Научно-практический журнал

ПОСТДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

ВЫПУСК №4 (2018)

Московское научно-практическое общество оториноларингологов

ИМУДОН®

Abbott

3+
Разрешен
детям с трех лет[1]

Механизм здорового горла.

- Активирует иммунные клетки горла[1, 2]
- Способствует уничтожению причины боли в горле[2, 3]
- Помогает сократить сроки заболевания в 2 раза[4, *]

ИМУДОН® RUIMD181216 от 23.03.2018

Регистрационный номер: П №014990/01
Таблетки для рассасывания.
Группировочное название: лизатов бактерий смесь (L. acidophilus + L. delbrueckii ss lactis + L. helveticus + L. fermentum + S. pyogenes groupe A + S. sanguis groupe H + S. aureus + E. faecium + E. faecalis + K. pneumoniae ss pneumoniae + F. nucleatum ss fusiforme + C. pseudodiphtheriticum + C. albicans)& **Показания к применению:** лечение и профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта и глотки: фарингит; хронический тонзиллит; предоперационная подготовка и послеоперационный период после тонзилэктомии; поверхностные и глубокие пародонтозы, пародонтит, стоматит (в том числе афтозный), глоссит; эритематозный и язвенный гингивит; дисбактериоз полости рта; инфекции после удаления зубов, имплантаций искусственных зубных корней; изъязвления, вызванные зубными протезами. **Противопоказания:** повышенная индивидуальная чувствительность к препарату или его компонентам; детский возраст до 3-х лет; аутоиммунные заболевания. **Период беременности и лактации:** не рекомендуется принимать Имудон® в период беременности или лактации. **Способ применения и дозы:** для взрослых и подростков старше 14 лет. При острых воспалительных заболеваниях полости рта и глотки и обострении хронических заболеваний препарат принимают по 8 таблеток в день. Таблетки рассасывают (не разжевывая) в ротовой полости с интервалом 1-2 часа. Для профилактики рассасывают по 6 таблеток в день с интервалом в 2 часа. Для детей от 3 до 14 лет: для лечения и профилактики обострения хронических воспалительных заболеваний полости рта и глотки препарат принимают по 6 таблеток в день (рассасывают с интервалом 2 часа). Продолжительность курса лечения – 10 дней, профилактики – 20 дней. Курс профилактического применения рекомендуется повторять 3-4 раза в год. Побочное действие: В редких случаях: сыпь, крапивница, ангионевротический отек, тошнота, рвота, боли в животе, повышение температуры, обострение бронхиальной астмы, кашель. В очень редких случаях: узловатая эритема, геморрагический васкулит, тромбоцитопения. **Передозировка:** Случаев передозировки не описано. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** может быть использован с лекарственными препаратами других групп. Особые указания: Дети от 3 до 6-ти лет рассасывают таблетки под обязательным присмотром взрослых! Больным бронхиальной астмой, у которых прием препаратов, содержащих бактериальные лизаты, вызывает обострение заболевания (приступ бронхиальной астмы), применять препарат не рекомендуется. Условия отпуска из аптек: без рецепта. **Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению. Имеются противопоказания, перед применением проконсультируйтесь со специалистом.**
ИМП от 01.07.2013

* При добавлении к базисной терапии.

1 Инструкция по медицинскому применению препарата Имудон® от 01.07.2013.
2 Косенко И. М. Иммуномодулирующая терапия заболеваний ротоглотки у детей // Детские инфекции. 2010. №1. С. 56–61.
3 Лучихин Л. А. Эффективность препарата Имудон® в лечении больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями глотки // Вестник отоларингологии. 2001. №3. С. 62–64.
4 Кладова О. В. и др. Клиническая эффективность Имудона у больных с тонзиллофарингитом на фоне острых респираторных заболеваний // Детские инфекции. 2005. №1. С. 55–59.

Подробную информацию можно узнать на сайте www.imudon.info

ООО «Эбботт Лабораториз»
125171, Москва, Ленинградское шоссе, д. 16а, стр. 1.
Тел.: + 7 (495) 258 42 80; Факс: +7 (495) 258 42 81
www.abbott-russia.ru

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

ПОСТДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

ВЫПУСК № 4 2018

Московское научно-практическое общество оториноларингологов

Издательский дом «НЬЮ ТЕРРА»

Главный редактор:
Магомедов М. М.

Редакционная коллегия:
Гуров А. В.
Ким И. А.
Косяков С. Я.
Красножен В. Н.
Крюков А. И.
Носуля Е. В.
Огородников Д. С.
Пальчун В. Т.

Ответственный секретарь:
Мужичкова А. В.

Размещение рекламы:
Талыков А. С.
тел.: +7 (499) 665-28-01

ООО «НЬЮ ТЕРРА»
E-mail: info@lor-school.ru
оригинал-макет, 2018
Адрес редакции: 129515,
г. Москва, а/я 98

Туровский А. Б.

Особенности диагностики и лечения хронического тонзиллита в современных условиях 2

Кунельская В. Я., Шадрин Г. Б., Мачулин А. И.

Микозы наружного и среднего уха: диагностика и лечение 17

Лафуткина Н. В., Кирасирова Е. А.

Диагностика и лечебная тактика при остром стенозе гортани 29

Егоров В. И., Козаренко А. В.

Идиопатические перилимфатические фистулы лабиринта: очевидное – невероятное, с представлением клинического случая 42

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

д.м.н. **А. Б. Туровский**

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента Здравоохранения города Москвы

Частота встречаемости хронического тонзиллита

По данным различных авторов распространенность ХТ составляет:

- «заболевание весьма распространенное (5-10%), особенно среди детей (12-15%)»

- «среди взрослого населения распространенность составляет 8-42%, а в детском возрасте - 15-63%»

«по обобщенным данным 4% населения страдает хроническим тонзиллитом»

«распространенность хронического тонзиллита, которая составляет у детей с 1 года до 17 лет включительно от 15,0 до 19,5 на 1000 осмотренных детей»

и т.д. и т.п.

В литературе имеется несколько определений ХТ.

- **И.Б. Солдатов - ХТ является инфекционно-аллергическим заболеванием с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией.**
- **Т.С. Полякова, О.Н. Романова , Быкова В.П., говоря о ХТ, подразумевают наличие хронического воспаления небных миндалин со всеми присущими ему патофизиологическими и морфологическими признаками, состоящими в угнетении неспецифических факторов естественной резистентности организма, нарушении гуморального и клеточного звеньев иммунитета. Причем рецидивирование воспалительного процесса в небных миндалинах приводит к местной иммунодепрессии, которая в значительной степени касается способности клеток миндалин к образованию антител и уровня цитотоксической активности иммунокомпетентных клеток, снижении рецепции и продукции цитокиновых молекул в их ткани.**
- **Т.И. Гаращенко и соавт. - ХТ является заболеванием инфекционно-аллергической природы, вызванным чаще поливалентной патогенной и условно-патогенной флорой.**
- **По данным, представленным в «Национальном руководстве» по оториноларингологии [В.Т. Пальчун] - ХТ представляет собой активный с периодическими обострениями хронический воспалительный очаг инфекции в небных миндалинах с общей инфекционно- аллергической реакцией. Инфекционно- аллергическая реакция обусловлена постоянной интоксикацией из тонзиллярного очага инфекции, усиливающейся при обострении процесса.**
- **А.Н. Желтова - ХТ общее хроническое инфекционно-аллергическое полиэтиологическое заболевание с разнообразными клиническими проявлениями, приводящее в большинстве случаев к патологии со стороны сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной систем, а также почек и суставов и нередко служащее причиной развития как местных, так и общих осложнений.**
  Существует критическая оценка характеристики ХТ как заболевания инфекционно-аллергической природы (Гаджимирзаев Г.А.)

