровождается болевым синдромом и интоксикацией (Thomas S Higgins Jr, 2017). Успешное лечение острого среднего отита с выпотом невозможно без комплексной системной терапии, включающей антибактериальные средства широкого спектра действия, поскольку заболевание имеет инфекционную этиологию. Вторым важным компонентом комплексной системной терапии являются мукоактивные препараты, уменьшающие объем и секрецию экссудата в просвет барабанной полости и слуховой трубы, а также влияющие на его реологические свойства и стимулирующие мукоцилиарный транспорт (Шмелева Н.М., 2012). Однако, несмотря на комплексную системную и местную терапию и проведение манипуляций, направленных на восстановление функции слуховой трубы, у ряда больных острым средним отитом с выпотом удается достигнуть выздоровления только после проведения хирургического лечения.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность диагностики и комплексного консервативного лечения у больных острым средним отитом с выпотом.

Материалы и методы: в исследовании участвовало 112 пациентов с острым средним отитом с выпотом (134 ушей) в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст 41 год). Из них 22 пациента имели двусторонний процесс.

Комплексное обследование включало сбор жалоб, анамнеза, отоскопию и отомикроскопию, камертональные пробы, исследование функции слуховой трубы, заднюю риноскопию, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки с исследованием плоточного отверстия слуховой трубы, тональную пороговую аудиометрию, тимпанометрию, мультиспиральную компьютерную томографию височных костей (МСКТ) с шагом томографа 0,5 мм. Результаты тимпанометрии оценивались по классификации, предложенной Jerger: при наличии выпота в среднем ухе регистрировались тимпанограммы типа «В». После проведенного комплексного обследования при подтверждении диагноза острого среднего отита с выпотом всем пациентам проводилось консервативное лечение. В зависимости от тактики лечения больные были рандомизированы на 2 группы. В основной группе (ОГ) схема лечения предусматривала назначение стандартной антибактериальной терапии (цефтриаксон 1,0 г 2 р/д в течение 5 дней), сосудосуживающие препараты в нос (ксилометазолин 0,1% в виде спрея не более 5 дней) с дополнительным назначением мукоактивной терапии - препарат «Аскорил» в таблетированной форме, по 1 таблетке 3 раза в день в течение 5 дней. В группе сравнения (ГС) проводилась только антибактериальная терапия - цефтриаксон 1,0 г 2 р/д в течение 5 дней в комбинации с назальным деконгестантом (ксилометазолин 0,1% в виде спрея не более 5 дней). Для улучшения тубарной функции всем больным проводилось продувание слуховых труб по Политцеру, катетеризации слуховых труб с введением раствора дексаметазона, пневмомассаж барабанных перепонки. При неэффективности консервативной терапии на 5 сутки стационарного наблюдения: сохранении субъективных симптомов, наличии КТ-признаков экссудата в полостях среднего уха, сохранении типа «В» на контрольной тимпанограмме - проводилось хирургическое лечение - миринготомия с помощью СО₂-лазера, совмещенного с операционным микроскопом. В послеоперационном периоде пациенты наблюдались ежедневно в течение нескольких дней (от 2 до 5 дней) в стационаре. Затем осмотры проводились 2 раза в неделю в течение 2 месяцев после операции. При восстановлении целостности барабанной перепонки и в последующие осмотры проводились контрольные тимпанометрии. Контрольная компьютерная томография височных костей назначалась через 1,5-2 месяца после проведенного оперативного вмешательства.

Результаты исследования: в процессе сбора анамнеза выявлено, что во всех случаях этиологическим фактором заболевания была острая инфекция верхних дыхательных путей.

Положительная динамика в группах подтверждалась результатами контрольной тимпанометрии на 5 день лечения. При этом, в ОГ признаки наличия выпота (тип «В») в барабанной полости отмечены у 18 пациентов (33% от общего числа больных ОГ). Полное восстановление функции слуховой трубы отмечено у 9 пациентов (17%), у остальных 27 пациентов зарегистрирован тип «С» тимпанограммы (50%). В ГС также отмечалась положительная динамика параметров тимпанограммы, однако ни у одного пациента на 5 день лечения полного восстановления функции слуховой трубы не отмечено. Признаки наличия выпота в барабанной полости сохранялись у 27 пациентов ГС (46%), тип «С» на контрольной тимпанограмме зарегистрирован у 31 пациента (54%) (таблица 1).

Таблица 1

Результат тимпанометрии до (0 день) и на 5 день лечения у исследуемых больных

Тип тимпанограммы	ОГ (N*,%)		ГС (N*,%)	
	0 день	5 день	0 день	5 день
А	0 (0%)	9 (16%)	0 (0%)	0 (0%)
В	54 (100%)	18 (33%)	58 (100%)	27 (46%)
С	0 (0%)	27 (50%)	0 (0%)	31 (54%)

* - количество пациентов

При проведении контрольной МСКТ височных костей на 5 день лечения выпот в полостях среднего уха у 66% пациентов ОГ выявлен не был, однако у всех этих пациентов присутствовали остаточные воспалительные явления в виде пристеночного утолщения слизистой в барабанной полости, слуховой трубе и ячейках антрума. У 31 пациента (54%) ГС на 5 день лечения несмотря на улучшение результатов контрольной тимпаногаммы (тип «С»), на снимках, полученных с помощью МСКТ, регистрировалось наличие выпота в единичных ячейках сосцевидного отростка.

Выводы:

1. Комплексное обследование пациентов позволяет диагностировать острый средний отит с выпотом на ранней стадии заболевания. Особое значение в диагностике имеет метод компьютерной томографии височных костей – по результатам которого, определяется дальнейшая тактика лечения и объем хирургического вмешательства, выявляются рецидивы и осложнения заболевания в процессе динамического наблюдения пациентов.

2. Применение комбинированного мукоактивного препарата в комплексе с системной антибактериальной терапией у больных острым средним отитом с выпотом значительно ускоряет процесс дренирования полостей среднего уха и сроки восстановления функций слуховой трубы, что подтверждается клинически, результатами тимпанометрии и МСКТ.

3. Проведение системной антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия в комбинации с мукоактивными средствами и комплексом лечебных манипуляций, направленных на восстановление функции слуховой трубы уменьшает необходимость проведения хирургического лечения у больных острым средним отитом с выпотом.

Контакты: Атлашкин Денис Николаевич; e-mail: dr.atlashkin@mail.ru

ВЛИЯНИЕ НА РАЗБОРЧИВОСТЬ РЕЧИ ТЕХНОЛОГИИ ПЕРЕНОСА ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИИ

Бобошко М. Ю.^{1,2}, Бердникова И. П.¹, Мальцева Н. В.¹, Гарбарук Е. С.¹, Коротков Ю. В.³

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

³Аудиологический центр Аэрон, г. Москва, Россия

Наиболее трудным для слухопротезирования является снижение слуха, характеризующееся крутонисходящим профилем аудиограммы. В ряде случаев усиление в области высоких частот имеет незначительный эффект и не позволяет улучшить разборчивость речи. Такая ситуация может наблюдаться, например, при наличии так называемых «мертвых зон» улитки.

Для решения этой проблемы в современных слуховых аппаратах используется технология понижения частоты сигнала. Применяются различные алгоритмы подачи высокочастотной информации на более низких частотах, например, нелинейная частотная компрессия или линейный перенос частот. Одним из методов понижения частоты является алгоритм Frequency Composition™, разработанный фирмой Бернафон. Однако использование технологии понижения частоты сигнала не во всех случаях является гарантией улучшения восприятия речи в слуховых аппаратах.

Цель исследования: оценить эффективность алгоритма понижения частоты Frequency Composition™ у пациентов с хронической сенсоневральной тугоухостью.

Материалы и методы: обследовано 23 больных с хронической сенсоневральной тугоухостью (10 женщин, 13 мужчин), средний возраст 63,9 лет. Все пациенты были опытными пользователями слуховых аппаратов. Для всех пациентов проводились: тональная пороговая аудиометрия в наушниках и в свободном звуковом поле; речевая аудиометрия с предъявлением односложных слов в тишине, тест чередующейся бинаурально речью; Ольденбургский фразовый тест (RuMatrix) в тишине и в шуме. Тональная аудиометрия и тест RuMatrix в свободном звуковом поле выполнялись с использованием слуховых аппаратов. Измерения проводились дважды: с активированным и с выключенным алгоритмом Frequency Composition™. По результатам теста RuMatrix в тишине оценивалась интенсивность (в дБ УЗД), при которой достигался 50%-ный порог разборчивости речи – SRT50, а при тестировании в шуме – отношение сигнал/шум (в дБ SNR), при котором достигался SRT50.

Результаты. В зависимости от данных тональной пороговой аудиометрии пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 11 человек со средним порогом слуха $79,2 \pm 21,8$ дБ нПС и средним наклоном аудиограммы 27,9 дБ/октаву в области частот 1-2 кГц. Группу 2 составили 12 пациентов со средним снижением слуха $74,1 \pm 12,4$ дБ нПС и средним наклоном аудиограммы 24,1 дБ на октаву в области 2-4 кГц.

По данным тональных измерений в слуховых аппаратах при активированном алгоритме Frequency Composition™ пороги слуха улучшились относительно измерений с выключенным алгоритмом Frequency Composition™ на $14,5 \pm 5,2$ дБ в группе 1 и на $12,7 \pm 9,0$ дБ в группе 2. По данным теста RuMatrix получено улучшение разборчивости речи при использовании алгоритма Frequency Composition™ в 1-й группе (изменение 50%-ного порога разборчивости речи на 2,53 дБ УЗД в тишине и на 1,07 дБ SNR в шуме). Установлено достоверное различие между результатами оценки разборчивости речи в шуме с активированным и с выключенным алгоритмом Frequency Composition™ ($p=0,032$). Во 2-й группе эффект использования понижения частоты сигнала был менее выражен и не являлся достоверным (0,45 дБ УЗД в тишине и 0,66 дБ SNR в шуме).

Заключение. Алгоритм понижения частоты Frequency Composition™ помогает улучшить восприятие тональных сигналов, а также распознавание речи, особенно в шуме. Для эффективного использования данной технологии необходим строгий отбор пациентов, критерии которого нуждаются в уточнении. Также необходимо в дальнейшем учесть фактор привыкания пациента к алгоритму обработки звукового сигнала.

Контакты: Бобошко М.Ю. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8;
e-mail: boboshkom@gmail.com

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ЛИЦ ЛЕТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ

Булгакова М. В., Ненашева Р. А., Хахилева О. О.

*ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика
Н.Ф. Измерова», г. Москва, Россия*

Профессиональная тугоухость во всем мире занимает одно из ведущих мест в общей структуре профессиональной заболеваемости как в Российской Федерации, так и в мире. Показатели заболеваемости профессиональной тугоухостью за последние 10 лет увеличились в 2,5 раза. Основная доля заболеваний (30,16%) приходится на работников воздушного транспорта: пилотов, штурманов авиации, инженеров бортовых авиаотрядов, бортмехаников, командиров (летчиков, пилотов) воздушного судна, инструкторов. Ведущими вредны-

ми производственными факторами у лиц летного состава являются высокие уровни авиационных шумов, повышенные уровни вибрации, колебания барометрического давления в кабине воздушного судна при разных режимах полета, воздействие ускорений и др.

Цель исследования: на современном этапе развития медицины труда в целях сохранения здоровья и трудового долголетия лиц летного состава представляется актуальным разработка информативных критериев риска развития нейросенсорной тугоухости и экстраауральных эффектов с использованием современных молекулярных технологий (геномных, постгеномных, протеомных, метаболомных).

Для решения поставленной цели был обоснован клинико-лабораторный комплекс биохимических и молекулярно-генетических показателей метаболических нарушений, характеризующий риск развития сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, а также был проведен научный поиск генов триггеров и предикторов, принимающих участие в развитии артериальной гипертензии и нейросенсорной тугоухости у лиц летного состава.

Материалы и методы: на базе Клиники Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт медицины труда» (Клиника ФГБНУ «НИИ МТ») проведено обследование 170 лиц летного состава гражданской авиации (возраст свыше 50 лет, стаж свыше 20 лет). Все обследованные лица были разделены на группы с учетом возрастных характеристик (50 -59 лет и 60 – 69 лет), летного стажа (20 – 29 лет и свыше 30 лет). Результаты биохимических исследований сопоставлялись с данными 40 практически здоровых лиц, не подвергающихся воздействию вредных производственных факторов. Для молекулярно-генетических исследований использовали популяционный контроль.

В ходе выполнения работы были исследованы полиморфные варианты гена супероксиддисмутазы (SOD1 G7958A), коннексина-26 (GJB2 35delG) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на амплификаторе «T100 ThermalCycler» фирмы «BIO-RAD» с использованием локуспецифических олигонуклеотидных праймеров (использованы реагенты производства НПФ «Литех») и анализом продуктов реакции в 3% агарозном геле с последующей окраской бромидом этидия и визуализацией в проходящем ультрафиолетовом свете.

Результаты: в качестве маркера повышенного риска развития нейросенсорной тугоухости был изучен полиморфизм гена коннексина 26 (GJB2 35delG). Мутации гена коннексина 26 (ген GJB2) вызывают патологические изменения, приводящие к синтезу дефектного белка коннексина 26 и, в дальнейшем, к затруднению транспорта электролитов, АТФ и глюкозы между клетками и к нарушению окислительных процессов. Гетерозиготное носительство не приводит к снижению слуха в детском возрасте, но может служить фактором риска развития нейросенсорной тугоухости при воздействии неблагоприятных факторов внешней среды.

В результате проведенного исследования у 2,5% лиц летного состава был выявлен гетерозиготный вариант гена GJB2 35delG, в то время как встречаемость гетерозиготного варианта гена GJB2 35delG в популяции составляет 1%.

Выводы: достоверное повышение частоты встречаемости гетерозиготного генотипа (G/A) гена SOD1 (G7958A) у лиц летного состава гражданской авиации, страдающих артериальной гипертонией, свидетельствует об участии данного гена в патогенезе артериальной гипертонии и может быть использовано для индивидуальной оценки риска развития артериальной гипертензии и других форм сердечно-сосудистой патологии. Роль гетерозиготного варианта гена коннексина 26 в патогенезе нейросенсорной тугоухости у лиц летного состава гражданской авиации требует дальнейшего изучения на большей выборке. Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования данного маркера для оценки риска раннего развития нейросенсорной тугоухости у лиц, подвергающихся воздействию шума.

На основании анализа результатов проведенных исследований выделены информативные биохимические и молекулярно-генетические маркеры метаболических нарушений, ко-

торые являются предикторами развития нейросенсорной тугоухости, эндокринных и сердечно-сосудистых заболеваний. Выявленные биомаркеры могут использоваться для оценки индивидуального риска развития указанной патологии, персонифицированной оценки прогноза заболевания и разработки индивидуальной схемы профилактических мероприятий у лиц летного состава гражданской авиации.

Контакты: Булгакова Мария Викторовна; 117461, г. Москва, ул. Керченская, 10-4-110;
e-mail: andrianova_doc@mail.ru

ВРОЖДЕННАЯ ХОЛЕСТЕАТОМА СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ 23 НАБЛЮДЕНИЙ.

Власова Г. В., Павлов П. В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

В отечественной и зарубежной литературе нет однозначного мнения относительно диагностики, объема и прогноза хирургического лечения врожденной холестеатомы (ВХ) у детей.

Цель исследования: провести анализ клинического течения ВХ и результатов оперативного лечения.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 20 историй болезни пациентов от 1 года до 10 лет, оперированных по поводу ВХ среднего уха в ЛОР-отделении СПбГПМУ с 2000 по 2017 гг. 3 больных – с двусторонней ВХ; при анализе результатов оперативного лечения каждое ухо оценивалось отдельно, таким образом, количество наблюдений составило 23. Срок наблюдения от 4 месяцев до 10 лет. Средний возраст – 4,8+2,5 лет. Девочек – 8, мальчиков – 12. Проведен анализ анамнеза заболевания, клинической манифестации, распространенности патологического процесса в ухе, объема и результатов операций.

Результаты: врожденный характер холестеатомы был установлен на основании критериев Levenson et al. (1989). Время от клинической манифестации до хирургического лечения составило 3,7+2,7 мес. (1 – 9 мес.). В 20 наблюдениях (средний возраст 4,3+2,3 лет) манифестация ВХ состоялась в виде острого воспаления среднего уха (острая боль, гноеотечение, температура, интоксикация). Отсутствие клинического выздоровления и нормализации отоскопической картины, несмотря на проведенное лечение, повлекло необходимость компьютерной томографии височных костей, на которой были выявлены деструктивные изменения. Манифестация ВХ в виде одностороннего кондуктивного снижения слуха отмечалась у 3 детей (7,7+2,1 лет).

Распространенность холестеатомного процесса в наших наблюдениях, согласно классификации, предложенной Potsic et al. (2002), распределилась следующим образом: I – стадия – 0; II стадия – ВХ, занимающая барабанную полость (более одного квадранта), без эрозии слуховых косточек и распространения в сосцевидный отросток (СО) – 2 наблюдения (9%); III стадия – ВХ, занимающая барабанную полость, с эрозией слуховых косточек, но без распространения в СО – 1 наблюдение (4%); IV – стадия – ВХ, локализующаяся в СО – 20 наблюдений (87%).

При II стадии (2 наблюдения) была выполнена эндауральная аттикотомия. Наблюдение в течение 3-х лет – рецидива холестеатомы не отмечалось.

У больного (6 лет) с холестеатомой барабанной полости и эрозией цепи слуховых косточек (III стадия) была выполнена аттикотомия, однако через 1 год объем операции был расширен до раздельной аттико-антротомии в связи с рецидивирующими гноеотечениями. После чего была достигнута ремиссия и через 2,5 года выполнена тимпанопластика с удовлетворительным морфологическим и функциональным результатом.

В 20 наблюдениях (IV стадия) выявлена «стелющаяся», распространенная холестеатома, полностью заполняющая СО при хорошо развитой клеточной системе. В 17 наблюдениях барабанная полость была заполнена холестеатомой, слуховые косточки эрозированы, в 3 – барабанная полость и цепь слуховых косточек были интактны. При первичном хирургическом вмешательстве выполнено 9 радикальных операций (3,7+1,3 лет) и 11 отдельных аттико-антротомий (4,8+2,8 лет). Однако в 5 наблюдениях аттико-антротомия не дала ремиссии гнойно-воспалительного процесса, и через 5,4+2,9 мес. (3-10 месяцев) была выполнена реоперация в объеме радикальной общеполостной. В одном наблюдении (ребенок 2-х лет) через 6 месяцев выполнена «secondlook» операция. Учитывая сохранность цепи слуховых косточек, незначительные размеры холестеатомы, объем операции не расширялся. Остальные больные (5 человек) находятся под наблюдением, состояние среднего уха контролируется с помощью магнитно-резонансной томографии по протоколу выявления холестеатомы (T1, T2, DWI режимы).

Трое детей с двусторонней ВХ в связи с обширным холестеатомно-деструктивным процессом были оперированы в объеме радикальной операции, что потребовало коррекции слуха аппаратами костной проводимости.

Выводы: длительное отсутствие клинических проявлений ВХ приводит к ее распространению по полостям среднего уха (87% наблюдений), приводя к обширным костно-деструктивным изменениям. В 61% наблюдений (14 операций) полного удаления холестеатомы и ремиссии воспалительного процесса удалось добиться только при выполнении радикальной операции. Напротив, небольшие размеры холестеатомы (II и III стадии) имеют благоприятный прогноз относительно ремиссии холестеатомного процесса и слуха.

Контакты: Власова Галина Владимировна, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, тел. 8-911-751-76-63; e-mail: galinav71@mail.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТРАНСТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ.

*Гергиев В. Ф., Никифорова Г. Н., Морозова С. В., Добротин В. Е., Свистушкин В. М.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, г. Москва, Россия*

Слух – одно из важнейших чувств человеческого организма. Стойкое снижение слуха, на фоне которого затрудняется восприятие окружающих звуков и речевое общение, определяется термином тугоухость. Наиболее сложной и значимой представляется проблема острой и внезапной сенсоневральной тугоухости. У части пациентов кроме снижения слуха данная патология может сопровождаться системным головокружением и шумом в пораженном ухе. Спонтанное выздоровление таких больных по данным различных исследований происходит только в 32-65% случаев. Лечение острой и внезапной сенсоневральной тугоухости рассматривают как оказание неотложной помощи. В большинстве клинических случаев в качестве первой линии терапии используются глюкокортикостероиды, причем данная группа препаратов эффективна при вирусной, сосудистой, бактериальной, аутоиммунной и других возможных причинах потери слуха. По данным литературы эффективность системной стероидной терапии при острой сенсоневральной тугоухости составляет 68-89%. Однако длительные курсы системной стероидной терапии приводят к развитию побочных эффектов, данный способ лечения противопоказан пациентам с инсулинозависимым плохо контролируемым сахарным диабетом, артериальной гипертензией, язвенной болезнью ЖКТ, туберкулезом и некоторыми другими заболеваниями. В последнее время ряд авторов отмечают хорошие результаты при транстимпанальном введении стероидов больным с острой и внезапной сенсоневральной тугоухостью. В отличие от системной терапии транстимпанальное

введение обеспечивает доставку препарата именно в очаг поражения в обход гематоперилимфатического барьера, что значительно снижает риск развития побочных эффектов, таких как язва желудка, надпочечниковая недостаточность, нарушения метаболизма, катаракта и других.

Цель исследования: оценить эффективность различных методов транстимпанального введения дексаметазона при острой сенсоневральной тугоухости.

Материалы и методы: в течение 2016-2017г. в клинике болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова было пролечено 42 пациента с острой сенсоневральной тугоухостью, в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст – 37,5), 15 мужчин и 27 женщин. У 14 пациентов отмечалась нейросенсорная тугоухость 1 степени, у 7 пациентов 2 степени, еще у 16 пациентов 3 степень тугоухости и у 5 пациентов диагностирована 4 степень тугоухости, что соответствует практически полному выпадению слуховой функции. В большинстве случаев процесс был односторонним и лишь у 4 пациентов наблюдалось двустороннее снижение слуха. В большинстве случаев снижение слуха сопровождалось шумом и ощущением заложенности с пораженной стороны. Давность заболевания составляла от 24 часов до 45 дней, лечения данные пациенты до обращения в нашу клинику не получали. Всем пациентам на этапе дообследования проводился стандартный оториноларингологический осмотр, выполнялись: аудиометрия, тимпанометрия, МРТ головного мозга с контрастированием для исключения новообразований мосто-мозжечкового угла, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и рентгенография шейного отдела позвоночника. Также пациенты были консультированы отоневрологом, неврологом и офтальмологом.

Все пациенты были разделены случайным образом на три однородные группы. Больным первой группы - 12 человек - ежедневно выполнялось введение 1,0 мл (4мг/1мл) дексаметазона в барабанную полость пораженной стороны посредством катетеризации слуховой трубы. Пациентам второй группы – 15 человек - выполнялась аппликационная анестезия барабанной перепонки с последующим инъекционным введением 0,5 мл (4мг/1мл) дексаметазона в барабанную полость. В начале лечения 15 пациентам третьей группы выполнялась радиоволновая мириинготомия ежедневно через созданное отверстие вводилось 0,5 мл (4мг/1мл) дексаметазона. Курс лечения во всех группах составил 10 дней.

После введения препарата в барабанную полость все пациенты принимали горизонтальное положение на 30 минут с ротацией головы в противоположную сторону на 45 градусов.

Результаты: положительная динамика (полное и частичное улучшение слуха, >20dB) отмечалась у пациентов, начавших лечение в период от 1 до 45 дней от манифестации заболевания – 90%. Лечение, начатое после 5 недель от появления симптомов, оказалось эффективным (частичное восстановление и улучшение слуха на некоторых частотах, 10-20dB) лишь в 20% случаев. При I и II степени тугоухости независимо от сроков начала лечения положительная динамика слуха отмечалась в 90% случаев. У всех 5 пациентов с полным выпадением слуховой функции в нашем исследовании лечение не принесло положительных результатов по слуху. У всех пациентов, которым была выполнена радиоволновая мириинготомия, наблюдалось самостоятельное закрытие перфорации в течение 3 - 4 недель.

Выводы: сенсоневральная тугоухость не является жизнеугрожающим заболеванием, но выраженность симптомов может привести к инвалидизации больных и выраженной социальной дезадаптации. При своевременном и надлежащем лечении в большинстве случаев таким больным удается улучшить слух, а в некоторых случаях восстановить до прежнего уровня. Транстимпанальное введение стероидов является эффективным и безопасным методом лечения больных острой сенсоневральной тугоухостью. Стоит отметить, что данный метод используется как единственный возможный метод для пациентов с высоким риском развития побочных эффектов от системных стероидов.

Контакты: Гергиев Владимир Феликсович; 143072, Московская область, г. Одинцово, ул. Триумфальная, д.12, кв.341; e-mail: gergiev1989@yandex.ru

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ И СРЕДНИХ ОТИТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Гуров А. В.^{1,2}, Бирюкова Е. В.³, Юшкина М. А.^{1,2}

¹*ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова», г. Москва, Россия*

²*ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ, г. Москва, Россия*

³*ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова», г. Москва, Россия*

Диагностика и лечение воспалительных заболеваний наружного и среднего уха являются актуальными проблемами современной оториноларингологии. Несмотря на огромное число консервативных и хирургических методов лечения, эти заболевания нередко принимают хроническое, рецидивирующее течение, и могут быть причиной развития тяжелых гнойно-септических осложнений и даже летального исхода. Особое значение гнойно-воспалительная патология наружного и среднего уха приобретает в условиях коморбидности с сахарным диабетом (СД).

Цель исследования: изучение особенностей течения наружных и средних отитов у больных СД.

Материалы и методы: мы обследовали 236 пациентов, среди них 86 пациентов с заболеваниями наружного и среднего уха на фоне СД (18 мужчин и 28 женщин в возрасте от 15 до 78 лет, $M = 58,8 \pm 1,4$ лет), которые составили основную группу. Пациенты с заболеваниями наружного и среднего уха, не страдающие СД, вошли в контрольную группу №1. Кроме того, 50 пациентов с СД, не имевших воспалительных заболеваний уха, составили контрольную группу №2, а 50 здоровых добровольцев вошли в контрольную группу №3. Согласно нозологии пациенты основной группы распределились следующим образом: пациенты с наружным отитом – 30%, больные острым гнойным средним отитом (ОГСО) – 35 %, больные хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) – 35%. У 92 % больных основной группы имел место СД 2 типа, у 6% – СД 1 типа и нарушение толерантности к глюкозе – у 2 % пациентов. Всем пациентам было произведено стандартное обследование: выяснение жалоб, сбор анамнеза заболевания и жизни, осмотр ЛОР-органов. Кроме того, мы проводили биохимическое (липидный спектр, гликемический профиль, гликозилированный гемоглобин), микробиологическое и иммунологическое (иммуноглобулины сыворотки крови классов М, G, А, общая бактерицидность сыворотки, фагоцитарный индекс нейтрофилов и моноцитов, фагоцитарное число нейтрофилов и моноцитов, аффинность антител сыворотки крови, а также секреторный иммуноглобулин А, лизоцим, лактоферрин и общую бактерицидность слюны пациентов) исследования

Результаты: Оценивая в целом результаты клинического обследования больных, мы можем заключить, что воспалительные заболевания наружного и среднего уха на фоне СД характеризуются достоверно более длительным, в среднем в 1,5 раза по сравнению с больными без СД, течением.

Контролируя значения глюкозы крови натощак у пациентов основной группы, мы отметили достоверно высокие показатели гликемии у больных с ОГСО – $8,4 (\pm 0,5)$ ммоль/л, ($p=0,003$) по сравнению с другими пациентами из основной группы. При анализе значений постпрандиальной гликемии и гликированного гемоглобина, отражающего уровень гликемии у пациента на протяжении 3 последних месяцев, статистически значимых различий между пациентами основной группы зафиксировано не было. При оценке показателей липидного спектра мы определили наиболее высокие уровни общих триглицеридов и липопротеинов низкой плотности также у больных ОГСО из основной группы ($208 (\pm 12)$ мг/дл, $p=0,03$ и $190 (\pm 6)$ мг/дл, $p=0,03$).

При иммунологическом исследовании мы установили, что пациенты с СД из контрольной группы №2 имели достоверно низкие уровни показателей иммуноглобулина А, секторного иммуноглобулина А, иммуноглобулина G и лизоцима. Кроме того, у пациентов основной группы также имел место низкий уровень лизоцима - 18,7 ($\pm 3,4$), $p=0,03$.

При микробиологическом исследовании пациентов основной группы обращал на себя внимание факт высокой высеваемости *S. aureus*, *P. aeruginosa* и энтеробактерий, и, кроме того, грибковой микрофлоры, чаще всего представленной *C. albicans*.

Выводы: 1. У больных СД имеется выраженный вторичный иммунодефицит, что является предрасполагающим фактором для возникновения и развития воспалительных заболеваний ЛОР-органов, в т.ч. наружного и среднего уха.

2. Возбудителями наружного и среднего отита у больных СД чаще всего являются представители сахаролитической микрофлоры (золотистый стафилококк, энтеробактерии, грибы), а также неферментирующие бактерии (псевдомонады).

3. ОГСО наиболее часто сопровождается декомпенсацией СД, что необходимо учитывать при назначении сахароснижающей терапии.

Контакты: Юшкина Марина Алексеевна; e-mail: marina@yushkina.pp.ru

ВОЗРАСТНОЙ КРИТЕРИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ СРЕДНИХ ОТИТОВ С ТУГОУХОСТЬЮ

Дубинец И. Д.

*ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск, Россия*

Среди воспалительных заболеваний среднего уха у детей особое место занимают экссудативные средние отиты. Кроме того, в последние годы наметилась тенденция к увеличению количества пациентов с экссудативным средним отитом, особенно у детей младшей возрастной группы, так как склонность к рецидиву и хронизации у них чрезвычайно высока, с ежегодным увеличением числа заболевших до 1,5%. Эта проблема имеет не только медицинское, но и социальное значение, так как тугоухость в детском возрасте влияет на формирование речи, интеллектуальное развитие и может приводить к социальной дезадаптации ребенка в коллективе.

Известно, что острое воспаление среднего уха, особенно у детей раннего возраста, протекает очень разнообразно, нередко латентно и длительно, серьезно нарушая общее состояние ребенка и с риском развития осложнений, угрожающих жизни ребенка. Особенности воспалительных процессов в среднем ухе напрямую зависят от многих факторов, например, от анатомо-морфологических изменений в зависимости от возраста ребенка, способствуя формированию персистирующей или рецидивирующей форм острого среднего отита при сохранении симптомов отита на фоне системной антибактериальной терапии или возникновение рецидива в течение одного месяца после антибактериальной терапии, или более трех эпизодов отита за 6-18 мес.

Кроме того, возрастной критерий учитывается в общеизвестных рекомендациях Американской Академии Педиатров и Американской Академии Врачей общей практики по системному антибактериальному лечению острого среднего отита (2004), согласно которым, диагноз острого среднего отита подтверждается при обязательном наличии трех критериев: быстрое начало заболевания, наличие жидкости в полости среднего уха, наличие симптомов воспаления в среднем ухе; тяжесть течения отита характеризуется выраженной отоалгией или лихорадкой свыше 39°C, а системная антибактериальная терапия обязательна для детей в возрасте младше 6 месяцев при любой форме острого среднего отита; для детей от 6 мес. до 2

лет при двустороннем отите, с тяжелым течением отита или ухудшением на фоне симптоматической терапии, и для всех пациентов старше 2-х лет при отсутствии положительной динамики в течение 48 часов и невозможностью контрольного осмотра ребенка в течение 3 дней.

Резюмируя вышесказанное, согласно многочисленным литературным данным, острый средний отит у детей имеет клинические особенности течения воспалительного процесса при постоянно меняющихся анатомо-морфологических структурах строения среднего уха в соответствии с возрастом ребенка. Наиболее уязвим ранний детский возраст, когда тяжелые формы отита и интоксикация приводят к глубоким нарушениям структур среднего уха, несмотря на интенсивную комплексную терапию, что заставляют врача применять различного рода оперативные вмешательства. Рецидивирующие формы экссудативного отита при затяжном воспалительном процессе в среднем ухе у детей протекают без выраженной интоксикации и явной отоскопической картины, способствуя поздней диагностике и несвоевременности лечения, формируя хронические формы отитов с тугоухостью.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА И ДИНАМИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА

Дубинец И. Д.¹, Коркмазов М. Ю.¹, Коркмазов А. М.¹, Смирнов А. А.², Горбунов А. В.²

¹ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Челябинск, Россия

² МБУЗ ОТКЗ ГКБ №1, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Хронический гнойный средний отит (ХГСО) – распространенная патология среднего уха поликлинического и стационарного уровня оториноларингологической помощи (Гаров Е.В., 2011), никогда не терявшая актуальности для врачей-оториноларингологов, поскольку является основной причиной приобретенной тугоухости для лиц трудоспособного возраста. Кроме того, медико-социальная значимость ХГСО заключается в потенциальной опасности, которую создаёт воспалительный процесс среднего уха для жизни больного (Пальчун В.Т., Крюков А.И., 2005). Учитывая взгляды современных отохирургов, любого пациента с хроническим воспалительным процессом среднего уха необходимо рассматривать в качестве кандидата на оперативное лечение. Согласно статистическим данным по городу Челябинску количество срочных операций по поводу ХГСО увеличивается из года в год в МБУЗ ОТКЗ ГКБ №1 г. Челябинска.

Цель: провести анализ характера и динамики количества операций по поводу ХГСО за последние 5 лет в ЛОР отделении г. Челябинска.

Материалы и методы. Исследование проведено на клинической базе кафедры оториноларингологии МБУЗ ОТКЗ ГКБ №1 г. Челябинска. Сплошным набором сформирована выборка пациентов с хроническим гнойным средним отитом за период 2012-2016 гг. Ретроспективный анализ по виду и количеству срочных и плановых оперативных вмешательств по поводу ХГСО.

Результаты исследования. Общее количество операций на среднем ухе у пациентов за 5 лет составило 10929, а за 2016 год их было выполнено 2538. Среднее количество на одного врача за год составило 723,3 операций. За период 2012-2016 гг. доля радикальных saniрующих операций составила 0,53% с тенденцией к увеличению на 60% за счет увеличения количества ревизий барабанной полости на 23%, отдельной аттикоантромии – 0,4%, а также тимпанотомии – 0,46% (в 2016 г.). В отделении оказывается высокотехнологичная

специализированная хирургическая помощь, за период 2013-2016 гг. доля слухоулучшающих операций увеличилась незначительно - на 11%. Хирургическая активность в структуре заболеваний уха выросла с 16,02% до 39,1% в период с 2012 по 2016 гг., в тоже самое время количество пациентов с заболеваниями уха за этот же период сократилось с 593 до 460, что связано, прежде всего, с выработкой показаний для госпитализации на ранних сроках хронического воспаления среднего уха.

Выводы:

1) Несвоевременное обращение за специализированной медицинской помощью больных ХГСО со стажем заболевания более одного года и развитием различных степеней тугоухости кондуктивного и смешанного характера и риском развития внутричерепных осложнений вследствие деструкции костных структур среднего уха является причиной снижения качества жизни и необходимости применения вариантов санирующего оперативного вмешательства.

2) Выработка конкретных стандартизированных показаний для ранней госпитализации в ЛОР отделение г. Челябинска привело к сокращению количества пациентов с хроническими заболеваниями среднего уха, которые нуждались в поликлинической помощи и вариантам реконструктивной отохирургии, что способствует увеличению доступности хирургической помощи в стационаре.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ, ИЗУЧЕННЫЕ МЕТОДАМИ СВЕТОВОЙ МИКРОСКОПИИ

Дубинец И. Д.¹, Тюхай М. В.^{2,4}, Сычугов Г. В.², Учаев Д. А.³

¹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Челябинск, Россия

²Лаборатория электронной микроскопии ГБУЗ ЧОПАБ, Челябинск

³ФГАОУ ВО «ЮУрГУ (НИУ)», г. Челябинск, Россия

⁴Кафедра радиационной медицины «Челгу», г. Челябинск, Россия

Патоморфологические изменения слизистой оболочки при хроническом воспалении описаны во многих известных научных работах, но до настоящего времени не исследованы особенности структурных изменений костной ткани, как фактора прогноза и исхода реконструктивно-санирующих операций, что и определяет необходимость изучения данного вопроса. В патологоанатомическую работу поступает материал после реконструктивно-санирующих вмешательств при хроническом гнойном среднем отите, содержащий костную ткань. Кости по строению губчатые и компактные, подвергшейся деструкции и/или фиброзированию и окостенению вследствие хронического воспаления. При работе с таким материалом важно сохранить морфологическую картину препарата, получить качественные срезы с сохранными тинкториальными свойствами. Исследование костной ткани затрудняет содержащееся в ней большое количество минеральных веществ. Наиболее часто применяется кислотная декальцинация слабыми органическими и неорганическими кислотами для удаления солей кальция из костной ткани.

Цель исследования: анализ морфологических изменений костной ткани височной кости при методах декальцинации после реконструктивно-санирующих вмешательств при хроническом гнойном среднем отите.

Материалы и методы: за период 2016-17 гг. изучен интраоперационный материал - костная ткань барабанной полости и сосцевидного отростка у 36 пациентов с хроническим гнойным средним отитом Челябинской области, подлежащих оперативному лечению, в возрасте 16-75 лет, давшие добровольное информированное письменное согласие участвовать

в исследовании и лечении по данным из учетной и отчетной документации, и архивных материалов клинических баз кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России. В исследовании использовали апробированный метод интраоперационного забора костной ткани барабанной полости и сосцевидного отростка у пациентов с хроническим воспалением структур среднего уха (Дубинец И.Д., 2008). Фиксацию, проводку и заливку материала осуществляли по общепринятой схеме, согласно действующим нормативам и стандартам (Пальцев М.А., Коваленко В.Л., 2004).