Доказана связь между развитием инфекционно-аллергической реакции и БГСА

- **Основным резервуаром S.pyogenes в организме человека является глотка. Другими локусами колонизации этим микроорганизмом могут быть кожа, прямая кишка и влагалище.**
- **В большинстве случаев инфицирование происходит при непосредственном контакте с больным или носителем, а также воздушно-капельным путем. Часто в качестве факторов передачи инфекции выступают контаминированные предметы окружающей среды.**

Распространенность БГСА

- Точных данных официальной статистики по БГСА-инфекциям нет. Однако, согласно результатам американских исследователей, практически каждый ребенок, достигший 5-летнего возраста, имеет в анамнезе перенесенную БГСА-инфекцию глотки, а 13-летний – до 3-х эпизодов заболевания [Wannamaker L.W.].
- Частота обнаружения БГСА при хроническом тонзиллите по данным разных авторов колеблется от 15 до 50% [Solak S., Ergonul O. , 2005; Pichichero M. E., 1997г.].
- По данным СПб НИИ ЛОР около 40% больных ХТ имеют хроническую стрептококковую инфекцию, подтвержденную результатами лабораторных исследований [2011].
- В среднем около 20% детей школьного возраста являются носителями БГСА в весенне-зимнее время [Л.С. Страчунский, 2001].
- Ведущим этиологическим фактором в развитии ХТ, а также местных и общих его осложнений является бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА), что составляет, по разным данным, от 32,5% до 60% [А.И. Крюков, 2009].

- **Частота высеваемости БГСА во многом определяется формой ХТ. Как описано выше, при ХТ, осложненном паратонзиллярным абсцессом, S.pyogenes обнаруживается до 4,3 раза чаще, чем при ХТ ТАФ I [Крюков А.И. , 2008г.].**
- **На высеваемость БГСА влияют особенности техники забора проб биологического материала, а также состав и способ приготовления питательных сред.**
- **Выделение стрептококков затруднено в тех случаях, когда в материале из глотки наряду с ними встречаются гемолитические стафилококки (S.aureus), которые отличаются бурным ростом и буквально «забивают» колонии стрептококков.**
- **Культуральными методами не выделяются стрептококки, персистирующие внутриклеточно.**

ХТ и микрофлора

- **Небные миндалины как в норме, так и при ХТ являются носителями разнообразной, в том числе и патогенной, флоры, Б.С. Преображенский, Г.Н. Попова, 1970 г. Различная флора становится вирулентной только под влиянием определенных неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды, которые, изменяя реактивность организма, снижают его сопротивляемость и тем самым обусловливают нарушение мирного симбиоза организма с микробным агентом.**
- **Заболевание полиэтиологично, то есть не один, а множество микроорганизмов могут вызвать ХТ. Среди патогенов при хроническом тонзиллите наиболее часто обнаруживают стафилококки, стрептококки, пневмококки, Haemophylus infl., моракселлу, аденовирусы, вирус Эпштейн-Барра, коксакивирусы, вирус герпеса, различные анаэробы, микоплазмы, хламидии, грибы [О.Н. Гринчук, 2011]**
- **Микроорганизмы постоянно присутствуют в лакунах небных миндалин здоровых людей, так как именно здесь происходит презентация антигенов и индукция иммунного ответа. Здесь антигены распознаются, фагоцитируются и презентируются В- и Т-клеткам лимфоидной ткани небных миндалин, где развиваются антигенспецифичные Т- и В-клеточные реакции [Мальцева Г.С. , 2009].**
- **По данным В.Т. Пальчуна также небные миндалины по своей природе, т.е. в норме, всегда находятся в состоянии ограниченного по своей активности хронического воспаления в рамках так называемого «физиологического ангизирования».**

- **Есть ли ХТ без БГСА?**
- **ТАФ II – всегда БГСА?**
- **Что можно отнести к объективным признакам ХТ?**
- **Простая форма ХТ и ТАФ это одно заболевание?**
- **Возможен ли переход простой формы в ТАФ?**

Косяков С. Я., Лоранская И. Д., Анготоева И. Б., Мулдашева А. А. (2016)

- У 101 пациента были зафиксированы все признаки простой формы ХТ: казеозные пробки, признаки Гизе, Зака, Преображенского.
- Из 101 пациента в 90 случаях диагноз гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) был подтвержден результатами эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), у 11 пациентов диагноз был поставлен гастроэнтерологом
- Всем пациентам проводилось лечение ларингофарингеального рефлюкса: модификация образа жизни и медикаментозное лечение. 80 пациентов получали терапию: ингибитор протонной помпы течение 1 месяца, антацид по требованию.
- На фоне лечениячерез 1 месяцказеозные пробки сохранялись у 52 пациентов, через 3 месяца - у 34, через 6 месяцев- у 5.

Неясна роль вирусных инфекций семейств Herpesviridae и Papillomaviridae как этиологического фактора

Вирусные инфекции семейств Herpesviridae и Papillo-maviridae имеют ряд патогенетических особенностей, предрасполагающих к развитию и поддержанию воспалительного процесса в эпителиальной ткани ротоглотки

Отсутствуют данные об особенностях клинического течения хронических воспалительных заболеваний глотки, осложненных вирусными инфекциями семейств Herpesviridae и Papillomaviridae

Цель исследования:

повысить эффективность диагностики и лечения хронической воспалительной патологии ротоглотки, осложненной вирусными инфекциями семейств Herpesviridae и Papillomaviridae.

Задачи исследования:

1. Оценить распространенность вирусных инфекций семейств Herpesviridae и Papillomaviridae у здоровых людей и у лиц с хронической воспалительной патологией глотки.
2. Исследовать влияние персистирующих вирусных инфекций семейств Herpesviridae и Papillomaviridae на состояние слизистой оболочки ротоглотки на основании данных цитологического исследования.
3. Оценить сравнительную эффективность стандартной терапии воспалительных заболеваний глотки у пациентов с вирусными инфекциями семейств Herpesviridae и Papillomaviridae в блиижайшем и отдаленном периоде.
4. Разработать схему и оценить эффективность системной противовирусной и местной иммуномодулирующей терапии у лиц с хронической воспалительной патологией глотки, осложненной вирусными инфекциями семейств Herpesviridae и Papillomaviridae в ближайшем и отдаленном периоде.

Дизайн исследования:

2013 г -2016г

214 пациентов в возрасте от 18 до 74 лет

Основная группа – пациенты с хронической воспалительной патологией ротоглотки (n=174)

Контрольная группа – пациенты без хронических воспалительных заболеваний глотки (n=40)

Критерии включения

- **Пациенты, направленные в КДО НИКИО с диагнозом:**
- ✓ **хронический фарингит, катаральная форма;**
- ✓ **хронический фарингит, гипертрофическая форма;**
- ✓ **хронический фарингит, смешанная форма;**
- ✓ **хронический тонзиллит, простая форма;**
- ✓ **хронический тонзиллит, токсико-аллергическая форма I степени.**
- **Отсутствие у пациентов контрольной группы воспалительной патологии глотки.**

Критерии исключения

- **пациенты, не достигшие возраста 18 лет;**
- **пациенты старше 74 лет;**
- **пациенты с хроническим тонзиллитом токсико-аллергической формой II степени;**
- **Пациенты с ангинами в анамнезе чаще 1 раза в 3 года;**
- **пациенты, имеющие повышение показателей АСЛ-О, РФ, СРБ в биохимическом анализе крови;**
- **Пациенты с острыми воспалительными заболеваниями, сопровождающимися повышением температуры тела , изменением формулы крови (лейкоцитов, нейтрофильный сдвиг);**
- **По результатам микробиологического исследования были исключены пациенты с БГСА.**
- **пациенты с установленным диагнозом ГЭРБ;**
- **пациенты с тяжелыми соматическими заболеваниями;**
- **беременность;**
- **пациенты, имеющие противопоказания к использованию терапии, применяемой в исследовании.**

Дизайн и методы исследования в основной группе

Мероприятия в ходе исследования	Этапы исследования				
	Скрининг	1 сутки	10 сутки	30 сутки	6 месяцев
Оценка симптомов боли в горле по ВАШ	X	X	X		
Сбор анамнеза, осмотр ЛОР-органов	X		X	X	X
Клиническое исследование: ОАК, АСЛО, РФ, СРБ, консультация гастроэнетролога	X				
Бактериологическое исследование	X			X	
Диагностика вирусных инфекций методом PCR Real time	X			X	
Цитологическое исследование	X			X	
Оценка комплексного уменьшения симптомов по ВАШ			X	X	X
Оценка частоты рецидивов					X

Дизайн и методы исследования в контрольной группе

Мероприятия в ходе исследования	Этапы исследования				
	Скрининг	1 сутки	10 сутки	30 сутки	6 месяцев
Оценка симптомов боли в горле по ВАШ					
Сбор анамнеза, осмотр ЛОР-органов	X				
Клиническое исследование: АСЛО, РФ, СРБ, консультация гастроэнетролога	X				
Микробиологическое исследование					
Диагностика вирусных инфекций методом PCR Real time	X				
Цитологическое исследование					
Оценка комплексного уменьшения симптомов по ВАШ					
Оценка частоты рецидивов					

Скрининг. Клиническое исследование.

Распределение пациентов основной группы по нозологиям

Распределение форм ХТ и ХФ в основной группе	Количество пациентов(n=174)	
	Абс.	Отн.(%)
Хронический тонзиллит, простая форма	35	20,1
Хронический тонзиллит, токсико-аллергическая форма I степени	36	20,7
Хронический фарингит, катаральная форма	32	18,4
Хронический фарингит, гипертрофическая форма	34	19,5
Хронический фарингит, смешанная форма	37	21,3

- Анамнестические данные: ангины не чаще 1 раз в 3 года.
- Воспалительный процесс не поддается стандартной схеме лечения.
- АСЛО, РФ, СРБ, ОАК в пределах нормальных значений.
- Консультация гастроэнтеролога: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь не выявлена.

Визуальная аналоговая шкала субъективной оценки боли в горле.

1 балл - наименее выраженная боль в горле, а 10 баллов - максимально выраженная боль в горле

Визуальная аналоговая шкала комплексного уменьшения симптомов.

Категория	Баллы
Полное купирование симптомов	7
Практически полное купирование симптомов	6
Значительное уменьшение выраженности симптомов	5
Временное улучшение уменьшение выраженности симптомов	4
Легкое улучшение	3
Незначительное улучшение	2
Минимальное улучшение	1
Отсутствие улучшения	0

Скрининг. Результаты диагностики методом PCR Real-time вирусных инфекций семейств Herpesviridae и Papillomaviridae в основной и контрольной группе.

У пациентов с хронической воспалительной патологией ротоглотки установлена высокая распространенность вирусных инфекций семейств Herpesviridae и Papillomaviridae - 81,03%,
по сравнению с группой без хронических заболеваний ротоглотки , где частота встречаемости вирусов составляет - 45%.

Скрининг. Результаты диагностики методом PCR Real-time вирусных инфекций семейств Herpesviridae и Papillomaviridae в основной и контрольной группе.

Типы вирусной инфекции семейства Herpesviridae у пациентов с хронической воспалительной патологией ротоглотки	Количество пациентов	
	Абс. (n=174)	%
Herpesviridae (всего)	110	63,2
HSV-1	14	8,04
HSV-2	11	6,32
EBV	91	52,2
CMV	6	3,44
HHV-6	44	25,2
Сочетание различных типов вирусов сем. Herpesviridae	50	28,7

Типы вирусной инфекции семейства Herpesviridae у здоровых лиц	Количество пациентов	
	Абс. (n=40)	%
Herpesviridae (всего)	14	35
HSV-1	3	7,5
HSV-2	0	0
EBV	13	32,5
CMV	0	0
HHV-6	6	15
Сочетание различных типов вирусов сем. Herpesviridae	8	20

Особенности вирусологической картины при различных формах хронической воспалительной патологии ротоглотки.

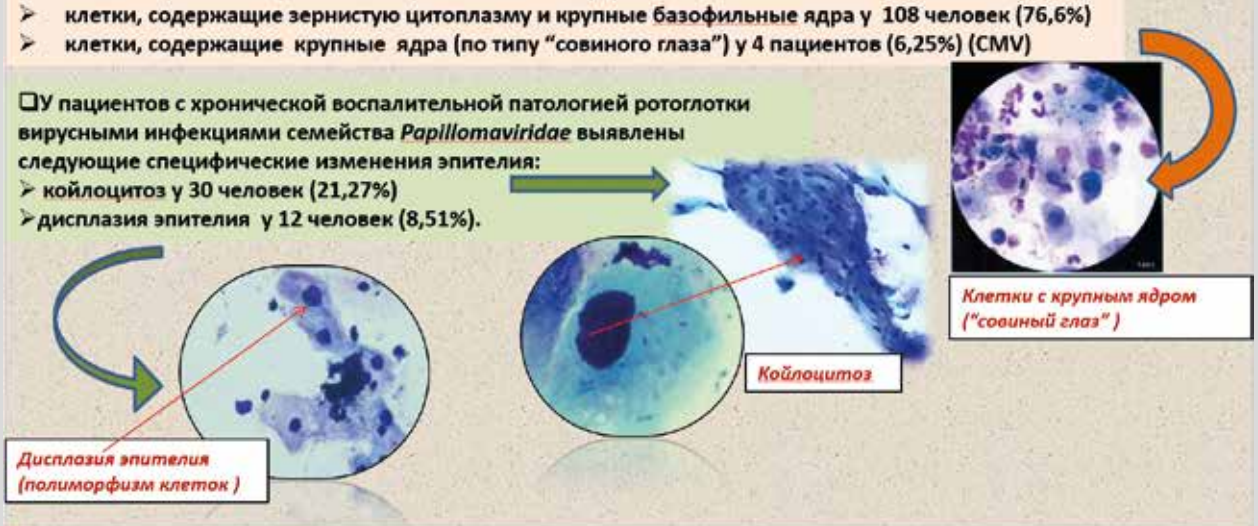
Формы хронических воспалительных заболеваний глотки	Количество пациентов с выявленными вирусными инфекциями и воспалительными заболеваниями глотки N=141	Отн. (%)	Выявленные типы вирусных инфекций сем.Herpesviridae и Papillomaviridae	Абс.	Отн. (%)
Хронический тонзиллит, простая форма	27	19,1%	EBV	24	88,8%
			HHV-6	14	51,8%
Хронический тонзиллит, токсико-аллергическая форма I степени	30	21,3%	HHV-6	28	93,3%
			EBV	18	60%
			Papillomaviridae, различные типы онкогенного риска	3	10%
Хронический фарингит, катаральная форма	41	29,1%	Papillomaviridae, различные типы онкогенного риска	32	78,04%
			EBV	6	14,6%
Хронический фарингит, гипертрофическая форма	43	30,5%	EBV	40	93,02%
			HHV-6	38	88,37%

Скрининг. Результаты цитологического исследования в основной группе.