Для оценки костной ткани височной кости на светооптическом уровне выделены следующие критерии: выраженность спайной линии, выраженность Гаверсова канала, четкость концентрических пластинок, четкость вставочных пластинок, изменение тинкториальных свойств ядра и отростков остеоцитов. При электронно-микроскопическом исследовании костной ткани оценены следующие критерии: целостность плазмалеммы остеоцитов, степень вакуолизации цитоплазмы, целостность мембранных органелл, степень конденсации и деструкции хроматина, целостность стенок лакун, сохранность отростков и каналов, в которых проходят отростки, исчерченность коллагеновых фибрилл. Выраженность каждого критерия оценивалась в баллах: при отсутствии выраженности критерия - 0 баллов, слабая выраженность - 1 балл, при хорошей выраженности критерия - 2 балла. Затем баллы суммировались и находилось наибольшее значение.

Результаты. После декальцинации костей височной кости традиционным методом наилучшую сохранность структур клеток и межклеточного вещества показал реагент ЭДТА при хроническом туботимпанальном среднем отите. При хроническом эпитимпано-антральном среднем отите разрушается структура костной ткани с невозместимым нарушением основных морфологических структур.

Выводы: гистоморфологическое исследование до сих пор остаётся единственным методом прямого и точного анализа степени деструкции костной ткани на клеточном и тканевом уровне. Этот метод достоверно позволяет дифференцировать заболевания характеризующиеся разрежением костной ткани вследствие хронического воспаления, а также определять скорость трансформации костной ткани, однако проведение исследования является трудоёмким, длительным и дорогостоящим, как при традиционном методе, так и при декальцинации в гистиопротекторе.

Контакты: Дубинец Ирина Дмитриевна, 454048 г. Челябинск, ул. Воровского 64, 89124728166, тел/факс: 8(351)749-38-77; e-mail: 89124728166@mail.ru

ПОСТОЯННЫЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ТОК МАЛОЙ СИЛЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНОСИТОМ С ДИСФУНКЦИЕЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Жапалаков Б. А., Железнова В. В., Амирадинова А. К., Камелова Г. Н., Толен Р. А.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М.Оспанова г. Актобе, Республика Казахстан

Введение. Патология слуховой трубы является одной из наиболее актуальных проблем оториноларингологии. Известно, что одной из причин нарушения вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы, приводящей к понижению слуха является полипозный риносинусит. Полипозный риносинусит является одной из нерешенных проблем клинической ринологии. Более того, важность ее в последние годы вырастает в связи как с резким увеличением количества больных полипозным риносинуситом, так и недостаточной эффективностью существующих методов лечения данной патологии. (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006).

Актуальность разработки эффективных методов лечения, связана ещё и с высокой частотой рецидивирования, которая по данным разных авторов достигает до 60-80% .

Известно, что независимо от причин развития заболевания, в основе патогенеза полипозного риносинусита и нарушения проходимости слуховой трубы, в конечном итоге, лежит дисфункция вегетативной системы, приводящая к местным эндоназальным сосудистым изменениям. Учитывая, что вегетативная иннервация слизистой оболочки полости носа и слуховой трубы в значительной степени осуществляется за счет нервных волокон, исходящих из крылонебного узла, воздействие на него различными физическими факторами является перспективным направлением в лечении полипозного риносинусита дисфункцией слуховой трубы.

Мы разработали способ лечения полипозного риносинусита, заключающийся в воздействии постоянным электрическим током малой силы на зону крылонебного узла.

Способ лечения полипозного риносинусита включал в себя воздействие постоянным электрическим током на зону крылонебного узла при силе тока 20 мкА по 10 минут ежедневно в течение 10 дней на 5-7 день в послеоперационном периоде. Способ лечения больных полипозного риносинусита осуществлялся следующим образом: после оперативного лечения стерильный электрод специальной конструкции вводили через общий носовой ход в носоглотку и прижимали активную часть его к боковой стенке носоглотки на уровне заднего конца средней носовой раковины, где располагается крылонебное отверстие. Электрод подключают к положительному полюсу гальванического аппарата. Другой электрод укрепляют на коже предплечья данной стороны и подключают к отрицательному полюсу аппарата. Лечение проводили ежедневно током силой 20 мкА течение 10 минут.

Цель исследования - изучение результатов лечения больных полипозным риносинуситом с дисфункцией слуховой трубы, основанного на использовании в послеоперационном периоде постоянного электрического тока силой 20 мкА.

Материалы и методы исследования: указанное лечение проведено 18 больным (женщин – 7, мужчин – 11) в возрасте от 27 до 54 лет. Давность заболевания составила от трех до десяти лет.

Всем пациентам проводилось: 1.Общее клиническое исследование; 2. Эндоскопические исследования слизистой оболочки полости носа; 3. Исследование всасывательной функции слизистой оболочки полости носа по методике О. Божика; 4. Исследование транспортной функции слизистой оболочкой полости носа; 5. Биомикроскопическое исследование сосудов конъюнктивы; 6. КТ околоносовых пазух; 7. Гистологическое исследование послеоперационной полипозной ткани; 8. Акуметрия; 9. Тональная аудиометрия.

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные жаловались на затрудненное носовое дыхание, выделения из носа, понижение слуха. При аудиометрическом исследовании у всех больных выявлена различной степени кондуктивная тугоухость. При продувании слуховой трубы по Политцеру и с помощью ушного катетера слуховая труба у больных была непроходима, барабанная перепонка неподвижная.

Всем больным в послеоперационном периоде, начиная со 5-7 дня, проводилось лечение постоянным электрическим током (ПЭТ) малой силы 20 мкА с экспозицией 10 минут, по одному сеансу в день последовательно в течение 10 дней.

В начале процедуры воздействия постоянным электрическим током малой силы у некоторых больных отмечалось слезотечение и истечение из носа светлой жидкости. К концу процедуры указанные явления значительно ослабевали или совсем исчезали. После сеанса электролечения все больные чувствовали себя хорошо. При осмотре полости носа сразу после процедуры отмечалось значительное уменьшение отека слизистой оболочки в области носовых ходов, носовых раковин. Носовые ходы становились широкими, слизистой оболочки их бледнела. Отмечено значительное уменьшение отека слизистой оболочки в области глоточного устья слуховой тру-

бы. Указанное улучшение после первой процедуры у одних больных сохранялось в течение 2 часов, а у других на протяжении 3-4 часов. Длительность положительного эффекта постепенно от процедуры к процедуре увеличивалась. Заметные позитивные сдвиги у 6 больных наступили после 4-5 процедур, а у 12 больных – после 8-10 процедур. Причем, параллельно восстановлению носового дыхания происходила и нормализация окраски слизистой оболочки носа и плотного устья слуховой трубы. Клиническое исследование слуховой трубы показало, что улучшение проходимости ее наблюдалось уже после 5-6 процедур, а полное восстановление ее проходимости у всех больных отмечалось уже после окончания курса лечения. При контрольной аудиометрии у всех больных слух нормализовался. Наблюдение через год показало хороший клинический и функциональный эффект проведенного лечения.

Весь послеоперационный материал, а именно носовые полипы и полипозная ткань околоносовых пазух, полученные в результате оперативного вмешательства подвергались гистологическому исследованию. При гистологическом исследовании определялся поврежденный метаплазированный эпителий. В строме полипов были выявлены клеточные элементы, такие как нейтрофилы, лимфоциты, плазматические клетки, либо эозинофилы. У пациентов обеих групп выявлены все три гистологических типа полипов. Так, у 11 пациентов отмечен отечный тип, у 5 – железисто-кистозный тип, а у 2 – фибринозный тип полипов.

По данным КТ имелась картина полипозного полисинусита у 4 (22,3%) пациентов, у 6 (33,3%) – полипозного гемисинусита, у 8 (44,4%) – гайморэтноидита.

Наряду с клиническим улучшением, в результате проводимого лечения отмечена нормализация всасывательной, транспортной активности мерцательного эпителия и микроциркуляции слизистой оболочки полости носа.

При наблюдении за больными в динамике мы отметили, что из 18 пациентов, которым применялось комплексное лечение ПЭТ малой силы в первый год, рецидив возник у 1 (5,6%) больного. Наблюдение через год показало хороший клинический и функциональный эффект проведенного лечения.

Выводы. Представленные данные показывают, что воздействие постоянным электрическим током малой силы на крылонебный узел в послеоперационном периоде является эффективным методом лечения больных полипозным риносинуситом с дисфункцией слуховой трубы.

Жапалаков Басир Айдарханович, 030007, ул. Ленинградская 49-49, тел.дом: 50-47-94.
моб.: 8-701-4756957; e-mail: Zhapalakov58@mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННЕГО УХА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ ТУГОУХОСТИ У ЖИВОТНЫХ

*Золотова Т. В., Овсянников В. Г., Лобзина Е. В., Дубинская Н. В.
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия*

Внутренне ухо, как известно, труднодоступно для изучения патологических изменений при заболеваниях, что связано с его анатомо-физиологическими особенностями. О сущности нарушений в спиральном органе можно судить по данным экспериментальных наблюдений при моделировании патологии у животных и по результатам последующих гистологических исследований. В современных условиях технологического процесса, чрезмерного воздействия шума в быту и на производстве отмечается неуклонный рост числа больных с сенсоневральной тугоухостью. Шумы, постоянно действующие, или часто повторяющиеся звуки неблагоприятно сказываются на функционировании слухового анализатора, тогда как

до настоящего времени не найдено эффективно действующих средств для профилактики и лечения тугоухости. Изучение патогенеза сенсоневральной тугоухости в эксперименте на животных, поиск способов воздействия на слуховые структуры является сложной, но чрезвычайно важной задачей.

Цель работы – воспроизведение сенсоневральной тугоухости, обусловленной шумовым воздействием, на экспериментальных животных.

Материал и методы. Проведено экспериментальное исследование с участием 34 подопытных животных - белых беспородных крыс в возрасте 2-3 месяцев. У всех животных оценивали рефлекс Прейера и на 68 ушах проводили оценку слуховой функции путём регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) с помощью портативной системы регистрации отоакустической эмиссии «OtoRead» фирмы Interacoustics, Дания.

Все крысы были разделены на 2 группы: основную группу из 20 особей и контрольную группу – 14 особей.

Животных основной группы в течение 10 суток ежедневно 1 раз в день подвергали деструктивному воздействию: белых беспородных крыс иммобилизовали по методике, описанной Золотовой Т.В., Панченко С.Н. и, предложенной первоначально для моделирования ототоксической тугоухости (патент РФ № 2222054 «Способ моделирования сенсоневральной тугоухости»), а также одновременно осуществляли акустическое воздействие. После окончания акустического воздействия иммобилизацию подопытного животного прекращали. 14 крыс группы контроля оставались интактными. На 11 день эксперимента вновь оценивали слуховую функцию всем животным.

Результаты исследования. До начала эксперимента у всех подопытных белых беспородных крыс рефлекс Прейера определялся, был «живым» и устойчивым. При регистрации ЗВОАЭ во всех случаях для каждого уха крысы имел место результат – «Тест пройден», что свидетельствовало о нормальном слухе у всех 34 подопытных животных (68 ушей) до воздействия раздражителей.

Результаты исследования основной группы: у всех 20 крыс (40 ушей) отмечалось «угасание» рефлекса Прейера и имел место результат регистрации ЗВОАЭ – «Тест не пройден», что свидетельствовало о развитии тугоухости.

Затем все 20 крыс основной группы были обезболены и умерщвлены в строгом соответствии с принципами Хельсинской декларации о гуманном отношении к животным. Были приготовлены гистологические препараты с окраской гематоксилин – эозином и проведено морфологическое исследование срезов улиток 40 ушей.

Абсолютно во всех гистологических препаратах тканей улиток имели место различной степени выраженности дистрофические изменения и разрушения нейроэпителиальных клеток спирального органа, дистрофические изменения поддерживающих клеток, их отсутствие в отдельных участках спирального органа – гибель клеток, деформация и нарушение целостности базилярной мембраны, деформация и разрыв вестибулярной мембраны, нарушение архитектуры и отёк спиральной связки; отёк сосудистой полоски; деформация или в ряде препаратов - отсутствие покровной мембраны в связи с её разрушением, что свидетельствовало о повреждениях клеточных и мембранных структур спирального органа у всех 20 подопытных животных основной группы, и также подтверждало формирование у них сенсоневральной тугоухости. Выраженные признаки альтерации отмечены и со стороны клеток спирального ганглия.

Таким образом, результаты двух достоверных, объективных методов исследования: функционального – исследование ЗВОАЭ и морфологического – изучение нарушений гистологических структур слухового аппарата улитки подопытных животных, свидетельствовало о развитии сенсоневральной тугоухости у всех 20 подопытных животных основной группы, то есть о полной реализации модели тугоухости.

Таким образом, предложенный способ прост в исполнении, позволяет сократить время реализации модели сенсоневральной тугоухости и обеспечивает адекватное воспроизведение сенсоневральной тугоухости, вызванной акустическим - шумовым воздействием на слуховой аппарат экспериментального животного. Предложенная модель может быть использована для уточнения патогенетических аспектов сенсоневральной тугоухости, а так-же для апробации и определения эффективности новых средств лечения и профилактики тугоухости у работников шумных производств и лиц, подвергающихся воздействию бытового шума.

Выводы:

1) воздействие шума на белую беспородную крысу и одновременное иммобилизационное стрессирование вызывает экспериментальную сенсоневральную тугоухость, что подтверждается отрицательными результатами исследования отоакустической эмиссии;

2) исследование отоакустической эмиссии – задержанной вызванной отоакустической эмиссии и отоакустической эмиссии на частоте продуктов искажения являются эффективными методиками для оценки слуховой функции у крыс;

3) экспериментальная сенсоневральная тугоухость у белых крыс сопровождается изменениями во внутреннем ухе животных, что на гистологических препаратах представлено различной степени выраженности дистрофическими изменениями и разрушениями волосковых клеток спирального органа, дистрофическими изменениями поддерживающих клеток, их отсутствие – гибелью клеток различной степени выраженности дистрофические изменения и разрушения нейроэпителиальных клеток спирального органа, дистрофические изменения поддерживающих клеток, их отсутствие в отдельных участках спирального органа – гибель клеток спирального ганглия, преимущественно, по пути апоптоза; альтерациями структур спирального ганглия;

4) предложенный способ моделирования сенсоневральной тугоухости может быть использован для оценки новых лекарственных препаратов, предлагаемых для профилактики и лечения сенсоневральной тугоухости.

Контакты: Золотова Татьяна Викторовна; 344011, г. Ростов-на-Дону, пер. Доломановский, 70/2, кв. 46; e-mail: zolotovatatvik@gmail.com

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГРИБКОВОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Ивойлов А. Ю.^{1,2,3}, Кунельская В. Я.¹, Шадрин Г. Б.¹, Мачулин А. И.^{1,3}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

³ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», г. Москва

Распространенность грибковых заболеваний наружного слухового прохода у детей за последние годы не утратило своей значимости. При этом сохраняется тенденции к увеличению заболеваемости среди всех возрастных групп. К основным факторам, влияющим на возникновение грибкового воспаления наружного слухового прохода относятся: неблагоприятное воздействие окружающей среды, травматизация эпидермиса наружного слухового прохода, эндокринные нарушения (сахарный диабет), аллергические заболевания.

Цель исследования: разработка алгоритма диагностики и лечения грибкового наружного отита у детей.

Материалы и методы: нами произведено обследование и лечение 126 детей в возрасте от 4 мес. до 17 лет с диагнозом наружный отит. Исследование выполнено на базе НИКИО им. Л.И.

Свержевского в ЛОР отделение ДГКБ №9. Диагностика детей была основана на проведении клинического обследования, осмотра ЛОР-органов с применением отомикроскопии, микробиологического исследования (микологического и бактериологического). Для идентификации грибковой биоты нами использовался метод микроскопии нативных и окрашенных препаратов с использованием световой и люминесцентной микроскопии. В качестве просветляющих растворов применялся раствор метиленового синего, а также калькофлюор белый. На основании данных результатов определяли род гриба. Культуральные исследования выполняли с использованием жидких и твердых питательных сред с последующим подсчетом колоний. Видовую идентификацию дрожжеподобных грибов проводили с помощью тест-системы API 20 («bioMérieux», Франция), плесневых грибов – по протоколу МІ 38.

Результаты исследования: при проведении анализа результатов комплексного обследования 126 детей с клиническими признаками наружного отита, грибковое воспаление было диагностировано у 13 (10,3%) детей. При выполнении микроскопии у данной группы больных выявлены грибы рода *Aspergillus*, *Candida* и *Geotrichum*. При проведении культуральных методов исследования патологического материала на элективных средах у 9 детей отмечали рост плесневых грибов *Aspergillus niger*, у 2 - *Candida albicans*, у 1 ребенка - *Candida parapsilosis*. Рост диморфных грибов *Geotrichum capitatum* нами выявлен у одного ребенка. У 113 детей при проведении микробиологического исследования выделены бактериальные штаммы.

У всех 13 детей с грибковым поражением наружного слухового прохода клиническая картина была представлена казеозно-некротическими массами в просвете слухового прохода, инфильтрацией кожи наружного слухового прохода, а также явлениями миригита. Беловато-черные казеозные массы, напоминающие промокшую газету, выявлены у 9 детей (10 ушей), а у 4 детей отделяемое носило беловато-желтый характер.

Полученные результаты микологического исследования учитывали при назначении местной противогрибковой терапии. У 10 детей с высевом плесневых и диморфных грибов для проведения местной противогрибковой терапии нами использовался 1% раствор нафтифина. Данный препарат применяли, как для проведения туалета уха, так и для проведения аппликаций на турундах кратностью 2 раза в сутки с экспозицией до 15 минут. У 3 детей с ростом дрожжеподобных грибов рода *Candida* использовали 1% раствор клотримазола для проведения туалета уха и выполнения аппликаций на турундах кратностью 2 раза в сутки с экспозицией до 10 минут. Продолжительность курса лечения составила 1 месяц. При оценке эффективности проведенной терапии к 14 дню лечения при выполнении отомикроскопии у всех детей наблюдалось отсутствие грибковых масс в просвете слухового прохода, при этом, сохранялись незначительные реактивные явления со стороны кожи наружного слухового прохода. После окончания курса лечения в повторных мазках роста грибковой биоты не выявлено. Катамнестический период наблюдения составил от 6 до 12 месяцев. За данный период рецидив заболевания установлен у одного ребенка с постоянным ношением слуховых аппаратов. Данному ребенку был проведен повторный курс местной специфической противогрибковой терапии.

Выводы: таким образом, при проведении обследования больных с заболеваниями наружного слухового прохода необходимо использовать методы отомикроскопии, микологического и бактериологического исследования отделяемого из уха. Проведение данных методов исследования позволяет на ранних этапах диагностировать грибковый характер воспаления и выбрать правильный алгоритм для проведения специфической противогрибковой терапии.

ПАТОЛОГИЯ СЛУХА ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ

*Ишанова Ю. С., Рахманова И. В., Зоненко О. Г., Дьяконова И. Н.
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ, г. Москва, Россия*

Цель: выявить частоту патологии слуха у детей, больных муковисцидозом (МВ), не предъявляющих жалоб на снижение слуха.

Материалы и методы: для решения поставленной цели было слепым методом отобрано 45 детей различного возраста (от 1 года до 17 лет) с диагнозом МВ, проходивших лечение в специализированном отделении ФГБУ РДКБ МЗ РФ с декабря 2016-март 2017. Протоколы лечения включали ингаляционное введение тобрамицина, обладающего потенциально ототоксическим действием. Аудиологическое обследование заключалось в регистрации тимпанограммы, вызванной отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения (ПИОАЭ) с частотой $f_2=0,5; 1,2,4,6,8$ кГц. Перед аудиологическим обследованием проводился обязательный ЛОР осмотр для исключения воспалительных процессов и наличия серных пробок.

Результаты: в ходе проведенной тимпанометрии было выявлено 6 детей (13,3%) с патологией среднего уха, у которых регистрировался тип В на оба уха. У 2х детей был в анамнезе полипоз пазух носа (4 уха), у 1 ребенка - двусторонний экссудативный отит, аденоиды 2-3 ст. Из 39 детей (86,7%) больных МВ, у которых регистрировалась нормальная функция среднего уха (ТГ тип А) при проведении ПИОАЭ было выявлено 22 ребенка, прошедших тест на оба уха (56,4%); 7 детей, прошедших тест на одно ухо (18%) и 10 детей, не прошедших тест на оба уха (25,6%). Зависимости прохождения теста от гендерного признака не получено ($p=0,96$). Таким образом, снижение слуха по данным ПИОАЭ было выявлено у 43,6% детей. В контрольной группе тест пройден на оба уха у всех детей. Средний возраст среди детей, больных МВ и прошедших тест на оба уха, составил $7,8\pm 2,3$ лет, среди детей, больных МВ, прошедших тест на одно ухо – $5,2\pm 1,7$ года, среди детей, не прошедших тест на оба уха – $7,3\pm 1,9$ года, в группе контроля $5,3\pm 3,2$ года. При расчете мощности ответа у детей (51 ухо), больных МВ и прошедших тест по данным ПИОАЭ, показатель составил $3,4\pm 3,8$ дБ, мощность ответа у детей, больных МВ и не прошедших тест (27 ушей) – $-2,4\pm 2,8$ дБ. При почастотном анализе выяснилось, что первоначально проявление ототоксикоза происходит на частоте 4 кГц, в дальнейшем снижение ответа происходит на других интенсивностях 0,5, 2,6 и 8 кГц, только при стимуляции на частоте 1 кГц не проходит изменений.

Выводы: у больных МВ детей, не предъявляющих жалоб на снижение слуха, после получения ототоксической терапии было обнаружено снижение активности рецепторной части слухового пути – НВК в 43,6%, заинтересованность в процессе проводящих структур – 13,3%. В результате данного исследования показано, что у детей, больных МВ, обязательным должно является наблюдение сурдолога; обязательный диагностический минимум должен включать проведение тимпанометрии, ПИОАЭ.

Контакты: Ишанова Юлия Сергеевна; 123100, г. Москва, Шмитовский проезд 8-72,
e-mail: Ishanova@hotmail.com

НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ

*Кожантаева С. К., Оспанова Г. А., Дабылова С. И., Алиева Ж. А., Алмаскызы А.
Западно-Казахстанский Государственный медицинский университет имени Марата
Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан*

Введение. Более яркие проявления воспаления в среднем ухе маскируют нейросенсорную патологию, вследствие чего в большинстве случаев она своевременно не диагностируется. Это обуславливает необходимость более длительного изучения клиники нейросенсорных нарушений при хронических отитах с целью своевременного распознавания их.

Цель исследования: изучить клинические и аудиологические особенности нейросенсорного компонента тугоухости при хронических средних отитах.

Материал и методы: обследование проведено 81 стационарному и амбулаторному больному хроническим гнойным мезотимпанитом с нейросенсорным компонентом тугоухости (из них 45 мужчин и 36 женщин, в возрасте от 17 до 55 лет). Всем больным произведено общеклиническое обследование, включающее изучение жалоб больного, данных анамнеза заболевания и жизни, объективное обследование органов и систем для оценки клинических симптомов болезни. ЛОР-органы исследовали общепринятыми методами с применением эндоскопической техники, аудиометрии. Функциональное состояние слухового анализатора исследовали с помощью комплекса методов, включающего исследование слуха живой речью, камертонами, тональную пороговую, надпороговую аудиометрию и электрофизиологическую аудиометрию. Все больные обследовались во время обострения хронического среднего отита.

Результаты: анализ результатов изучения корреляционной связи между местом проживания и обращаемости больных к ЛОР врачу со степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости показал, что у больных из сельской местности, обратившихся к ЛОР - врачу эпизодически 3 (3,7%) и не обратившихся 3 (3,7%), снижение слуха выраженное, и выявили III степень тугоухости. У больных из сельской местности, к ЛОР - врачу не обратившихся 13 (16%), лечились самостоятельно - 12 (14,8%) и эпизодически - 11 (13,6%) выявили II степень тугоухости, чем у городских больных, лечившихся самостоятельно - 2 (2,5%) и эпизодически - 1 (1,2%). Таким образом, степень тугоухости, соответственно выраженность нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом коррелирует с местом проживания больных и обращаемостью к ЛОР - врачу при коэффициенте контингенции φ^2 Карла Пирсона 0,4 статистически достоверно ($p < 0,01$). Степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом при критерии χ^2 Пирсона 32,4 коррелирует с местом проживания и обращаемостью к ЛОР - врачу ($p < 0,001$). Выявлены клинические формы хронического гнойного мезотимпанита: мукозная, гнойная и серозная. Зачастую встречалось мукозное отделяемое (55,6%), реже серозное (23,5%) и гнойное отделяемое (20,9%). Клинические проявления отита в исследуемой нами клинической группе больных можно охарактеризовать как хронические средние отиты гнойного характера, длительно текущие, склонные к рецидивированию. При этом наличие в клинической группе большого процента пациентов с мукозной формой (55,6%) свидетельствует об увеличившемся количестве этой формы хронического среднего отита. Помимо количественного увеличения мукозных форм ХСО длительное и вялотекущее течение, с отсутствием эффекта от проводимой консервативной местной терапии, приводит к быстрому развитию нейросенсорных осложнений и прогрессированию их в период ремиссии. При этом можно предположить, что механизм развития дегенерации волосковых клеток кортиева органа связан не столько с токсическими нарушениями, как при гнойных процессах, сколько с

трофическими сдвигами. Корреляционный анализ степени связи характера выделений из уха со степенью выраженности нейросенсорного компонента тугоухости при коэффициенте контингенции ϕ^2 Карла Пирсона 0,7 показал достоверную связь $p < 0,05$. Степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным мезотимпанитом при критерии χ^2 Пирсона 56,7 коррелирует характером выделения из уха ($p < 0,001$). У больных с мукозным отделяемым II степень тугоухости выявили в 44,5 % случаев, III степень тугоухости – в 11,1% случаев с достоверностью корреляционной связи χ^2 56,7. Соответственно степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости у этих больных коррелирует со степенью снижения слуха. Высокая степень выраженности нейросенсорного компонента у больных с мукозным хроническим отитом объясняется не только токсическим действием продуктов воспаления на внутреннее ухо, но и трофическими нарушениями в нем. Анализ результатов исследования состояние кривой воздушного и костного звукопроведения позволил нам выделить типы кривой по воздушному и костному звукопроведению. Так, на аудиограмме горизонтально-нисходящий тип кривой по костному звукопроведению встречался у 51 (63,0%) больного, а по воздушному звукопроведению - у 45 (55,6%) больных. Обрывистый тип кривой по костному звукопроведению встречался у 22 (27,2%) больных, а по воздушному звукопроведению - у 16 (19,8%) больных. Горизонтальный тип кривой аудиометрии по костному звукопроведению встречался у 6 (7,4%) больных, а по воздушному звукопроведению – у 12 (14,8%) больных. Вогнутый тип кривой по костному звукопроведению встречался у 2 (2,5%) больных, а по воздушному звукопроведению - у 8 (9,9%) больных. Проведенный нами анализ клинических и аудиологических исследований больных ХГМ показал, что клинические проявления отита в исследуемой группе больных можно охарактеризовать как хронические гнойные мезотимпаниты. Основными жалобами больных являются снижение слуха и шум в ушах, прогрессирующие с каждым обострением болезни. Характер выделения из уха, расположение и размер перфорации барабанной перепонки влияют на снижение слуха по костному звукопроведению. При этом наличие в исследуемой группе большого процента пациентов с мукозным отделяемым свидетельствует об увеличившемся количестве этой формы ХГМ. Снижение слуха по костному звукопроведению на высокие частоты у больных с мукозным (48,1%) и гнойным отделяемым и (37,3%) обнаруживали чаще, чем у больных с серозным отделяемым (14,6%). Анализ аудиологических кривых показал о преобладании у больных горизонтально-нисходящего 51 (63,0%) и обрывистого типов 22 (27,2%) кривых по костному и воздушному звукопроведению, что свидетельствовало о глубоком поражении звуковоспринимающего отдела слухового анализатора. На основании комплекса аудиологических исследований выяснено, что у 37,% больных имеется тугоухость I степени, у 51,9% - II степени, тугоухость III степени выявили у 11,1% больных. Степень выраженности нейросенсорного компонента тугоухости коррелирует со степенью снижения слуха.

Выводы: 1. Среди изученных клинических форм хронического мезотимпанита встречается часто мукозная (55,6%), реже серозная (23,5%) и гнойная (20,9%). Снижение слуха более высокой степени диагностируется чаще у больных с мукозным и гнойным отделяемым, чем у больных с серозным отделяемым. Нейросенсорный компонент тугоухости более выражен у больных с задней краевой перфорацией барабанной перепонки 25,9% и тотальной - 39,5%. Степень нейросенсорного компонента тугоухости зависит от длительности течения процесса, количество обострений и несвоевременности оказания медицинской помощи. Большинство пациентов лечились самостоятельно (28,4%) и эпизодически (33,3%), что послужило причиной хронизации процесса в среднем ухе.

Саркыт Кожаберженовна Кожантаева; 030020, г. Актобе, ул. А.Молдагулова, дом 4, кв 36, e-mail: sarkit20@mail.ru, моб.: 8-701-303-58-64

ИЗМЕНЕНИЯ В НЕЙРОНАЛЬНОЙ СТРУКТУРЕ ПРИ ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ

*Кожантаева С. К., Оспанова Г. А., Дабылова С. И., Алиева Ж. А., Онгалиева М. А.
Западно-Казахстанский Государственный медицинский университет
имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан.*

Введение. В научной литературе отсутствуют сведения относительно характера морфологических изменений нейрональной структуры ретрокохлеарного отдела слухового анализатора при длительно протекающих хронических воспалительных процессах среднего уха. В то же время в клинической картине хронического гнойного среднего отита наблюдаются симптомы, трудно объясняемые с позиции традиционной медицины.

Цель исследования: изучение морфологических изменений нервных волокон при длительно протекающих хронических средних отитах с сенсоневральным компонентом тугоухости.

Материалы и методы исследования. Материалом морфологического исследования явились 57 секционного материала от трупов людей обоего пола в возрасте от 20 до 55 лет, страдавших хроническим гнойным средним отитом в течение от 12 до 23 лет, погибших от различных видов травм без повреждения центральной нервной системы.

Гистологические срезы толщиной 12 микронов окрашивали кризильвиолетом по методу Ниссля.

Результаты: проведенный нами морфологический анализ состояния вентральных и дорсальных ядер, верхней оливы, медиального коленчатого тела, коры поперечных височных извилин у лиц умерших, страдавших при жизни хроническим гнойным средним отитом в течение длительного времени показывает, что развивающийся при этом патологический процесс отличается выраженным полиморфизмом структурных изменений. Морфологические изменения нервных клеток вентральных ядер на ипсилатеральной стороне выражались в виде уменьшения ее размера, контуры их четкие, и отмечался их гиперхроматоз. В цитоплазме находили нисслевские вещества темного цвета в виде глыбок. Ядра нейронов имели размытые, нечеткие контуры. На контрлатеральной стороне отмечалось истончение нередко резко аргентофильных аксонов, отдельные фрагменты которых имели волнообразный вид или спирально закружены, подобно перерезанному эластическому шнуру.

Таким образом, результаты проведенных морфологических исследований свидетельствуют о том, что в нервных клетках вентрального и дорсального слуховых ядер при хроническом гнойном отите идут деструктивные патологические изменения, отражающиеся на снижении восприятия звука.

Для длительного гнойного воспаления среднего уха характерны признаки аксональной реакции и изменения ультраструктурных компонентов отдельных нейронов в слуховых ядрах комплекса верхней оливы. С увеличением длительности болезни дистрофические изменения носят тяжелый характер: в нервных клетках отмечается сморщивание, в ядрах гиперхромия, деформация и смещение, в цитоплазме глыбки тигроида, за исключением нервных волокон, где происходит лизис.

Так, при гистологических исследованиях нейронов слухового анализатора в условиях хронического гнойного среднего отита мы увидели патологические изменения не только в нервных клетках и волокнах, но и в сосудах микроциркуляторного русла, окружающих пирамидные клетки слуховой коры со всех сторон в виде корзинки. В петлях сосудистой сети располагались по 1-2-3 и более пирамидных клеток.

В наших исследованиях артерии и вены итраорганного отдела церебрального бассейна характеризовались выраженной дистонией. Многие из сосудов на поперечных срезах имели обычную форму. В большинстве из них выявлялись признаки утолщения стенки. В целом

создавалось впечатление, что просвет некоторых артериол и венул сужен. Отмечалось сужение сосудов более мелкого калибра, уменьшение их диаметра. Нарушение микроциркуляции капилляров привело к гибели пирамидных клеток, окруженных сосудами.

Таким образом, хроническое воспаление среднего уха приводит к сужению сосудов, уменьшению диаметра сосудов и утолщению их стенок, вследствие чего нарушается микроциркуляция сосудов, питающих пирамидные клетки слуховой коры. Степень нарушения структуры сосудов в мозге у больных, перенесших хронический гнойный средний отит, тесно связана с длительностью воспалительного процесса.

При гистологическом исследовании нервных клеток и волокон медиального коленчатого тела при длительности болезни до 10 и не более 10 лет в нервных клетках обнаружили жировую дистрофию. Патологическое ожирение нервных клеток при хроническом воспалении среднего уха развивалось медленно.

Таким образом, хроническое гнойное воспаление среднего уха вызывает выраженные структурные изменения в нервных клетках медиального коленчатого тела как одного из этапов проводящих путей слухового анализатора.

Результаты гистологических изменений пирамидных клеток и нервных волокон коры ПВИ показали патологические изменения отличающийся друг от друга разным видом дистрофии, но схожих в одном, что эти изменения обратимые. Отмечается нейронофагия, в ядрах - лизис, в нервных волокнах утолщение и извитость.

Выводы: при длительных воспалительных процессах среднего уха дегенеративные изменения нейросенсорных элементов слухового анализатора возникают вследствие патологической импульсации. Выраженность патологических изменений коррелирует с расположением слуховых нейронов. Наиболее ярко выраженные морфологические изменения происходят в очаге воспаления, менее – в коре поперечных височных извилин.

Саркыт Кожабергеновна Кожантаева; 030020, г. Актобе, ул. А. Молдагулова, дом 4, кв. 36; e-mail: sarkit20@mail.ru, моб.: 8-701-303-58-64

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЯ ОПУХОЛИ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОГО МЕШКА

Крюков А. И.^{1,2}, Гаров Е. В.¹, Зеликович Е. И.¹, Зеленкова В. Н.¹, Байбакова Е. В.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва,

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Опухоль эндолимфатического мешка (ОЭМ) - крайне редкая патология и выявляется в 4% случаях среди всех новообразований пирамиды височной кости (Kitahara T., 2011). В 11-16% ОЭМ диагностируется у пациентов с синдромом Гиппеля-Линдау и в 30% случаях - с билатеральной локализацией. Впервые ОЭМ описана в 1984 году, когда была выявлена во время декомпрессии эндолимфатического мешка (ЭМ) у пациента с болезнью Меньера (Hassard et al., 1984). ОЭМ является железистой опухолью, и в большинстве случаев при гистологическом и иммуногистохимическом исследовании верифицируется аденокарцинома (Yusu N. et al., 2008; Kimberly G. et al., 2010), реже - папиллярная аденома (Tadashi H. et al., 2011).

При гистологическом исследовании опухоль представлена клетками однослойного кубического и цилиндрического эпителия с её инфильтрацией соединительной ткани и кости. Однако установить окончательный гистологический диагноз возможно только после иммуногистохимического исследования.

ОЭМ - достаточно агрессивное и гипervasкулярное образование, которое вызывает деструкцию пирамиды височной кости на ранних стадиях, приводящее к сенсоневральной тугоухости, парезу лицевого нерва и инфильтрации твёрдой мозговой оболочки (ТМО).

Выраженность клинических симптомов зависит от объёма опухоли, её распространения и степени компрессии ЭМ опухолью. Клиническая картина схожа с болезнью Меньера и может проявляться эпизодическими головокружениями, заложенностью и снижением слуха, шумом в ухе, а при инфильтрации опухоли в костные структуры пирамиды височной кости - поражением черепно-мозговых нервов (периферический парез лицевого нерва, синдром отверстия яремной вены). Диагностика ОЭМ основывается на данных отомикроскопии, аудиометрии, вестибулометрии, электрокохлеографии, компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии височной кости с контрастным усилением.

Представляем два случая диагностики и хирургического лечения пациентов с ОЭМ.

Пациентка П., 39 лет обратилась в клинику с жалобами на приступы системного головокружения, периодически сопровождающиеся тошнотой и рвотой, ощущением вращения внутри головы при перенапряжении, которые беспокоили пациентку в течение 1 года. Пациентка Г., 30 лет отмечала снижение слуха на правое ухо, периодический шум низкой тональности, головокружения и шаткость походки в течение 1,5 лет. При МРТ головного мозга, выявлена опухоль левой гемисферы мозжечка. После удаления опухоли, вышеуказанные жалобы сохранялись, что и послужило поводом для обращения в клинику.

При обследовании у больных выявлено: по данным отомикроскопии – барабанные перепонки - не изменены; аудиометрии - у первой пациентки слух в пределах возрастной нормы, у второй – правосторонняя смешанная тугоухость 1 степени с костно-воздушным интервалом до 15 дБ в диапазоне разговорных частот; вестибулометрии – у первой пациентки признаков поражения периферического отдела вестибулярного анализатора не выявлено, у второй - определялась умеренная мозжечковая симптоматика. По результатам КТ височных костей и МРТ с контрастным усилением определялось образование в проекции ЭМ.

Пациентам выполнена заушным подходом расширенная аттикоантромастотомия с удалением опухоли. В первом случае выявлено образование в области проекции ЭМ, плотно спаянное с ТМО. Во втором – кистозное, полнокровное образование, располагающееся в проекции ЭМ, плотно спаянное с окружающими тканями, распространяющееся вдоль мозговых оболочек под задний полукружный канал (ЗПК) с его разрушением.