Для **100% пациентов** с вирусными инфекциями семейств ***Herpesviridae и Papillomaviridae*** характерны **специфические цитологические изменения эпителия**

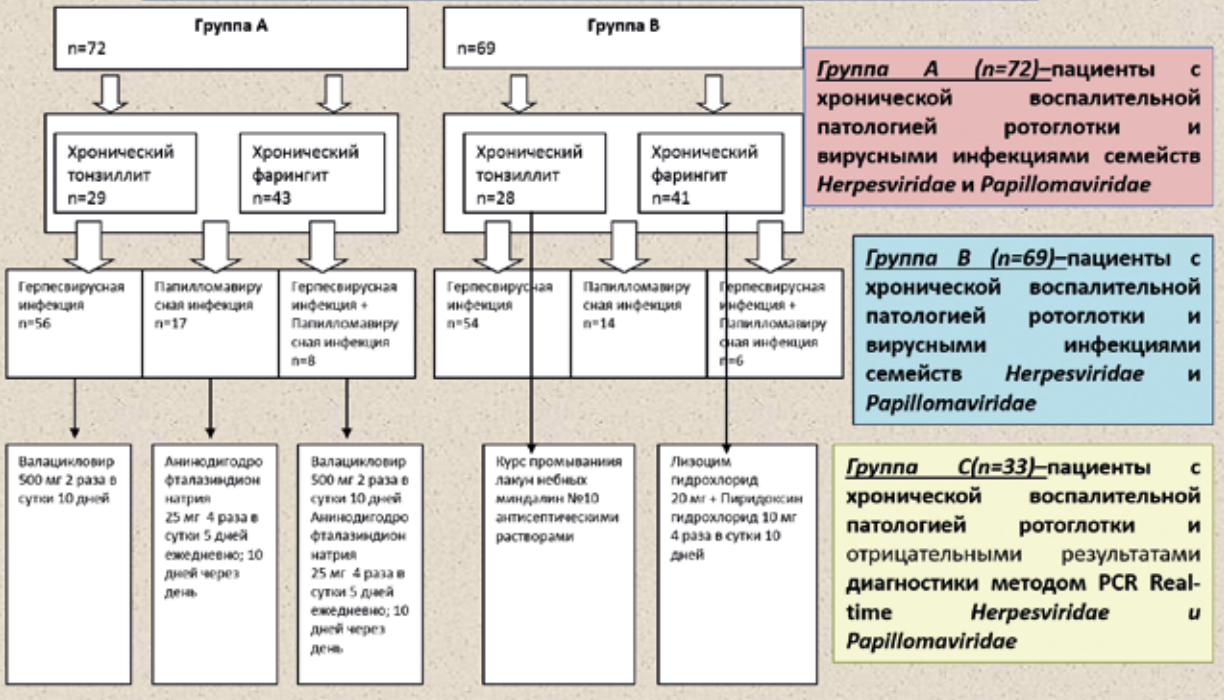
- У пациентов хронической воспалительной патологией ротоглотки и вирусной инфекцией семейства *Herpesviridae* (110 человек) выявлены специфические изменения эпителия:
  - клетки, содержащие зернистую цитоплазму и крупные базофильные ядра у 108 человек (76,6%)
  - клетки, содержащие крупные ядра (по типу "совиного глаза") у 4 пациентов (6,25%) (CMV)

- У пациентов с хронической воспалительной патологией ротоглотки вирусными инфекциями семейства *Papillomaviridae* выявлены следующие специфические изменения эпителия:
  - койлоцитоз у 30 человек (21,27%)
  - дисплазия эпителия у 12 человек (8,51%).



Выявленные специфические цитологические изменения, доказывают влияние вирусов на эпителий ротоглотки и их влияние на возникновение и поддержание хронического

Распределение пациентов по группам по результатам диагностики методом PCR Real-time и в соответствии с этим выбор лечебной тактики. (1 СУТКИ)



Группа А (n=72)*–пациенты с хронической воспалительной патологией ротоглотки и вирусными инфекциями семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae

Группа В (n=69)*–пациенты с хронической воспалительной патологией ротоглотки и вирусными инфекциями семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae

Группа С(n=33)*–пациенты с хронической воспалительной патологией ротоглотки и отрицательными результатами диагностики методом PCR Real-time *Herpesviridae* и *Papillomaviridae

Группа С(n=33) – стандартное лечение (аналогично группе В)

10 сутки. Динамика клинической картины в исследуемых группах после проведенного лечения

Показатели клинической эффективности в группах А, В, С

Анализ шкалы субъективной оценки боли в горле и шкалы оценки комплексного уменьшения симптомов проводился путем расчета среднего арифметического взвешенного значения результатов.

Полученные данные свидетельствуют о более высокой клинической эффективности (группа А) в группе, получавшей специфическую терапию в сравнении с группой, где была проведена стандартная терапия (группа В) у пациентов с хронической воспалительной патологией ротоглотки, осложненной вирусными инфекциями семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae*.

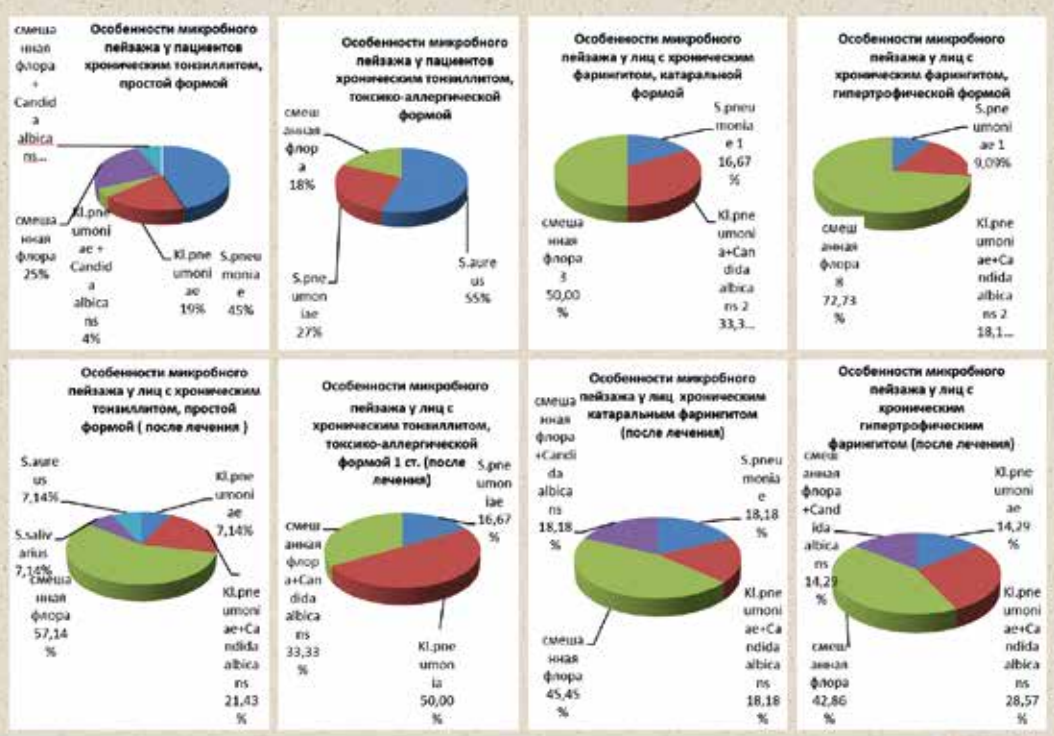
30 сутки. Динамика клинической картины в исследуемых группах после проведенного лечения

Полученные результаты данных фарингоскопической картины, результаты средневзвешенных значений шкалы комплексного уменьшения симптомов воспалительного процесса в глотке говорят о более высокой клинической эффективности в группе А, где проводилась специфическая терапия, по сравнению с группой В, где проводилась стандартная терапия, а также о более тяжелом течении процесса в группе В (пациенты с выявленными вирусными инфекциями семейств *Herpesviridae* и *Papillomaviridae*) по сравнению с пациентами группы С (лица с отрицательными результатами диагностики методом PCR Real-time).

30 сутки. Динамика вирусологической и цитологической картины в исследуемых группах до и после проведенного лечения

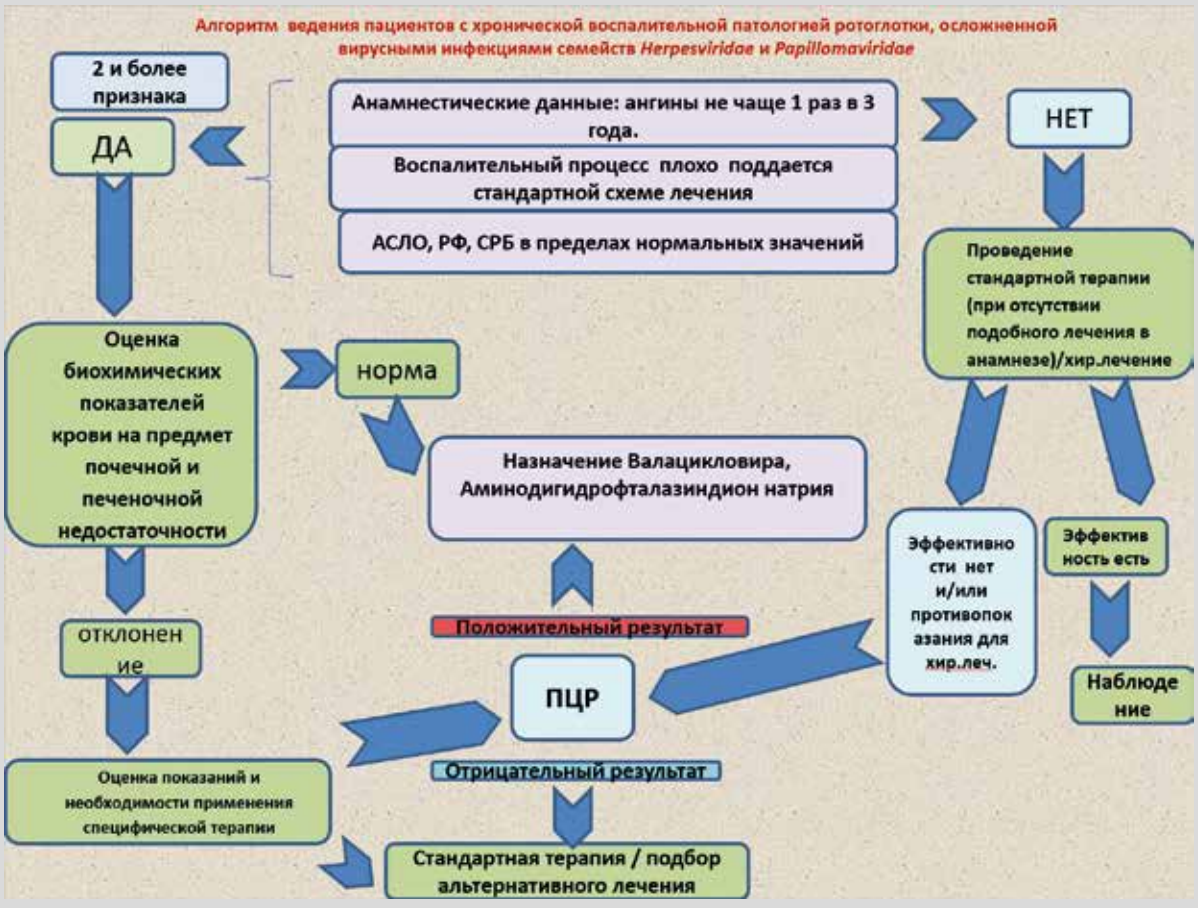
Очевидно, данные клинической картины коррелируют с изменениями лабораторной картины . Таким образом, что лица, получавшие специфическую терапию имеют явную динамику клинической , вирусологической и цитологической картины по сравнению с пациентами, получавшими стандартную терапию – уменьшение выявляемости вирусных инфекций семейств *Herpesviridaeu Papillomaviridae*, а также уменьшение выявляемости цитологических изменений эпителия .

Результаты микробиологического исследования в основной группе до и после лечения



❑Данные по выделенным культурам представлены в клинически значимых количествах (более 10*4 КОЕ / мл).

6 месяцев. Анализ частоты рецидивов хронической воспалительной патологии глотки у пациентов групп А, В, С.



Выводы

1. Вирусные инфекций семейств Herpesviridae и Papillomaviridae достоверно чаще (p<0,001) встречаются у пациентов с хронической воспалительной патологией ротоглотки (81,03%) по сравнению с пациентами без этой патологии (45%).
2. У всех пациентов с хронической воспалительной патологией ротоглотки и вирусными инфекциями семейств Herpesviridae и Papillomaviridae наряду с неспецифическими цитопатическими изменениями цитологической картины наблюдаются специфические, которые свидетельствуют об участии вируса в течении воспалительного процесса в эпителии ротоглотке.
3. У пациентов с хронической воспалительной патологией ротоглотки и вирусными инфекциями семейств Herpesviridae и Papillomaviridae, клиническая эффективность специфической противовирусной и иммуномодулирующей терапии достоверно выше (p<0,001) чем у стандартной терапии (клиническое улучшение у 89,2% с хроническим тонзиллитом и 90,7% с хроническим фарингитом против 53,6% пациентов с хроническим тонзиллитом и 58,5% пациентов с хроническим фарингитом).
4. У пациентов с хронической воспалительной патологией ротоглотки и вирусными инфекциями семейств Herpesviridae и Papillomaviridae, получавших специфическую противовирусную и иммуномодулирующую терапию частота рецидивов заболевания в течение 6 месяцев после лечения, оценённая по обращаемости, достоверно ниже – отсутствие рецидивов у 81,94% (p<0,001), чем у пациентов получавших стандартную терапию (отсутствие рецидивов у 55,07%).

МИКОЗЫ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

Профессор, д.м.н. **В. Я. Кунельская**
к.м.н. **Г. Б. Шадрин**
к.м.н. **А. И. Мачулин**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» департамента здравоохранения города Москвы

- **Воспалительные заболевания уха являются одной из самых актуальных проблем в оториноларингологии.**
- **Среди больных амбулаторно-поликлинического звена доля больных разными формами отита достигает 34%.**
- **Среди отитов различной этиологии, доля отомикозов у взрослых пациентов составляет 18,6% (Кунельская В.Я. 2004)**

(Крюков А.И., Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б. 2004, 2011)

Отомикоз (ОМ) – грибковое заболевание, обусловленное развитием на коже ушной раковины, стенках наружного слухового прохода, барабанной перепонке, в барабанной полости и послеоперационной полости среднего уха различного рода плесневых и дрожжеподобных грибов.