В первом случае при гистологическом исследовании выявлена опухоль имеющая строение менинготелиоматозной менингиомы. Во втором - лист дифференциальных диагнозов составил: параганглиома, менингиома, пилоидная астроцитома. При иммуногистохимическом исследовании – в клетках опухоли выявлена чёткая экспрессия VIM и ЕМА, показавшая наличие железистой архитектоники, слабая экспрессия NSE. Иммунофенотип опухоли с учётом формирования железистых структур соответствует ОЭМ.

В послеоперационном периоде в обоих случаях не отмечено ухудшение слуха, вестибулярная функция компенсировалась через 3 месяца.

Данные случаи демонстрируют необходимость выполнения высокоразрешающей КТ височных костей и МРТ, при необходимости с контрастным усилением, у пациентов с кохлеовестибулярными нарушениями. Ранняя диагностика и хирургическое лечение позволяют сохранить слух и функцию лицевого нерва.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ В МОСКВЕ

Крюков А. И.^{1,2}, Гаров Е. В.¹, Сидорина Н. Г.¹, Зеленкова В. Н.¹, Гарова Е. Е.¹

*¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия*

*²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия*

На основании показателей обращаемости и статистических отчётов Лор-стационаров по данным Бюро медицинской статистики ДЗМ проведён количественный анализ частоты встречаемости взрослых больных хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) и спектра хирургической помощи этому контингенту в зависимости от специализации отделений за период с 2009 по 2016 г.г. Учитывая, что именно на этот временной отрезок пришёлся период оптимизации здравоохранения (сокращение коечного фонда оториноларингологического профиля в г. Москве с 1150 до 563), то интересна динамика показателей до и после этого периода.

В структуре амбулаторной Лор-патологии в 2016 году заболевания уха и сосцевидного отростка занимают 38% (84700 случаев), где на долю ХГСО приходится 17,9% (15202), из которых госпитализированы 12,6% (1921). Заболеваемость ХГСО в г. Москве составила 0,14 случаев на 1000 населения, а распространённость – 1,23.

Из анализа показателей Лор-стационаров следует, что, несмотря на существенный рост числа госпитализированных больных, количество и процент пациентов с заболеваниями уха остаётся стабильным (в среднем 9318,3 – 27%), как и больных ХГСО в структуре заболеваний уха (в среднем 1891,6 – 20,5%). При этом пациенты с ХГСО в структуре патологии стационаров ежегодно занимают 4,1 – 6,2% (в среднем – 5,5%) коечного фонда. Хирургическая активность в Лор-стационарах при заболеваниях уха увеличилась за этот период в 2 раза (с 1782 до 3445 случаев), тогда как в процентном выражении она - стабильна и составляет, в среднем, 9,3%. Причём, в рамках ХГСО как нозологии, также наблюдается рост количества (с 822 до 1437 случаев) при стабильности процента (от 41,7% до 57%) хирургических вмешательств. То есть в настоящее время в среднем у 46% больных ХГСО в стационарах г. Москвы выполняются saniрующие и реконструктивные операции на среднем ухе. При этом отмечается некоторое количественное и процентное (с 22,5% до 8,8%, в среднем у 9,7%) уменьшение проведения общеполостных saniрующих (модифицированной, классической радикальной) операций на среднем ухе (в том числе расширенной) у больных ХГСО на фоне увеличения количества операций при этой патологии.

При анализе спектра других операций у больных ХГСО наблюдается количественное и процентное увеличение аттикоантротомий (с 1,3% до 8,6%), других saniрующих операций и особенно тимпанопластик (с 62,4% до 77,8%), что свидетельствует о преобладании щадящей saniрующей и реконструктивной хирургии в лечении пациентов с ХГСО в г. Москве. Учитывая факт роста тимпаноластики, которая является в какой-то мере saniрующей операцией для ликвидации очага воспаления, профилактики тугоухости и осложнений ХГСО, можно констатировать улучшение лечебно-профилактической амбулаторной оториноларингологической помощи и изменение отношения населения к своему здоровью.

В специализированном отделении (на примере отдела микрохирургии уха НИКИО им. Л.И. Свержевского) больные ХГСО являются самой частой патологией и составляют, в среднем, 59,8%. Интенсификация лечебного процесса позволила более чем в 2 раза (с 216 до 489 пациентов) увеличить оказание специализированной помощи данному контингенту больных. При этом хирургическая активность в отделе у пациентов с ХГСО составляет в среднем 98,9%. Спектр операций этого отдела отражает истинные методики плановой спе-

циализированной хирургической помощи пациентам с ХГСО. Наиболее частым (у 72%) видом хирургического лечения больных ХГСО является тимпаноластика. У 28% больных ХГСО с холестеатомой выполняются различные saniрующие операции с элементами реконструкции, в том числе и повторные. При этом «закрытые» методики выполняются у 54,9% (аттикоадитотомия с тимпаноластикой и пластикой латеральной стенки – у 45,1% и раздельная аттикоантротомия с тимпаноластикой – у 9,8%) и «открытые» - у 45,1% (аттикоантротомия с удалением задней стенки наружного слухового прохода с тимпано- и мастоидопластикой (облитерацией) – у 42,9% и аттикоантротомия с удалением задней стенки наружного слухового прохода – у 2,2%) пациентов. Объём операции у больных ХГСО с холестеатомой обусловлен распространением и активностью воспалительного процесса. То есть тщательная подготовка больных ХГСО к плановому хирургическому вмешательству позволяет в большинстве случаев одновременно выполнять saniрующий и реконструктивный этапы, что важно для пациентов и экономически выгодно при данной патологии.

Таким образом, на основании анализа обращаемости заболеваемость ХГСО в г. Москве составила 0,14 случаев на 1000 населения, а распространённость – 1,23. По данным статистических отчётов Лор-стационаров г. Москвы с 2009 по 2016 г. отмечен существенный рост числа госпитализированных больных при стабильном количестве пациентов с заболеваниями уха и в частности - с ХГСО (в среднем – 5,5%). Хирургическая активность в Лор-стационарах в рамках ХГСО как нозологии достигает 46% при росте количества операций за счёт реконструктивных вмешательств. В специализированном отделении больные ХГСО составляют, в среднем, 59,8%, а хирургическая активность достигает 98,9%. Данные показатели характеризуют хорошую преемственность в работе поликлиник и Лор-стационаров, интенсификацию лечебного процесса и изменение отношения населения к своему здоровью.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

Крюков А. И.^{1,2}, Гаров Е. В.¹, Зеленкова В. Н.¹, Степанова Е. А.³, Зеленков А. В.⁴

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «Российский нацио-нальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

³ГБУЗ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва, Россия

⁴ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Россия

Из всех заболеваний верхушки пирамиды височной кости холестеатома встречается в 3,4-9% случаев. Холестеатома пирамиды височной кости встречается в 2,9% случаев всех холестеатом височной кости. Холестеатомы этой локализации могут быть первичными (врождёнными), происходящими из остатков эмбриональной или аберрантной эпителиальной ткани, или вторичными, вследствие инвазии холестеатомы из среднего уха или сосцевидного отростка. Вторичная холестеатома выявляется у 58%, а первичная – у 12% пациентов (Muckle R. et al., 1998; Sanna M. et al., 2011). В зависимости от локализации холестеатомы в пирамиде височной кости, по классификации M. Sanna (1993), выделяют пять её видов: супралабиринтная, инфралабиринтная, массивная лабиринтная, инфралабиринтная с апикальным распространением и апикальная. Наиболее часто встречается супралабиринтная (26,7-67%), массивная лабиринтная (20-38%) и инфралабиринтная (7-40%) холестеато-

мы (Senn P. et al., 2008; Sanna M. et al., 2011). Также предложены различные классификации врождённых холестеатом, отражающие степень распространения или локализации процесса, позволяющие выбрать адекватный объём хирургического лечения (Nelson M. et al., 2002; Morita Y. et al., 2016).

При холестеатоме пирамиды височной кости часто наблюдается бессимптомное течение при значительном её объёме. В зависимости от её локализации ранними симптомами могут быть выраженное снижение слуха или глухота (9-69%), оторрея (66,7%), дисфункция лицевого нерва (29-53%), периферическое головокружение (33,3%) или центральные неврологические осложнения вследствие эрозии рядом расположенных важных анатомических структур.

Применение в диагностике высокоинформативных методов исследования: мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), в том числе в NON EPY режиме, позволяет определить локализацию, распространение холестеатомы и на дооперационном этапе планировать хирургический подход.

В течение последних двух лет нами было обследовано и пролечено 6 пациентов с холестеатомой пирамиды височной кости в возрасте от 35 до 56 лет, 5 из которых ранее оперированы в различных клиниках.

Аттикоантромастоидотомия с удалением задней стенки наружного слухового прохода выполнена 3 пациентам; антромастоидотомия без удаления задней стенки наружного слухового прохода - 1. Одному пациенту нейрохирургами ретросигмовидным доступом выполнено удаление холестеатомы пирамиды височной кости и в последующем в нашей клинике была выполнена частичная субтотальная петрозэктомия без ушивания наружного слухового прохода. Причиной обращения в различные клиники был периферический парез лицевого нерва у 4, острый гнойный менингит - у 1 пациента. В анамнезе до первичного хирургического лечения отореею отмечали 4 пациента.

У всех пациентов была односторонняя глухота, выделения из уха - у 3, парез лицевого нерва более 10 лет 2-3 степени по шкале House-Brackmann (НВ) – у 2 и 5-6 степени - у 2. При отомикроскопии нормальная барабанная перепонка визуализировалась у 1 пациента, состоятельная неотимпанальная мембрана - у 1, отсутствие барабанной перепонки и послеоперационная полость, заполненная грануляциями, – у 2, картина хронического гнойного среднего отита мезотимпанита в стадии обострения – у 1 больного.

Всем пациентам была выполнена МСКТ височных костей и МРТ в NON EPI DWI режиме. По данным КТ височных костей и МРТ в NON EPI DWI режиме: инфралабиринтный тип распространения холестеатомы пирамиды височной кости выявлен у 2 пациентов, инфралабиринтный апикальный – у 3 и супралабиринтный – у 1 больного.

Всем пациентам выполнено хирургическое лечение в объёме субтотальной петрозэктомии с декомпрессией и транспозицией лицевого нерва, удалением холестеатомы пирамиды височной кости, пластикой полости аутожиром и ушиванием наружного слухового прохода по Рамбо с нейрофизиологическим мониторингом. При интраоперационном нейрофизиологическом контроле проводимость лицевого нерва сохранена у 3 пациентов, у 1 - отсутствовала в связи с его пересечением. Этому пациенту одномоментно выполнена пластика лицевого нерва. В послеоперационном периоде у 3 пациентов развился парез лицевого нерва 3-4 степени по НВ и у 1 - 5. Развившейся парез лицевого нерва на фоне проводимой терапии регрессирует.

Таким образом, выполненный объём оперативного вмешательства позволил достигнуть тотального удаления холестеатомы пирамиды височной кости и сохранение функции лицевого нерва в большинстве случаев.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХОЛЕСТЕАТОМЫ СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Крюков А. И.^{1,3}, Ивойлов А. Ю.^{1,2,4}, Гаров Е. В.¹, Гуров А. В.^{1,3}, Ибрагимова З. С.⁵

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», г. Москва, Россия

*³Кафедра оториноларингологии лечебного факультета
ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия*

*⁴Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета
ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия*

⁵ГБУ «Республиканская детская клиническая больница» г. Грозный, Чеченская Республика

Сочетание хронического гнойного среднего отита (ХГСО) с холестеатомой представляет собой один из наиболее неблагоприятных вариантов течения данного заболевания. Характерной чертой холестеатомного процесса в детском возрасте является агрессивная способность разрушать костную ткань височной кости, что приводит к обширным поражениям на ранних стадиях заболевания. При отсутствии своевременной, адекватной диагностики и лечения формируются стойкое снижение слуха, развитие пареза лицевого нерва, лабиринтит, внутричерепные осложнения.

Цель: изучить распространенность, клинико-диагностические критерии оценки холестеатомы среднего уха у детей с различными формами ХГСО.

Материалы и методы: обследовано 74 ребенка (79 ушей) с различными формами ХГСО (мальчиков - 45, девочек – 29) в возрасте от 3 до 18 лет. Методы обследования включали: сбор анамнеза жизни, заболевания и жалоб ребенка (или его родителей), оториноларингологический осмотр, отоэндоскопию, КТ височных костей, аудиологическое исследование, микробиологическое исследование отделяемого из уха и определение чувствительности к антибиотикам.

Результаты: согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) преобладающей формой ХГСО был хронический туботимпанальный гнойный средний отит (ХТТГСО) - 48 больных (51 ухо), хронический эпитимпано-антральный гнойный средний отит (ХЭТАГСО) - 26 (28 ушей). Двусторонний хронический воспалительный процесс диагностирован у 5 детей, левосторонний - у 39, правосторонний - у 30. Длительность течения ХГСО составляла от 3 до 14 лет, причем 78,5% пациентов (или их родители) отмечали начало заболевания в возрасте 1-3 лет. При ХТТГСО (отоэндоскопическая картина) в 6 (11,8%) ушах перфорация была в натянутой части барабанной перепонки, ее размеры не превышали 3 мм. Подавляющее число перфораций при этой форме ХГСО были центральными - 45 (88,2%), в 41 случае ее размеры не превышали 2 мм. При ХЭТАГСО во всех случаях дефект в ненапрянутой части барабанной перепонки был краевым, в 12 случаях он не превышал 1,5 мм. Хотелось бы отметить, что в слуховом проходе при этой форме ХГСО визуализировались холестеатомные массы со зловонным запахом. Анализ микробиологического исследования микрофлоры в отделяемом из уха показал, что высевалась как монофлора, которая была представлена *St. aureus* (14), *Ps. aeruginosa* (11), *St. epidermidis* (6), *Kl. pneumonia* (5), *Morganella morganii* (3), *Str. pyogenes* (3), *E. coli* (3), так и в 17 случаях смешанная флора, которая в основном имела место при ХЭТАГСО. В 16 случаях посев отделяемого был стерилен, причем во всех случаях этот результат был получен у больных с ХТТГСО. При исследовании слуховой функции у детей с ХТТГСО наличие кондуктивной тугоухости диагностировано у 42 (87,5%) пациентов, смешанная форма тугоухости - у 6 (12,5%). Смешанная форма тугоухости при ХЭТАГСО диагностирована у всех больных этой группы. Отдельные КТ-симптомы холестеатомы среднего уха (Зеликович

Е.И., 2004): склеротические изменения в сосцевидном отростке, наличие мягкотканного субстрата в аттике, деструктивные изменения слуховых косточек (особенно в длинном отростке и теле наковальни), расширенный адитус, кариозные изменения стенок полостей среднего уха на ограниченных участках - диагностированы у всех пациентов с ХЭТАГСО, у 6 - с ХТТГСО. Во всех наблюдениях диагноз холестеатомы подтвержден интраоперационными находками.

Выводы: ХЭТАГСО в детском возрасте сопровождается развитием холестеатомы в 100% случаев, ХТТГСО - в 12,5%. Присутствие смешанной микрофлоры с преобладанием *St. aureus*, *Ps. aeruginosa* в отделяемом из уха, регистрация нейросенсорного компонента при аудиологическом исследовании больных различными формами ХГСО косвенно указывают на наличие холестеатомного процесса в ухе. КТ височных костей продолжает оставаться «золотым» стандартом в диагностике холестеатомы уха.

ДРЕНИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

*Крюков А. И.^{1,2}, Сидорина Н. Г.¹, Загорская Е. Е.¹, Сударев П. А.¹,
Мепаришвили А. С.¹, Горовая Е. В.¹*

*¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия*

*²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия*

Дисфункция слуховой трубы (ДСТ) представляет одну из актуальных проблем оториноларингологии и постоянно остаётся в центре внимания ведущих исследователей. ДСТ способствует развитию экссудативного среднего отита (ЭСО), острого гнойного среднего отита и его переходу в хронический, а также развитию ретракционных карманов, а в дальнейшем - эпитимпанита с холестеатомой (Преображенский Н.А., 1976; Пятякина О.К., 1986). Существует целый спектр этиологических факторов, правильная идентификация которых необходима для успешного этиотропного лечения этой патологии (Sudhoff Н., 2009; Рое D.S., 2007). Основное место в развитии ДСТ отводится патологии носа и околоносовых пазух. Чаще всего, стойкая ДСТ обусловлена не одним этиологическим фактором, а их сочетанием (Авенко И.В., 2010), поэтому лечение должно носить этиотропный и патогенетический характер.

Современная диагностика ДСТ основана на данных анамнеза заболевания, эндоскопического исследования полости носа и носоглотки, отомикроскопии с пробами Тойнби и Вальсальвы, данных тональной пороговой аудиометрии, тимпанометрии с тимпанометрическими тестами и функциональной мультиспиральной компьютерной томографией (ФМСКТ) слуховой трубы.

Целью лечения стойкой ДСТ является восстановление функции слуховой трубы и слуха. Предложено большое количество способов лечения (консервативных и хирургических) больных в зависимости от характера патологического процесса в среднем ухе. Лечение ДСТ начинают с нормализации носового дыхания и санации воспалительных очагов в полости носа, околоносовых пазухах и носоглотке. И только после этого приступают к восстановлению вентиляционной функции слуховой трубы: местной лекарственной терапии, механическому (продувание, катетеризация) и физическому (электрофорез, электростимуляция) воздействиям на структуры среднего уха. Если местное лечение не приводит к восстановлению вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы, проводят миринготомию с установкой тимпанального шунта. При этом длительность канюленосительства может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет. При отсутствии экссудата в среднем ухе для лечения длительной ДСТ используется разработанный нами функциональный шунт

оригинальной конструкции (патент РФ № 2524192 от 10.06.2013 г.), характеризующийся избирательной воздушной проницаемостью, связанной с особенностями диафрагмально-щелевого клапана. Применение оригинального функционального шунта в лечении длительной ДСТ позволяет задействовать тимпано-тубарные взаимосвязи, что повышает эффективность проводимого лечения на 13,3%. Применение функционального шунта выполнено у 54 пациентов с положительным результатом.

При лечении мукозной стадии ЭСО применяется разработанный нами способ дренирования барабанной полости после её ревизии с введением дренажной трубки в барабанную полость под мезотимпанальный лоскут с помещением ее в специально созданное ложе в костном отделе наружного слухового прохода (патент РФ № 2391918 от 18.11.2008 г.). Данный способ повышает эффективность и при тимпанопластике у больных хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) с мукозитом II-III степени, как и способ жёсткой установки тимпанального шунта в аутохрящевой трансплантат при тимпанопластике (патент РФ № 2616997 от 25.04.2016 г.). Перечисленные способы были использованы нами при 85 операциях по поводу ЭСО и ХГСО (первый способ) и в 15 случаях адгезивного среднего отита - второй способ.

При наличии стойких проблем в хрящевом отделе слуховой трубы эффективной является баллонная дилатация, которая может выполняться одновременно с ревизией барабанной полости, шунтированием и септо- и конхотомией или с тимпанопластикой и превентивным дренированием барабанной полости по одному из описанных вариантов данная методика была применена у 15 больных. В то же время распространению данного метода и накоплению опыта его применения препятствует дороговизна технологии.

Таким образом, дренирующие технологии широко используются в лечении функциональной и стойкой ДСТ. Они применяются превентивно при хирургии в полости носа и носоглотке, а также при экссудативных, адгезивных средних отитах и тимпанопластике для восстановления аэрации среднего уха и лечения воспаления слизистой барабанной полости и слуховой трубы.

ЭТАПНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Крюков А. И.^{1,2}, Кунельская Н. Л.^{1,2}, Ивойлов А. Ю.^{1,2}, Кисина А. Г.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Развитие детей с нарушением слуха, эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий определяется своевременной диагностикой нарушений слуха, что, на фоне роста заболеваемости органа слуха у детей, обуславливает актуальность соблюдения принципа комплексности и своевременности в раннем выявлении нарушения слуха у детей. Недостаточная эффективность диагностики нарушений слуха у детей приводит к необратимым медицинским и социальным последствиям. Лишение ребенка слуховой информации в момент активного созревания ЦНС приводит к феномену депривации, в связи с чем поздние реабилитационные мероприятия не имеют достаточной эффективности и часто не приводят к полноценной социальной адаптации ребенка.

Цель: повышение клинической и социальной эффективности оказания специализированной медицинской сурдологической помощи детям в г. Москве.

Материалы и методы. Для получения полноценной информации о нарушении слуха у детей был разработан и используется в практике комплекс последовательных диагностических и реабилитационных мероприятий, имеющий в основе системный подход к каждому ребенку: аудиологический скрининг, анамнестический метод, полное аудиологическое исследование, медико-психолого-педагогическое тестирование, консультирование врача-психиатра, медико-генетический скрининг, оценка неврологического статуса пациента, офтальмологическое исследование и при наличии медицинских показаний с привлечением врачей смежных специальностей оценка функционального состояния других органов и систем (лабораторная диагностика, высокотехнологичные методы исследования и др.). Анализ результатов проведен в группе детей с нарушением слуха различного типа и степени тяжести в возрасте с момента рождения до 18 лет, состоящих на учете с 2011 по 2016 гг. в Городском детском консультативно-диагностическом сурдологическом центре ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ. Регламентирующие документы: приказ ДЗМ от 25.04.2011г. № 369 «Об утверждении порядка проведения аудиологического скрининга у новорожденных и детей первого года жизни», приказ Минздрава России от 09.04.2015г. N 178н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «сурдология-оториноларингология».

Результаты. Комплексное обследование детей (3386 детей – в 2011г., 3670 детей – в 2012 г, 3676 – в 2013 г., 3503 – в 2014 г., 3616 – в 2015 г, 3863 – в 2016 г.) позволило установить, что стабильно в течении 6 лет из врожденных факторов снижения слуха наиболее значимыми являются: генетические мутации и синдромы – в 59,4% - 36%, патология беременности и родов – 15,3-19%, аномалии развития уха – 2,7 - 10,1%, аудиторная нейропатия – 0 - 0,8%. Приобретенные нарушения слуха стабильно чаще обусловлены перенесенной нейроинфекцией – у 3,7 - 4,9% детей, черепно-мозговой травмой – у 0 - 2,4%, нарушением мозгового кровообращения – у 2 - 1,2%, применением ототоксических препаратов – у 0,7-0,8%, вирусными инфекциями – у 0 - 1,2%, аутоиммунным заболеванием внутреннего уха – у 2 - 0%, онкологией – у 0,7-2%, хроническим отитом – у 0,7-1,2% детей. У 12,8 - 20,4% детей в 2011-2016 гг. причин нарушения слуха мы не выявили.

Мы обнаружили выраженную динамику в распространенности у детей сочетанной патологии, включающей нарушение слуха и поражение других функциональных систем от 37% (2011 г.) до 37,7% (2016 г.): преобладает патология центральной нервной системы – у 73,4% детей, нарушения зрения – у 16%, нарушения сердечнососудистой системы – у 5,1%, поражения эндокринной системы – у 2,8%, онкология – у 2 %, заболевания крови – у 0,7 % ребенка.

По результатам комплексного обследования пациентов в индивидуальный план реабилитация одновременно включали не только слухо-, эндопротезирование, сурдопедагогические занятия, но и все необходимые коррекционные методики, например занятия с тифлопедагогом, олигофренопедагогом, лечение заболеваний ассоциированных с патологией слуха и т.д.

Проведенный нами анализ выявил, что при использовании комплексного подхода к диагностическим и реабилитационным мероприятиям детей с патологией слуха значительно преобладают дети (46,3%), слуховое, речевое, психосоматическое развитие которых в результате проведенных мероприятий соответствовало возрасту.

Выводы: системный последовательный подход в диагностике и реабилитации нарушений слуха у детей, позволяет комплексно формировать программы реабилитации, включающие все необходимые коррекционные методики. Эффективная организация всего комплекса лечебно-педагогических мер, преемственность этапов восстановительных мероприятий, своевременно корректируемая реабилитация позволяют значительно увеличить число адаптированных к социальной деятельности пациентов с различной патологией слуха и предотвратить инвалидизацию больных.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

*Кунельская Н. Л.^{1,2}, Байбакова Е. В.¹, Гусева А. Л.², Чугунова М. А.¹,
Манаенкова Е. А.¹, Негребова М. М.¹*

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Распространенность доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ) в популяции составляет 2,4%, частота рецидивов в течение 3 лет достигает 54%. Выявление этиологических факторов и прогнозирование риска рецидивов заболевания улучшает качество жизни пациентов с ДППГ.

Целью нашего исследования являлась разработка прогностических факторов рецидива ДППГ у пациентов с идиопатическим и вторичным ДППГ.

Материалы и методы: с сентября 2016 по август 2017 в вестибулогической лаборатории НИКИО им. Л.И. Свержевского было обследовано 78 пациентов (73 женщины, 5 мужчин, средний возраст $55,7 \pm 4,9$ лет) с ДППГ: у 18 пациентов (1 группа) выявили predisposing факторы возникновения ДППГ, у 60 - заболевание было идиопатическим (2 группа). Критерием включения в исследование являлись: впервые возникшее ДППГ; возраст пациентов старше 50 лет у мужчин, менопауза у женщин; локализация отолитиаза, соответствующая заднему полукружному каналу (ЗПК). Алгоритм обследования пациентов включал: комплексное отоневрологическое исследование, позиционные тесты под контролем видеонистагмографии (VNG Interacoustics VO425 (Дания)), регистрация окулярного класса вестибулярных миогенных вызванных потенциалов (ВМВП) у пациентов с идиопатическим ДППГ на 7 день после успешной вестибулярной реабилитации (Нейро-Аудио, 2010); исследование лабораторных показателей фосфорно-кальциевого обмена (25(ОН)D, норма >30 нг/мл; кальций в суточной моче, норма 2,5-7,5 ммоль/сутки; кальций в сыворотке крови, норма 2,10-2,55 ммоль/л; паратгормон, норма 15-65 пг/мл). Динамическое наблюдение пациентов осуществляли в течение 12 месяцев. Оценивали частоту рецидивов, локализацию отолитиаза при возникновении рецидива, параметры окулярных ВМВП на 7 день после успешного лечения, результаты исследования лабораторных показателей метаболизма кальция.

Результаты. Локализация отолитиаза соответствовала ЗПК справа у 47 (60%) пациентов, слева – у 31 пациента (40%). У пациентов 1 группы (n=18) выявили следующие этиологические факторы возникновения ДППГ: вестибулярный нейронит ипсилатеральной стороны – у 7 (39%) пациентов, травматическое воздействие – у 5 (28%), болезнь Меньера ипсилатеральной стороны – у 4 (22%), хронический средний отит – у 2 (11%) больных. При исследовании показателей метаболизма кальция дефицит витамина Д (25(ОН)D менее 20 нг/мл) выявили у 2 (11%) пациентов, других нарушений метаболизма кальция не выявили. Регистрацию ВМВП у пациентов 1А группы не проводили, поскольку имело место сочетание нескольких факторов, оказывающих влияние на результаты исследования (гипофункция периферических вестибулярных структур после перенесенного вестибулярного нейронита или на фоне болезни Меньера, смешанная тугоухость при хроническом отите). Частота рецидивов в 1 группе в течение года составила 17% (n=3): у 2 пациентов имело место повторное травматическое воздействие, у 1 - рецидив ДППГ возник на фоне болезни Меньера. Ни у одного пациента с рецидивом ДППГ дефицита витамина Д не выявили.

У пациентов 2 группы при исследовании лабораторных показателей метаболизма кальция выявили высокую распространенность дефицита витамина Д (25(ОН) Д менее 20 нг/мл, 62%, n=37, в среднем в группе - 15,77±6,57 нг/мл), гипокальцемии (23%, n=14, в среднем в группе - 2,18 ± 0,1 ммоль/л), гипокальциурии (25%, n=15, в среднем в группе - 3,05 ± 0,93 ммоль/сутки), уровень паратгормона соответствовал норме у всех обследованных. При регистрации окулярных ВМВП спустя 7 дней после успешного лечения p1-n1 не регистрировались у 3(5%) пациентов, клинически значимая (>40%) асимметрия амплитуды окулярных ВМВП – у 18 (30%), восстановление симметрии – у 39 (65%) больных.

За 12 месяцев наблюдения рецидив произошел у 19 (32%) пациентов 2 группы, во всех случаях ипсилатерально. У всех пациентов с рецидивом ДППГ на 7 день после лечения сохранялась клинически значимая асимметрия окулярных ВМВП (асимметрия p1-n1 составила в среднем 47,9±7,4%). При анализе лабораторных показателей метаболизма кальция дефицит 25(ОН)Д выявили у 15 пациентов с рецидивом ДППГ, гипокальцемию – у 10, гипокальциурию – у 11 больных. При статистическом анализе полученных результатов с помощью критерия χ^2 Пирсона установили, что сохранение клинически значимой асимметрии окулярных ВМВП на 7 день после лечения, а также гипокальцемия и гипокальциурия являются фактором риска рецидива идиопатического ДППГ ($p<0,05$).

Заключение. Частота рецидивов идиопатического ДППГ была выше, чем вторичного (17% и 32%, соответственно). Фактором риска рецидива вторичного ДППГ во всех случаях являлось повторное воздействие выявленного предрасполагающего фактора. У пациентов с идиопатическим ДППГ фактором риска рецидива заболевания являлись изменение лабораторных показателей метаболизма кальция (гипокальцемия у 55% пациентов с рецидивом, гипокальциурия – у 61% больных), а также стойкая отолитовая недостаточность, регистрируемая с помощью окулярных ВМВП. Амплитуда окулярных ВМВП отражает функциональное состояние утрикулуса. Глубокая дисфункция утрикулуса, проявляющаяся сохранением клинически значимой (>40%) асимметрии амплитуды окулярных ВМВП спустя 7 дней после успешного лечения, является прогностическим фактором высокого риска рецидивов идиопатического ДППГ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ВЕСТИБУЛООКУЛЯРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ НЕЙРОНИТ

*Кунельская Н. Л.^{1,2}, Байбакова Е. В.¹, Чугунова М. А.¹, Янюшкина Е. С.¹,
Никиткина Я. Ю.¹, Манаенкова Е. А.¹*

*¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия*

²ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Вестибулярная система позволяет определять движение головы в пространстве и генерирует рефлекс, обеспечивающие стабилизацию взора и поддержание положение головы и тела. Вестибулярный нейронит приводит к снижению динамической остроты зрения, вследствие нарушения вестибулоокулярного рефлекса (ВОР). Для улучшения стабилизации взора применяют специальные упражнения, позволяющие добиться существенного уменьшения тягостных симптомов осциллопии.

Целью нашего исследования явилось изучение процессов центральной вестибулярной компенсации нарушения ВОР в процессе проведения курса физической реабилитации при помощи видеоимпульсного теста и теста динамической остроты зрения.

Материалы и методы: в разработку вошли 26 больных (23 женщины и 3 мужчины в возрасте $53,3 \pm 9,2$ лет) с односторонней вестибулярной гипофункцией, перенесшие вестибулярный нейронит, которые обращались в НИКИО им. Л.И. Свержевского с апреля по декабрь 2016г. Длительность заболевания составила $36,4 \pm 12,7$ дней (от 7 дней до 75 дней). Все пациенты прошли курс вестибулярной реабилитации, который в среднем составил $5,9 \pm 1,8$ недель. Пациенты выполняли упражнения дома и 1 раз в неделю приходили на сеанс вестибулярной реабилитации в НИКИО для контроля эффективности лечения. При первичном обращении пациентам проводили исследование спонтанной вестибулярной симптоматики, исследование динамической остроты зрения и видеоимпульсный тест на приборе EyeSeeCam Interacoustics. Видеоимпульсный тест и исследование динамической остроты зрения также проводили в конце курса реабилитации. Для анализа результатов видеоимпульсного теста использовали показатель соответствия движения глаз движению головы на 60 мс (далее gain), а также наличие корректирующей саккады, ее форму расположение во времени.

Результаты исследования: у 7 пациентов (27%) изначально показатель gain составил $0,35 \pm 0,06$, произошло восстановление показателя gain до нормальных значений ($0,9 \pm 0,12$) нормализация динамической остроты зрения ($6,1 \pm 0,9$ строк до лечения и $1,0 \pm 0,8$ строк после лечения). У 17 человек (65%) улучшение динамической остроты зрения также происходило ($7,1 \pm 1,3$ строк до лечения и $4,1 \pm 0,9$ строк после лечения), у этих пациентов gain существенно не изменился ($0,28 \pm 0,13$ до и $0,35 \pm 0,19$ после лечения), но изменения претерпевала корректирующая саккада. Изначально разрозненная, возникающая в диапазоне от 150 до 300 мс, постепенно сформировалась и стабильно возникала в интервале от 100 до 150 мс, т.е. в момент поворота головы. У 2 пациентов (8%) несмотря на длительный курс лечения не произошло улучшения динамической остроты зрения, у этих пациентов дефицит динамического зрения составил 7 и 8 строк, данные видеоимпульсного теста оставались прежними спустя 3 месяца от начала лечения (0,3 и 0,24).

Обсуждение полученных результатов: результаты исследования свидетельствуют о том, что улучшение динамической остроты зрения возможно вследствие либо восстановления функции самого рецептора, когда показатель gain восстанавливается до нормальных значений; либо вследствие компенсаторных заместительных стратегий, когда корректирующая саккада значительно ускоряется и, по сути, замещает ВОР.

У двух пациенток пожилого возраста пока не удалось добиться сколько-нибудь значимого эффекта улучшения стабилизации взора. Неудовлетворительные результаты у данных пациенток могут быть обусловлены рядом факторов, среди которых недостаточная мотивация для регулярного выполнения упражнений дома, замедление их формирования в пожилом возрасте. Возможно, для более успешного результата этим пациентам необходимо проводить курсы реабилитации в условиях стационара, стимулировать пластические процессы ЦНС медикаментозно, осуществлять реабилитационное сопровождение более длительное время.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОПЕРАЦИОННЫХ НАХОДОК У БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ

Кунельская Н. Л.^{1,2}, Гаров Е. В.¹, Зеликович Е. И.¹, Загорская Е. Е.¹,

Куриленков Г. В.¹, Киселюс В. Э.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Долгие годы диагностика отосклероза была основана на анализе жалоб пациента, анамнеза заболевания, данных отоскопии, аудиологических исследований и операционных находок. Многими исследователями была отмечена взаимозависимость порогов слуха по воздушной (ВП) и костной проводимости (КП) от вида стапедиального отосклероза (Преображенский Н.А., Пяткина О.К., 1973; Шидловская Т.В., 1985; Marx M. et al., 2011). Появление компьютерной томографии (КТ) височных костей расширило возможности неинвазивной диагностики данного заболевания и других причин тугоухости, объективно доказала существование различных форм и стадий течения отосклероза и предопределило различный характер лечения тугоухости. Чувствительность КТ высокого разрешения в диагностике отосклероза составляет 80-95%, а специфичность – 95-99,1%. Отрицательные результаты объясняются малыми размерами очага (менее 1 мм) при плотности кости, схожей с плотностью капсулы лабиринта (Molinero J. et al., 2016; Kanzara T. et al., 2017). Исследования многих авторов выявили зависимость между размером отосклеротического очага, его локализацией по данным КТ височных костей и пороговыми КП и величиной костно-воздушного интервала (КВИ) по данным тональной пороговой аудиометрии (ТПА) (Guner E. et al., 1996; Shin Y. et al., 2001; Naumann C. et al., 2005; Kawase S. et al., 2006; Lagleyre S. et al., 2009; Wycherly B. et al., 2010; Marx M. et al., 2011). Некоторые её наблюдали только при массивных очагах отосклероза (Kutlar G. et al., 2014; Whetstone J. et al., 2014), другие – при длительном анамнезе заболевания (Vicente A. et al., 2006). Но есть исследователи, которые не отмечали этой зависимости (Yang D. et al., 1997; Genç A., Sennaroglu L., 2007; Min J. et al., 2010; Abdel-Ghany A. et al., 2014).

Цель исследования – оценка корреляции результатов обследования и операционных находок у больных отосклерозом.

Проведён анализ результатов обследования и хирургического лечения 89 больных отосклерозом (102 уха), которые наблюдались в отделе микрохирургии уха НИКИО им. Л.И. Свержевского с 2010 по 2017 г. Женщин было 67 (75,3%), мужчин – 22 (24,7%). Возраст пациентов колебался от 25 до 71 года (средний – 44,58). 52% составили лица от 31 до 50 лет. Для оценки корреляции использовали данные ТПА, КТ височных костей с денситометрией и операционных находок у больных отосклерозом.

По данным ТПА у больных отосклерозом преобладала смешанная форма тугоухости у 86 (84,4%), кондуктивная - выявлена у 16 (15,6%). При этом в 63,8% случаев при смешанной форме наблюдалась тугоухость 2-3 степени. По данным КТ височных костей с денситометрией признаки отосклероза выявлены в 88 (86,3%) случаях, а в 14 (13,7%) – имелись ошибки в интерпретации данных при наличии очагов отосклероза 0,5-1,0 мм в капсуле лабиринта. В зависимости от локализации очагов фенестральная форма отосклероза выявлена в 68 (66,7%), смешанная – в 18 (17,7%) и кохлеарная – в 2 (1,9%) случаях. Из 88 случаев выявленного отосклероза плотность очагов определена в 80 (78,4%), при этом в области впереди оконной щели отмечалась средняя плотность 1074,3 ед Н, а в капсуле лабиринта – 970,8 ед Н. Наиболее

частая локализация очагов выявлена впереди оконной щели (в 82 (80,4%) случаях), в основании стремени (в 76 – 74,5%), переднем полюсе (в 53 – 51,9%), капсуле лабиринта (в 16 – 15,7%) и внутреннем слуховом проходе (в 10 – 9,8%). Односторонний отосклероз обнаружен у 6 (6,7%) больных, из них у 5 была фенестральная форма и у 1 – кохлеарная.

Во всех 102 случаях отосклеротической фиксации стремени выполнены различные методики стапедопластики. По данным описания операций у большинства больных очаги отосклероза локализовались в области промоториума (в 77 (75,5%) случаях), по анулярной связке (в 58 – 56,9%), в основании стремени (в 39 – 38,2%), переднем полюсе (в 33 – 32,4%) и под каналом лицевого нерва (в 14 – 13,7%). Облитерирующая форма выявлена в 4 (3,9%) случаях, из них облитерация ниши окна преддверия до 2/3 в 3 случаях и полная – в 1.

В результате анализа данных ТПА и КТ височных костей выявлено соответствие результатов в 29 (28,4%) случаях: смешанная форма тугоухости при смешанной локализации очагов отосклероза - в 19, кондуктивная форма тугоухости при фенестральной локализации - в 10 случаях. При анализе операционных находок и данных КТ височных костей совпадение результатов отмечено в 28 (27,5%) случаях. А соответствие данных ТПА и КТ височных костей операционным находкам отмечено в 10 (9,8%) случаях.

Таким образом, у больных отосклерозом в 28% случаев наблюдается корреляция результатов обследования при качественной их интерпретации и операционных находок.

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Кунельская Н. Л.^{1,2}, Ивойлов А. Ю.^{1,3}, Пакина В. Р.¹, Яновский В. В.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²Кафедра оториноларингологии лечебного факультета

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И.Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

³Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И.Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Экссудативный средний отит (ЭСО) остаётся актуальной проблемой в детской отиатрии. Существуют консервативные и хирургические методы лечения ЭСО. Одним из часто применяемых методов хирургического лечения данного заболевания является шунтирование барабанной полости (ШБП), которое позволяет эвакуировать экссудат из среднего уха, обеспечивает длительную аэрацию его полостей, а также предупреждает развитие рецидива ЭСО при эпизодах острых заболеваний верхних дыхательных путей, которые в детском возрасте нередко повторяются до нескольких раз в месяц. Однако, даже после проведённого ШБП, отмечаются рецидивы ЭСО. Наиболее часто это происходит в связи с недостаточно длительной аэрацией среднего уха, возникающей при преждевременном отторжении шунта, которое наступает нередко в связи с обтурацией последнего, иногда даже спустя малый промежуток времени после операции.

Цель исследования: изучение процессов рецидивирования ЭСО в детском возрасте.

Материалы и методы: в отделе ЛОР-патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ совместно с лабораторией анатомии микроорганизмов ФГБУ «НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздравсоцразвития России произведено исследование поверхности шунтов, отторгнувшихся или удалённых из барабанной перепонки у детей с ЭСО, и окружающего шунт субстрата с применением методов сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии.

Результаты: исследовано 24 шунта. Вокруг тела из представленных образцов шунтов, извлеченных/отторгнувшихся из барабанной перепонки, визуализировалась мощная оболочка, видимая невооруженным глазом. При электронно-микроскопическом анализе выявлено, что эта оболочка представлена соединительной тканью. В составе этой ткани (на ее поверхности) обнаружены гладкие пластинчатые включения, нехарактерные для данного вида ткани. При анализе поверхности оснований шунтов, при обзорном увеличении, обнаружено, что все они были с наложениями на поверхности с фрагментами единичных волосков. Степень выраженности наложений варьировала в разных случаях. При детальном анализе наложений, используя большое электронно-микроскопическое увеличение, определено, что во всех случаях наложения представлены бактериальной пленкой с мощно развитым экзополисахаридным матриксом и отдельно лежащими бактериями (16 шунтов). Однако, в нескольких случаях, помимо биопленки, обнаружен пласт роговых чешуек, которые входят в состав многослойного плоского ороговевающего эпителия. Очевидно, что этот пласт роговых чешуек является результатом эпителизации шунтов с прилежащих участков эпидермиса. Также на поверхности шунтов обнаружены грибы, хламидоспоры и псевдомицелий (22 шунта). Необходимо отметить, что псевдомицелий распространялся на окружающую соединительно-тканную оболочку. Трансмиссионная электронная микроскопия показала, что на 14 (58,3%) шунтах биопленка состояла из бактериально - грибковой ассоциации. В 8 (33,3%) случаях определялась грибковая биопленка. В 2 (8,3%) случаях в состав биопленки вошла только бактериальная флора. Бактериальная флора была представлена палочками и кокками, грибковая – дрожжеподобными грибами.

Выводы: таким образом, исходя из полученных результатов, в период нахождения шунтов в барабанной перепонке ребёнка, необходима дополнительная терапия, включающая в себя применение топических медикаментозных препаратов, обладающих не только противомикробной, но и противогрибковой активностью. Обнаруженные биопленки могут служить причиной рецидива ЭСО после проведения ШБП как за счёт роли в obturации шунтов, так и в результате возможного поддержания латентного воспаления слизистой оболочки барабанной полости.

ЭТАПНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

Кунельская Н. Л.^{1,2}, Левина Ю. В.^{1,2}, Федотова О. С.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

Нейросенсорная тугоухость (НСТ) как патологическое изменение слуховой функции известно с древности. Заболевание является полиэтиологичным, что должно учитываться при постановке диагноза, проведении лечебных и реабилитационных мероприятий. Поражение органа слуха часто сочетается с поражением органа равновесия, что обусловлено анатомическими особенностями расположения рецепторов слухового и вестибулярного анализаторов.

В практике доктора оториноларингологии и сурдолога-оториноларингологии должны осознавать всю значимость поражения рецепторного аппарата внутреннего уха для социальной активности современного человека и своевременно и в достаточном объеме проводить диагностический поиск для возможно ранней постановки диагноза и начала лечебно-реабилитационных мероприятий.

Общепризнанным на сегодняшний день является факт, что возможно раннее начало лечения позволяет в высоком проценте случаев восстановить слуховую функцию человека. Тем актуальнее является знание маршрутизации пациентов, обращающихся за медицинской помощью при наличии жалоб на поражение слуховой или сочетанного поражения слуховой и вестибулярной функции.

На догоспитальном этапе диагноз носит предположительный характер и требует проведения комплексного обследования слуховой, а при необходимости и вестибулярной функции. Лечебная тактика подразумевает экстренную цитопротекцию нейроэпителиальных структур внутреннего уха и центральных отделов слухового анализатора, срочную госпитализацию в стационарные условия (имеющий ЛОР-отделение) для дифференциальной диагностики, назначения или коррекции терапии.

В случаях хронизации тактика ведения пациентов имеет свою этапность и включает: охранительный слуховой режим, лечение фоновых соматических заболеваний, курсы поддерживающей терапии 1-2 раза в год с использованием как таблетированных препаратов, так и средств для парентерального введения улучшающих мозговую и лабиринтный кровоток, а также процессы тканевого и клеточного метаболизма.

Реабилитационные мероприятия направлены на восстановление утраченной слуховой функции и включают слухопротезирование, кохлеарную имплантацию, занятия с сурдопедагогами. Операция установки импланта среднего уха – показана при невозможности использования слуховых аппаратов воздушного проведения, если пороги костного звукопроведения на 500 Гц не более 55 дБ и на высоких частотах не более 75 дБ.

Контакты: Левина Ю.В.; e-mail: jlevina@mail.ru

РОЛЬ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ДИСФОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кунельская Н. Л.^{1,2}, Павлихин О. Г.¹, Романенко С. Г.¹, Тпрдов М. В.¹, Елисеев О. В.¹

¹ГБУЗ «Московский научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель исследования: оценка влияния вертеброденной патологии на развитие дисфонии у пациентов пожилой возрастной группы.

Материалы: 43 пациента в возрасте от 62 до 74 лет с жалобами на охриплость, ощущения «кома в горле», боль в области гортани, направленные в НИКИО с диагнозом «стойкая гипотонусная дисфония». Всем пациентам до обращения в НИКИО был проведен курс местной противовоспалительной и тонизирующей терапии без выраженного клинического эффекта.

Методы исследования: сбор анамнеза, микроларингоскопия, видеоэндоларингостробо-скопия, определение времени максимальной фонации (ВМФ), акустический анализ голоса (система MDVP Kay Pentax), магнитно-резонансная томография.

Результаты: по данным микроларингоскопии у всех пациентов диагностирован хронический катаральный ларингит вне обострения.

Охриплость по шкале Yanagihara 1 степени была у 32 пациентов, 2 степени – у 11.

По данным эндовидеоларингостробо-скопии были выявлены: у всех 43 пациентов малая амплитуда колебаний голосовых складок; у 25 (58,1%) отмечалась асинхронность колебаний; у 32 (74,4%) - зафиксирован симптом зияющих желудочков. При фонации линейная щель отмечалась у 25 пациентов (58,1%), веретенообразная – у 11 (25,6%), треугольная в задней трети - у 7 (16,3%).

Время максимальной фонации составило от 8 до 12 с. Акустические показатели нестабильности голоса по частоте составили: Jitter - 3,14+0,81%, Shimmer - 8,74+1,21%, RAP - 1,3+0,4%, PPQ - 1,38+0,5%. Частота основного тона имела отклонение на 6-9 Гц от средних возрастных показателей.

Пациенты были консультированы неврологом. У всех была диагностирована дорсопатия шейно-грудного отдела позвоночника с миотоническим синдромом.

МРТ шейного и грудного отделов позвоночника показала наличие остеохондроза нижне-шейного (CV – CVII) и верхне-грудного (ThI - ThIII) отделов позвоночника. У 29 пациентов были выражены явления спондилоартроза, у 14 – явления анкилоза межпозвоночных суставов. Из 43 больных – у 24 выявлена круговая, у 11 – односторонняя нижне-шейная, у 8 – торакоцервикальная миофиксация.

Выраженность ощущения «кома в горле» (по 10 бальной визуально-аналоговой шкале) и степень охриплости напрямую коррелировали от выраженности дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника и распространенности миофиксации.

Пациентам был проведен курс терапии НПВС и миорелаксантами, а также курс мануальной терапии с использованием мягких релаксационных техник, после чего был проведен курс фонопедии, направленный на активизацию мышечного аппарата гортани. Длительность полного курса лечения составила в среднем 4 недели.

После курса лечения субъективно все пациенты отметили улучшение качества голоса. Охриплость по шкале Yanagihara 1 степени сохранялась у 3 пациентов.

По данным эндовидеоларингостробоскопии у 39 (90,7%) пациентов отмечена средняя амплитуда колебаний голосовых складок, малая амплитуда сохранялась у 4. Полное смыкание голосовых складок отмечено у 38 пациентов, у 3 больных сохранялась линейная щель, у 2 - веретенообразная.

По данным контрольного акустического анализа голоса: время максимальной фонации составило 14-18 с. Акустические показатели нестабильности голоса составили: Jitter - 2,34+0,71%, Shimmer - 6,54+0,71%, RAP - 1,15+0,3%, PPQ - 1,18+0,4%. Отклонение частоты основного тона составило 2,6+0,71 Гц от средних возрастных показателей.

Выводы: нарушение голосовой функции по типу гипотонусной дисфонии у пациентов старше 60 лет может быть проявлением дегенеративно-дистрофических изменений шейного и верхне-грудного отделов позвоночника, сопровождающихся с миотоническим синдромом. Комплексное лечение с использованием противовоспалительной и миорелаксационной терапии и методов локального воздействия на нервно-мышечный аппарат шейно-грудного отдела позвоночника дают положительный результат в реабилитации голосовой функции у данной категории пациентов.

МИГРЕНЬ И БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА

Кунельская Н. Л.^{1,2}, Тардов М. В.¹, Романенко С. Г.¹, Клясов А. В.¹, Зоева З. О.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н. И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Головокружение и головная боль – явления, нередко сопутствующие друг другу. Такому сочетанию в Международной Классификации Головных болей уделено большое внимание: выделены такие формы как мигрень со стволовой аурой и вестибулярная мигрень. Отдельно

рассматривается сочетание мигрени и болезни Меньера (БМ), но в изучении БМ точка до сих пор не стоит, а по мере развития диагностической техники все большая доля случаев рассматривается как вторичный процесс, т.е. синдром Меньера на фоне иных нозологических форм. То же верно и в отношении мигрени.

Цель: изучить закономерности трансформации мигренозных приступов в приступы меньероподобные.

Материалы и методы: под нашим наблюдением с 2011 по 2017 год находилось 7 пациенток в возрасте 49-66 лет, направленных в НИКИО по поводу приступов системного головокружения, сопровождавшихся тошнотой и рвотой, заложенностью и шумом в ухе. Длительность приступов составляла от 2 часов до 7 суток. Вторым объединяющим признаком – наличие мигренозных эпизодов в прошлом: 4 случая - мигрени без ауры и 3 - мигрени с аурой. Важно, что у всех пациенток оба варианта пароксизмов не регистрировались одновременно ни в какой период времени. Интервал между прекращением головных болей и дебютом головокружений составил от 1 месяца до 5 лет. В 5 случаях описанная динамика отмечена после наступления менапаузы – от 2-3 месяцев до 8 лет (одна пациентка), в 2 случаях – за 1 год и 7 лет до ее наступления.

Результаты. У всех пациенток выявлены две группы симптомов: 1) кохлеовестибулярные – одностороннее снижение слуха, отклонение в сторону пораженного лабиринта в усложненной позе Ромберга, поворот в ту же сторону в пробе Фукуда; 2) несимметричное напряжение мышц шеи и жевательных с болезненностью при пальпации и наличием триггерных точек.

Комплекс вестибулометрических тестов во всех случаях выявил одностороннюю гипофункцию лабиринта, скрытый спонтанный горизонтальный нистагм с вертикальным компонентом или вертикальный нистагм, усиливающийся при выполнении позиционных проб. При электрокохлеографии зарегистрированы признаки гидропса соответствующего лабиринта, а тональная пороговая аудиометрия подтвердила нейросенсорную тугоухость 1-3-ей степени во всех случаях на стороне гипофункции лабиринта.

Обсуждение. Одной из причин смены одного типа пароксизмов на другой в пределах относительно короткого промежутка времени может быть миофасциальный синдром, связанный с краниоцервикальной патологией. Характер триггеров, по-видимому, может трансформироваться вследствие изменения гормонального фона: болевые угасают, а шумовые и «головокружительные» активируются. Этот тезис подтверждается результатами терапии: большинство «мигреновых» и «меньеровых» пациентов отмечают положительную динамику приступов в процессе лечения шейных болевых синдромов. По-видимому, в патогенезе описываемых расстройств принимают участие не только периферические, но и центральные механизмы, подтверждением чему служит вертикальный компонент спонтанного нистагма, выявленный во всех рассматриваемых случаях. Увеличение амплитуды нистагма при пробах с поворотами головы указывает на цервикогенный характер процесса и его влияние на функционирование стволового неврального интегратора.

Заключение. В ряде случаев связь между вторичными головными болями мигренозного типа и меньероподобными головокружениями объясняется миофасциальными феноменами на фоне цервикальной патологии, а переключение с одного варианта приступов на другой обеспечивается гормональным перепадом климактерического периода.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МИНОРА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УША, ПРОЯВЛЯЮЩИМИСЯ АНАЛОГИЧНЫМИ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Кунельская Н. Л.^{1,2}, Федорова О. В.¹, Байбакова Е. В.¹, Загорская Е. Е.¹

*¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия*

*²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия*

Дегисценция костной стенки верхнего полукружного канала (ДВПК) приводит к непосредственному контакту твердой мозговой оболочки с жидкостями внутреннего уха, формируя «третье окно» лабиринта, которое является причиной возникновения кохлеовестибулярных нарушений, характерных для синдрома Минора (СМ), описанному в 1998 году (Minor L., 1998). Это заболевание встречается редко и является малоизвестным. Многим пациентам с данной патологией до правильной постановки диагноза длительное время проводится лечение по поводу различных заболеваний среднего и внутреннего уха. Наибольшие диагностические трудности возникают при сочетании СМ с другими заболеваниями уха, скрывающими типичную клиническую картину заболевания, вызывая необходимость проведения дополнительных исследований. Дифференцировать СМ необходимо с такими заболеваниями, как отосклероз, болезнь Меньера (БМ), фистулы окон лабиринта (ФОЛ), дисфункция (ДСТ) и зияние слуховой трубы (ЗСТ).

Целью работы явилось определения характерных клинических проявлений СМ, позволяющих проводить его дифференциальную диагностику с заболеваниями уха, имеющими сходные кохлеовестибулярные нарушения.

Были проанализированы результаты обследования 21 больного СМ в возрасте от 35 до 71 года (из них 5 мужчин и 16 женщин), которые находились на обследовании и лечении в отделе микрохирургии уха Института. Сроки заболевания до обращения в НИКИО составляли от 2 до 12 лет. Манифестация клинических проявлений СМ была связана с травмой головы - у 3 больных, с физической нагрузкой (поднятие тяжестей, напряжением) - у 4, без видимой причины - у 14. Вестибулярные нарушения (головокружения, провоцируемые громким звуком или изменением давления, осцилопсии, синхронная с пульсом, позиционные головокружения, неустойчивость) были выявлены у 18 пациентов. При этом симптом Тулио отмечен у 15 (71%) и Ханненберта - у 17 (81%) пациентов. Слуховые нарушения (снижение слуха, ощущение заложенности, кондуктивная гиперacusia, повышенная слуховая чувствительность к звукам собственного тела и шум в ухе) были выявлены у 15 (71%) больных. Сочетание СМ с другой ушной патологией было выявлено у 6 пациентов (отосклероз - у 2, болезнь Меньера - у 3 и ФОЛ - у 1). Для сравнения клинической симптоматики были отобраны 50 больных с диагностированной БМ, отосклерозом, ФОЛ, ДСТ и ЗСТ, проявляющиеся характерными для этих заболеваний симптомокомплексами.

Всем больным СМ проведено комплексное обследование, включающее сбор анамнеза, отомикроскопию, исследование слуховой и вестибулярной функций, тимпанометрию (с определением акустических рефлексов и ETF-теста), высокоразрешающую компьютерную томографию (КТ) височных костей с мультипланарной реформацией и исследование VEMPs (у 6 больных).

При анализе клинических проявлений и результатов обследования у 15 обследованных пациентов с СМ при нормальной отоскопической картине отмечалось стойкое снижение слуховой функции по кондуктивному или смешанному типу с костно-воздушным интерва-

лом 15-20 дБ и более на низких и средних частотах аудиометрической тон-шкалы, латерализация звука в опыте Вебера в больное ухо. Уменьшение порогов костной проводимости (менее 0), было выявлено у двух пациентов. При импедансометрии определялась тимпанограмма тип А и нормальные акустические рефлексы. Кондуктивная гиперacusия и усиление звуков собственного тела отмечали 11 (52%) больных и шум в ухе - 6 (29%).

Головокружения, провоцируемые звуком и (или) повышением давления отмечали 17 (81%) пациентов, осциллопсии, синхронные с пульсом - 8 (44%), позиционные головокружения – 11 (52%). Объективное подтверждение вестибулярной симптоматики, регистрируемое при видионистагмографии, выявлено у 14 (67%) больных, вегетативные реакции отмечены у 13 (62%). Исследование VEMPs было проведено 6 пациентам, которое выявило снижение порогов и повышение амплитуды ответа глазных и шейных VEMPs у всех пациентов.

При проведении высокоразрешающей КТ височной кости с реформацией в плоскости ВПК, дегисценция ВПК была выявлена у всех пациентов. Кроме того, определялась прямая зависимость между размером дегисценции и выраженностью клинических проявлений.

Были проанализированы результаты обследования больных СМ и выявлены характерные для «третьего окна» клинические проявления. Используя полученные данные, возможно дифференцировать СМ с заболеваниями уха, имеющими похожие симптомы, такими как отосклероз (интактные стапедальные рефлексы при ДВПК), ЗСТ (голосовая аутофония, движения барабанной перепонки при глубоком дыхании), ДСТ (нормальные тимпанограмма и отоскопия при ДВПК), болезнь Меньера (головокружения неиндуцированные, более стойкие и длительные), ФОЛ (отсутствие флюктуации слуха при ДВПК).

Таким образом, при подозрении на СМ необходимо проводить дополнительные обследования, позволяющие исключить или подтвердить ДВПК, что позволит правильно поставить диагноз и провести адекватное лечение.

ОСОБЕННОСТИ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СПЕКТРА АУДИТОРНЫХ НЕЙРОПАТИЙ

*Лалаянц М. Р., Бражкина Н. Б., Гептнер Е. Н., Чугунова Т. И.,
Цыганкова Е. Р., Таварткиладзе Г. А.*

*ФГБУН Российский научно–практический центр аудиологии
и слухопротезирования ФМБА России, г. Москва, Россия*

Заболевания спектра аудиторных нейропатий (Auditory Neuropathy Spectrum Disorder, ANSD) представляют собой широкий спектр заболеваний различной этиологии, течения заболеваний и результатов реабилитации, обведенных изначально в связи с наличием общей картины аудиологического обследования, а именно наличием регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ) и/или микрофонного потенциала улитки при отсутствии или значительно измененных коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) при максимальных интенсивностях стимула. Однако данные ОАЭ и КСВП у детей с ANSD не позволяют предполагать субъективные пороги слуха, которые у данных пациентов могут варьировать в широком диапазоне, от близких к норме до глухоты.

Цель исследования: оценить значение различных объективных методов исследований слуховой функции в обследовании детей с заболеваниями спектра аудиторных нейропатий.

Материалы и методы: в исследование вошло 100 детей с двусторонним заболеванием спектра аудиторных нейропатий, диагностированном по результатам регистрации КСВП и ОАЭ в возрасте от 2 месяцев до 9 лет. Из них 67 детям была проведена регистрация стацио-

нарных слуховых вызванных потенциалов (ASSR), 26 детям проведена регистрация длиннотатентных (корковых) слуховых вызванных потенциалов (ДСВП).

Результаты: ОАЭ при первом аудиологическом обследовании регистрировалась по крайней мере с одной стороны на 2х и более частотах у 47 детей. У 53 детей ОАЭ отсутствовала, а диагноз ANSD был установлен по наличию микрофонного потенциала улитки при регистрации КСВП. При повторных исследованиях число детей с угасшей ОАЭ возросло. Пороги ASSR регистрировались у всех 67 обследованных детей, варьировали в широком диапазоне, не коррелировали ни с субъективными порогами слуха, ни с данными тональной пороговой аудиометрии (при наличии), ни данным КСВП. Регистрация ДСВП была проведена 17 детям в слуховых аппаратах и без, а 6 детям, не использующих слуховые аппараты, только без слуховых аппаратов. Трём детям регистрация ДСВП была проведена после кохлеарной имплантации не ранее чем через год после использования звукового процессора. У детей с ANSD регистрировались три варианта ДСВП: 1. ДСВП с нормальными параметрами пиков; 2. Латентность и амплитуда пиков ДСВП изменены; 3. Полифазные (морфологически измененные) ДСВП; 4. ДСВП отсутствовали. За исключением трех случаев, результаты регистрации ДСВП коррелировали с данными сурдопедагогической оценкой состояния слуха.

Выводы: в диагностике заболеваний спектра аудиторных нейропатий основное значение имеет регистрация КСВП с выделением микрофонного потенциала улитки, не зависимо от наличия или отсутствия ОАЭ

Стационарные слуховые вызванные потенциалы (ASSR), так же как и КСВП, не информативны для определения порогов слуха у детей с ANSD

Регистрация длиннотатентных (корковых) слуховых вызванных потенциалов является перспективным методом оценки состояний слуховой системы у детей с заболеванием спектра аудиторных нейропатий.

Контакты: Лалаянц Мария Рафаэлевна, 117513, Ленинский пр.,123;
e-mail: marika_raph@mail.ru

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НАРУЖНЫЙ ОТИТ: НАШ ОПЫТ

Марченко А. С., Егоров В. И.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, г. Москва, Россия.

Злокачественный (некротический) наружный отит – это воспалительный процесс наружного слухового прохода, который носит гнойно-деструктивный характер и распространяется на височную кость и окружающие мягкие ткани. При таком заболевании летальность не превышает 10%. В случае если возникает парез лицевого нерва, внутричерепные осложнения то неблагоприятный исход достигает 50%. По статистическим данным, за последние 25 лет заболеваемость населения наружным и средним отитами не имеет тенденции к снижению. Проблема остается актуальной для врачей оториноларингологов и в настоящее время.

Цель данной работы изучить алгоритм своевременной диагностики и лечение злокачественного наружного отита.

Материалы и методы исследования: в отделении оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, за период с 2013 года по настоящее время прошли лечение 13 пациентов с подтвержденным диагнозом: злокачественный наружный отит.

Возраст больных составил от 56 до 82 лет, преимущественно мужчины. Продолжительность госпитализации составила в среднем 23 дня. У всех пациентов сопутствующей пато-

логией являлся сахарный диабет 2 типа. Основная жалоба – головная боль, боль в ухе и гноетечение. В микробиологическом посеве: 57% составила - *Pseudomonas aeruginosa*, 22% - *S. Naemolyticus.*, по 7% процентов составили – плесневые грибы, *E.zymogenes*, *S.Koag* (Нly+).

Всем пациентам было выполнено исследование - КТ головного мозга. КТ является методом выбора для определения степени изменения костных структур основания черепа.

Проводилась длительная антибактериальная терапия (препаратами выбора – респираторные фторхинолоны), противовоспалительная, симптоматическая, местная.

Обсуждения: злокачественный (некротический) наружный отит – заболевание которое встречается как у детей, так и у взрослых. Но чаще всего возникает в пожилом возрасте (> 50 лет), пациентов страдающих сахарным диабетом, иммунодефицитом. Патологические изменения, развивающиеся в наружном слуховом проходе, запускают механизмы костной деструкции, которая может распространяться на костные структуры основания черепа. Возбудителем преимущественно является синегнойная палочка.

При неблагоприятном варианте течения заболевания в последующем развиваются поражения черепно-мозговых нервов, септические и внутричерепные осложнения.

Диагностика основывается на анамнезе, осмотре, лабораторных исследованиях и данных лучевых методов. В качестве методов лучевой диагностики наиболее информативно КТ, МРТ. Более эффективным является комбинированное лечение – симптоматическая, длительная антибактериальная терапия (преимущественно препараты выбора респираторные фторхинолоны - ципрофлоксацин), хирургическое лечение по показаниям, коррекция иммунитета.

Вывод: злокачественный наружный отит является инвазивной, потенциально опасной для жизни инфекцией наружного уха и основания черепа, что требует ранней диагностики и срочного лечения.

Контакты: Марченко Александра Сергеевна; 129110, улица Щепкина 61/2; e-mail: suni89@mail.ru

ЗНАЧЕНИЕ ОБЪЕКТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕСТИБУЛОМЕТРИИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ТЕСТАМИ В ОЦЕНКЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ МИГРЕНИ

Марьенко И. П., Лихачев С. А.

ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии Минздрава Беларуси», г. Минск, Республика Беларусь

Введение: недавние эпидемиологические исследования показали, что сочетание мигрени и головокружения встречается в популяции достаточно часто. Считают, что развитие вестибулярных симптомов во время приступа головной боли (ГБ) обусловлено тесной взаимосвязью вестибулярных и болевых путей внутри ЦНС, однако их механизм до конца не изучен, что затрудняет диагностику.

Цель: оценить состояние вестибулярной функции у пациентов с мигренью.

Материалы и методы: обследовано 40 пациентов из них 34 женщины и 6 мужчин в возрасте от 21 до 52 лет, средний возраст ($37,5 \pm 18,2$) лет с мигренью (по критериям Международной классификации головной боли, 2013 г.) и пароксизмами головокружения различных вариантов в анамнезе с использованием вестибулометрии с функциональными тестами. Проведены обследования: определение типа головокружения по данным анамнеза и дневника сопутствующих головной боли симптомов (<http://headache-society.ru>), вестибулярное тестирование. Регистрация спонтанного и провокационного нистагма проводилась методом

электронистагмографии (АПК «Статокин», Москва). Диагностическая батарея тестов была выбрана таким образом, чтобы изучить все этиопатогенетические аспекты головокружения, ассоциированного с мигренью, выявить ее латентные проявления.

Результаты: среди предшествующих ГБ симптомов установлен высокий удельный вес нарушение равновесия 18 (60,0%) случаев, тяжести в голове в 15 (50,0)% случаев ($p < 0,05$). При анализе симптомов, во время ГБ установлен высокий удельный вес головокружения в 30 (75,0)% случаев ($p < 0,05$). При анализе симптомов после приступа ГБ удельный вес нарушения равновесия в 19 (47,5%) случаев и головокружения в 30 (75,0)% случаев ($p < 0,05$).

Результаты вестибулометрии с функциональными тестами представлены в таблице 1.

Таблица 1. Состояние вестибулярной функции у пациентов с мигренью межприступном, n=40, абс., %

Функциональный тест	Доля провокационного нистагма
Спонтанный нистагм	0
Проба де Клейна	27 (76,5)*
Проба Вальсальвы	7 (17,5)
Проба Дикса-Холлпайка	35 (87,5)*
Синокаротидный тест	2 (5,0)
Ортостатический тест	4 (10,0)
Вестибулярная норморефлексия битермальной калоризации	40 (100)
Асимметрия ВОР	0 (0)
Асимметрия оптокинетического нистагма	0 (0)

* - $p < 0,05$

По данным вестибулометрии в межприступном периоде спонтанный нистагм не регистрировался у всех пациентов. Однако, проба де Клейна в 27 (76,5%) случаях спровоцировала нистагм ($p < 0,05$). Следует отметить высокую долю выявления провокационного нистагма при позиционных тестах, таких как проба Дикса-Холлпайка в 35 (87,5%) случаев ($p < 0,05$). При битермальной калорической стимуляции арефлексия и гиперрефлексия не выявлялись. Асимметрии вестибулоокулярного рефлекса и оптокинетического нистагма в группе исследования не установлено.

Выводы: установлена высокая частота выявления головокружения в различные периоды мигренозного пароксизма. Данные, полученные при исследовании вестибулярной функции с использованием функциональных нагрузочных тестов под контролем электронистагмографии, свидетельствуют, что у всех пациентов с клиническими проявлениями мигрени выявляются вестибулярные нарушения в субкомпенсированной форме, обусловленные дисциркуляцией в вертебрально-базилярном бассейне артерий. Повышение напряжения мышц, сопутствующее пароксизму ГБ также приводит к ирритации артериальных сосудов и появлению хронической ишемии лабиринта, которое проявляется выявлением провокационного нистагма при пробе Дикса-Холлпайка.

Контакты: Марьенко Ирина Павловна; 220114, г. Минск, Беларусь, ул. Ф. Скорины, 24; e-mail: iramaryenko@gmail.com, тел.: +375296531050

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕСТИБУЛОСЕНСОРНЫХ И ВЕСТИБУЛОВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ МИГРЕНИ

Марьенко И. П., Лихачев С. А., Плешко И. В.
ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии Минздрава Беларуси»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение: нарушение равновесия - одна из самых неприятных жалоб у пациентов с мигренью [1-3]. Они играют огромную роль в качестве жизни пациента и стоимости лечения. Различают два основных типа головокружения: истинное (вестибулярное) головокружение, ощущение дурноты, ощущение приближающейся потери сознания и неустойчивость (несистемное головокружение). Однако, в основе головокружения могут лежать и некоторые психогенные расстройства [1-3].

Для диагностики варианта головокружения использовалось большое количество разнообразных анкетных опросников. Традиционные способы диагностики вестибулярной дисфункции при мигрени в отоневрологии так же недостаточно информативны.

Цель: оценить тип головокружения по данным вертигометрии у пациентов с мигренью.

Материалы и методы: обследовано 40 пациентов из них 34 женщины и 6 мужчин в возрасте от 21 до 52 лет, средний возраст ($37,5 \pm 18,2$) лет с мигренью (по критериям Международной классификации головной боли, 2013 г.) и пароксизмами головокружения различных вариантов в анамнезе с использованием вестибулометрии с функциональными тестами. Использовали экспресс-опросник для объективизации типа пароксизмов головокружения с учетом факторов риска, провоцирующих факторов, направления и интенсивности ощущения вращения предметов или самого пациента, длительности пароксизма, наличия сопутствующих симптомов, факторов, облегчающих головокружение, разработанный авторами в ходе ранее проведенных исследований. Уточнялось наличие признаков болезни движения до возникновения пароксизмального головокружения, изменение их на фоне болезни, факторы, провоцирующие его. А так же наличие сопутствующих заболеваний и прием различных лекарственных препаратов. С учетом выявленного по данным опросника определяли преобладающий тип головокружения. Далее пациенту, находящемуся перед дисплеем компьютера демонстрировали прокручивание панорамного изображения в горизонтальной плоскости, моделирующее вращательное головокружение [4]. Изображение непрерывно перемещается по экрану вправо либо влево. Скорость, направление прокручивания изображения и его интенсивность в полноэкранном режиме меняются самим пациентом на основе собственных ощущений головокружения у него во время пароксизма и регистрируются количественно в виде показателей скорости прокручивания изображения при видеостимуляции. Использование проектора эффект присутствия усиливает, ощущение реальности достигается быстрее и в большей степени.

Результаты: анализ карты экспресс оценки типа головокружения позволил охарактеризовать вестибулосенсорные реакции у пациентов с мигренью.

Таблица 1. Характеристика головокружения и нарушения равновесия по данным экспресс-опросника, n=40, абс., %

Симптом	Доля типа жалоб
Пароксизмы внезапного системного головокружения	1 (3,3)
Пароксизмы системного головокружения при повороте головы	10 (33,3)
Пароксизмы системного головокружения при укладывании	15 (50,0)*
Несистемное головокружение	7 (28,0)
Вестибуловегетативные жалобы по типу укачивания при поездке в транспорте	18 (60)*

При анализе жалоб на головокружение обращает на себя внимание высокий удельный вес позиционно зависимого системного головокружения в группе исследования 15 из 30 случаев (50%), и укачивания 18 случаев из 25 (60%) ($p < 0,05$).

По данным вертигометрии установлено, что для головокружения у пациентов с мигренью характерна высокая скорость зрительного головокружения и составляет от 7,44 до 10,57°/с, что соответствует показателям позиционно зависимому головокружению при каналолитиазе. Пациенты с жалобами на укачивание не смогли четко сформулировать направление и интенсивность головокружения, но отметили плохую переносимость видеостимуляции, что отражает сенситизацию к опоткинезу у данной группы пациентов.

Пациенты с жалобами на несистемное головокружение так же не смогли сформулировать направление и интенсивность головокружения, однако отметили хорошую переносимость оптокинеза.

Выводы: анализ карты экспресс оценки типа головокружения и данных вертигометрии позволил определить критерии оценки вестибулосенсорных и вестибуловегетативных реакций пациентов с мигренью и головокружением. Так большинство пациентов отмечали системное головокружение при укладывании (50%) для которого характерна скорость зрительного головокружения и составляет от 7,44 до 10,57°/с, что соответствует показателям головокружению при каналолитиазе. Для пациентов с мигренью характерна сенситизация к опоткинезу, которая проявляет себя вестибуловегетативными реакциями по типу укачивания.

Контакты: Марьенко Ирина Павловна; 220114, Минск, Беларусь, ул. Ф. Скорины, 24; e-mail: iramaryenko@gmail.com, тел.: +375296531050

АНАЛИЗ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И МИКРОХИРУРГИИ УХА

*Мосейкина Л. А., Артюшина Е. И., Азаров П. В., Федорова О. В., Зализко А. В.
ГБУЗ «Городская клиническая больница №52» ДЗМ, г. Москва, Россия*

Отделение оториноларингологии и микрохирургии уха на базе многопрофильной ГКБ № 52 было открыто в 1988 г. для пациентов, страдающих нарушениями слухового и вестибулярного анализаторов. Длительное время отделение являлось научной и практической базой сурдологического отделения Московского НИИ уха, горла и носа МЗ РФ. В настоящее время сотрудники отделения продолжают традиции отечественной школы отохирургии профессора О.К. Пятакиной.

Изменения в здравоохранении за последние годы (возможность обучения за рубежом, появление новых протезов, материалов для реабилитации, современной диагностической и хирургической аппаратуры) значительно расширили возможности лечения больных заболеваниями уха, позволили сократить сроки пребывания пациента в стационаре и ускорить процесс послеоперационной реабилитации. С 2012 по 2016 г. в отделении пролечено 10623 пациента, проведено 9927 оперативных вмешательств, из них у 6229 (62,8%) больных проведены хирургические вмешательства на ухе. Слух улучшающие операции с 2015 года относятся к высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). В 2016 года по линии ВМП проведено 83% операций на ухе.

Больные хроническим гнойным средним отитом в структуре хирургии заболеваний уха занимают 69,4%. У 46,6% из этих пациентов выполнена тимпаноластика, которая является самой распространенной операцией в отохирургии. При проведении тимпаноластики мы широко используем в качестве трансплантатов аутокани пациента (фасция височной мыш-

цы, хрящ ушной раковины, подкожная вена, аутокость) для реконструкции тимпанальной мембраны, оссикулярной системы и для восстановления стенок наружного слухового прохода, что значительно снижает стоимость операции. Анатомическая эффективность тимпанопластики достигается в 87% случаев.

При хроническом воспалительном процессе с холестеатомой проводили «закрытые» (у 7%) и «открытые» (у 9,8%) санирующие операции с тимпано- и мастоидопластикой и без. Современная санирующая отохирургия направлена на максимальное сохранение анатомических структур среднего уха, участвующих в звукопроведении, и одновременную реконструкцию разрушенной воспалительным процессом и удаленной руками хирурга системы звукопроведения и анатомических структур. Для уменьшения послеоперационной полости мы используем костную стружку, аутохрящ и мышечно-фасциальный лоскут. В результате таких операций не страдает качество жизни пациента и ему не требуется регулярное наблюдение ЛОР-врача.

У больных отосклерозом за последние 5 лет в отделении проведено 1107 (17,8%) операций на стремени. Поршневая методика стапедопластики с использованием различных протезов выполнена у 82% пациентов, стапедопластика с использованием аутохрящевого протеза установленного на аутовену (по методике В.Ф. Никитиной) – у 18%. Оценивая отдаленные функциональные результаты стапедопластики с применением различных методик и протезов, достоверных различий в реабилитации слуха выявлено не было. Хорошие результаты, в том числе с полным закрытием костно-воздушного интервала, получены в 97% случаев. Метод поршневой стапедопластики с использованием искусственных протезов минимизирует травму внутреннего уха и значительно сокращает сроки пребывания пациента в стационаре (с 7-9 дней, при использовании аутоканей, до 3-5 дней). В условиях интенсификации труда, в рамках бюджетно-страхового здравоохранения, этот факт имеет большое значение. Однако методика аутоканевой стапедопластики остается востребованной и иногда единственной в хирургической реабилитации пациента, позволяющей выйти хирургу из технически сложной ситуации при удалении основания стремени.