Классификация отомикоза

В соответствии с локализацией воспалительного процесса выделяют:

- **Наружный грибковый отит**
- **Грибковый миринготит**
- **Грибковый средний отит**
- **Грибковый средний послеоперационный отит**
- **По характеру возбудителя – плесневой, дрожжеподобный**

Этиология

- **Основными возбудителями отомикоза являются плесневые грибы рода Aspergillus, Penicillium и дрожжеподобные грибы рода Candida.**

- **В редких случаях могут выявляются грибы рода Mucor, Alternaria, Geotrichum, Kladosporium.**

Предрасполагающие факторы отомикоза

- **частый туалет ушей ватными палочками**
- **удаление серной пробки (промыванием)**
- **инородное тело**
- **купание в открытом водоеме или бассейне**
- **ношение слухового аппарата со стандартным вкладышем**
- **использование берушей**
- **климатические факторы (высокая влажность, жаркий климат)**
- **наличие сопутствующей патологии (сахарный диабет, экзема)**
- **применение антибиотиков и кортикостероидов**

Жалобы при грибковом наружном отите

- выделения из ушей (жидкие при кандидозе)
- образование корочек
- зуд в ухе
- боль в ухе
- заложенность уха
- у отдельных больных в острой стадии могут быть жалобы на головную боль, повышение температуры тела, повышенную чувствительность ушной раковины, заушной области и наружного слухового прохода

Жалобы больных с грибковым средний отитом и с микозом послеоперационной полости среднего уха

- снижение слуха
- наличие выделений из уха
- боль в ухе
- периодический зуд в ухе
- головокружения.

Цель исследования:

- **Повышение эффективности диагностики и лечения отомикоза.**

Объект исследования

- **обследовано 2 152 пациентов с хронической воспалительной патологией уха**

1 473 (68,5%) женщин **679 (31,5%) мужчин**

в возрасте от 16 лет до 91 года

Исследование выполнено в «НИКИО им Л.И. Свержевского» ДЗМ с 2010-2014 г.

Диагностический алгоритм

- **сбор жалоб и анамнеза заболевания**
- **оториноларингологический осмотр с использованием отомикроскопии**
- **микробиологическое исследование отделяемого из уха (микологическое и бактериологическое).**

Микробиологическое исследование

- Метод микроскопии нативных и окрашенных препаратов с использованием световой и люминесцентной микроскопии. (в качестве просветляющих растворов применялся раствор метиленового синего, а также калькофлюор белый)
- Культуральные исследования выполнялись с использованием жидких и твердых питательных сред, с последующим подсчетом колоний.
- Видовую идентификацию дрожжеподобных грибов проводили с помощью тест-системы API 20 (“bioMerieux”, Франция), плесневых грибов – по протоколу MI 38.

Критерии постановки диагноза

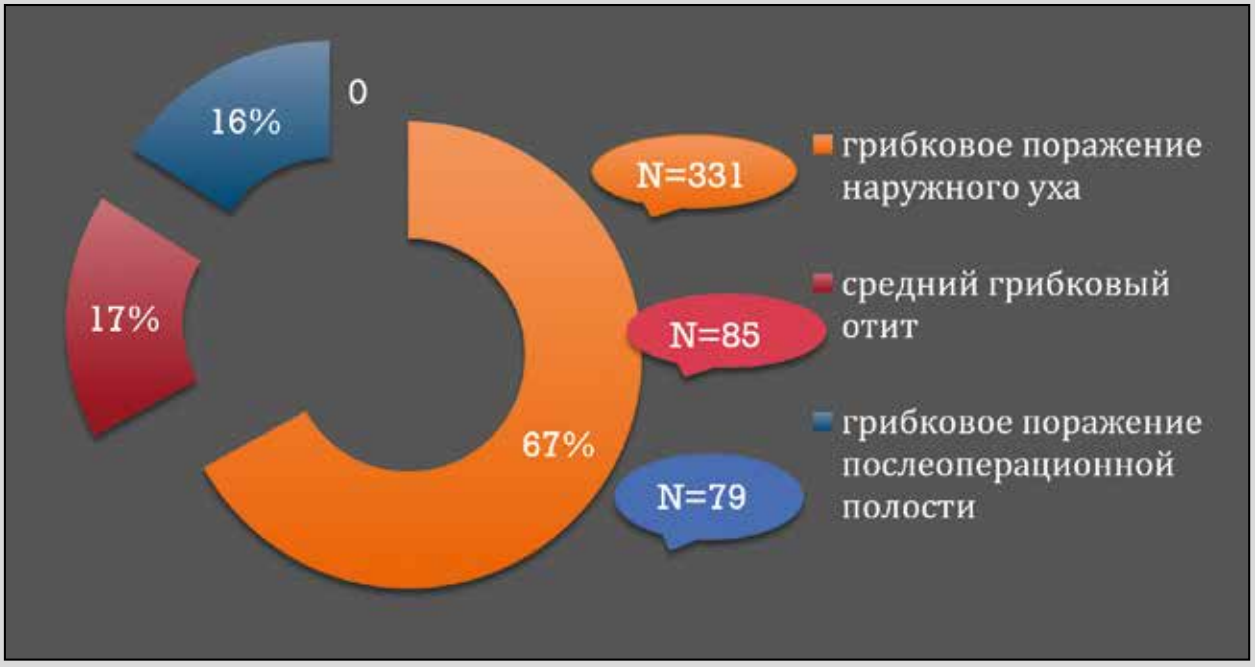
Наличие характерной клинической картины

Наличие элементов гриба при проведении микроскопии отделяемого из уха

Рост гриба на элективных питательных средах

Распределение микробного пейзажа у пациентов с хронической воспалительной патологией уха (N=2152)

Распределение больных с отомикозом (N=495)



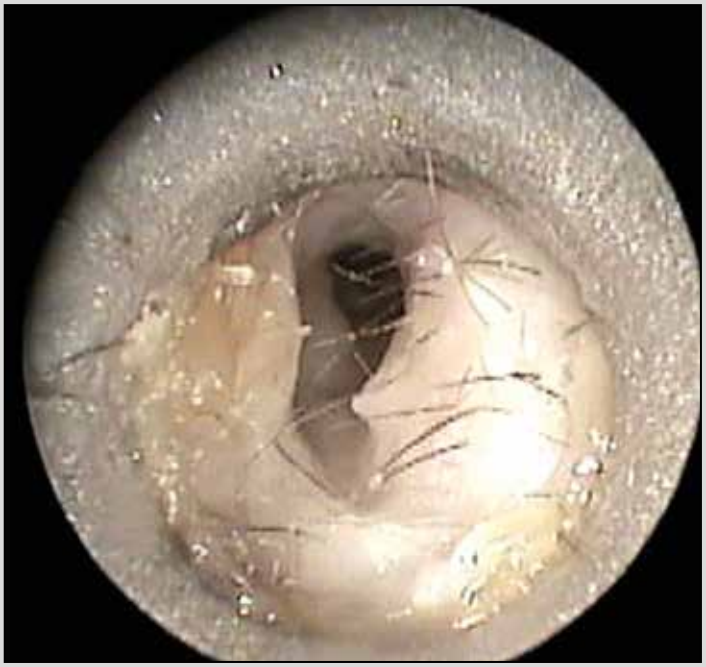
	отомикоз		
	Наружный отит	Средний отит	Микоз п/о полости
Плесневые (A. niger, A. flavus, A. fumigatus и т.д)	65%	21%	95%
Дрожжеподобные (Candida spp.)	35%	79%	5%