Хирургия врожденной атрезии наружного слухового прохода всегда отличалась технической сложностью. За последние пять лет проведено 6 операций при этой патологии у 5 пациентов. В 5 случаях после формирования слухового прохода и пластики свободными кожными лоскутами достигнут стабильный анатомический и функциональный результат, у одного пациента не удалось улучшить слух, в связи с дистопией лицевого нерва.

В последние годы отмечено увеличение пациентов с гломусными опухолями среднего уха. Хемодектома тимпанальной локализации при удалении отличается повышенной кровоточивостью. При больших опухолях, распространяющихся во все отделы среднего уха, с целью диагностики локализации, выявления питающего сосуда и возможной его эмболизации требуется совместное сотрудничество с ангиохирургами. Ангиография проведена 3 пациентам с гломусной опухолью среднего уха. Только в одном случае удалось провести эмболизацию питающих опухоль ветвей наружной сонной артерии. У одной пациентки была выявлена крупная артерио-венозная мальформация со стремительным сбросом крови в поперечный синус.

Таким образом, внедрение современных материалов и методов позволило расширить возможности и оптимизировать работу отделения, сократить время пребывания пациентов в стационаре, уменьшить количество обращений пациентов в послеоперационном периоде. Это позволило за последние 5 лет в 1,5 раза увеличить количество пролеченных пациентов и доступность ВМП для пациентов с нарушениями слуха.

ДАННЫЕ ШИРОКОПОЛОСНОГО КОЭФФИЦИЕНТА ПОГЛОЩЕНИЯ ПРИ ИМПЕДАНСОМЕТРИИ У ЛИЦ С НОРМАЛЬНЫМ СЛУХОМ

Пальчун В. Т.^{1,2}, Ефимова С. П.¹, Левина Ю. В.^{1,2}, Гусева А. Л.¹

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия,

²ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И.Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, г. Москва, Россия

Цель: целью данного исследования явилось изучение возрастных и гендерных особенностей одного из показателей широкополосной тимпанометрии, коэффициента поглощения звуковой энергии (Абсорбанс) у здоровых добровольцев.

Материалы и методы: в исследование были включены 54 добровольца мужского и женского пола от 21 до 55 лет - 27 мужчин и 27 женщин – не имеющих патологических изменений со стороны слуховой системы, хирургических вмешательств на ухе, по данным анамнеза, жалоб и отоскопии. Измерения поглощения звуковой энергии осуществлялись в широком диапазоне частот (от 226 Гц до 8000 Гц) при атмосферном давлении (статический режим) на приборе клинической версии Titan («Interacoustics», Дания), с использованием программы OtoAccessver. 1.2.1 («Interacoustics», Дания). Оценивались следующие 5 показателей:

- максимальный коэффициент поглощения звуковой энергии (диапазон - 0 - 100%) (K max);
- частота, на которой происходит максимальное поглощение звуковой энергии структурами уха (fint. max, Гц);
- частота, на которой происходит резкое повышение коэффициента поглощения от плато (точка перегиба)(fmin, Гц);
- частота, на которой происходит резкое снижение коэффициента поглощения и переход к плато (точка перегиба) (fmax, Гц);
- частотный диапазон, на котором активно менялась величина поглощения - разница между максимальной и минимальной частотой (Δf , Гц).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми считались отличия при $p < 0,05$. Данные представлялись в виде медианы (Me) и перцентилей (25; 75)%.

Результаты. У всех добровольцев были зарегистрированы графики широкополосного поглощения звуковой энергии как для левого, так и для правого ушей. В возрастной категории (21 – 55 лет) у мужчин и женщин с нормальным слухом показатели широкополосной величины поглощения структур уха продемонстрировали стабильность ответа, вне зависимости от пола и стороны исследования (правая – левая).

По результатам анализа данных статистически значимых отличий между ушами мужчин и женщин выявлено не было, также не выявлены возрастные отличия в исследуемой группе добровольцев. Получены данные 5 показателей величины поглощения у группы здоровых добровольцев:

- максимальный коэффициент поглощения звуковой энергии (диапазон – 0-100%) (Kmax); составил в группе от 0,903 - 0,938 %;
- частота, на которой происходит максимальное поглощение звуковой энергии структурами уха (fint. max, Гц) составила 1887,75 - 2244,9 Гц;
- частота, на которой происходит резкое повышение коэффициента поглощения от плато (точка перегиба) (fmin, Гц) 385,55 - 408,48 Гц;
- частота, на которой происходит резкое снижение коэффициента поглощения и переход к плато (точка перегиба) (fmax, Гц);
- частотный диапазон, на котором активно менялась величина поглощения – разница между максимальной и минимальной частотой (Δf , Гц) составил 3976,5 - 4146,36 Гц.

Выводы. Полученные нами результаты и критерии оценки широкополосной величины поглощения являются основой для комплексной диагностики воспалительных и невоспалительных заболеваний уха.

Контакты: Ефимова Софья Павловна; моб.: 89263009618; e-mail: Sun200088@mail.ru

ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ВЕТВИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С ВЕСТИБУЛЯРНЫМ НЕЙРОНИТОМ ПРИ ПОМОЩИ ВИДЕОИМПУЛЬСНОГО ТЕСТА (vНПТ)

Пальчун В. Т.^{1,2}, Кунельская Н. Л.^{1,2}, Гусева А. Л.¹, Байбакова Е. В.², Макоева А. А.¹.

¹ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

²ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

Цель исследования: оценка возможностей видеоимпульсного теста (vНПТ) в диагностике локализации поражения вестибулярного нерва при вестибулярном нейроните

Материалы и методы: было обследовано 32 пациента с диагнозом вестибулярный нейронит. Пациентам проводилось комплексное вестибулометрическое обследование, включающее статокординаторные и статокинетические пробы, оценку спонтанного, тест энергичного встряхивания головы, тест поворота головы, оценку динамической остроты зрения (ДОЗ), калорическую пробу, видеоимпульсный тест (vНПТ), пробы Dix-Hallpike и roll-тест для исключения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ).

Результаты: явный спонтанный нистагм (Ng) был выявлен лишь у 4 (12,5%) пациентов, скрытый спонтанный горизонтальный Ng у 14 (43,7%) и скрытый спонтанный вертикальный Ng вниз у 2 (6,2%) пациентов. ДОЗ была снижена у 15 (46,8%) пациентов. При калорической пробе асимметрия по лабиринту была выявлено у 30 (93,7%) пациентов, у 2 (6,2%) пациентов было симметричное протекание вызванных вестибулярных реакций. При визуальной оценке теста поворота головы компенсаторная саккада была выявлена у 7 (21,9%) пациентов, у 12 (37,5%) пациентов результаты были расценены как сомнительные. По данным vНПТ в тесте с латеральных полукружных каналов у 30 (93,7%) пациентов был выявлен сниженный gain пораженной стороны и выраженная асимметрия, у 2 (6,2%) пациентов gain двух сторон был сохранен, клинически значимой асимметрии выявлено не было. При проведении vНПТ в вертикальных плоскостях RALP и LARP визуально была выявлена компенсаторная саккада в одной из плоскостей у 18 (56,2%) пациентов, и в обеих плоскостях у 14 (43,7%) пациентов. Это позволило выявить поражение всей порции вестибулярного нерва у 14 (43,8%) пациентов, поражение только верхней ветви вестибулярного нерва у 16 (50%) пациентов и поражение только нижней ветви вестибулярного нерва у 2 (6,2%) пациентов.

Выводы: видеоимпульсный тест (vНПТ) является чувствительным и объективным методом исследования, позволяющим оценить функцию каждого из полукружных каналов в отдельности, количественно и качественно определить дефицит вестибулоокулярного рефлекса. Заподозрить наличие изолированного поражения нижней ветви у пациента можно в тесте спонтанного нистагма при выявлении вертикального спонтанного нистагма, а подтвердить периферический генез, используя vНПТ.

Контакты: Макоева А.А., e-mail: arina-makeva@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОМ ПОЗИЦИОННОМ ГОЛОВОКРУЖЕНИИ

Пальчун В. Т.^{1,2}, Кунельская Н. Л.^{1,2}, Гусева А. Л.¹, Байбакова Е. В.²

*¹ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия*

*²ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия*

Цель исследования: оценка эффективности репозиционных маневров при различных типах доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ)

Материалы и методы: в исследование вошли 160 пациентов с ДППГ. Диагноз был поставлен на основании диагностических позиционных тестов (проба Dix-Hallpike и roll-тест). Критерием исключения были признаки вестибулопатии центрального генеза, а также другие периферические заболевания вестибулярной системы, выявленные по результатам комплексного вестибулометрического обследования.

Результаты: у 60,5% был выявлен правосторонний отолитиаз, у 36,8% - левосторонний, в 2,7% случаев наблюдалось поражение полукружных каналов с двух сторон. Все пациенты были объединены в группы: 1 гр. – 133 (83%) пациента с ДППГ заднего полукружного канала выявлено у 133 (83%) пациентов; 2 гр. - 19 (11,8%) пациентов с ДППГ горизонтального полукружного канала; 3 гр. – 8 (3,9%) пациента с сочетанным поражением каналов.

Пациентам 1 гр. первоначально на приеме проводился маневр Epley, который оказался эффективным после первого проведения только у 47 (35,3%) пациентам. Однако еще 54 (40,6%) пациентам удалось провести успешную репозицию в течение первого приема при использовании повторных репозиционных маневров как Epley, так и Semont. Остальным 32 (24%) пациентам были даны рекомендации по выполнению вестибулярной гимнастики самостоятельно дома по 5 репозиционных маневров 3 раза в день, в результате чего разрешение отолитиаза произошло в течение 1 недели у 25 (18,8%) пациентов. 7 (5,3%) пациентам 1 гр. понадобились повторные визиты к врачу для проведения репозиционных маневров и длительное самостоятельное выполнение вестибулярной гимнастике, что привело к разрешению отолитиаза в срок до 2х месяцев.

Пациентам 2 гр. Первоначально на приеме проводился маневр Arrianipри каналолитиазе и комплекс маневров (Casani и Arriani) при купулолитиазе. Проводилось повторение маневров до 3х раз при сохранении позиционного нистагма. Разрешение отолитиаза произошло у 10 (52,6%) пациентов на первом приеме. Остальные пациенты были инструктированы по самостоятельному выполнению маневра barbeque в домашних условиях, что привело к разрешению отолитиаза в срок до 10 дней у 6 (31,6%) пациентов. 3 (15,8%) пациентам с упорно сохранявшимся отолитиазом горизонтального полукружного канала понадобились повторные приемы врача для проведения репозиции и самостоятельное выполнение вестибулярной гимнастики сроком до 3х месяцев для полного разрешения отолитиаза.

Пациентам 3 гр. Проводилась комплексная вестибулярная реабилитация, включающая репозиционные маневры на различные пораженные каналы. Во всех случаях понадобилось повторный прием для оценки сохраняющегося отолитиаза и изменения применяемых маневров и вестибулярной гимнастики. Полная эффективная репозиция была достигнута в срок от 2 нед до 3 мес.

Выводы: наибольшая эффективность при применении репозиционных маневров наблюдается при ДППГ заднего полукружного канала, когда разрешение отолитиаза происходит у 75,3% пациентов уже на первом приеме, а у 94,1% пациентов в течение 1 нед после постанов-

ки диагноза. У пациентов с ДППГ горизонтального полукружного канала эффективная репозиция на первом приеме была достигнута в среднем у половины наблюдаемых пациентов, что в большей степени связано с трудностями при репозиции купулолитиаза горизонтального полукружного канала. У пациентов с мультиканальным поражением достигнуть полного разрешения ДППГ на первом приеме не удалось ни у одного пациента.

Контактное лицо: Гусева А.Л.; e-mail: alexandra.guseva@gmail.com

СРОКИ АКТИВАЦИИ РЕЧЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

*Погребнова В. В., Мачалов А. С., Тарасова Н. В.
ФГБУ НКЦО ФМБА России, г. Москва, Россия*

Цель исследования: более ранняя активация речевого процесса у пациентов после кохлеарной имплантации позволит оценить возможности ускорить сроки слухо-речевой реабилитации после операции.

Материалы и методы: обследовано две группы пациентов (основная и контрольная) по 10 человек средний возраст 2 года. Производилась совместное тестирование аудиолог и сурдопедагог. Аудиологические методы: регистрация межэлектродного сопротивления, NRT-тестирование, определение порогов дискомфорта. Педагогические методы: выявление наличие или отсутствие реакций на звуковые раздражители, расстояние в метрах, при котором ребенок дает уверенный ответ, выявление реакции дискомфорта на минимальном расстоянии от звукового процессора.

Результаты: межэлектродное сопротивление статистически было ниже в основной группе в сравнении с контрольной ($p < 0.05$); Значение показателей NRT-тест (при наличии технической возможности) были сопоставимы с группой контроля; Значения порогов дискомфорта ниже на 15% в сравнении с группой контроля. К концу периода первой настроечной сессии отмечались стойкие безусловно-ориентировочные реакции на различные звуки и речь, причем в условиях «жилой комнаты» на расстоянии до 5 метров.

Выводы: в ходе исследования не выявлено статистически значимых различий как со стороны аудиологического, так и со стороны педагогического тестирования. Данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Контакты: Погребнова Виктория Викторовна; 142306, Московская область, г. Чехов, ул. Дружбы, д.1, кв.53; e-mail: vicvicpogrebнова@gmail.com

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ С ГЭРБ-АССОЦИИРОВАННЫМ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Полунин М. М.¹, Рахманова И. В.¹, Матроскин А. Г.¹, Маренич Н. С.²

*¹ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский университет
им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия*

²ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» ДЗМ, г. Москвы, Россия

В настоящее время актуальным является вопрос об эффективности антирефлюксной терапии у детей 1 года жизни, с рефлюкс-ассоциированным экссудативным средним отитом

Целью настоящей работы явилось выявление эффективности лечения ЭСО у детей 1 года жизни с ГЭРБ.

Учитывая поставленную цель, нами было обследовано 130 детей, с длительно протекающим экссудативным средним отитом, получавших в момент исследования антирефлюксную терапию по поводу ГЭРБ.

Эффективность консервативного лечения оценивали через 3 и 6 мес от начала лечения, ориентируясь на состояние среднего уха с помощью видеоотоскопии и высокочастотной тимпанометрии (1000 Гц).

При отсутствии эффекта от терапии, в случае сохранения экссудата в среднем ухе, всем детям проводили тимпаностомию. В послеоперационном периоде, антирефлюксная терапия детям не проводилась. Шунтирование проводилось сроком на 12 мес. Оценку состояния шунтов, наличие отделяемого из среднего уха оценивали каждые 3 месяца.

Результаты:

Контроль состояния среднего уха через 3 мес от начала терапии показал отсутствие экссудата у 47 из 110 детей. При этом у 23 детей с двух сторон, а у 24 – с одной.

Обследование 85 детей через 6 месяцев от начала антирефлюксной терапии, показало отсутствие экссудата у 51 ребенка, что сопровождалось нормализацией слуха у 18 детей с двух сторон, а у 33 – с одной.

Учитывая отсутствие эффекта от проводимого лечения, 34 детям было выполнено шунтирование барабанной полости.

Преждевременное выпадение шунта отмечалось у 20 детей через 6 месяцев от момента операции, а у 14 шунт был состоятельным в течение 1 года.

При досрочном выпадении шунта в 40% случаев через 4 месяца вновь отмечалось накопление экссудата, что потребовало реоперации, а в 60% отмечалось - восстановление состояния среднего уха.

Через 2 мес после удаления шунтов, в 64% случаев отмечалось стойкое отсутствие экссудата, выражающееся в нормализации состояния среднего уха по данным видеоотоскопии и регистрации тимпанограммы тип «А». В 36% наблюдался рецидив, требующий повторного шунтирования.

Вывод:

Настоящая работа показала положительную роль антирефлюксной терапии при лечении детей 1 года жизни, страдающих ГЭРБ ассоциированной формой экссудативного среднего отита, что необходимо учитывать при ведении данной группы детей.

Контакты: Полунин Михаил Михайлович; 117997 г. Москва, ул. Островитянова д.1;
тел.: 8 495 236 45 38; e-mail: mmpoiunin@rambler.ru

МРТ В РЕЖИМЕ NON-EPI DWI, КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА РОСТА РЕЗИДУАЛЬНОЙ ХОЛЕСТЕАТОМЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОБЛИТЕРАЦИИ ПАРАТИМПАНАЛЬНЫХ ПРОСТРАНСТВ

*Пчеленок Е. В., Бубнова К. Н., Косяков С. Я.
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия*

Цель исследования: выявление закономерностей динамики роста резидуальной холестеатомы с использованием МРТ в режиме non-EPI DWI среди пациентов с выполненной облитерацией паратимпанальных пространств.

Материалы и методы: ретроспективный анализ данных динамики роста резидуальной холестеатомы среднего уха у 6 пациентов по данным МРТ в режиме non-EPI DWI в период с 2013 по 2017 годы. В исследуемой группе 4 женщины и 2-е мужчин в возрасте от 22 до 40 лет. У всех

пациентов был тщательно собран анамнез, данные по проведенным ранее санирующим операциям, проведена отомикроскопия, как минимум 2 исследования МРТ в режиме non-EPI DWI.

Ранее пациентам было выполнено хирургическое вмешательство на базе ЦКБ Гражданской Авиации в объеме санирующей операции на среднем ухе с удалением холестеатомы и последующей облитерацией паратимпанальных пространств. У двух пациентов полноценная облитерация была затруднена в связи с ранее выполненными неоднократными санирующими операциями и формированием больших полостей предыдущими хирургами. Все пациенты находились на послеоперационном наблюдении с обязательным выполнением МРТ в режиме non-EPI DWI через год после хирургического лечения для контроля за формированием резидуальной холестеатомы. Повторное проведение хирургического вмешательства при выявленной резидуальной холестеатоме было отложено по социально-экономическим причинам. В последующем все пациенты были повторно прооперированы в ЦКБ Гражданской Авиации с интраоперационной верификацией резидуальной холестеатомы.

Медиана наблюдения составила 23 месяца (от 7 до 31 месяцев). Группу включения составили пациенты с резидуальной холестеатомой, имеющие по крайней мере 2 результата МРТ в режиме non-EPI DWI в послеоперационном периоде.

Исследование проводилось на МР – томографе Signa фирмы Genelar Electric Helthcare, напряженность магнитного поля 1,5 Тесла. Обследование выполнялось без контрастирования в импульсных последовательностях:

- T1 во фронтальной плоскости с подавлением сигнала от жировой ткани с толщиной среза 3 мм;
- T2 во фронтальной и сагиттальной плоскостях с толщиной среза 3 мм;
- non-EPI DWI в аксиальной плоскости с толщиной среза 2 мм.

Все МР-томорагмы были проанализированы независимо двумя специалистами: врачом лучевой диагностики и оториноларингологом. Диагноз резидуальной холестеатомы был подтвержден, исходя из наличия в анамнезе у пациентов ранее проведенной санирующей операции на среднем ухе с удалением холестеатомы, данных МР-томограмм (интенсивность сигнала от визуализируемого образования в режиме non-EPI DWI в сравнении с тканями головного мозга) и интраоперационных находок в нашей клинике. Проводили измерение максимальных размеров в кранио-каудальном (КК), передне-заднем (ПЗ) и медио-латеральных (МЛ) направлениях. Общий объем резидуальной холестеатомы был определен исходя из произведения трех измерений (ПЗ x КК x МЛ). В дальнейшем был произведен расчёт прироста и регресса холестеатомы за год в абсолютных единицах и процентном соотношении. Расчет относительных величин производился по формуле годового прироста:

$$\left(\frac{a}{b}\right)^{\frac{1}{y}} - 1 \cdot 100\% ,$$

где а – конечное значение, b – начальное значение, у – количество лет оцениваемого периода.

Результаты: в большинстве случаев был выявлен прирост холестеатомы – 4 пациента. Средний объем годового прироста составил 324,9 (максимальный – 1007, минимальный – 21,9). По нашим данным максимальный рост холестеатомы происходил в передне-заднем направлении (до 4,3 мм в год). Более сдержанный рост был отмечен в кранио-каудальном направлении (до 1,9 мм в год).

У двух пациентов был выявлен регресс – уменьшение в объеме холестеатомы до - 65 % от первичных данных.

Дальнейшего наблюдения в рамках данного исследования не производилось, так как пациентам было выполнено хирургическое вмешательство.

Выводы: нами впервые был выполнен анализ динамики роста резидуальной холестеатомы по данным МТР в режиме non-EPI DWI. Хотелось бы отметить некоторые ограничения, кото-

рые вытекают из основного алгоритма ведения данных пациентов. Во-первых, малая выборка пациентов. В большинстве случаев после проведения контрольного МРТ пациентам проводилось хирургическое лечение в плановом порядке. Во-вторых, мы хотели бы отметить, что проведенный анализ был выполнен в достаточно гетерогенной группе пациентов по возрасту, срокам наблюдения, продолжительности заболевания и количеством ранее проведенных операций.

Несмотря на некоторые ограничения при выполнении данного исследования, нам удалось выявить определенные закономерности. Наибольший размер холестеатомы в послеоперационном периоде был выявлен у двух пациенток с выполненной ранее частичной облитерацией паратимпанальных пространств вследствие наличия больших полостей в ходе предыдущих санирующих операций. Так, одна из пациенток имеет максимальный прирост холестеатомы за год – 868,8%. Исходя из этого, можно сделать предварительный вывод об ограничении агрессивности распространенного роста холестеатомных масс при выполнении облитерации паратимпанальных пространств.

Представляет интерес также регресс роста холестеатомы. Исходя из малого количества данных, мы не можем говорить об истинном регрессе, так как есть факторы, характеризующие точность определения размеров образования по данным МРТ. Нельзя исключить наличие артефактов (ушная сера) при первом исследовании в результате отсутствия проведения туалета уха перед выполнением МРТ. Определение размеров холестеатомы производилось не прецизионно, так как данное образование не является идеальной сферой с равномерным ростом в заданных нами трех направлениях. Также важно учитывать толщину срезов при выполнении МРТ, что является одной из причин выявления холестеатомы диаметром от 3 мм. Таким образом вопрос о возможном регрессе холестеатомы остается открытым и требует дальнейших исследований.

Контакты: Бубнова Ксения Николаевна; 142784, г. Москва, ул. Самуила Маршакa, д.19, кв.150; e-mail: bubnova_kn@bk.ru

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПОВ В ХИРУРГИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УХА

Рзаев Р. Р.¹, Диаб Х. М.¹, Рзаев Р. М.²

¹ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА» Россия, г. Москва

²Отделение оториноларингологии-хирургии головы и шеи Центральной дорожной больницы Азербайджанской Железной Дороги (ЗАО), г. Баку, Азербайджанская Республика

Внедрение эндоскопической технологии в клиническую практику отиатрии способствовало бурному развитию нового направления – эндоскопической отохирургии, которая за последние десятилетия успешно применяется при «сухих» перфорациях барабанной перепонки (БП), мезо – и эптитимпанитах (осложненных холестеатомой), отосклерозе, а также ряде других заболеваний уха. В зависимости от локализации и распространенности патологического очага, эндоскопические операции (ЭО) применяются либо в качестве самостоятельного хирургического метода, либо – в комбинации с отомикрохирургической операцией (ОМО).

Цель исследования – оценка клинической эффективности ЭО при некоторых заболеваниях уха.

Пациенты и методы. Основу работы составили результаты обследования и лечения 33 пациентов (20 мужчин и 13 женщин), в числе которых были 24 (72,7%) больных с различными формами хронического гнойного среднего отита (ХГСО), и 9 (27,3%) – отосклерозом. В числе больных с ХГСО у 2 – имелась аттикальная (ограниченная) холестеатома, у 5 – диагностирован хронический мезотимпанит (в стадии ремиссии), у 11 – хронический эптитимпанит, и у 6 – эпимезотимпанит, осложненные холестеатомой. Средний возраст больных с ХГСО составил 36,3±11,9 лет; больных с отосклерозом – 40,3±3,1 года.

Клиническое обследование больных включало стандартные методы исследования органа слуха и височных костей. При проведении ЭО использовали эндоскопы (KarlStorz) диаметром 3 мм, длиной 18 см, с углом зрения 0°, 30 и 45°. В зависимости от наличия очага поражения, локализации патологического процесса и степени его распространения были использованы открытый, закрытый и комбинированный хирургические подходы.

Результаты. В качестве самостоятельного хирургического метода, ЭО проведены у 2 больных с аттикальной холестеатомой, у 5 – с хроническим мезотимпанитом (в стадии ремиссии) и у 9 – с отосклерозом.

Так, у больных с аттикальной холестеатомой ЭО осуществлена путём эндомеатально-транстимпанального подхода. Операция позволила удалить холестеатому (после аттикотомии), которая была сформирована между шейкой молоточка и передней (или латеральной) стенкой аттика: холестеатома занимала передний аттик, надтубарный синус и карманы наружного аттика. Реализация транстимпанального подхода, позволила произвести щадящую аттикотомию (эндоскоп 30°), которая достигала уровня проекции наковальне-молоточкового сочленения. Небольшая полость, образованная между шейкой молоточка и передней стенкой аттика при этом, позволила элиминировать холестеатому из структур надбарабанного пространства. Использование эндоскопа 45°, позволило визуализировать основную массу холестеатомы, отделить её (с помощью серповидного микроножа) от короткого отростка, шейки, и наружной связки молоточка, затем произвести её удаление. После элиминации матрикса холестеатомы, констатирована свободная подвижность молоточка и связанных с ним всей цепи слуховых косточек.

У больных с хроническим мезотимпанитом, у которых имелась «сухая» перфорация БП, произведена эндоскопическая мирингопластика, которая была реализована путём эндомеатального подхода (эндоскопов 0° и 30°). При этом у 3 больных задних отделах БП, имелась краевая перфорация БП, которая занимала её верхне-нижние квадранты, у 2 – краевая перфорация локализовалась в передних отделах БП и занимала её верхние квадранты. Во всех случаях, ЭО, позволила поместить трансплантаты под остатки БП и осуществить их надёжную фиксацию.

В числе больных с отосклерозом, подвергавшихся ЭО, у 7 из них эндоскопическая стапедопластика позволила осуществить малоинвазивное хирургическое вмешательство. Так, у 6 больных сутью последней заключалась в устранении необходимости проведения резекции выступающей задневерхней костной стенки НСП (annulustympanicus) (эндоскоп 0°), и у одного больного, в устранении опасности повреждения лицевого нерва (эндоскоп 30°). В последнем случае, лицевой нерв, вследствие дефекта костной стенки фаллопиева канала, располагался в нише окна преддверия. Во всех случаях целостность барабанной струны не была нарушена.

Использование эндоскопической технологии в качестве ассистенции при saniрующих операциях уха, позволило расширить возможности ОМО у 17 больных с ХГСО, осложнёнными холестеатомой: у 8 из 11 больных с эпитимпанитом, saniрующая операция проведена по закрытому, и у 3 – открытому типу. Из 6 больных с эпимезотимпанитом у 3 – проведен закрытый, у 2 – открытый и у 1 больного комбинированный тип saniрующей операции. Во всех случаях эндоскопическое изображение структур СУ, позволило получить более полную картину «скрытых зон» операционного поля, и шире применить микрохирургические инструменты для элиминации очагов поражения. Операция, выполненная под двойным контролем – эндоскопа и микроскопа, позволила осуществить полное удаление матрикса холестеатомы из тимпанального сегмента лицевого нерва, тела наковальни и головки молоточка, а также удалить выросший эпидермис, со слуховых косточек, включая подножную пластинку стремени. В некоторых случаях использование эндоскопов позволило произвести также реконструкцию цепи слуховых косточек, что способствовало улучшению результатов хирургического вмешательства у больных.

Больным, которым были проведены «открытые» (с удалением задней стенки наружного слухового прохода) органосохраняющие saniрующие операции, на завершающих этапах

операции, под контролем эндоскопов (0° и 30°) выполнялась облитерация антрума, адитуса и/или аттика аутохрящем, после которой осуществлялась одномоментная эндоскопическая тимпаноластика III и/или IV типа.

У всех больных с аттикальной холестеатомой и отосклерозом, у которых ЭО, была применена в качестве самостоятельного метода, через год после операции отмечена сохранность БП и констатировано улучшение слуха: пороги слухового восприятия по воздушной проводимости улучшились в пределах 15-20 дБ (КВИ был сокращен и находился в пределах 20 дБ). У больных с «сухой» перфорацией БП, также подвергшихся ЭО, после операции констатировано наличие целой неотимпанальной мембраны и улучшение слуха, характеризующиеся аналогичными функциональными показателями.

При осмотре больных с ХГСО, через год после комбинированной операции (ОМО+ЭО), констатировано наличие состоятельной неотимпанальной мембраны и улучшение слуха. Пороги слухового восприятия улучшены как по костной, так и по воздушной проводимости: констатирована I степень тугоухости по сравнению со II степенью – выявленной до операции. Прирост слуха в среднем составил 30 дБ, сокращение КВИ – составило 19,5 дБ.

Заключение. В качестве самостоятельного метода, ЭО, может применяться при аттикальной холестеатоме, «сухой» перфорации БП и отосклерозе (тимпанальной и смешанной форме). Имея при этом ряд несомненных достоинств: увеличенный обзор, полипроекционный осмотр «скрытых зон» операционного поля, малая травматичность доступа и структур среднего уха, ЭО может претендовать на преимущества перед ОМО.

Применение ЭО, в качестве эндоскопического ассистирования при хроническом эпитимпаните и/или эпимезотимпаните, осложненными холестеатомой, обеспечивает полное удаление патологического очага из «скрытых зон» операционного поля, и позволяет произвести адекватную тимпано – и оссикулопластику на завершающем этапе ОМО.

Контакты: Рзаев Руфат Рафикович; e-mail: ruf565@mail.ru

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

Савенко И. В.¹, Бобошко М. Ю.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Недоношенность представляет собой одну из важнейших проблем современного здравоохранения. Примерно у половины недоношенных детей в дальнейшем формируется хроническая патология ЛОР органов, а риск развития слуховых нарушений в 25-30 раз выше, чем в целом в популяции. В структуре слуховых нарушений при недоношенности существенное место занимает кондуктивная тугоухость, которая в большинстве случаев обусловлена формированием экссудативного среднего отита (ЭСО). Являясь причиной сенсорной депривации, в том числе в критический для формирования речи возрастной период, ЭСО приводит к развитию центральных слуховых расстройств (ЦСР), способствует нарушению слухоречевого и языкового развития, когнитивному дефициту, а в дальнейшем – академическим трудностям и социальной дезадаптации детей. Вероятность возникновения ЭСО у недоношенного ребенка почти в 3 раза выше, чем у его доношенных сверстников, что обусловлено как морфофункциональной незрелостью, так и патологией развития органов и систем. Широко известны такие факторы риска

формирования ЭСО как низкая масса и малый гестационный возраст при рождении, травматические воздействия в процессе реанимационных мероприятий (продолжительная искусственная вентиляция легких, ИВЛ; респираторная терапия с постоянным положительным давлением в дыхательных путях, Continuous Positive Airway Pressure, CPAP), использование назогастральных зондов для энтерального питания в отделениях патологии новорожденных, психоневрологические нарушения и двигательные расстройства.

Цель исследования: оценить распространенность, факторы риска, характер течения ЭСО в когорте детей, родившихся недоношенными.

Материалы и методы: в рамках исследования по мониторингованию слуховой функции недоношенных детей в Лаборатории слуха и речи наблюдаются 190 детей в возрасте от 6 мес. до 14 лет, родившихся ранее 38-й недели гестации. В 1-ю группу вошли 48 детей с гестационным возрастом при рождении 32-37 недель (средний возраст $33,1 \pm 1$ недель, средняя масса 2017 ± 308 г), во 2-ю – 64 ребенка, родившихся на 29-31-й неделе ($29,9 \pm 0,6$ недель, 1391 ± 240 г), в 3-ю – 78 детей с гестационным возрастом ≤ 28 недель ($26,7 \pm 1,1$ недель, 949 ± 142 г).

Дети каждые 6 месяцев в течение 1-го года жизни, а затем – ежегодно (при необходимости – чаще) подвергаются ЛОР-осмотру и комплексному аудиологическому обследованию, включающему: акустическую импедансометрию с использованием на 1-м году жизни 2-х зондирующих тонов (226 и 1000 Гц); регистрацию вызванной отоакустической эмиссии и коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП, ASSR) с использованием воздушно- и, при необходимости, костнопроведенных стимулов; тональную аудиометрию (по методике, соответствующей возрасту). Детям старше 4-х лет проводится дополнительное тестирование с целью идентификации ЦСР.

Анализ полученных результатов проводился посредством стандартных средств статистической обработки данных с использованием X² критерия Пирсона.

Результаты: ЭСО был диагностирован у 107 детей, что составило 56% от общего числа наблюдаемых. В 1-й группе ЭСО был выявлен у 26 пациентов (54% случаев), из них на 1-м году жизни – у 11 (23%) детей; во 2-й группе – у 32 пациентов (50%), на 1-м году – у 25 (39%); в 3-й группе – у 49 (63%), на 1-м году – у 34 (44%). В большинстве случаев имело место двустороннее поражение. У 25 детей с ЭСО, верифицированным на первом году жизни, его эпизоды были идентифицированы в более позднем возрасте. У трети пациентов 1-й (37%) и 2-й (38%) групп и половины (49%) – 3-й группы ЭСО носил рецидивирующий и /или персистирующий характер.

Среди факторов риска развития ЭСО с различной частотой встречаемости в разных группах были отмечены: пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии (1-я группа – 46%; 2-я – 81%; 3-я – 100%); ИВЛ ≥ 5 суток (19%; 34%; 94%); CPAP ≥ 5 суток (37%; 63%; 100%); экстремально низкая масса тела при рождении и задержка внутриутробного развития (23%; 25%; 51%); гастроэзофагеальный рефлюкс (8%; 34%; 27%); герпесвирусные инфекции (27%; 9%; 6%); гиперплазия лимфаденоидной ткани носоглотки (19%; 19%; 27%); инфекции в перинатальном периоде (31%; 31%; 55%); бронхолегочная дисплазия (БЛД) (0%; 6%; 59%).

При оценке БЛД в качестве фактора риска формирования ЭСО в группе детей с гестационным возрастом при рождении ≤ 28 недель было установлено, что частота встречаемости ЭСО составила: у детей с БЛД – 69%, у детей без БЛД – 59%. Однако на первом году жизни у детей с БЛД ЭСО встречался достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у детей без БЛД, соответственно в 55% и 31% случаев, а также в достоверно большем числе случаев (в 65% по сравнению с 45%) носил рецидивирующий и /или персистирующий характер ($p < 0,05$).

БЛД является полиэтиологическим хроническим заболеванием морфологически незрелых легких, развивающимся, главным образом, у глубоко недоношенных детей, масса которых не превышает 1000 г, в результате терапии (ИВЛ, CPAP) респираторного дистресс-синдрома и /или пневмонии. Возникновение БЛД обусловлено, в частности, незрелостью системы сурфактантов – поверхностно-активных веществ, способствующих сохранению эластично-

сти слизистой оболочки легких, мукоцилиарному клиренсу, а также выполняющих защитную функцию. Известно, что для нормального функционирования слуховой трубы необходимо наличие в ее слизистой оболочке поверхностно-активных веществ. Несмотря на то, что сурфактанты, присутствующие в эпителии трубы, по биохимическому составу отличаются от легочного, они выполняют аналогичные функции. Существует вероятность того, что у недоношенных детей дефицит сурфактантной системы может иметь место не только в легких, но и в слизистой оболочке слуховой трубы.

Выводы: ЭСО широко распространен в популяции недоношенных детей; наиболее часто заболеванию подвержены младенцы 1-го года жизни, особенно те из них, кто родился ранее 32-й недели гестации.

Для ЭСО у детей, родившихся недоношенными, характерно двустороннее поражение и тенденция к рецидивам и /или персистированию.

Формированию ЭСО у недоношенных детей 1-го года жизни способствуют травматические воздействия в процессе реанимационных мероприятий, инфекции в перинатальном периоде, гастроэзофагеальный рефлюкс.

Дети 1-го года жизни, родившиеся на сроке гестации 28 недель и менее, с диагностированной бронхолегочной дисплазией имеют высокий риск формирования ЭСО со склонностью к рецидивам и / или персистированию.

Контакты: Савенко Ирина Владимировна; 197101, г. Санкт-Петербург, Каменноостровский проспект, дом 22, кв. 13; e-mail: irina@savenko.su

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРЕГОРОДОЧНОГО ХРЯЦА В ОТОХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТИМПАНИТОМ ВО ВРЕМЯ ОДНОЭТАПНОЙ РИНООТОХИРУРГИИ

Сайдулаев В. А.^{2,3}, Юнусов А. С.¹, Шпотин В. П.^{2,3}, Мухтаров К. М.²,

Харитонов Д. А.^{2,3}, Обьетанов А. А.^{2,3}

¹ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России». г. Москва, Россия.

²Астраханский филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России». г. Астрахань, Россия.

³ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ г. Астрахань, Россия.

Хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита подразумевает не только санацию среднего уха с реконструкцией звукопроводящей системы, но и восстановление носового дыхания с устранением дисфункции слуховой трубы. За последние 20 лет количество симультанных операций при заболеваниях полости носа, придаточных пазух носа и среднего уха значительно выросло, как и количество отечественных научных работ, посвященных данной проблеме.

Целью работы явилась оценка результатов санирующих операций с тимпанопластикой на среднем ухе с использованием перегородочного хряща в качестве пластического материала для реконструктивного этапа операции на среднем ухе при одноэтапной риноотохирургии.

Материалы и методы: за последние 3 года на базе Астраханского филиала ФГБУ НКЦО ФМБА России прооперировано 22 пациента с эпителимпано-антральной формой хронического гнойного среднего отита и сопутствующим искривлением носовой перегородки. Во всех случаях выполнена санирующая операция по закрытому типу с тимпанопластикой и одномоментная септопластика.

Для реконструктивного этапа операции на среднем ухе использован фрагмент четырехугольного хряща с задне-вентральной его зоны. При этом в большинстве случаев септопластики сохраняли L-образную пластинку шириной около 10-12 мм для обеспечения армирующей функции носовой перегородки. В 8 (36,4%) случаях выполнена мастоидопластика фрагментами четырехугольного хряща размерами 3x3 мм. в комбинации с «костной мукой», взятой с площадки сосцевидного отростка. В качестве изолирующего материала от внешней среды для хрящевого трансплантата использован фасциальный трансплантат височной мышцы и меатальный кожный лоскут. У 5 (22,7%) пациентов фрагмент четырехугольного хряща использован для реконструкции скутума. В 9 (40,9%) случаях хрящевой трансплантат четырехугольного хряща использован для реконструкции задней стенки наружного слухового прохода. В 3 (13,6%) случаях фрагмент четырехугольного хряща использован для закрытия дефекта в ненатянутой части барабанной перепонки. Во всех случаях в антромастоидальную полость устанавливали дренажную трубку с целью введения топических лекарственных препаратов, за исключением случаев мастоидопластики.

С целью профилактики кровотечения и формирования гематомы перегородки носа после септопластики в 17 (77,3%) случаях использованы назальные шины, в 5 (22,7%) случаях – прошивание перегородки носа матрацным швом.

Эффективность хирургического лечения пациентов оценивали по клинико-анатомическим результатам через 6 месяцев после операции. Клинико-анатомические результаты подразделены на удовлетворительные и неудовлетворительные. Под удовлетворительными клинико-анатомическими результатами подразумевали отсутствие в оперированном ухе клинических признаков воспаления, неотимпанальный лоскут представлял собой целостную подвижную мембрану, наличие удовлетворительного носового дыхания после выполненной септопластики. Неудовлетворительными считали результаты операции в случае рецидива заболевания как со стороны полости носа (затруднение носового дыхания), так и со стороны среднего уха (рецидив хронического гнойного среднего отита) и необходимости повторной операции.

Результаты: через 6 месяцев после операции удовлетворительные результаты операции получены у 19 (86,3%) пациентов. У 43 пациентов отмечены неудовлетворительные результаты операции. В 2 (9,1%) случаях они были обусловлены резидуальной холестеатомой, выявленной в тимпанальном синусе во время ревизии через 6 месяцев после санирующей операции с тимпанопластикой. В 1 случае неудовлетворительный результат был обусловлен реперфорацией неотимпанальной мембраны в передних квадрантах, что вызывало периодическую оторею. Пациенту была выполнена повторная операция с закрытием дефекта неотимпанальной мембраны. У 1 (4,5%) пациента была выполнена повторная септопластика из-за искривления каудального отдела носовой перегородки в раннем послеоперационном периоде, что вызывало затруднение носового дыхания.

Выводы: в качестве пластического материала для реконструктивного этапа операции на среднем ухе во время одноэтапной риноотохирургии может быть использован четырехугольный хрящ перегородки носа. При этом в качестве пластического материала может быть использован достаточно большой фрагмент четырехугольного хряща без утраты армирующей функции перегородки носа.

Контакты: Сайдулаев Вахарсолта Алиевич; 414056, г. Астрахань, Комсомольская набережная, д.18, кв.28; e-mail: sultan070487@mail.ru

ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС, КАК ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ

Солдатский Ю. Л.^{1,2}, Рахманова И. В.¹, Матроскин А. Г.¹, Маренич Н. С.²

¹ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва Россия

²ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия

Целью настоящей работы явилось определение частоты встречаемости гастроэзофагеального рефлюкса у детей грудного возраста, страдающих экссудативным средним отитом, а также его возможного влияния на формирование и длительность течения экссудативного среднего отита.

Пациенты и методы: учитывая поставленную цель, в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» г. Москвы был обследован 141 ребенок в возрасте 3 месяцев жизни с экссудативным средним отитом, не поддающимся классическому консервативному лечению в течение 1-2 мес.

Всем детям проводили фиброларингоскопию, тимпанометрию на частоте 1кГц, а также исследование слуха методом отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения.

При выявлении аспирации или признаков гастроэзофагеального рефлюкса исследуемые направлялись к врачу гастроэнтерологу для проведения лечения и дополнительных обследований. Эффективность терапии оценивали, ориентируясь на визуальное и инструментальное изменения состояние среднего уха (наличие или отсутствие экссудата) через 3 и 6 месяцев от момента начала лечения. В этот период дети получали только антирефлюксную терапию.

Результаты: исследование показало, что признаки аспирации и рефлюкс-ларингита наблюдались у 130 детей (в 92% случаев). При этом рефлюкс-ассоциированные изменения гортани сочетались с воспалительными изменениями в носоглотке: гипертрофией глоточной миндалины у 50% (65) детей, гипертрофией трубных валиков – у 78% (101 ребёнок), тубарным рефлюксом слизи – у 87% (113).

В течение первых 3 месяцев от начала антирефлюксной терапии явления экссудативного среднего отита были купированы у 43% больных (47 из 101 человека), а при длительности 6 месяцев нормализация состояния среднего уха произошла у 60% (51 из 85) детей. У 40% детей (34 ребенка) эффекта от проводимой терапии получено не было.

Вывод: наши данные по обследованию и длительному лечению детей первого года жизни с хроническим экссудативным средним отитом показывают, что причиной такого упорного течения заболевания может явиться гастроэзофагеальный рефлюкс, который необходимо учитывать при терапии детей с данной патологией.

Контакты: Солдатский Юрий Львович; 119049, Россия, г. Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 1/9, тел.: (495) 959-88-30; e-mail: ysoldatsky@mail.ru

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СЛУХОВЫХ АППАРАТОВ

Туфатулин Г. Ш.

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

Введение. На сегодняшний день в сурдологической практике наиболее распространенными являются слуховые аппараты (СА) воздушного проведения: заушные (в т.ч. для «от-

крытого» слухопротезирования), с ресивером в ухе, различные модификации внутриушных аппаратов. Вне зависимости от производителя, мощности и функционального уровня амплитудно-частотная характеристика (АЧХ) различных типов СА отличается по форме и ширине. В первую очередь это связано с расположением телефона (усилителя) и конструктивными особенностями акустического тракта.

В заушных СА телефон расположен внутри корпуса. Усиленный и обработанный звук проходит через рожок, звуковод и вкладыш с изгибами и неизбежной разностью диаметров. Этот путь приводит к эффектам интерференции, дифракции, резонанса и создает пики в частотной характеристике СА. Обычно они наблюдаются на частотах 1000, 3000 и 5000 Гц. Эти пики могут приводить к эффекту восходящего распространения маскировки. Он происходит при возрастании амплитуды резонансного пика, приводя к значительному распространению маскировки на частоты выше пика. Это вызывает ухудшение разборчивости речи в тишине или в шуме в зависимости от того, на какой частоте возник пик.

Во внутриушных аппаратах и СА с ресивером в ухе усилитель располагается в непосредственной близости от барабанной перепонки и на одной оси с ней. Акустический тракт при этом фактически отсутствует. В результате АЧХ таких СА более гладкая и широкая. Отсутствуют типичные для заушных СА высокоамплитудные пики, как правило наблюдается лишь небольшой по амплитуде резонансный всплеск на 2500 Гц. Это снижает риск маскировки, что, в свою очередь, улучшает разборчивость речи и качество звука. Значение имеет и более широкая АЧХ таких аппаратов, которая обеспечивает повышение субъективной четкости и естественности звучания за счет улучшения высокочастотного ответа.

Цель исследования: оценка влияния АЧХ различных типов аппаратов на результат электроакустической коррекции слуха.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов в возрасте от 45 до 59 лет с двусторонней хронической сенсоневральной тугоухостью 2-3 степени и идентичными конфигурациями аудиограмм (горизонтальная или пологонисходящая). Пациенты не имели опыта использования СА.

Сформированы четыре равные группы пациентов в зависимости от применяемого типа СА: заушный с классическим звуководом (ВТЕ), заушный с тонким звуководом (ВТЕslim), СА с ресивером в ухе (RIC), внутриканальный СА (CIC). Значимой межгрупповой разницы в возрасте пациентов и порогах слуха не зафиксировано. Аппараты были изготовлены одним производителем, имели идентичные технические характеристики. Различием являлась форма и ширина частотного ответа: до 6,8 кГц в ВТЕ/ВТЕslim, до 8,5 кГц в RIC и до 7,9 кГц в CIC. Производилась монауральная коррекция лучше слышащего уха. Для ВТЕ/ВТЕslim изготавливался индивидуальный ушной вкладыш, для RIC – индивидуальный корпус ресивера, для CIC – индивидуальный корпус СА. Диаметр вента выбирался на основании аудиограммы. Для расчета вносимого усиления применяли формулу NAL-NL2 с верификацией методом RECD. Тестирование проводилось в анэхоидной камере в режиме всенаправленного микрофона без активации функций понижения частоты. Все пациенты были обследованы дважды: до слухопротезирования (без СА) и через 12 недель в СА после адаптации и достижения оптимальных настроек. Определялся процент разборчивости многосложных слов на уровне 60 дБ УЗД в свободном поле в тишине (%PP). Для оценки фонематического слуха применялся разработанный компанией «Phonak» тест восприятия фонем. Он представляет собой программное обеспечение, включающее три подтеста: обнаружения, различения и распознавания. Тест обнаружения проводится по принципу тональной аудиометрии, но вместо тонов используются отдельные фонемы. При этом измеренный порог обнаружения фонем соотносится с ожидаемым значением (рассчитанным на основании аудиограммы), и отклонение оценивается с шагом в 5 дБ. В тесте различения определяется способность дифференцировать фонемы «с» и «ш» с различной центральной частотой (3; 5; 6 и 9 кГц). Степень различения оценивается от 2

(наихудшее различение) до 6 (наилучшее различение). В тесте распознавания предъявляются логатомы с различной центральной фонемой, которую необходимо назвать. При этом определяется расхождение с результатом теста обнаружения.

После периода адаптации также изучалось качество жизни, связанное со слухом, с помощью опросника SSQ-12Brus (максимальное количество баллов - 60).

Результаты. Статистический анализ не показал значимых межгрупповых различий в результатах, полученных до слухопротезирования.

При первичном обследовании без СА %PP в среднем составил 47,5%. Значения %PP в СА оказались следующими: 81,73% в группе ВТЕ; 80,94% в группе ВТЕslim; 85,47% в группе RIC и 84,94% в группе CIC. В группах RIC и CIC этот показатель был достоверно выше ($p<0,05$).

В тесте обнаружения без СА отклонение от ожидаемых значений выявлено в 38 случаях. На частотах 6 и 9 кГц порог обнаружения чаще всего оказывался выше ожидаемого значения, а на частотах 3 и 5 кГц – ниже. В СА тест обнаружения показал снижение числа отклонений до 23 с более выраженной динамикой в группах CIC и RIC и сохранением тренда частотного распределения.

Степень различения без аппарата составила в среднем 4,3. В СА средняя степень различения достигла 5,04 с достоверно более высокими значениями в группах CIC (5,24) и RIC (5,52) против ВТЕ (4,8) и ВТЕslim (4,6); ($p<0,05$).

Расхождение результатов теста обнаружения и распознавания без СА отмечено в 35 случаях. По результатам слухопротезирования расхождения выявлены в 25 случаях без межгрупповой разницы и значимой динамики.

Следует отметить, что тест различения имеет наибольшую ценность при сравнении разных типов СА. Его результаты могут быть улучшены не только посредством изменений в настройках, но и путем смены типа аппарата.

Средний балл опросника SSQ-12Brus составил 41,37, при этом наибольшее улучшение качества жизни при использовании СА продемонстрировали пациенты групп CIC (43,56) и RIC (45,28), ($p<0,05$). Данные опросника коррелировали с психоакустическими методами (%PP и тестом восприятия фонем).

Манипулирование разницей в АЧХ при выборе типа СА представляется перспективным с точки зрения улучшения разборчивости речи и повышения субъективного принятия аппарата, в особенности при нарушениях частотной селективности, «сложных» конфигурациях аудиограмм.

Выводы:

1. Аппараты RIC и CIC при прочих равных условиях демонстрируют лучшие показатели разборчивости речи (в среднем на 4,8%) и более высокое фонематическое различение (в среднем на 14,5%) по сравнению с ВТЕ и ВТЕslim.

2. Прирост качества жизни, связанного со слухом, при использовании RIC и CIC на 15,9% больше, чем при слухопротезировании заушными СА.

3. При низких возможностях достижения приемлемой разборчивости речи и субъективного восприятия путем изменений параметров настройки заушных аппаратов, улучшение результатов может быть достигнуто сменой типа СА на RIC или CIC.

Контакты: Туфатулин Газиз Шарифович; e-mail: Dr.Tufatulin@mail.ru

УШНЫЕ КАТЕТЕРЫ В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО ОТИТА.

Царапкин Г. Ю., Сударев П. А., Горовая Е. В., Мепаришвили А. С.

*ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия*

Актуальность. Лечение острого воспаления слуховой трубы (СТ) в большинстве случаев требует местного применения лекарственных препаратов, которые призваны купировать воспалительный процесс и уменьшить отёк слизистой оболочки. Такие методы лечения, как продувание по Политцеру и катетеризация СТ временно предотвращают патологические изменения в барабанной полости, связанные со снижением внутритимпанального давления. Большинство практикующих оториноларингологов в выборе способа доставки лекарственного препарата при лечении острого воспаления СТ отдают предпочтение введению препарата через ушной катетер Гийота. Но, необходимо отметить, что на сегодняшний день нет четких данных о количестве препарата, достигающего места предполагаемого воздействия.

Цель работы: изучить эффективность введения лекарственного препарата в структуры среднего уха посредством катетеризации СТ.

Задачи:

1. Изучить эффективность введения лекарственного вещества в структуры среднего уха при помощи традиционного ушного катетера Гийота, посредством восходящей сальпингографии.
2. Разработать ушной катетер оригинальной формой, которая ориентирована не на расположение глоточного устья СТ, а на направление её просвета и оценить эффективность катетеризации слуховой трубы при помощи восходящей сальпингографии.

Материалы и методы. В исследование вошло 12 пациентов (12 ушей) с хроническим перфоративным средним отитом без нарушения вентиляционной функции СТ. Все больные дали добровольное согласие на проведение сальпингографии. Рентгеновское исследование мы проводили как до, так и после катетеризации СТ. Под эндоскопическим контролем мы катетеризировали СТ на стороне пораженного среднего уха и посредством нагнетания воздуха вводили контрастное вещество Нураке в объеме 1,0 мл. Далее проводили контрольное рентгеновское исследование в носолобной проекции и по Майеру.

Результаты. На первом этапе работы мы вводили рентгенконтрастное вещество при помощи ушного катетера Гийота 6 больным, которые составили I клиническую группу. Сравнительный анализ рентгенограмм у пациентов I группы показал, что в результате сальпингографии мы не зафиксировали контрастное свечение в структурах среднего уха. Только у 2 пациентов на обзорной рентгенограмме в носолобной проекции была интенсивная полоска в области боковой стенки глотки.

Учитывая полученные данные мы предположили, что контрастное вещество не попадает в просвет СТ из-за конструктивных особенностей ушного катетера Гийота. В этой связи нами была разработана оригинальная форма ушного катетера, позволяющая катетеризировать СТ в направлении ее просвета (Патент на изобретение №2609205 «Катетер для проведения электрофореза и введения лекарственных средств в барабанную полость»).

На втором этапе нашей работы мы вводили рентгенконтрастное вещество в структуры среднего уха при помощи оригинального ушного катетера. В данное исследование вошло 6 пациентов, составивших II клиническую группу. Сравнительный анализ рентгенограмм у пациентов II группы показал, что во всех случаях рентгеноконтрастное вещество заполняло просвет СТ на всем протяжении. Следует отметить, что ни при одном исследовании рентгенконтрастный препарат не достиг барабанной полости.

Выводы:

1. При традиционной катетеризации СТ ушным катетером Гийота жидкая форма лекарственных веществ не попадает в просвет СТ, о чем свидетельствуют результаты сальпингографии.

2. При катетеризации СТ «на протяжении» вводимый рентгеноконтрастное вещество в объеме 1 мл заполняет весь просвет СТ без попадания в другие полости среднего уха.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АНЕСТЕЗИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА

Храбриков А. Н., Крайнева А. М.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров, Россия

Кохлеарная микроциркуляция играет решающую роль в поддержании гомеостаза внутреннего уха. Анестезирующие препараты, применяемые во время операций, могут воздействовать на кохлеарную функцию либо посредством своих собственных фармакологических свойств, либо посредством гемодинамических нарушений, которые они вызывают. В литературе имеются указания на ведущую роль системной артериальной гипотензии и, как следствие, снижения кровотока улитки в кохлеарной дисфункции (Harel N., Kakigi A. et al, 1997; Preckel M. Etal, 1998). Безусловно, оптимальным способом неинвазивного мониторинга функции улитки служит регистрация различных классов вызванной отоакустической эмиссии (ВОАЭ).

Цель исследования: сравнить влияние различных видов анестезии, применяемых при операциях в оториноларингологии на функцию слухового анализатора.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 35 отологически здоровых пациентов (70 ушей) в возрасте от 20 до 47 лет, аудиометрические пороги у которых соответствовали норме, тимпанограмма отвечала типу А, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу оториноларингологической патологии с применением различных видов анестезии. Гендерный состав: 18 мужчин, 17 женщин. Средний возраст составил 27.2 года.

Выполненные операции: коррекция деформации носовой перегородки (23 человека), микрогайморотомия (6 пациентов), двусторонняя тонзиллэктомия (4 пациента), радикальная операция на верхнечелюстной пазухе (2 пациента).

По виду предоставленной анестезии пациенты были распределены на 3 группы:

1 группа – пациенты, у которых применялось общее обезбоживание: внутривенный наркоз (пропофол) с ИВЛ и управляемой гипотензией (снижение АД до 110 и 90 мм.рт.ст. - 9 человек.

2 группа – пациенты, у которых применялось сочетанная анестезия (фентанил в/в + лидокаининфильтрационно - 15 человек.

3 группа – пациенты, прооперированные под местной инфильтрационной анестезией (лидокаин) – 11 человек.

Вид анестезии определялся с учетом возраста пациента, вида оперативного вмешательства, наличия сопутствующей патологии, желания пациента.

Всем больным проводилась регистрация спонтанной ОАЭ, задержанной вызванной ОАЭ (ЗВОАЭ), отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения (ОАЭПИ). Исследования проводились на следующих этапах: перед операцией, в первый и пятый день после операции. В качестве стимула выступал широкополосный щелчок, интенсивностью 85 дБ и длительностью 20 мкс. Учитывались суммарный ответ, репродуктивность, соотношение сигнал/шум и репродуктивность отдельных частотных компонент ЗВОАЭ. Регистрация ВОАЭ осуществлялась с помощью анализатора внутреннего уха ILO-92 (OtodynamicsLTD).

Результаты. Усредненная амплитуда суммарного ответа ЗВОАЭ до операции составила 7,9 дБ УЗД. На следующий после операции день наблюдалось снижение амплитуды суммарного ответа при всех видах анестезии, но в различной степени: при местной анестезии – до 6,85 дБ УЗД, сочетанной анестезии – до 6,5 дБ УЗД, наркозе – до 6,3 дБ УЗД. На пятый день после операции отмечалось увеличение средних значений суммарной амплитуды ЗВОАЭ. В максимальной степени это коснулось пациентов, оперированных под местной анестезией ((7,0 дБ УЗД). У пациентов, оперированных с применением сочетанной анестезии и наркоза зафиксировано повышение амплитуды суммарного ответа в меньшей степени 6,6 дБ УЗД, различие значений достоверно ($p=0.01$).

Выводы.

1. Хирургические вмешательства по поводу оториноларингологической патологии вне зависимости от вида анестезии приводят к временному угнетению кохлеарной функции улитки, что выражается в снижении амплитуды суммарного ответа ЗВОАЭ.

2. Применение общей анестезии с ИВЛ и управляемой гипотензией приводит к более выраженному угнетению кохлеарной функции непосредственно после операции и менее полному восстановлению ее на пятый день по сравнению с местной анестезией.

Контакты: Храбриков Алексей Николаевич; 610017, г. Киров, ул. Герцена, 56-26;
e-mail: vyatkaent@mail.ru

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОГО ВЕСТИБУЛЯРНОГО НЕЙРОНИТА И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

*Яровая Л. А., Пронина Н. А., Шелестина Н. В., Григорьева А. Л.
ФГБУ «Поликлиника №2» УД Президента РФ, г. Москва, Россия*

Вестибулярное головокружение представляет собой серьезную патологию, причиняющую значимый дискомфорт пациенту: невозможность передвижения в пространстве из-за ощущения вращения, сопровождающуюся приступами тошноты (иногда рвоты), - при остром возникновении которого пациенты не могут найти позу, облегчающую приступ, ни в положении лежа, ни в положении сидя. Периферическое вестибулярное головокружение возникает как при поражении полукружных каналов (лабиринтите, хроническом среднем отите с фистулой полукружного канала, каналолитиазе, гидропсе лабиринта), так и при поражении вестибулярного нерва (вестибулярный нейронит). Истинное вестибулярное головокружение характеризуется ощущением вращения предметов в пространстве или ощущением вращения самого пациента (реже). Как правило, пациент в 90% случаев расскажет вам, в какую сторону происходит это вращение: справа налево, слева направо и т.д. Такое головокружение называется системным. Невролог, принимая такого больного, в первую очередь направляет его к отоларингологу для исключения воспалительного поражения среднего и внутреннего уха. Таким образом, пациенты посещают специалистов, однако точный диагноз не устанавливается. А при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении (ДППГ) они ходят от одного врача к другому месяцами.

Цель работы. Повышение эффективности лечения пациентов с периферическим головокружением.

Материалы и методы. За период 2016-2017гг. отоларингологами совместно с неврологами были обследованы и пролечены 18 пациентов: 14 с диагнозом ДППГ (87.5%), 4 – с острым вестибулярным нейронитом (12.5%). Возраст пациентов от 22 лет до 71 года. Были использова-

ны следующие методы обследования вестибулярного анализатора: исследование спонтанного нистагма, пальце-пальцевую и пальценосовую пробы, простую и усложненную позу Ромберга, вращательные тесты на кресле Барани. Для исключения очаговой патологии использовали мультиспиральную компьютерную томографию (МС КТ) головного мозга в день обращения (выполнено 17 из 18 пациентов - 94.4%). Также всем пациентам выполнялись: тональная пороговая аудиометрия с тестом Вебера, акустическая импедансометрия, тимпанометрия, - с целью исключения острого (или подострого) сочетанного поражения улитки и кохлеарной порции VIII пары. Пациенты с идиопатической сенсоневральной тугоухостью или одновременным острым поражением кохлеарного и вестибулярного периферических анализаторов из исследования исключались (срочно отправлены на стационарное лечение).

Результаты. После исключения очаговой патологии полушарий головного мозга и мозжечка по данным МС КТ, пациенту выставлялся предварительный диагноз периферической вестибулопатии; затем пациент согласно результатам вышеуказанных проб и аудиологическому обследованию был определен в группу ДППГ (14 человек) или вестибулярного нейронита (4 человека). Причиной возникновения ДППГ чаще всего были ЗЧМТ (сотрясение головного мозга в анамнезе у 6 пациентов – 42.8%) или же точную этиологию у данного больного не представлялось возможным установить (57.2%). При вестибулярном нейроните пациенты в 100% случаев отмечали простудные явления типа ОРВИ в анамнезе за некоторое время до возникновения данного заболевания, в 50% случаев – признаки перенесенной герпетической инфекции на слизистой оболочке полости носа, ротовой полости (2 из 4 пациентов). Приступы головокружения при ДППГ продолжались несколько секунд или минут и провоцировались поворотом головы в сторону пораженного полукружного канала, облегчались при повороте в противоположную сторону; при вестибулярном нейроните приступ возникал сам по себе, без провокационного положения, мог продолжаться часами, сопровождался тошнотой и рвотой, незначительно облегчался при фиксации взора на неподвижном предмете. При ДППГ отмечалось: наличие нистагма в сторону пораженного уха; с промахиванием рук и отклонением тела в позу Ромберга, при вращательных тестах на кресле Барани в сторону, противоположную нистагму. При вестибулярном нейроните отмечалось: наличие нистагма в другую здоровую сторону, с промахиванием рук и отклонением тела в позу Ромберга в сторону поражения. Ни при ДППГ, ни при вестибулярном нейроните значимых изменений при аудиологическом обследовании выявлено не было, тимпанометрия выявляла норму давления в барабанной полости при сохранении подвижности барабанной перепонки, акустические рефлексы стремени ипси- и контралатеральные, как правило, были сохранены. Ни один из обследованных 18 пациентов не жаловался на двоение предметов. Ведущими в лечении вестибулярного нейронита становятся вестибулярные супрессанты (типа дименгидрината, меклозина) и некоторые мочегонные препараты (типа ацетазоламида в сочетании с аспарагинатом калия). Вторым этапом в лечении вестибулярного нейронита после снятия остроты приступа становится самостоятельное применение пациентом вестибулярной гимнастики по Брантду-Дароффу. Применение бетагистина в дозе 24-48 мг в сутки на втором этапе может ускорить вестибулярную компенсацию. Медикаментозная терапия при ДППГ ограничена. Более эффективной становится применение маневров Эппли, Лемперта и Семонта в руках специально обученного специалиста (отоневролога). Первый эффект от применения бетагистина при ДППГ без специальных маневров может наступить только после 1-2 месяцев его непрерывного применения. Все 14 пациентов с установленным ДППГ были направлены к такому специалисту с дальнейшим полным выздоровлением.

Обсуждение. Периферическая вестибулопатия требует, кроме того, дифференциальной диагностики с болезнью Меньера или меньероподобным синдромом, а также исключения холестеатомного поражения полостей среднего уха с формированием фистулы полукруж-

ных каналов. В этом случае отоларингологу для определения тактики ведения пациента может помочь мультиспиральная КТ височных костей на томографах высокого разрешения и аудиологические данные.

Выводы. 1. Пациенты с головокружением требуют максимального клинического и инструментального обследования для дифференцировки вестибулопатии периферического и центрального происхождения. 2. Пациенты с головокружением требуют неоднократного обследования у нескольких специалистов до постановки точного диагноза (невролога, отоларинголога, сурдолога, дополнительного КТ обследования). 3. Вестибулярная реабилитация или вестибулярная гимнастика имеет для компенсации пациентов с ДППГ и вестибулярным нейронитом более важное значение, чем изолированная медикаментозная терапия.

Контакты: Яровая Любовь Александровна; 119146, Москва, 2-я Фрунзенская, д.4;
e-mail: vivien456@yandex.ru.

V. Заболевания глотки

СОДЕРЖАНИЕ IL-1 В СЛЮНЕ У ДЕТЕЙ ДО И ПОСЛЕ АДЕНТОМИИ

Бойко Н. В.¹, Ким А. С.², Оксенюк О. С.¹

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

²МГБУЗ «Городская больница № 1 им Н. А. Семашко», г. Ростов-на-Дону, Россия

Цитокины представляют собой группу полипептидных медиаторов, участвующих в формировании и регуляции защитных реакций организма. Они могут быть выделены в новую самостоятельную систему регуляции основных функций организма, существующую наряду с нервной и эндокринной системами регуляции и связанную в первую очередь с поддержанием гомеостаза при внедрении патогенов и нарушении целостности тканей.

Защита на местном уровне развивается путем формирования типичной воспалительной реакции с ее классическими проявлениями: развитием отека, покраснением, появлением болевого синдрома и нарушением функции. Воспаление развивается в ответ на повреждение и проникновение в ткани патогенов при участии провоспалительных цитокинов, вырабатываемых макрофагами в лимфоидной ткани, включающей в себя глоточную миндалину.

Часто при патологии глоточной миндалины в детской оториноларингологической практике требуется хирургическое вмешательство – аденотомия. Абсолютными показаниями к хирургическому вмешательству при аденоидах являются затруднение носового дыхания, синдром обструктивного апноэ сна, патология среднего уха, снижение слуха.

Цель исследования: изучение уровня провоспалительного цитокина IL-1 в слюне у детей до и после аденотомии.

IL-1 относится к медиаторам ранней реакции на повреждение и связан с процессом распознавания повреждающего фактора и инициацией продукции дистантных медиаторов цитокиновой сети. Кроме того, от цитокиновой сети, установленной IL-1, зависит экспрессия некоторых цитокинов неиммунными клетками, такими как эпителиальные и стромальные клетки, обеспечивающими репаративную роль на заключительной стадии воспаления.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе оториноларингологического отделения для детей городской больницы №1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону. В исследовании приняли участие 37 детей в возрасте от 3 до 14 лет, перенесших плановую аденотомию. У большинства детей имелись жалобы на затрудненное носовое дыхание, нарушение сна, вялость, утомляемость, рецидивирующие гнойные синуситы и средние отиты, часто со снижением слуха, обструктивное апноэ сна.

Все больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили дети с диагнозом аденоиды - 17 человек, вторую группу - дети с диагнозом аденоидит - 12 человек. Контрольную группу представили условно здоровые дети в возрасте от 3 до 14 лет – 8 человек. Для установления точного диагноза амбулаторно всем детям было проведено обще-клиническое обследование и эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки.

У всех детей производили забор слюны утром, без стимуляции, накануне операции и после хирургического вмешательства. Перед сбором слюны пациент полоскал ротовую полость, затем в течение 5-10 минут собирал слюну в сухую пробирку. Слюну центрифугировали, ликвотировали, отбирали супернатант и хранили при температуре -30°С. После однократного размораживания в полученном материале определяли содержание интерлейкина

- 1 (IL-1) с помощью наборов для иммуноферментного анализа фирмы ЗАО «Вектор Бест» (Россия) методом твердофазного иммуноферментного анализа количественного определения цитокинов в слюне. Результаты исследования обрабатывали с использованием пакета стандартных компьютерных программ для статистического анализа «Statistica 7,0».

Результаты. После формирования групп больных и в контрольной группе распределение уровня IL-1 было проверено на соответствие нормальному распределению. При этом использовали закладку «Тест на нормальность» в модуле «Частотный анализ» в программе STATISTICA 7.0. Нами был использован критерий Шапиро-Уилка W, который признается наиболее эффективным, так как обладает большей мощностью по сравнению с альтернативными критериями проверки нормальности. Если доверительная вероятность критерия значима ($p \leq 0,05$), то гипотеза о том, что соответствующее распределение нормально, отвергалась.

При проведении теста Шапиро – Уилка в исходных показателях обеих групп и контрольной выявлено, что доверительная вероятность всех статистических критериев $p \leq 0,05$, что позволяет нам принять статистическую гипотезу об имеющихся отличиях распределения показателя уровня IL-1 в слюне пациентов обеих групп и контрольной группы от нормального с доверительной вероятностью менее 0,02.

Достоверность различий исходных величин зависимых выборок (то есть внутри групп) оценивали с помощью непараметрического критерия Уилкоксона при отличии распределения показателей от нормального. Критерий Уилкоксона использовали при проверке статистических гипотез относительно различия средних в одной и той же группе до и после операции.

Между показателями IL-1 до операции и после в 1-ой и 2-ой группах достоверные различия по критерию Уилкоксона для зависимых выборок не обнаружены ($p > 0,05$), хотя содержание IL-1 в слюне у детей после аденотомии увеличивалось в среднем на 38%.

Достоверность различий средних величин независимых выборок (то есть между группами) оценивали с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, который не выявил статистически значимого различия средних между 1-ой и 2-ой группами. Отсутствие различий в содержании провоспалительного цитокина IL-1 в слюне детей с аденоидами и аденоидитами может быть обусловлено проведенной предоперационной подготовкой, направленной на купирование воспалительных изменений в носоглотке.

При проведении сравнения средних выборочных в трех и более группах применяли однофакторный дисперсионный анализ с использованием критерия Крускала-Уоллиса (Kruskal-Wallis test) при отличии распределения от нормального с последующей оценкой попарных сравнений между группами.

Так как достигаемый уровень значимости был больше критического $p > 0,05$, то принимаем нулевую гипотезу об отсутствии статистически значимого различия средних между 1-ой, 2-ой и контрольной группами. Между выборками 1, 2 и контрольной групп существуют случайные различия по уровню IL-1.

Выводы:

1. Содержание IL-1 в слюне у детей с аденоидами и аденоидитами до операции не имеет достоверных различий и не отличается от показателей контрольной группы.

2. В послеоперационном периоде наблюдается тенденция к увеличению содержания IL в слюне, что отражает развитие послеоперационного воспаления в зоне хирургического вмешательства.

КИСТЫ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ

Вязьменов Э. О., Котова Е. Н.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Врожденные аномалии носоглотки встречаются редко и обычно связаны с нарушениями процессов эмбриогенеза ното хорды и глоточной энтодермы. А. Мауег впервые в 1840 г. описал кистоподобное образование на задней стенке носоглотки. В 1885 г. G. Thornwaldt представил 26 случаев носоглоточных кист, описал их клинические признаки и методы лечения. Кисты носоглотки являются достаточно редкой патологией, которая распознается при эндоскопии носоглотки или в ходе обследования при других патологических состояниях органов головы и шеи посредством компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии. Традиционно кисты носоглотки разделяют на срединные и боковые; врожденные и приобретенные. Следует учитывать и расположение образований относительно глоточно-базиллярной фасции, берущей начало от верхнего констриктора глотки и прикрепляющейся к основанию черепа. Хотя, в большинстве случаев кисты бессимптомны, они могут быть причиной ликвореи, упорной гнойной ринореи, устойчивой к антибактериальной терапии и интраназальным-гормональным препаратам, риносинуситов, заложенности носа, головной боли, халитозиса и экссудативного среднего отита. Клиническая картина врожденных кист носоглотки неспецифична и получила название болезни Торнвальдта. Ее диагностика базируется на данных рино-эндоскопического и лучевых методов исследования, а современное лечение – хирургическое.

Цель исследования. Описание клинических наблюдений кист носоглотки у детей с целью оптимизации диагностики и лечения данной патологии.

Пациенты и методы. С 2014 по 2017 г. на кафедре оториноларингологии педиатрического факультета РНИМУ им. Пирогова в Российской детской клинической больнице наблюдалось 8 больных в возрасте от 3 до 8 лет с кистами носоглотки. Предоперационное обследование включало эндоскопию полости носа и носоглотки, КТ носоглотки и околоносовых пазух и общеклинические исследования.

Все больные были оперированы эндоскопически под эндотрахеальным наркозом. Сроки наблюдения пациентов составили от 10 месяцев до 3 лет.

Результаты. При поступлении в стационар все больные предъявляли жалобы на нарастающую носовую обструкцию, переднюю и заднюю гнойную ринорею, храп, у всех детей отмечалось снижение слуха. Все 8 пациентов страдали рецидивирующими отитами, на момент поступления в стационар был диагностирован двусторонний экссудативный средний отит. 4 детей ранее перенесли аденотомию. Эндоскопически с 3 случая в носоглотке определялась гипертрофированная глоточная миндалина, а в боковой части носоглотки в области тубарного валика определялось округлое плотно-эластичное образование, содержащее экссудат, размерами от 0,5 до 1,5 см; у 3 детей, перенесших ранее аденотомию, лимфоидная ткань в своде носоглотки не определялась, но также визуализировались кисты в области тубарных валиков, при этом трубная миндалина была гипертрофирована, в 1 случае в задне-верхних отделах носоглотки определялось плотное, напряженное, округлое образование с четкими контурами, содержащее воспалительный экссудат. По данным КТ у всех больных обнаружены солитарные округлые, гиперэхогенные образования правильной формы с четкими контурами, не связанные с мышцами глотки. Диагноз кисты носоглотки был поставлен впервые на нашей кафедре всем пациентам. Хирургическое удаление носоглоточных кист представляется наиболее целесообразным методом лечения, поскольку консервативная терапия неэффективна. Цель оперативного вмешательства – обеспечить достаточный дренаж кисты и по возможности удалить ее выстилку. Существуют разные методики удаления кист. Исторически

первым появился метод удаления кист носоглотки через ротовую полость вместе с аденоидной тканью при ее наличии. Впоследствии предлагались более щадящие методики эндоскопического удаления, марсупиализации и коагуляции кист. Трансназальная эндоскопическая марсупиализация благодаря хорошей визуализации операционного поля позволяет осуществить максимально возможное удаление кисты с минимальным повреждением окружающих здоровых тканей, что дает возможность предотвратить повреждение устьев слуховых труб и обеспечить более благоприятный прогноз. Всем детям выполнена трансназальная эндоскопическая марсупиализация и коагуляция кист с помощью электрохирургического комплекса ERBEVIO, в 3 случаях с одномоментной аденотомией и в 3 случаях с тубопластикой с их частичной абляцией. У всех 8 пациентов результаты операции были хорошими. Субъективное улучшение носового дыхания отмечалось уже на 2-й день, а полное исчезновение назальной симптоматики и восстановление «назального комфорта» – к концу второй недели после операции. При аудиологическом мониторинге по данным аудиометрии и тимпанометрии через 1 месяц после оперативного вмешательства выявлена нормализация слуха и функции слуховой трубы.

Выводы.

Эндоскопическое исследование носоглотки является необходимым у всех больных хроническими заболеваниями носа, околоносовых пазух и уха. С появлением современных технологий визуализации улучшается качество диагностики, что приводит к выявлению большего числа кист носоглотки и требует детализации и систематизации накопленных знаний в работе детского оториноларинголога. Наиболее информативные методы диагностики кист носоглотки – эндоскопическое исследование, КТ и МРТ. Методом выбора в лечении носоглоточных кист является эндоназальное эндоскопическое хирургическое вмешательство.