Микоз наружного слухового прохода, вызванный Aspergillus niger

Мукороз наружного слухового прохода

Микоз наружного слухового прохода вызванный Candida albicans

Микоз наружного слухового прохода вызванный Geotrichum capitatum



Средний грибковый отит, вызванный Aspergillus niger

Клиническая картина микоза послеоперационной полости

- **Отсутствие или замедление эпитализации**
- **Гиперемия стенок наружного слухового прохода**
- **Наличие патологического отделяемого в неотимпанальной полости**
- **Наличие мелких кровоточащих грануляций**

Лечение наружного грибкового отита

- **туалет уха с раствором 1% нафтифина или 1% раствора хлорнитрофенола.**
- **Использования раствора 1% нафтифина или 1% раствора хлорнитрофенола в виде аппликаций 2 раза в день на турундах с экспозицией до 10 минут (при плесневом наружном отите)**
- **Туалет уха с использованием 1% р-ра клотримазола или 1% раствора нафтифина.**
- **Использование 1% раствора клотримазола или 1% раствора нафтифина в виде аппликаций 2 раза в день на турундах с экспозицией до 10 минут (при кандидозном наружном отите)**
- **Продолжительность курса лечения 1 месяц.**

Лечение среднего грибкового отита и грибкового поражения послеоперационной полости

- **туалет уха с раствором 1% нафтифина**
- **Использования раствора 1% нафтифина в виде аппликаций 2 раза в день на турундах с экспозицией до 10 минут (при плесневом и кандидозном среднем отите)**
- **Системная терапия при кандидозном поражения среднего уха: препарат флуконазол – 50-200 мг/сутки в течение 14 дней.**
- **При плесневых микозах – итраконазол – 200 мг/сут в течение 14 дней или тербинафин – 250 мг/сутки в течение 16 дней**

Выводы

Применение комплексного подхода к диагностики отомикоза позволяет на ранних этапах установить грибковый характер воспаления и выбрать правильный алгоритм для проведения специфической противогрибковой терапии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ

к.м.н. **Н. В. Лафуткина**[1]
д.м.н. **Е. А. Кирасирова**[2]

[1]Старший научный сотрудник отдела реконструктивной хирургии полых органов шеи
[2]Руководитель отдела реконструктивной хирургии полых органов шеи

Под стенозом понимают уменьшение или полное закрытие просвета гортани и (или) трахеи, которое нарушает поступление воздуха в трахею и лёгкие, приводит к нарушению газообмена и развитию дыхательной недостаточности.

По срокам различают:

- молниеносные - секунды, минуты (инородное тело, механическая травма, гематома);- острые – часы, дни (воспалительные заболевания, химические и механическая травмы, инородное тело, нарушение иннервации);- хронические – недели, месяцы, годы (опухоли гортани, специфические заболевания гортани);- стойкие – мембраны, кисты, рубцы.

Факторы, определяющие число больных с патологией гортани и трахеи

- увеличение числа пациентов, нуждающихся в проведении пролонгированной интубации;
- рост опухолевых, аутоиммунных и аллергических заболеваний;
- сезонные и эндемические эпидемии вирусных инфекций с подтвержденной тропностью возбудителя к слизистой оболочке дыхательных путей;
- рост числа больных с системной патологией (коллагенозы, неспецифические деструктивные васкулиты с поражением верхних дыхательных путей);
- массовое поступление больных, связанное с непредвиденными ситуациями: из очагов пожара, при техногенных авариях и катастрофах, при террористических актах;
- травматизм на дорогах с проявлениями в виде политравмы, повреждением лицевого скелета и органов шеи.

Этиологические факторы стеноза гортани:

Стеноз гортани и трахеи часто встречается в практике оториноларинголога и составляет 7,7%. от общего числа оториноларингологических больных.

- Острые воспалительные заболевания (отечно-инфильтративный, флегмонозный, абсцедирующий ларингит), обострение хронических заболеваний (хронический отечно-полипозный ларингит, кисты гортани);
- Механические, термические и химические травмы гортани;
- Врожденная патология гортани;
- Инородное тело гортани;
- Острые инфекционные заболевания (дифтерия, скарлатина, корь, тифы, малярия и др.);
- Аллергическая реакция с развитием отека гортани;
- Другие заболевания (туберкулез, сифилис, системные заболевания).

Скрининг

- **Первичная диагностика стеноза гортани осуществляется при осмотре пациента по имеющимся жалобам больных, характеру одышки, наличию инспираторного стридора и данным объективного обследования (рентгенографии гортани и трахеи, КТ - гортани и трахеи, рентгенографии легких, анализам крови, данным эндоскопического исследования дыхательных путей).**

- **Указания в анамнезе на острое начало заболевания или травму гортани, операции в области шеи и грудной клетки, интубацию или искусственную вентиляцию легких, деформацию передней поверхности шеи помогут поставить правильный диагноз стеноза верхних дыхательных путей.**

Методы исследования:

- **Стандартные методы исследования (общеклиническое обследование, осмотр пациента , оценка конфигурации и размера мягких тканей шеи и хрящевого скелета гортани, непрямая ларингоскопия);**

- **Функциональный (ФВД);**

- **Лучевой (рентгенотомография, МСКТ, МРТ);**

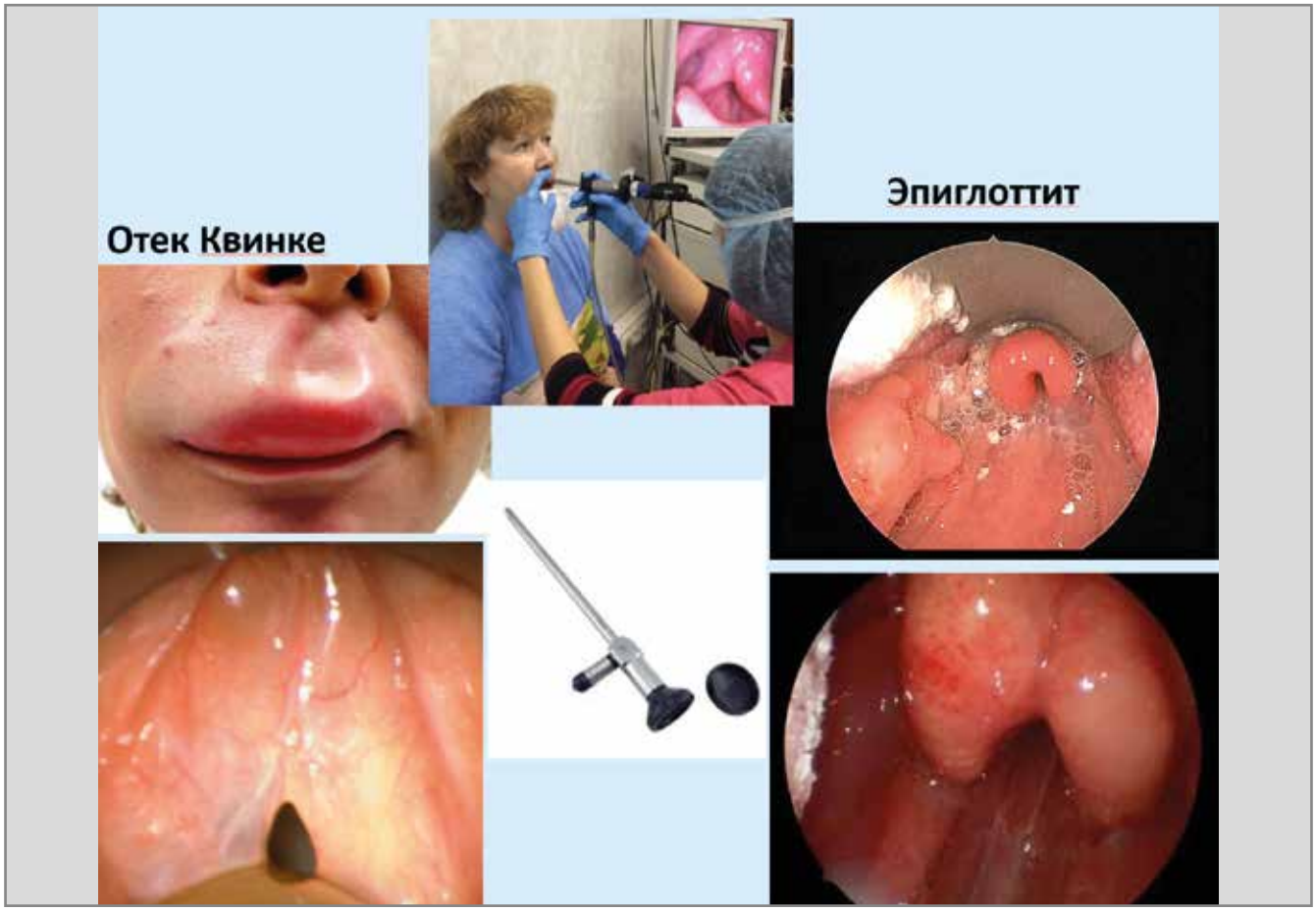
- **Эндоскопический (исследование гортани и трахеи с видеодокументированием).**