Контакты: Котова Елена Николаевна; e-mail: enkotova@yandex.ru

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

Джафарова М. З., Авербух В. М., Бебчук Г. Б.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», г. Москва, Россия

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

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

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

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

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

Контакты: Джафарова Марьям Зауровна; моб.: 8925 0432220; e-mail: mariasha_22@mail.ru

СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА

Ивойлов А. Ю.^{1,2,3}, Тардов М. В.¹, Архангельская И. И.^{1,3}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

³ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ», г. Москва

Проблема диагностики и лечения синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС) остается крайне актуальной в оториноларингологии. Количество пациентов с данной патологией не имеет тенденции к снижению. При этом, отсутствие лечения СОАС приводит к ухудшению качества жизни не только ребенка, но и их родителей и в конечном итоге является смертельно опасным заболеванием.

Цель: изучить пульсоксиметрические характеристики в качестве скринингового метода диагностики нарушения дыхания во время сна у детей с патологией лимфоглочного кольца.

Материал и методы: в отделе ЛОР – патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ на базе ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» обследовано 49 детей в возрасте от 2 до 8 лет (девочек - 15, мальчиков - 34) с патологией лимфоглочного кольца и задержками/остановками дыхания в процессе ночного сна. Диагностический алгоритм обследования включал: тщательный сбор жалоб пациента и/или его родителей; анамнеза жизни заболевания; оториноларингологический осмотр; эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, эндоскопическую трансоральную эпи- и мезофарингоскопию, которые позволяли оценить размеры глоточной миндалины и небных миндалин, носовых раковин, состояние носовой перегородки, наличие патологического отделяемого в полости носа и носоглотке, взаимоотношение анатомических структур носоглотки с глоточными устьями слуховых труб и хоанами. Помимо этого, проводили мониторинговую ком-

пьютерную пульсоксиметрию (Wrist Pulse Oximeter MD300W с детским пульсоксиметрическим датчиком (Германия), при этом оценивали сатурацию (SPO₂) и частоту пульса (PR).

Результаты: у всех обследованных детей диагностированы аденоиды II-III степени и гипертрофия небных миндалин II-III степени. Родители пациентов предъявляли жалобы на затрудненное носовое дыхание, на эпизоды остановок дыхания во время ночного сна и регулярный храп, значительное ухудшение качества сна. Дети часто просыпались с ощущением удушья, сон становился беспокойным и не освежающим, повышалась раздражительность, ухудшалось настроение, память. При тяжелых и средне-тяжелых формах СОАС у этих детей отмечался выраженный синдром гиперактивности и дефицита внимания, что обуславливало школьную дезадаптацию.

При передней риноскопии выявлялись гиперемия и умеренный отек слизистой оболочки полости носа. Слизистая оболочка нижних носовых раковин была цианотична. Эндоскопическое исследование носоглотки выявило у 14 детей аденоиды II степени, а у 35 - аденоиды III степени. Фарингоскопически небные миндалины соприкасались друг с другом у 32 детей; а у 17 детей гипертрофированные небные миндалины II степени занимали 2/3 расстояния от небной дужки до средней линии зева.

Индексы десатурации по данным мониторинговой компьютерной пульсоксиметрии распределились следующим образом: до 1 / час - 20 больных (40,8%); от 1 до 5 / час - 23 больных (46,9%); от 5 до 15 / час - 5 больных (10,2%); более 15 / час - 1 больной (2,1%). Анализ результатов пульсоксиметрии показал: легкая степень СОАС - у 23 детей, средняя степень СОАС - у 5 больных и тяжелая степень СОАС - у 1 ребенка.

Выводы: компьютерная пульсоксиметрия является диагностически значимым методом скринингового исследования выявления обструктивных нарушений дыхания во время ночного сна у детей с патологией лимфоидного кольца.

МР-ВИЗУАЛИЗАЦИЯ АНОМАЛИЙ СОСУДОВ ПАРАТОНИЛЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

*Крюков А. И.^{1,2}, Царапкин Г. Ю.², Иванчиков А. А.³, Тоемаян А. С.²,
Арзамазов С. Г.², Панасов С. А.²*

*¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии
им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия*

²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва, Россия

³Центр МРТ-диагностики «МРТ-СИТИ», г. Москва, Россия

Введение. Одним из частых интра – и послеоперационных осложнений двусторонней тонзиллэктомии являются кровотечения. В зависимости от источника кровотечения могут быть сосудистыми и паренхиматозными, по характеру – артериальными и венозными, явного и скрытого характера.

Цель: изучить анатомо-топографические особенности крупных сосудов шеи по отношению к структурам глотки.

Материалы и методы. Провели обследование 109 пациентов с хроническим тонзиллитом (64 женщины и 45 мужчин) в возрасте от 15 до 54 лет. Проводили МРТ сосудов головы и шеи. Исследование выполняли на МР-томографе «Philips» (1,0 Тесла) с катушкой «голова-шея». Режимы диагностики: 1) Survey–последовательность для разметки исследования; 2) T2coronal–режим T2 для дифференциации тканей небной миндалины; 3) STIRaxial–режим с подавлением МР-сигнала от жировой ткани; 4) 3DI_VTFEaxial–режим ангиографии с толщиной среза

0,75мм для первичной визуализации наружных сонных артерий; 5) 3DPCAsogonal–режим ангиографии со скоростью кровотока 45см/сек и толщиной среза 0,9мм для визуализации наружных сонных артерий на всем протяжении в зоне исследования; 6) 3DI_VTFEaxial–режим ангиографии с толщиной среза 0,75мм и блоком 15см для детальной визуализации ветвей наружных сонных артерий (АСЕ). Особенность метода – выявление крупных сосудов шеи: а. carotis externa (АСЕ), а. carotis interna (АСІ), v. jugularis interna (VJI), проходящих вблизи от капсулы небной миндалины (НМ), а также определение крупных ветвей АСЕ (a.lingualis, a.maxillaris), кровоснабжающих НМ, по скорости кровотока без контрастных веществ.

Результаты. У 13 пациентов (11,9% случаев) выявлены аномалии АСІ. В 15 случаях (6,88%) выявлена С- и S-образная извитость АСІ, в 9 случаях (4,13%) – перегибы, в 2 случаях (0,92%) – петли АСІ. Все аномалии АСІ располагались выше верхних полюсов НМ. В 0,46% (1) случаев выявлен перегиб правой АСІ, направленный в сторону НМ на 9 мм от капсулы.

Выводы. МРТ сосудов шеи позволила выявить частоту встречаемости аномалий АСІ (11,9% от всех исследований). В 6,88% выявлена С- и S-образная извитость АСІ; в 4,13% – перегибы АСІ и в 0,92% – петли АСІ. В 0,46% случаев выявлен перегиб правой АСІ в сторону капсулы НМ, что важно при тонзиллэктомии. Аномалий АСЕ и VJI не выявлено.

Аномалии АСІ выше верхнего полюса НМ не несут угрозы для пациента при тонзиллэктомии, т.к находятся в области проекции слуховой трубы. Данная особенность значима при хирургии слуховой трубы (баллонная дилатация).

КИСТЫ НОСОГЛОТКИ. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Крюков А. И.^{1,2}, Царапкин Г. Ю.¹, Товмасын А. С.¹, Арзамазов С. Г.¹, Кишиневский А. Е.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Кистозные образования носоглотки, распространенность которых в популяции может достигать 14%, почти никогда не проявляются клинически. В редких случаях они вызывают затруднение носового дыхания, выделения из носа, снижение слуха и другие неспецифические симптомы. Установить первичный диагноз позволяет эндоскопия носоглотки, а для уточнения диагноза и планирования объема хирургического лечения необходимо сочетание МРТ и КТ исследований: МРТ исследование позволяет точно локализовать образование, уточнить его пространственное взаимоотношение с окружающими мягкоткаными структурами и сосудами; КТ исследование отлично показывает состояние и расположение окружающих костных структур. На сегодняшний день широкое распространение получили эндоскопические эндоназальные техники вскрытия и частичного удаления кист, которые позволяют добиться регрессии клинической симптоматики. Использование на таких операциях аргоно-плазменной коагуляции, радиоволнового, лазерного воздействия помогает избежать осложнений и сократить длительность госпитализации и период реабилитации.

Цель работы: изучить распространенность кист носоглотки по данным медицинской документации НИКИО им. Л. И. Свержевского.

Материал и методы: изучена медицинская документация (истории болезни и амбулаторные карты больных) НИКИО им. Л. И. Свержевского за 2014-2017 гг.

Результаты исследования.

В ходе проведенной работы нами было установлено, что за указанный период времени в НИКИО им. Л.И. Свержевского диагноз «киста носоглотки» был у 18 пациентов из 15 128 госпи-

тализированных по поводу ЛОР-патологии, что составило 0,1% от общего числа пролеченных больных. Из них 7 пациентов с кистами (38,9%) были прооперированы, т.к. имели клиническую симптоматику. Всем больным проводили эндоскопическое эндоназальное вскрытия и частичное удаление стенки кисты – марсупиализация, с лазерной ассистенцией и последующим гистологическим исследованием удаленного материала. Из 7 оперированных пациентов у 3 (42,8%) была диагностирована интрааденоидная киста носоглотки, у 4 (79,2%) - киста Торнвальда. Интраоперационных и послеоперационных осложнений у данного контингента больных выявлено не было.

Выводы. Распространенность пациентов с кистами носоглотки составляет 0,1% от оториноларингологических больных. Эндоназальная марсупиализация стенки кисты под эндоскопическим контролем и лазерной ассистенцией является эффективным и безопасным методом лечения данной патологии и позволяет сократить длительность госпитализации и период реабилитации.

ЛАЗЕРНАЯ АДЕНОТОМИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Крюков А. И.^{1,2}, Царапкин Г. Ю.¹, Товмасын А. С.¹, Кучеров А. Г.^{1,2}, Арзамазов С. Г.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва, Россия

В настоящее время аденомотомия у взрослого контингента больных не является редкостью. На наш взгляд, учащение диагностирования гипертрофии носоглоточной миндалины у взрослого контингента больных связано не только с ухудшением экологии в крупных мегаполисах нашей страны, но и с повсеместным внедрением эндоскопических методов для осмотра носоглотки, а также с более широким применением компьютерной томографии.

При проведении аденомотомии у пациентов различных возрастных групп, хирург всегда сталкивается с необходимостью проведения интраоперационного гемостаза. По результатам исследований нашего института, а также исследований других авторов, у взрослого контингента больных интраоперационное кровотечение более выражено в сравнении с кровотечением при выполнении аденомотомии у детей. Данное обстоятельство имеет четкие морфологические предпосылки. Сосуды аденоидных вегетаций имеют возрастные особенности, которые проявляются в 15-18 летнем возрасте и характеризуются развитием выраженного склероза сосудистой стенки, обилием полнокровных, кавернозно расширенных вен. У пациентов старше 18 лет отмечается морфологическая перестройка соединительнотканного (базального) слоя аденоидов, проявляющаяся феноменом «погружения» лимфоидной ткани с выраженным микроциркуляторным руслом, что может объяснять выраженное интраоперационное кровотечение при аденомотомии. Поэтому, у взрослого контингента больных целесообразно применение физических методов аденомотомии (в том числе лазера) в свете профилактики интра- и послеоперационного кровотечения.

Цель исследования: оценить эффективность использования гольмиевого лазера при выполнении аденомотомии у взрослых.

Материалы и методы. Нами проведено обследование и лечение 50 пациентов (21 женщина и 29 мужчин) с аденоидными вегетациями II степени в возрасте от 18 до 42 лет, проходивших плановое хирургическое лечение в НИКИО им. Л.И. Свержевского. Критерии включения: наличие аденоидных вегетаций с клинически значимыми симптомами. Критерии исключения: аденомотомия в анамнезе, наличие аденоидита, сахарный диабет, заболевания крови, прием медицинских препаратов, влияющих на систему гемостаза, неконтролируемая артериальная гипертензия, обострение хронического синусита, аллергический риносинусит. Всем пациентам проводили хирургическое лечение под эндотрахеальным наркозом с применением эндоскопической техни-

ки. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-й группе (основная, n=25) больным проводили лазерную вапоризацию аденоидов с применением гольмиевого лазера. Параметры безопасного лазерного воздействия на ткань аденоидов были разработаны в эксперименте: мощность – 0,6-0,8 Дж, частота – 8-12 Гц. Больным 2-й группы (контрольная, n=25) проводили классическую аденотомию посредством аденоидной кюретки по BECKMANN.

В обеих клинических группах мы оценивали время операции, объем интраоперационного кровотечения, наличие, либо отсутствие отсроченного кровотечения. Объем кровопотери оценивали гравиметрическим методом.

Выраженность болевого синдрома, наличие либо отсутствие рубцовой деформации носоглотки оценивали согласно разработанной визуально-аналоговой шкале (ВАШ 0-3 баллов) через 6 месяцев после хирургического лечения.

Результаты. В 1-й группе больных средняя продолжительность операции составляла 9,2 мин. Во 2-й группе больных на проведение аденотомии в среднем требовалось – 12,4 мин. Такие временные различия, по нашему мнению, связаны с необходимостью проведения гемостаза во 2-й группе больных с помощью прижатия марлевого тампона в область хирургического вмешательства. При проведении лазерной аденотомии гемостаз производили одновременно с вапоризацией аденоидной ткани. Объем интраоперационной кровопотери у больных 1-й группы составил $2,24 \pm 0,21$ мл, 2-й группы – $34,17 \pm 1,77$ ($p < 0,05$). Послеоперационный болевой синдром после использования обоих способов хирургического лечения, по данным оценки ВАШ, не имел существенных различий. В 1-й группе – $1,37 \pm 0,02$ (ВАШ), во 2-й группе – $1,44 \pm 0,06$ (ВАШ). Отсроченных кровотечений у пациентов, перенесших лазерную аденотомию, мы не наблюдали, в то время, как у двух больных 2-й группы мы наблюдали кровотечение в первые 72 часа после операции. Через 6 месяцев после перенесенного лечения у пациентов 1-й и 2-й групп грубой рубцовой деформации носоглотки мы не наблюдали.

Выводы: 1) Применение гольмиевого лазера при выполнении аденотомии существенно уменьшает объем интраоперационной кровопотери, а также позволяет сократить время проведения операции. 2) Использование гольмиевого лазера при аденотомии является обоснованным, безопасным методом хирургического лечения гипертрофии носоглоточной миндалины у взрослых.

Таким образом, гольмиевый лазер, как средство хирургического лечения гипертрофии носоглоточной миндалины, может быть рекомендован к применению у взрослого контингента больных.

Контакты: Арзамазов Сергей Германович; 117152, Москва, Загородное шоссе, дом 18А, стр. 2; e-mail: arzamazovs@mail.ru

РОЛЬ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ СЕМЕЙСТВ HERPESVIRIDAE И PAPILLOMAVIRIDAE У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РОТОГЛОТКИ

Крюков А. И.^{1,2}, Ющук Н. Д.³, Туровский А. Б.¹, Попова И. А.¹, Савостикова М. В.⁴

¹ГБУЗ НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва, Россия

³ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ, г. Москва, Россия

⁴ГУ Российский онкологический научный центр имени Н. Н. Блохина РАМН, г. Москва

Актуальность. Среди обращающихся за ЛОР-помощью в России доля пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями глотки составляет от 24,8 до 35%. При этом

традиционно проводимая терапия у больных данной патологией показывает низкую эффективность. Частое рецидивирование хронических воспалительных процессов ротоглотки, низкая эффективность проводимого лечения может быть связана с недооценкой роли некоторых этиологических факторов, способных вызывать обострение заболевания, таких, например, как вирусы семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae*.

В связи с этим целью нашего исследования было определение частоты встречаемости вирусных инфекций семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae* у пациентов с хронической воспалительной патологией ротоглотки и у лиц без данной патологии, а также исследовать влияние вирусных инфекций семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae* на состояние слизистой оболочки ротоглотки на основании данных цитологического исследования.

Материалы и методы. Были сформированы две группы больных. В первую группу (основную) были включены пациенты, направленные в консультативно-диагностическое отделение №1 нашего Института из амбулаторий города с хронической воспалительной патологией ротоглотки - 174 человека; вторую группу (контрольную) составили люди без хронической воспалительной патологии ротоглотки - 40 человек. Всем пациентам выполнено общеклиническое и оториноларингологическое обследование, консультация гастроэнтеролога для исключения ГЭРБ. Также проводили определение показателей ревматоидных проб (АСЛО, РФ, СРБ), проведена диагностика методом Real-Time PCR вирусных инфекций семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae* в соскобах со слизистой оболочки ротоглотки, цитологическое исследование мазка слизистой оболочки глотки.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе проведения клинического исследования получены следующие данные. В группе пациентов, обратившихся с хронической воспалительной патологией ротоглотки, при проведении диагностики методом Real-Time PCR вирусная инфекция семейства *Herpesviridae* (HSV) выявлена у 110 пациентов (63,2%), из них EBV у 91 пациента (52,2%), HHV-6 - у 44 (25,2%), HSV-1 - у 14 (8,04%), HSV-2 - у 11 (6,32%), CMV - у 6 пациентов (3,44%). Вирусная инфекция семейства *Papillomaviridae* обнаружена у 40 человек (17,8%).

В группе лиц без хронической воспалительной патологии ротоглотки при проведении диагностики методом Real-Time PCR различные типы вирусной инфекции семейства *Herpesviridae* определяли у 14 человек (35%): EBV - у 13 (32,5%), HHV-6 - у 6 (15%), HSV-1 - у 3 (7,5%). Вирусная инфекция семейства *Papillomaviridae* в группе лиц без хронической воспалительной патологии глотки определяли у 4 пациентов (10%).

Суммарно в группе пациентов, обратившихся с хроническими воспалительными заболеваниями глотки, вирусные инфекции выявлены у 81% пациентов, в группе лиц без хронических воспалительных заболеваний, вирусные инфекции выявлены у 45 % пациентов.

По результатам цитологического исследования у 100% пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями ротоглотки и установленными вирусными инфекциями семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae* (n=141) были выявлены признаки цитопатического действия вирусов специфического характера, что свидетельствует об активности патологического процесса, вызванного вирусом. У 21 пациента из 33 (63,6%) с хроническими воспалительными заболеваниями ротоглотки и отрицательными результатами вирусологического исследования методом Real-TimePCR выявлены цитопатические изменения только неспецифического характера различной степени выраженности, что указывает на цитопатическое действие других этиологических факторов заболевания. В контрольной группе (n=40) у 10 человек (25%) также определялись цитопатические изменения неспецифического характера, но меньшей степени выраженности.

Выводы.

1. В ходе исследования установлена достоверно более высокая частота встречаемости вирусных инфекций семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae* у пациентов, с хронической

воспалительной патологией ротоглотки (81% пациентов), по сравнению с группой лиц без хронической воспалительной патологии ротоглотки (45% пациентов).

2. Патологические специфические изменения эпителия ротоглотки выявлены в основной группе у 81% пациентов, что свидетельствует об активности патологического процесса вызванного вирусом, в контрольной группе, в 25% случаев, выявлялись цитопатические изменения только неспецифического характера.

НЕОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ БОЛЕЙ В ГОРЛЕ

Кунельская Н. Л.^{1,2}, Тардов М. В.¹, Романенко С. Г.¹, Клясов А. В.¹, Заоева З. О.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И.Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н. И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Боли в горле (БГ) – явление очень распространенное в общей популяции. Данную жалобу на приеме у врача-оториноларинголога предъявляют как дети разных возрастных групп, так и взрослые. Однако, учитывая богатую иннервацию глотки и гортани, пациенту порой крайне сложно не только дать характеристику болевым ощущениям, но и определить их локализацию. Особые сложности возникают в случае, когда тщательное обследование не позволяет обнаружить патологического процесса в структурах верхних дыхательных путей (ВДП). Возможны и такие ситуации, когда лечение обнаруженного воспалительного процесса по принятым протоколам не приводит к полному купированию болевого синдрома.

Цель: изучить причины болей в горле в случае неполного купирования болевого синдрома на фоне лечения ЛОР-патологии, а также, при исключении ЛОР-патологии.

Материалы и методы. За 2016 г. В ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ обследовано 28 человек обоего пола в возрасте 19-59 лет, обратившихся с жалобами на БГ. Боли в 20 случаях не сопровождались характерными визуальными признаками воспалительного процесса в ВДП, в 8 случаях – не прекращались на фоне традиционного лечения. Помимо сбора анамнеза, ЛОР-осмотра и неврологического осмотра всем пациентам проводили мануальную диагностику состояния шейных мышц, рентгенографию шейного отдела позвоночника с функциональными пробами; по результатам диагностики назначали медикаментозную терапию, дополнительно в случае наличия показаний - мягкотканевые техники мануальной терапии.

Результаты. У 26 пациентов болевой синдром имел ряд особенностей: боли локализовались с одной стороны, носили монотонный тянущий или ноющий характер, присутствовали непрерывно в течение суток, усиливались к вечеру, не зависели от акта глотания, облегчение или усиление боли наступало в определенном положении (не всегда). Из 26 пациентов: 8 – получали лечение у ЛОР-врача по поводу воспалительных заболеваний ротоглотки с неполным регрессом болевого синдрома. Мануальное тестирование позволило обнаружить локальные мышечные гипертонусы с триггерными точками в толще передних мышц шеи одной стороны: в грудино-ключично-сосцевидной – 23, в двубрюшной – 3 (пальпаторное исследование усиливало интенсивность боли). Также выявлены локальные гипертонусы и в других мышцах шеи. Рентгенографически у всех больных выявили: маятниковую нестабильность среднешейных позвоночных двигательных сегментов (ПДС), фиксацию и ротацию ПДС в сторону БГ. После курса медикаментозной терапии и 3-7 мануальных процедур с интервалом 2-3 дня локальные гипертонусы регрессировали, БГ купировались.

В 2 случаях боли носили односторонний, но острый или «жгучий» характер, возникали приступообразно во время жевания, глотания или зевания, иррадиировали в корень языка и

ухо ипсилатерально. Такое состояние расценивали как невралгию языкоглоточного нерва; на фоне приема антиконвульсантов, нестероидных противовоспалительных препаратов болевой синдром удалось купировать.

Выводы. Миофасциальные синдромы передних шейных мышц в некоторых случаях могут быть причиной БГ, а могут, в том числе, сопутствовать имеющейся ЛОР-патологии. Такие боли имеют ряд характерных особенностей и хорошо поддаются терапии мягкотканевыми техниками мануальной терапии. Также не следует забывать о невралгии языкоглоточного нерва, как одной из причин БГ.

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ИММУНОДЕФИЦИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

Лавренова Г. В.¹, Карпищенко С. А.¹, Тимчук Л. Э.², Муратова Е. И.¹

*¹Первый Санкт-Петербургский Медицинский Университет
им.акад. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия.*

²ООО «Технология Здоровья», г. Санкт-Петербург, Россия.

Патология небных миндалин представляет собой наиболее распространенную группу заболеваний глотки. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о неуклонном их росте. Прежде всего речь идет о хроническом тонзиллите. Лимфоидное глоточное кольцо, располагаясь на перекрестке пищеварительного и дыхательного тракта, подвергается воздействию вирусов, бактерий, поллютантов, аллергенов, в том числе и пищевых. Первая линия иммунной защиты организма находится в постоянном напряжении и не всегда выдерживает инфекционную и антигенную нагрузки. Несмотря на предлагаемые методы консервативного лечения хронического тонзиллита, пока нет алгоритма, обеспечивающего выздоровление или длительную ремиссию.

Цель работы: обосновать и предложить схему лечения хронического тонзиллита, основанную на купировании эндотоксикоза и иммунодефицита.

Материалы и методы: нами проанализирована литература по изучению местного иммунитета, в которой представлены сведения о нарушении защитных механизмов небных миндалин. Что касается эндотоксикоза, то информация о влиянии хронического очага инфекции глотки на мукоцилиарно-протекторную систему в целом, и желудочно-кишечный тракт, в частности, нами найдена не была. На основании анкетирования у большинства больных хроническим тонзиллитом были выявлены жалобы на дискомфорт в кишечнике в виде вздутий, повышенного газообразования, нарушений характера стула, периодических коликообразных болей. Основываясь на собственном практическом опыте и анализе работ посвященных лечению заболевания, мы в стандартную схему лечения (промывание небных миндалин, лазерная терапия) включили современные иммунные препараты, адаптогены, официальные фитопрепараты и естественные метаболиты нормальной микрофлоры кишечника.

Результаты: использование оригинальной анкеты для больного хроническим тонзиллитом позволило у большинства больных с частыми эпизодами обострения заболевания выявить нарушения желудочно-кишечного тракта. Проведение стандартного лечения хронического тонзиллита, дополненного жидкими пробиотиками и препаратами полимерной мультиматриксной системы, воспринималось больными весьма позитивно, что по нашему мнению, способствует формированию психологической установки на выздоровление и повышение естественных механизмов защиты. Поддержание местного иммунитета в режиме оптимального функционирования обеспечивалось назначением официальных фитопрепаратов местного действия и препаратов, содержащих лизоцим.

Выводы: у больных хроническим тонзиллитом с частыми рецидивами заболевание протекает на фоне прогрессирующего местного иммунодефицита, кишечного эндотоксикоза и лабильной нервной системы. Предлагаемая нами схема лечения, включающая стандартное лечение, дополненное «мягкими» седативными средствами, местными иммунокорректирующими препаратами, пробиотиками и метаболитами микрофлоры кишечника обеспечивает не только местный, но и общий положительный результат.

Контакты: Лавренова Галина Владимировна; 196084, г. Санкт-Петербург, ул. Киевская д.3, кв.823; e-mail: lavrenovagv@yandex.ru

ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОЛЕКУЛЯРНО-РЕЗОНАНСНОГО АППАРАТА РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ

Лазарчик Т. А., Вишняков В. В.

ФГБУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Цель исследования: оценка степени болевого синдрома после двусторонней тонзиллэктомии с применением молекулярно-резонансного аппарата.

Материал и методы исследования: нами прооперировано 120 пациентов, страдающих хроническим тонзиллитом токсико-аллергической формой течения I и II (ТАФ I и ТАФ II) по классификации Б.С. Преображенского – В.Т. Пальчуна. Обследуемые пациенты были разделены на две группы: в контрольную группу вошли пациенты, которым была проведена классическая двусторонняя тонзиллэктомия, в основную - пациенты, которым была проведена тонзиллэктомия молекулярно-резонансным аппаратом.

Среди пациентов было 47 мужчин (39%), 73 женщины (61%), возраст пациентов варьировал от 18 до 55 лет (средний возраст – 32,67). Все больные были разделены на 2 группы. В основной группе (65 пациентов), где применяли молекулярно-резонансный метод удаления небных миндалин. В контрольной группе, где тонзиллэктомия была проведена классическим способом - (55 пациентов).

Принцип молекулярного резонанса положен в основу серии аппаратов Vesalius, производимых компанией Telea Electronic Engineering Srl (Италия). Генератор Vesalius создает токи с уникальной, запатентованной комбинацией четырех частот в диапазоне от 4 до 16 МГц, называемой СКС – Сохраняющий Клетки Спектр (CSS – Cell Safety Spectrum). Это волна, состоящая из 4 разных частот в диапазоне от 4 до 16 МГц. Такая комбинация частот приводит к резонансу межмолекулярных связей. Для достижения коагулирующего эффекта при применении молекулярно-резонансной техники производится изменение частотного режима генератора таким образом, чтобы не обеспечивать 100% резонанса в межмолекулярных связях. В результате, происходит изменение пространственной структуры белковых молекул, вызванное разрывом водородных связей, что приводит к их «слипанию» и обеспечивает коагулирующий эффект.

Как известно, больных после удаления небных миндалин в послеоперационном периоде больше всего беспокоят боли в горле, усиливающиеся при глотании. Болезненность при глотании у пациентов обусловлена наличием раневой поверхности и реактивным отеком мягких тканей в послеоперационной области.

Мы провели сравнение болевого синдрома после тонзиллэктомии молекулярно-резонансным аппаратом с помощью различных методик: с помощью пробы «глотка» и лицевых шкал Wong – Baker.

В первом случае интенсивность болевых ощущений после тонзиллэктомии определялась физиологической пробой «глотка». Для выполнения этой пробы больному перед операцией

предлагалось медленно выпить 100 мл теплой воды. Критерием оценки служило время, за которое больной выпивает воду. В послеоперационном периоде вследствие реактивного отёка мягких тканей глотки время приёма воды увеличивалось. Оценка выраженности и продолжительности болевых ощущений проводилась по оценке нормализации времени выпивания воды в сравнении с предоперационными показателями данного больного. Исследование проводилось в динамике: первое до операции, затем ежедневно в течение 7 дней после операции.

Также болевой синдром оценивали с помощью лицевых шкал Wong – Baker Faces Rating Scale. Шкала Вонга-Бейкера была создана и внедрена в практику в 2001 году для оценки интенсивности боли у детей. Она включает картинки с изображением лиц: улыбающегося лица, различных лиц, искаженных гримасой и плачущего лица (шкала оценки боли от 0 до 10). Эта шкала удобна для применения у детей и у пациентов с затруднением вербальной коммуникации. На определенные сутки после тонзиллэктомии пациента просят отметить на шкале тот уровень боли, который он испытывает, в соответствии с мимикой человека.

Результаты и обсуждение: анализ результатов оценки болевого синдрома с помощью различных методов показал следующие результаты:

1. После тонзиллэктомии, выполненной с применением молекулярно-резонансного аппарата болевой синдром максимален на 3-4 сутки;
2. После классической тонзиллэктомии болевой синдром был максимален на 5-е сутки;
3. В основной группе болевой синдром не достигал наивысшего показателя (был в диапазоне 8-9), в отличие от классической тонзиллэктомии, при которой 12 пациентов из 55 отметили, что уровень боли по шкале достиг 10;
4. После тонзиллэктомии с применением молекулярно-резонансного аппарата на 6-7-е сутки у большей части пациентов (39 из 65) при оценке болевого синдрома на лицевой шкале Вонга-Бейкера был показатель боли 0.

Выводы:

1. Применение молекулярно-резонансного метода создаёт возможность одновременного рассечения тканей и коагуляции, что позволяет свести к минимуму кровопотерю. В результате чего улучшается визуализация операционного поля, и операция проходит в практически «сухой» ране, что уменьшает риск повреждения окружающих тканей.
2. Применение молекулярно-резонансного аппарата при удалении небных миндалин позволяет уменьшить развитие послеоперационного отёка и, соответственно, снизить болевой синдром в послеоперационном периоде в сравнении с классической тонзиллэктомией.

Контакты: Лазарчик Татьяна Анатольевна; e-mail: zvereva_tanya@list.ru

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЮВЕНИЛЬНЫХ АНГИОФИБРОМ НОСОГЛОТКИ С ПОЗИЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Рзаев Р. М.¹, Рзаев Р. Р.², Рзаев Рд. Р.³

¹Отделение оториноларингологии-хирургии головы и шеи Центральной дорожной больницы Азербайджанской Железной Дороги (ЗАО), г. Баку, Азербайджанской Республики

²ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА» Россия, г. Москва

³ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Россия, г. Москва, Россия

Проблема оптимизации хирургической тактики при удалении ювенильных ангиофибром носоглотки (ЮАН) возникает особенно тогда, когда, опухоль выходит за пределы носоглот-

ки и занимает несколько анатомических образований лицевого скелета. При этом проводимые операции не всегда обеспечивают радикальное удаление опухоли, о чем свидетельствуют высокие проценты её «рецидива» (от 11 до 50%).

Следовательно, результаты хирургического лечения больных с ЮАН, все ещё неудовлетворительны, а улучшение тактики хирургического вмешательства при этом оставляет желать лучшего.

Цель исследования - повышение эффективности удаления ЮАН путём реализации эндоскопических и микрохирургических вмешательств.

Пациенты и методы. Основу работы составили результаты лечения 9 больных с ЮАН, у 7 из которых, согласно собственной классификации (Рзаев Р.М., 1987, 2002, 2005) имелась базально распространенная, у 2 больных – интракраниально распространенная формы опухоли.

В числе больных с базально распространенной опухолью у 2 – имелась I (опухоль занимала носоглотку, полость носа), у 4 – II (опухоль занимала носоглотку, полость носа, крыловидно-нёбную ямку, решётчатый лабиринт, клиновидную пазуху), и у 1 больного – III (опухоль занимала носоглотку, полость носа, решётчатый лабиринт, крыловидно-нёбную и подвисочную ямки) стадия. У всех пациентов с интракраниально распространенной опухолью имелась IVa стадия (опухоль проникала в среднюю черепную ямку где локализовалась латеральное кавернозного синуса). Все пациенты были мужского пола в возрасте от 10 лет до 21 года (средний возраст – 15 лет). Пациентам наряду с общим клиническим обследованием проводили КТ, КА, а при подозрении на интракраниальное распространение опухоли – и МРТ.

Эндоскопическая эндоназальная операция при удалении базально распространяющихся ЮАН, включала частичную резекцию тех или иных анатомических структур лицевого скелета, последовательную мобилизацию сегментов опухоли в носовой полости, носоглотке, крыловидно-нёбной и подвисочной ямках, окологлоточном пространстве и последующее удаление опухоли эндоназальным/или эндооральным путём. После достижения гемостаза производилась задняя тампонада носовой полости рыхлой марлевой тампонадой операционной полости. Применялись эндоскопы диаметром 3 мм, длиной 18 см, с углом зрения 0°, 30 и 45°.

При интракраниальном распространении опухоли применена комбинированная операция – микрохирургическая операция на основании черепа (МООЧ) с последующим выполнением вышеуказанной эндоскопической операции. МООЧ включала следующие основные этапы: дугообразный разрез в височно-околоушной области; обнажение околоушно-жевательной области, рассечение и смещение скуловой дуги (вместе с сепарированной височной мышцей) к низу; рассечение связок височно-нижнечелюстного сустава, средней артерии твердой мозговой оболочки (ТМО) и нижнечелюстной ветви тройничного нерва; смещение головки нижней челюсти книзу, резекция костного остова дна средней черепной ямки до обнажения поверхности ТМО; рассечение верхнечелюстной ветви тройничного нерва; резекция крыловидных отростков клиновидной кости до обнажения опухоли; сепарирование опухоли от ТМО (с последующим выполнением этапа эндоскопической эндоназальной операции); облитерация операционной полости мобилизованной височной мышцей (со стороны раны височно-околоушной области), и фиксирование скуловой дуги на прежнее место.

В качестве мер, направленных на предотвращение кровотечения во время операции, в тех или иных случаях, применялось как интраоперационное клипирование верхнечелюстной артерии (через верхнечелюстную пазуху), так и перевязка наружной сонной артерии, и/или эмболизация сосудов питающих опухоль (за день до операции).

Результаты. Средняя продолжительность эндоскопической эндоназальной операции у больных с базально распространяющимися опухолями составила 4 часа. Несмотря на оказание мер по предотвращению возможного кровотечения, средняя потеря крови составила 850 мл. Продолжительность комбинированной операции у больных с интракраниально рас-

пространяющимися опухолями составила от 6 до 14 часов (в среднем 10 часов), кровопотеря колебалась от 2,0 до 5,0 литров (в среднем 3,0 литров). У всех больных, интракраниальный отросток опухоли, локализовался в средней черепной ямке – латеральное кавернозного синуса, и при этом, имел экстрадуральное расположение.

Катамнестическое наблюдение за больными показало на отсутствие рецидива опухоли в отдаленные сроки после операции (более 2-х лет). В послеоперационном периоде у одного больного, подвергавшего комбинированной операции, возник парез височно-скулового разветвления лицевого нерва (птоз верхнего века), а у другого, по-видимому, вследствие повреждения верхней стенки кавернозного синуса, возникли признаки пареза III, IV и VI черепно-мозговых нервов (птоз, анизокерия и амвроз). Все указанные осложнения, были устранены после проведения симптоматического лечения. В то же время, у больного имело местонарушение артикуляции нижней челюсти (незначительное ограничение его движения), причиной которой являлось образование рубцов в суставной ямке височно-нижнечелюстного сустава, связки которого, были рассечены в плановом порядке во время операции. Данное состояние было выражено не столь значительно, что не отразилось на жевательной функции и/или трудоспособности больного.

Заключение. В качестве самостоятельного метода, эндоскопическая эндоназальная операция, обеспечивает радикальное удаление базально распространяющихся ЮАН (опухолей I, II и III стадий). Имея ряд достоинств: относительная простота проведения операции, благоприятные функциональные, щадящие и эстетические свойства, эндоскопическая операция может претендовать на преимущества перед традиционными хирургическими вмешательствами при удалении ЮАН.

Применение эндоскопической операции в комбинации с МООЧ, обеспечивает радикальное удаление интракраниально распространяющихся ЮАН (опухоли IVa стадии), и, тем самым, устраняет необходимость проведения травматической операции (с проведением лицевого разреза), имеющее место при выполнении традиционных вмешательств.

Наш скромный опыт применения эндоскопических и микрохирургических вмешательств, не претендует на исчерпывающее и окончательное мнение, относительно выбору эффективного метода удаления ЮАН, он скорее побуждает к поиску путей рационального применения их, при удалении всех форм опухоли.

Контакты: Рзаев Рафик Мамедович; AZ1117, Баку, ул. Н. Хашими 25/45;
e-mail: dr_rzayev@hotmail.com

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ ПОЛНОЙ АТРЕЗИИ ХОАН У НОВОРОЖДЕННЫХ

Тюкин В. Ю., Егоров В. И., Кочнева А. О.

***Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского, г. Москва, Россия***

Врожденные пороки развития в структуре детской заболеваемости и смертности занимают одно из первых мест. Ежегодно 5–8% новорожденных рождаются с теми или иными врожденными и наследственными дефектами. У 60% детей пороки развития лица и черепа сочетаются с другими видами аномалий. Этиология пороков и аномалий развития до конца не изучена. Обще-признан многофакторный характер врожденных аномалий челюстно-лицевой области, который определяется взаимодействием множества разнообразных этиологических причин. Врожденная

атрезия хоан — внутриутробная аномалия, формирующаяся на 6-12 неделе гестации, и связана с неполной резорбцией носо-небной мембраны. В дальнейшем, из-за сохранившейся мембраны отмечается сближение задних отделов сошника и боковой поверхности полости носа. По классификации Щербатова И.И (1966), атрезии хоан подразделяются на односторонние, двусторонние; полные и частичные; по строению ткани — на костные, перепончатые и смешанные; по периоду возникновения — на врожденные и приобретенные. Врожденная двусторонняя полная атрезия хоан - редкая патология и встречается, по данным разных авторов, с частотой один ребенок на 5-10 тыс новорожденных. При этом двусторонняя атрезия хоан встречается чаще, чем односторонняя в соотношении 2:1. Врожденная двусторонняя атрезия хоан может идти в комплексе с такими синдромами, как: CHARGE синдром, синдромы Крузона, Дауна, Тричера-Коллинза и др. При диагностике данной патологии у новорожденного отмечается отсутствие прохождения воздушной струи через нос, при катетеризации: препятствие прохождению катетера. В дальнейшем необходимо проведение эндоскопического исследования или компьютерной томографии. Лечение врожденной полной костной атрезии хоан только хирургическое. Хирургический подход у новорожденных только эндоназальный с эндоскопическим контролем со стороны ротоглотки с применением назального бора и микродебридера. Обязательным условием любого из типов операции для поддержания просвета и предупреждения рестеноза является постановка стентов во вновь сформированные хоаны. В разных клиниках в разное время разработаны различные по конструкции носовые стенты. Чаще всего – это устройства представляющие собой термопластическую трубку, которую помещают на различное время в носовую полость после формирования хоаны. Однако, данные устройства обладают существенными недостатками: ненадежность крепления в полости носа не позволяет установить устройство на продолжительный срок для окончательного формирования просвета хоан после устранения атрезии. Также существующее крепление стента при помощи шелковой нити, которую обвязывают вокруг головы ребенка. Недостатком этого крепления является неудобство в использовании, особенно для новорожденных, а также ненадежность его фиксации в полости носа.

Цель исследования: повышение эффективности лечения при двусторонней полной атрезии хоан у новорожденных и внедрение в практику нового устройства для предотвращения рубцового зарращения просвета хоан у новорожденных.

Материалы и методы: на базе ЛОР- отделения ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было разработано и внедрено в практику устройство для предотвращения рубцового зарращения просвета хоан у новорожденных (патент № 2614936 от 30.03.2017), которое позволяет добиться стойкого положительного результата и не обладает вышеперечисленными недостатками, а также позволяет формировать проксимальную часть индивидуально по форме и размеру носоглотки. Наше новое устройство выполнено в виде двух трубок с перемычкой, на концах которых имеются кольцевые фиксаторы. Обе части выполнены с изгибом 140-170 градусов посередине. Эта конфигурация позволяет: надежно и безопасно зафиксировать устройство, исключая выпадение, за счет вышеуказанных формы и перемычки; за счет формы дистального конца изменять его индивидуально по размерам носоглотки; избежать прорастания грануляций в просвет стента за счет формы и размеров перемычки, соединяющей проксимальные концы трубки; избежать деформаций преддверия полости носа за счет физиологичного изгиба посередине трубки. С 2002 г в нашей клинике прооперировано 40 детей с врожденной полной костной двусторонней атрезией хоан. С 2010г с применением нового стента прооперировано 20 детей (50%).

Результаты: рубцовое стенозирование при применении предыдущей методики стентирования отмечалось в 7 случаях из 20. (35%). Рубцовое стенозирование при применении новой методики - отмечалось в 1 (5%) случае из 20, что потребовало повторной установки стента большего размера. Детям, у которых имелся стойкий положительный результат, по-

вторные операции были проведены в плановом порядке по достижению 6-9-летнего возраста, так как размер, наложенных в младенчестве хоан, не обеспечивал дыхательных потребностей подросткового организма.

Выводы: 1. конфигурация стента позволяет: надежно и безопасно зафиксировать устройство, исключая выпадение, за счет вышеуказанных формы и перемычки; 2. за счет формы дистального конца изменять его индивидуально по размерам носоглотки; 3. избежать прорастания грануляций в просвет стента за счет формы и размеров перемычки, соединяющей проксимальные концы трубки; 4. избежать деформаций преддверия полости носа за счет физиологического изгиба посередине трубки. 5. все эти факторы повышают эффективность хирургического лечения новорожденных детей с полной двусторонней атрезией хоан.

Контакты: Кочнева Анастасия Олеговна; 129110, г Москва, ул. Щепкина, 61\2, кор. 15; e-mail: anastasia1112@ya.ru

К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЛОТКИ

*Шагатаева Б. А., Исмагулова Э. К., Кадыргалиев Б. Б., Нагина А. М., Тойшыманова Г. О.
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан*

Актуальность темы. Своевременная диагностика новообразований глоточного кольца до сих пор является актуальной задачей, что обусловлено непатогномичностью макроскопических проявлений заболеваний и трудностями дифференциального диагноза разнообразных опухолевых поражений этой локализации. Многокомпонентный состав миндалин лимфоидного кольца обуславливает возможность развития в них гистологически различных злокачественных опухолей: рака, гематосарком и сарком других тканей. Большинство злокачественных новообразований глотки имеют строение инвазивного плоскоклеточного ороговевающего рака, возникновению которого могут предшествовать различные предраковые состояния.

Цель исследования. Определить пути эффективной диагностики новообразований глотки на основе клинико-цитологической характеристики.

Материал и методы исследования. Нами проведено исследование у 115 больных с различными по характеру новообразованиями глоточного кольца. Каждый клинический случай был диагностирован как клинически, так и морфологически.

Результаты исследования. Макроскопически гематосаркомы глоточного кольца представляют собой опухоль с инфильтрирующим или экзофитным ростом. При гематосаркомах изъязвление слизистой опухолевого образования встречается реже, чем при раке. При окраске по Романовскому в пунктате опухолевого лимфатического узла обнаруживаются опухолевые клетки с низким ядерно-цитоплазматическим отношением. Одной из наиболее характерных особенностей злокачественных опухолей носоглотки и миндалин является их раннее метастазирование в регионарные лимфатические узлы (78-90%). Наш опыт по цитологическому исследованию, проведенному у 115 больных с различными по характеру новообразованиями глоточного кольца, позволяет считать, что при язвенно-инфильтративных формах опухолевых поражений целесообразно использовать метод соскоба, а при опухолях, покрытых неизменной слизистой оболочкой - метод пункционной биопсии. Большим подспорьем в морфологическом подтверждении характера процесса может явиться положительный результат исследования пунктата из метастазов в лимфатические узлы шеи. Так, в 11 наблюдениях извлечения пунктата из лимфоузлов шеи были подтверждены не только злокачественный характер про-

цесса, но и его морфологическая зрелость. Совместное использование цитологического и гистологического методов исследования облегчает морфологическую идентификацию этих неопластических заболеваний, значительно повышая точность их распознавания. По морфологической характеристике злокачественные новообразования носоглотки довольно разнообразны, но наиболее часто выявлены: плоскоклеточный рак (у 70-75% всех больных); недифференцированные формы рака; лимфоэпителиомы (опухоли Шминке).

Выводы. Таким образом, цитологическое исследование материала из очага поражения с одновременным анализом пунктата увеличенных лимфатических узлов шеи значительно расширяет возможности цитологической диагностики новообразований лимфоидного кольца глотки.

Контакты: Шагатаева Бибигуль Адаевна; тел.: 8 701 3550398; e-mail: bibigul_1972@mail.ru

Нагина Айкерим Маматовна; тел.: 8 707 4044101; e-mail: aikerim91@bk.ru

VI. Заболевания гортани

ПАПИЛЛОМАТОЗ ГОРТАНИ ВЗРОСЛЫХ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Егоров В. И., Мустафаев Д. М., Кочнева А. О.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского, г. Москва, Россия.*

Среди сложных и неразрешенных проблем современной медицины значительное место занимает папилломатоз гортани (ПГ). Тяжесть заболевания, часто приводящего к инвалидизации больных, нередкие неудачи в лечении заставляют оториноларингологов искать новые пути решения данной проблемы. В настоящее время наряду с хирургическими методами лечения, для элиминации вируса и снижения количества рецидивов целесообразно проводить противовирусное лечение с иммунокоррекцией расстройств, на фоне которых развивается поражение гортани. Общепринятым методом противорецидивного лечения ПГ является интерфероно-терапия. В основном применяют инъекционные формы рекомбинантного интерферона (ИФН). Наиболее частым побочным действием при лечении инъекционными формами препаратов ИФН является пирогенная реакция, проявляющаяся после первых инъекций, спустя несколько часов после введения препарата. А так же, отмечают гриппоподобный синдром, тошноту, рвоту, анорексию, головную боль, боли в мышцах, суставах, сонливость. Кроме того, в ответ на введение инъекционных форм рекомбинантных ИФН у больных вырабатываются нейтрализующие антитела (НАТ), которые обладают способностью нейтрализовать противовирусную и антипролиферативную активность ИФН. В то же время, создание максимальной концентрации интерферона альфа-2b в очаге поражения представляет значительные трудности. При в/м и в/в введении лишь незначительная часть препарата попадает непосредственно в ткани папиллом, добиться максимальной концентрации интерферона альфа-2b в очаге поражения можно только ингаляционным введением препарата, поэтому данный способ применения исследуемого, в виде аэрозоля для местного применения, при лечении ПГ обоснован и оправдан. Кроме того, ингаляционный способ введения позволяет снизить терапевтическую дозу, осуществить целевую доставку биологически активного вещества, уменьшить токсичность и побочные действия. В этой связи применение препарата на основе интерферона альфа является актуальным и потенциально важным в терапии ПГ. В ФГУП «Гос. НИИ ОЧБ» ФМБА России создан новый высокопродуктивный рекомбинантный штамм *Escherichia coli* BL21(DE3) – продуцент интерферона альфа-2b человека, разработан технологический процесс выделения и очистки целевого белка, по своим физико-химическим и биологическим характеристикам соответствующего требованиям международных фармакопей. Лекарственные формы интерферонов широко применяются в качестве противовирусных лекарственных средств, для лечения острых и хронических вирусных гепатитов, вирусных конъюнктивитов, различных онкологических заболеваний, рассеянного склероза, для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ.

Цель исследования: повышение эффективности лечения у больных папилломатозом гортани с помощью нового способа комбинированного лечения, включающего эндоларингеальное микрохирургическое удаление папиллом с применением холодной плазмы и последующим проведением местной противовирусной терапии.

Материалы и методы исследования: в ЛОР-клинике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с 2014 г проходит научное исследование эффективности применения интерферона альфа-2b в лечении больных ПГ при комбинированном лечении. В открытое, рандомизированное, контролируемое исследование включено 75 больных (мужчин и женщин) в возрасте от 18 до 65 лет с ПГ. В 1ой группе - 25 пациентов, которые получают терапию рекомбинантным интерфероном альфа-2b в комплексе с эндоларингеальной микрохирургией с применением холодной плазмы. Интраоперационно, после удаления папиллом с помощью аппарата CoblatorII, в пораженную зону выполняется подслизистое введение лекарственного препарата. Затем в течение 7 дней проводятся ингаляции лекарственным препаратом. Во 2ой группе - 25 больным проводится так же хирургическое лечение, в качестве противорецидивного лечения – препарат аллокин – альфа по схеме. Контрольная группа – пациенты оперируются так же методом эндоларингеальной микрохирургии, без назначения медикаментозной терапии. Период наблюдения - время пребывания больных в стационаре и в последующим амбулаторно в течение 2х лет. Пациентам всех групп проводится оториноларингологическое исследование с видеофибрларингоскопией. Безопасность препарата оценивается на основании субъективных жалоб пациента, данных общеклинического исследования, лабораторного обследования, отсутствия побочных эффектов и осложнений. В качестве дополнительного критерия эффективности проводимого лечения - оценка динамики показателей иммунного и интерферонового статусов до и после лечения: уровень сывороточного интерферона, интерферона альфа и интерферона гамма, Т- и В-клеточный иммунитет, определение количества иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG, IgE), интерлейкинов, анализ фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови, гуморальный иммунитет: циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) в сыворотке крови пациентов. Оценка полученных результатов производится по изменению количества и тяжести рецидивов, длительности ремиссий, динамике показателей интерферонового и иммунного статуса пациентов на фоне проводимого лечения. В настоящее время уже пролечено и наблюдаются 20 пациентов из основной группы, пациенты для контрольной группы набраны путем ретроспективного анализа историй болезни.

Результаты: по предварительным данным иммунологического исследования до лечения у большей части больных (80%) отмечалось: снижение содержания Т-киллеров и естественных киллеров по сравнению с нормой, у некоторых пациентов так же имелись изменения в уровне иммуноглобулинов и ЦИК. После проведенного лечения у пациентов первой группы установлено увеличение межрецидивного периода и уменьшение тяжести и частоты рецидивов, тенденция к нормализации показателей иммунного и интерферонового статусов.

Выводы по полученным результатам: 1. Применение препарата Интрефераль приводит к статистически значимому снижению продолжительности и тяжести рецидивов папилломатоза гортани и уменьшению частоты последующих рецидивов. 2. Ингаляционное введение Интерферала (2 млнМЕ) хорошо переносится, не вызывает аллергических реакций, не оказывает гепато-нефротоксического действия и токсического действия на кроветворные органы. 3. Препарат Интрефераль может быть рекомендован для широко практического применения как препарат выбора в комплексной терапии ПГ у взрослых.

Контакты: Кочнева Анастасия Олеговна; 129110, г. Москва, ул Щепкина, 61\2, корпус 15;
e-mail: anastasia1112@ya.ru

ЛЕЧЕБНО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПОДСКЛАДКОВОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ

*Кирасирова Е. А.^{1,2}, Лафуткина Н. В.¹, Пиминиди О. К.¹, Мамедов Р. Ф.¹, Резаков Р. А.¹
¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия
²ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия*

Подскладковый стеноз гортани - заболевание, основной причиной которого является развитие патологических процессов в области подскладкового отдела гортани, приводящих к стойкой инфильтрации и отеку тканей, замещению нормальных структур рубцовой тканью и сужению просвета гортани с развитием явлений дыхательной недостаточности. Наиболее частыми этиологическими факторами развития подскладкового стеноза гортани являются постинтубационные изменения и системные заболевания.

Гранулематоз Вегенера (ГВ) (гранулематозный васкулит, ассоциированный с антителами к цитоплазме нейтрофилов) – редкое заболевание неустановленной этиологии с полиорганными поражениями, характеризующееся развитием некротизирующего гранулематозного воспаления и признаками васкулита аутоиммунного генеза, поражающего преимущественно сосуды малого калибра.

Цель исследования: оптимизация методов лечения больных подскладковым стенозом гортани.

Характеристика больных и методы исследования: за 2016-2017 гг. под нашим наблюдением находилось 14 пациентов (9 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 25 до 59 лет с подскладковым стенозом гортани различной этиологии. Этиологией развития подскладкового стеноза гортани у 4 пациентов являлась длительная интубация, у 6 - гранулематоз Вегенера и у 4 - стеноз гортани носил идиопатический характер. У 5 пациентов на момент поступления в стационар имела место трахеостома. Все пациенты были обследованы по схеме: клиничко-лабораторное исследование, МСКТ гортани и трахеи, эндофибrolаринготрахеоскопия, исследование функции внешнего дыхания, консультации смежных специалистов.

По данным эндоскопического исследования у всех больных отмечалось валикообразное утолщение слизистой оболочки подскладкового отдела гортани, слизистая оболочка гладкая, розового цвета, влажная. По результатам МСКТ с трехмерной реконструкцией хрящевого остова у всех пациентов на уровне перстневидного хряща определяли циркулярное сужение просвета за счет утолщения и уплотнения мягких тканей в просвете. Протяженностью стеноза составляла 5-10 мм, диаметр просвета самой узкой его части 4-9 мм.

Операцию проводили под наркозом с установкой прямой опорной ларингоскопии и использованием видеоэндоскопической техники. Дилатацию рубцового стеноза подскладкового отдела гортани проводили при достижении 100% содержания кислорода в крови. В просвет стеноза после предварительно удаленной интубационной трубки заводили баллонный катетер. С помощью специального шприца-манометра в баллон нагнетали жидкость, достигая давление в 10 атмосфер, диаметр баллона при этом составлял 10 мм, время экспозиции составляло 1 минуту, затем жидкость из баллона эвакуировали, после чего его удаляли. После достижения 100% сатурации через 5-6 минут процедуру повторяли. Дилатацию проводили в 3 подхода.

Результаты собственных исследований: В результате проведенного хирургического лечения удалось добиться стойкого расширения просвета подскладкового отдела гортани за счет микроразрывов рубцовой ткани строго по диаметру баллона. Сужения просвета в первые минуты после проведения дилатации не наблюдалось. Длительность стационарного лечения составила 3 суток.

Рестенозирование подскладкового стеноза гортани наблюдалось у одного пациента с гранулематозом Вегенера, которое было связано с рецидивом основного заболевания, плохо поддающегося патогенетическому лечению. По данным гистологического исследования тканей подскладкового отдела гортани, взятых микрощипцами до проведения дилатации, отмечались фрагменты слизистой оболочки гортани, покрытые несколько атрофичным зрелым многослойным плоским неороговевающим эпителием. В подлежащей строме отмечалась картина склеротической деформации, а так же лимфоцитарной инфильтрации.

Заключение: система баллонной дилатации является современным малоинвазивным и малотравматичным методом лечения ограниченных стенозов подскладкового отдела гортани, позволяющим избежать проведения открытых хирургических вмешательств – ларинготрахеальной пластики, либо крикотрахеальной резекции, и значительно сокращающим длительность стационарного лечения пациентов и периода полной реабилитации.

ОСТРАЯ ТРАВМА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Кирасирова Е. А.^{1,2}, Мамедов Р. Ф.¹, Лафуткина Н. В.¹, Резаков Р. А.¹, Пиминиди О. К.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Повреждения структур гортани и трахеи после тупой травмы шеи могут вызвать тяжелые нарушения состояния здоровья пациента, нередко приводят к смертельным осложнениям или различной степени инвалидизации пострадавших. Характерными признаками травматических поражений гортани и трахеи при нарушении их целостности являются припухлость мягких тканей шеи, изменение формы и положения хрящей гортани, нарушения глотания и дыхания, кровохарканье, подкожная эмфизема. Таким пациентам необходимо своевременное проведение обследования и оказание медицинской помощи.

Целью работы явилось повышение эффективности диагностики и лечения пациентов с тупой травмой гортани и трахеи.

Материал и методы. Нами обследовано и пролечено 39 пациентов после тупой травмы шеи различной этиологии с повреждением гортани и трахеи. Основными жалобами пациентов при поступлении были затруднение дыхания и глотания, кровохарканье, изменение голоса, боль в горле, эмфизема мягких тканей шеи. Пациентам, поступившим в тяжелом состоянии, оказывали неотложную медицинскую помощь: срочная трахеостомия; остановка кровотечения; борьба с травматическим шоком и кровопотерей.

Всем пациентам проводили общеклиническое обследование, эндоскопический осмотр и мультисрезовую КТ с трехмерной реконструкцией гортани и трахеи.

Результаты и обсуждение. По результатам обследования из 40 пациентов, 17 потребовалось хирургическое лечение в связи повреждением хрящевого остова гортани и трахеи, вплоть до разрывов и смещения фрагментов. В остальных случаях в связи с отсутствием структурной патологии гортани и трахеи проводили курс консервативной терапии.

Показаниями к хирургической реконструкции повреждений гортани и трахеи являлись: 1) изменение скелета гортани; 2) перелом хрящей со смещением; 3) стеноз гортани и трахеи; 4) нарушение разделительной функции гортани; 5) обширные повреждения гортани и трахеи. Результаты мультисрезовой КТ гортани и трахеи были определяющим фактором при выборе тактики лечения пациентов. Трехмерная реконструкция позволяет планировать ход и объем оперативного вмешательства, моделировать реконструкцию смещенных фраг-

ментов. Данная тактика в короткие сроки после травмы дает возможность полностью реабилитировать пациента и избежать в последующем объемных хирургических вмешательств, временной или пожизненной его инвалидизации.

ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У ДЕТЕЙ НОСИТЕЛЕЙ ТРАХЕОСТОМЫ

Котова Е. Н.^{1,2}, Баранов К. К.^{1,2}, Вязьменов Э. О.^{1,2}, Миронов А. Ю.², Сидоренко С. И.²

¹ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

²ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель исследования: оценить микробиологический профиль у детей носителей трахеостомы. Определить наличие резистентность выявленных бактерий к наиболее распространенным группам антибиотиков, используемых в педиатрической практике, для рациональной тактики лечения различных воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей у данного контингента детей.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 36 детей носителей трахеостомы в возрасте от 2 до 7 лет с хронической обструкцией гортани (хронический рубцовый постинтубационный стеноз гортани и ювенильный респираторный папилломатоз). Была произведена статистическая обработка данных микробиологических исследований. Вся собранная информация была объединена в единую базу данных в виде электронных таблиц и обработана на персональном компьютере согласно параметрам описательной статистики с использованием приложения Microsoft Office Excel 2007 для Windows 7 Ultimate.

Результаты: при проведении исследования было определено, что наиболее часто у детей носителей трахеостомы выявляется *Pseudomonas aeruginosa* – 38.9%. Как известно, данный микроорганизм широко встречается при различной хронической патологии дыхательных путей. Также часто обнаруживались различные виды кокков: *Staphylococcus aureus* (13.9%), *Streptococcus viridans* (11.2%), *Staphylococcus haemolyticus* (5.6%), *Staphylococcus epidermidis* (2.8%), *Streptococcus salivarius* (2.8%). В 5.56% случаев выявлялась грибковая флора (*Candida*), но всегда в ассоциации с вышеуказанными бактериями. При анализе чувствительности выявленных микроорганизмов к наиболее распространенным антибиотикам, используемых в педиатрической практике, было обнаружено следующее: в большинстве случаев (91.7%) отмечалась явная резистентность к антибиотикам аминопенициллинового ряда, в том числе и защищенным; к другим представителям В-лактамовых антибактериальных препаратов, цефалоспорином, выраженная устойчивость проявлялась в отношении первого и второго поколений. Наиболее часто используемый в нашей стране при лечении патологии дыхательных путей антибиотик цефтриаксон также не имел чувствительность в 75% случаев. Однако к представителю того же третьего поколения цефалоспоринов-цефтазидиму – в большинстве случаев (94.5%) была отмечена чувствительность выделенной микробной флоры, как и к цефалоспорином четвертого поколения, а именно цефепиму (97.2%).

Выводы: в ходе данного исследования были определены особенности микробиологического профиля у детей носителей трахеостомы, а именно наиболее часто выявляющиеся микроорганизмы - *Pseudomonas aeruginosa* – 38.9%, *Staphylococcus aureus* (13.9%), *Streptococcus viridans* (11.2%) и прочие кокки. Особенности чувствительности выявленных микроорганизмов к наиболее распространенным антибиотикам, используемым в педиатрической практике, заключались в том, что в большинстве случаев резистентность отмечалась

к антибиотикам аминопенициллинового ряда (91.7%), цефалоспорином первого и второго поколений, а также, к наиболее часто используемому антибиотику третьего поколения цефтриаксону (75%). Достоверная чувствительность микроорганизмов была выявлена к антибиотику того же третьего поколения цефалоспоринов-цефтазидиму (94.5%), который, как известно, используется для борьбы с синегнойной инфекцией, и цефалоспорином четвертого поколения- антибиотиком цефепиму (97.2%). Результаты данного исследования позволят избирать рациональную антибактериальную терапию при острой или обострившейся хронической воспалительной патологии верхних и нижних дыхательных путей у детей со стенозами гортани- носителей трахеостомы.

Контакты: Котова Елена Николаевна; e-mail: enkotova@yandex.ru

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВОГО ЛАРИНГИТА

Кунельская В. Я., Романенко С. Г., Шадрин Г. Б., Красникова Д. И.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии имени Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

Цель исследования. Разработать наиболее эффективный метод лечения грибкового ларингита.

Методы и методы исследования. За последние 5 лет на базе ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского проведено обследование и лечение 430 взрослых больных с различными формами хронического ларингита, среди них 211 мужчин и 219 женщин.

Всем больным помимо общеклинического и оториноларингологического обследований проводили комплексную оценку клинико-функционального состояния гортани с применением микроларингоскопии, видеоларингостробоскопии, эндофибрларингоскопии. Затем выполняли микологическую диагностику методами микроскопических исследований нативных и окрашенных препаратов и посева патологического отделяемого на элективные питательные среды. У пациентов с гиперпластической формой ларингита также проводили гистологическое исследование биопсийного материала.

Результаты. Диагноз ларингомикоз устанавливали только после лабораторного подтверждения (титр выделенных грибов не менее $1,0 \cdot 10^4$ КОЕ и наличие в мазках активно вегетирующих грибов).

Ларингомикоз был диагностирован у 100 больных из 430 обследованных (23,2%), среди них 57 женщин (57%) и 43 мужчины (43%). Данные 100 пациентов и были включены в дальнейшее исследование. Возбудителями ларингомикоза в большинстве случаев (98%, $n=98$) являлись дрожжеподобные грибы рода *Candida*, среди которых на долю *C.albicans* пришлось 79% ($n=76$). Плесневые грибы рода *Aspergillus* были выделены лишь у 2 больных (2%).

Лечение больных хроническим ларингитом начинали с противовоспалительной терапии еще до получения результатов микологического исследования, при этом характер терапии зависел от формы хронического ларингита: катаральной, атрофической, гиперпластической. Основу комплексной терапии пациентов с ларингомикозом составляла противогрибковая терапия, которую назначали после получения результатов микологических исследований в соответствии с выделенным возбудителем и его чувствительностью к антимикотикам.

В качестве системной терапии при плесневом микозе назначали итраконазол в суточной дозировке 100-200 мг, при кандидозном поражении – флуконазол в дозе 50-150 мг. Дозу препарата выбирали в зависимости от выраженности воспаления слизистой оболочки гортани и титра полученного возбудителя, а так же с учетом возраста, веса пациента и показателей биохимического анализа крови. Длительность терапии системными антимикотиками составляла не менее 21 дня.

Местную противогрибковую терапию осуществляли с помощью ингаляций с 0,01% раствором Бензидилметил-миристоиламино-пропиламмония по 10 минут 2 раза в день, или с антимикотиком Амфотерицином В по 15 минут 1 раз в день, суспензию которого готовили непосредственно перед применением согласно инструкции.

Для оценки эффективности противогрибковых препаратов различного действия в лечении кандидозного ларингита и разработки оптимальной схемы лечения, мы разделили 98 пациентов с диагностированным кандидамикозом гортани на 3 группы: 33 пациента (группа А) получили только местное лечение, 31 пациент (группа В) получили только системное лечение, 34 пациента (группа С) получили комбинированное лечение (с применением противогрибковых препаратов, как местного, так и системного действия). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и количеству входящих в них пациентов, а так же по клиническим формам ларингита. Длительность лечения во всех группах составила 28 дней. Показателями выздоровления больных мы считали – отсутствие жалоб, нормализацию или стойкое улучшение ларингоскопической картины, элиминацию грибковой флоры, подтвержденную результатами лабораторных микологических исследований.

В результате лечения 3-х групп пациентов с грибковым ларингитом, вызванным грибами рода *Candida*, наилучшие результаты были получены в группе С, где пациенты получали противогрибковую терапию препаратами, как местного, так и системного действия, при этом клинический результат был достигнут уже на 21 сутки лечения (клиническая эффективность у 79,4% больных). В группе В, где пациенты получали только системную антимикотическую терапию, положительный эффект от лечения получен в 45,2% случаев, тогда как в группе А, где использовали только местное лечение антимикотиками, результаты были самими неудовлетворительными, и положительного результата в результате курса лечения удалось добиться лишь у 21,2% пациентов.

Так как поражение гортани плесневыми грибами (*Aspergillus niger*) диагностировали лишь у 2-х больных: 1 мужчина (35 лет) и 1 женщина (36 лет) с гиперпластической и катаральной формами ларингита, данным пациентам провели комбинированное (системное и местное) противогрибковое лечение в течение 3-х недель. В результате лечения у пациентки с катаральной формой ларингомикоза достигнута нормализация ларингоскопической картины и эрадикация грибковой флоры, в то время как у пациента с гиперпластической формой грибкового ларингита клинически удалось добиться улучшения, однако при контрольных микологических исследованиях вновь была выявлена грибковая флора в клинически-значимом титре, что потребовало проведения повторного курса комбинированной терапии. После повторного курса удалось достигнуть стойкой ремиссии хронического ларингита и отрицательных результатов микологических исследований.

После завершения курса лечения пациентов наблюдали в динамике. У 21% больных в течение 3 - 12 месяцев был выявлен рецидив заболевания, что потребовало проведения повторного курса комбинированной противогрибковой терапии.

Заключение. На основании проведенных исследований выявлена значительная роль грибковой флоры в структуре хронических воспалительных заболеваний гортани (23,2%), при этом основным возбудителем ларингомикоза являются дрожжеподобные грибы рода *Candida* (98%). Оптимальным методом лечения грибкового ларингита можно считать комбинированную терапию противогрибковыми препаратами системного и местного действия в течение 3-х недель. Немаловажную роль играет динамическое наблюдение за пациентами и проведение контрольных осмотров и микологических исследований как в ходе лечения, так и по окончании терапии и далее на протяжении минимум 1 года.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ РЕЙНКЕ-ГАЙЕКА

Павлихин О. Г., Романенко С. Г., Лесогорова Е. В.

ГБУЗ «Московский научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва, Россия

Болезнь Рейнке-Гайека характеризуется медленно прогрессирующей стойкой дисфонией. Большинство пациентов обращаются на поздних стадиях заболевания, когда возможно проведение только хирургического лечения. Послеоперационный период при болезни Рейнке-Гайека характеризуется выраженным (вплоть до афонии) и длительным (до 8 недель) нарушением голоса, что ограничивает трудоспособность пациентов и является стрессовым фактором.

Цель исследования: изучить факторы, влияющие на выраженность дисфонии у пациентов с болезнью Рейнке-Гайека в до- и послеоперационном периоде.

Материалы и методы: в НИКИО им Л.И. Свержевского ДЗМ было проведено обследование пациентов болезнью Рейнке-Гайека, госпитализированных для хирургического лечения в период с 2015 по 2017г. Все пациенты (n=150) были женщинами, средний возраст составил $54 \pm 4,3$ года. Из них 43 были в возрасте от 60 до 72 лет (29%). Всем пациенткам проводили комплексное обследование клинико-функционального состояния гортани, которое включало: непрямую микроларингоскопию, видеоларингостробоскопию, определение звучности голоса по Yanagihara и компьютерный акустический анализ голоса (система Kay Pentax). Абсолютное большинство пациенток имели стаж курения более 15 лет.

Результаты. Средняя длительность заболевания составила $22 \pm 5,13$ лет. Длительность заболевания коррелировала с тяжестью полипозной гиперплазии слизистой оболочки голосовых складок. Так, у 56% (n=84) пациентов степень выраженности полипозного процесса соответствовала II типу, возраст пациентов соответствовал группе 50-60 лет, у 38% (n=57) - III типу по Yonekawa, преимущественно возрастная группа 61-72лет. Так же были выявлены признаки функциональной патологии гортани, связанной с длительным перенапряжением мышц гортани у 36% (n=54). Признаками функционального компонента дисфонии считали наличие ложноскладковой фонации. Показатели вибраторного цикла при видеоларингостробоскопии были значительно изменены у всех больных. При оценке звучности голоса у 71% (n=106) преобладала 4 степень охриплости по Yanagihara. При компьютерном акустическом анализе голоса было выявлено, что средние значения частоты основного тона снижаются пропорционально возрасту пациентов (максимальные показатели у пациентов до 45 лет, минимальные - у пациентов старше 60 лет), что связано с более выраженными полипозными изменениями у пациентов старшей возрастной группы. Изменения показателей Jitter, Shimmer, NHR до операции существенно не отличались во всех возрастных группах.

В раннем послеоперационном периоде в 69% случаев (n=103) ларингит сопровождался выраженной воспалительной реакцией с экссудацией и формированием фибриновых пленок. При фибринозной форме ларингита наблюдали более выраженную степень охриплости – 3-4 по Yanagihara, по сравнению с катаральной формой послеоперационного ларингита – 1-2 по Yanagihara. Кроме того, у 52 % (n=78) пациентов после операции определяли признаки формирования функциональной патологии гортани, которой соответствовали: снижение тонуса голосовых мышц, с формированием «серповидной» формы краев голосовых складок и широкой овальной или линейной щелью при фонации; гипертрофия вестибулярного отдела гортани с частично ложно-складковой фонацией. Также признаком функционального компонента считали несоответствие качества голоса пациента ларингоскопической картине. Наличие функционального компонента способствовало более выраженному нарушению голосовой

функции и длительной реабилитации голоса. Нормализация показателей компьютерного акустического анализа голоса до возрастной нормы происходила более продолжительное время у пациентов старшей возрастной группы. Так, через 1 месяц после операции средние значения частоты основного тона соответствовали норме у мужчин и нижней границе нормы у женщин, а показатели NHR, Shimmer, NHR значительно превышали норму.

Выводы. Факторами, способствующими более выраженной дисфонии у пациентов с болезнью Рейнке-Гайека, являются степень полипозной гиперплазии голосовых складок, длительность заболевания и возраст пациента. Выраженность и длительность послеоперационной дисфонии у пациентов определяют форма ларингита (более тяжелая при фибринозной форме ларингита) и наличие функционального компонента дисфонии. Пациенты старшей возрастной группы с болезнью Рейнке-Гайека требуют максимально щадящих хирургических вмешательств и длительного наблюдения, дополнительных лечебных мероприятий для сокращения сроков дисфонии.

НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ЭЛЕКТРОФОНОПЕДИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ ГОРТАНИ. ЧТО НОВОГО?

Певцова В. В., Шиленкова В. В.

*ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
г. Ярославль, Россия*

Цель исследования: изучить возможности нейромышечной электрофонопедической стимуляции (НМЭФС) гортани в повышении устойчивости голоса к значительным голосовым нагрузкам у педагогов общеобразовательных школ (ООШ).

Материалы и методы: нами обследовано 10 относительно здоровых женщин-учителей ООШ в возрасте от 38 до 52 лет (средний возраст – 47,5 лет), стажем работы от 17 до 27 лет (в среднем – 24 года) и средней голосовой нагрузкой в школе - 24,5 часа в неделю. Все учителя были опрошены о наличии жалоб со стороны голосового аппарата, осмотрены с выполнением ларингостробоскопии. Состояние голосовой функции оценивали методом акустического анализа с записью фонетогаммы и голосового нагрузочного теста (ГНТ) на компьютерном акустическом анализаторе «The LingWaves Phonetogramm Pro». Голосовой нагрузочный тест проводили в режиме непрерывного, 30-минутного чтения теста с громкостью голоса 65 дБ, 80 дБ и 65 дБ по 10 минут в каждом режиме. После обследования педагогам проводился курс НМЭФС на приборе ВокаСтим Мастер («Физиомед»). Наблюдение осуществлялось в 3 визита: Т0 – до проведения курса НМЭФС гортани, Т1 – после 10 сеансов НМЭФС, Т2 - через 2 месяца после НМЭФС. При этом была проанализирована динамика показателей певческого профиля: частота основного тона (ЧОТ), Jitter, время максимальной фонации (ВМФ), индекс дисфонии (DSI), максимальная (SPLmax) и минимальная (SPLmin) интенсивность голоса, частотный (Fdelta) и динамический (SPLdelta) диапазоны. Во время ГНТ мы регистрировали динамику параметров выносливости голоса: выполнение теста («attended»), среднюю интенсивность голоса за весь период чтения текста («volume average»), процент периода, когда интенсивность голоса снижалась ниже уровня заданной громкости («below»). Последний параметр является ведущим в оценке выносливости голоса. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с помощью программы STATISTICA (версия 8.0).

Результаты и их обсуждение: жалобы на нарушение качества голоса после голосовой нагрузки отмечали все обследуемые учителя. Кроме того, 5 из 10 педагогов отмечали «потерю голоса» в начале учебного года. При выполнении ларингостробоскопии патологии мы

не обнаружили. Во время первого визита все учителя справились с ГНТ, однако 7 из 10 женщин отметили появление сухости в горле и утомляемости голоса уже после первой половины теста. Показатели ГНТ «attended» и «volume average» достоверно не отличались от таковых в норме и составили 100 % (при норме 96-100%) и 73,4 дБ (при норме 74,6 дБ) соответственно. Параметр, указывающий на частоту периодов времени ГНТ, когда интенсивность голоса обследуемых снижалась ниже заданного уровня громкости (below), у педагогов был выше нормы и составил 27,0% (при норме 19,75%) ($p < 0,05$). После проведения курса НМЭФС 8 женщин отметили значительное улучшение, что проявилось отсутствием утомляемости голоса к вечеру и негативных изменений тембра голоса после голосовой нагрузки. При этом статистически значимой динамики акустических параметров голоса от визита к визиту мы не наблюдали, за исключением расширения объема частотного диапазона и изменений параметров ГНТ. Так, частотный диапазон вырос в среднем с 402,9 Гц до 568,8 Гц, интенсивность голоса - с 73,4 дБ до 76,8 дБ ($p < 0,05$). Параметр, указывающий на частоту периодов времени ГНТ, когда интенсивность голоса обследуемых снижалась ниже заданного уровня громкости («below»), уменьшился с 27% до 15% ($p < 0,05$). Во время динамического наблюдения на визите Т2 показатели оставались стабильными, несмотря на значительные голосовые нагрузки, которые испытывали учителя практически ежедневно в течение 2 месяцев после НМЭФС.

Выводы: профессии, связанные с повышенной голосовой нагрузкой, безусловно, оказывают негативное влияние на голос, снижая его качества, в том числе его выносливость. Учитывая полученные в ходе исследования данные, НМЭФС гортани может применяться, в качестве метода сохраняющего устойчивость голоса педагога к многочисленным неблагоприятным воздействиям, неизбежно сопровождающим его профессиональную деятельность.

Контакты: Певцова Варвара Витальевна; г. Ярославль, ул. Революционная, д.5;
e-mail: insing90@mail.ru.