По клиническому течению и величине просвета дыхательных путей различают четыре стадии стеноза гортани и трахеи:
1) Стадия компенсации – проявляется урежением и углублением дыхания, укорочением или выпадением пауз между вдохом и выдохом, урежением сердцебиения. Просвет голосовой щели составляет 6-8 мм или сужение просвета трахеи на 1/3. В покое недостатка дыхания нет, при ходьбе появляется одышка.
2) Стадия субкомпенсации - инспираторная одышка с включением в акт дыхания вспомогательных мышц при физической нагрузке, отмечается втяжение межреберных промежутков, мягких тканей яремной и надключичных ямок, стридорозное дыхание, бледность кожных покровов, артериальное давление остается нормальным или повышенным, голосовая щель 3-4 мм, просвет трахеи сужен на ½ и более.
3) Стадия декомпенсация - дыхание поверхностное, частое, резко выражен стридор. Вынужденное положение сидя. Грудная клетка совершает максимальные экскурсии. Лицо становится бледно-синюшным, отмечается повышенная потливость, акроцианоз, пульс учащенный, нитевидный, АД снижено. Голосовая щель 2-3 мм, щелевидный просвет трахеи.
4) Асфиксия - дыхание прерывистое или совсем прекращается. Голосовая щель 1мм. Резкое угнетение сердечной деятельности. Пульс частый, нитевидный, нередко не прощупывается. Кожные покровы бледно-серые за счет спазма мелких артерий. Отмечается потеря сознания, экзофтальм, непроизвольное мочеиспускание, дефекация, остановка сердца.

Дифференциальный диагноз острого стеноза гортани:

- **ларингоспазм,**
- **истерия,**
- **бронхиальная астма,**
- **опухоли соседних органов (щитовидная железа,**
- **пищевод, мягкие ткани шеи),**
- **специфическим поражением органов дыхания.**

Тщательный сбор анамнеза и правильная трактовка данных объективных методов диагностики позволяют поставить правильный диагноз.



Инфильтративный туберкулез гортани

Инфильтративный туберкулез гортани

Двусторонний парез гортани

Лечение стеноза гортани
Определяется стадией и этиологией заболевания!

I и II стадия

Консервативное лечение

III и IV стадия

- Хирургическое (коникотомия, трахеостомия), этиопатогенетическое и симптоматическое лечение.

Консервативная терапия острого стеноза гортани *направлена на быстрое подавление воспаления и снятие отека слизистой оболочки гортани.*

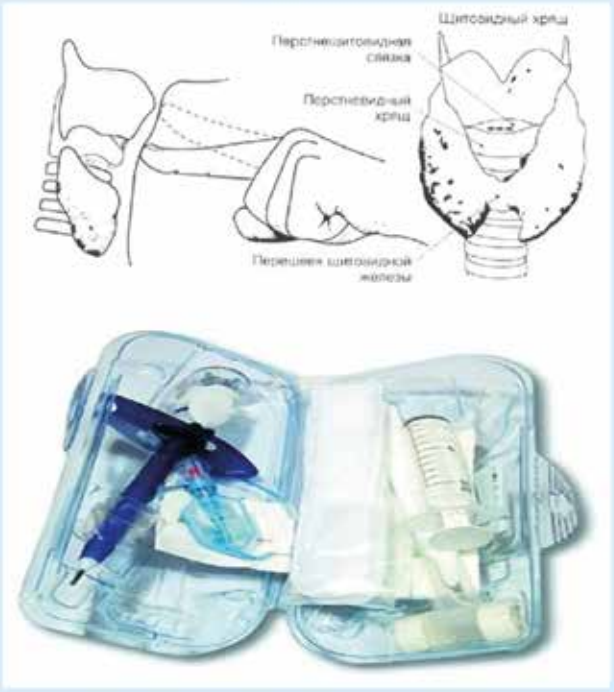
- антибактериальная терапия (полусинтетическими препараты пенициллинового ряда или цефалоспорины, респираторные фторхинолоны в оптимальных суточных дозах - курсом 7 дней);- гормональная терапия (стероидные гормоны назначают в остром периоде в течении 3-4 дней в/в, затем 5-7 дней перорально с постепенным снижением дозы до стихания воспалительных явлений);- антигистаминные препараты;- препараты кальция;- ингаляционная терапия;- при дифтерийном стенозе необходимо срочное введение противодифтерийной сыворотки;- симптоматическая терапия;- физиотерапия.

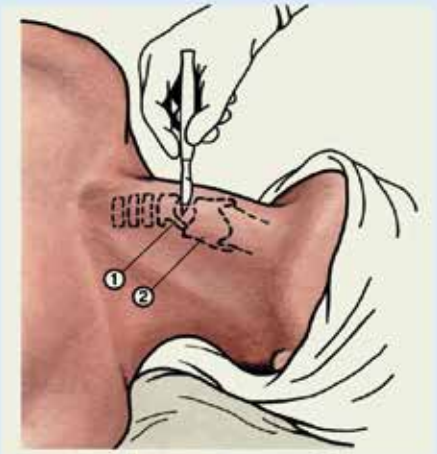
Хирургическое лечение острого стеноза гортани

- **К неотложным методам относятся: трахеостомия, коникотомия или интубация трахеи, вскрытие абсцесса и дренаж воспалительного очага, удаление инородного тела или образования, обтурирующего просвет гортани или трахеи.**
- **После устранения угрозы асфиксии и восстановления дыхания через естественные пути или трахеостому проводится дальнейшее обследование и этиопатогенетическое лечение больного.**
- **Коникотомия показана при внезапной асфиксии, когда нет времени для выполнения типичной трахеостомии или интубации.**

Техника выполнения коникотомии

Зафиксируйте щитовидный хрящ пальцами левой руки (для левшей - наоборот).
Пальцами правой руки захватите режущий инструмент на два сантиметра от острия для предотвращения перфорации задней стенки трахеи.
Правой рукой сделайте поперечный разрез, одномоментно рассеките кожу и коническую связку.
Раздвиньте края раны тупым плоским предметом (тупым концом скальпеля).
Вставьте в рану полую трубку и зафиксируйте ее бинтом или пластырем.





Показания к трахеостомии:

1. Абсолютные – отсутствуют другие методы восстановления проходимости дыхательных путей для спасения жизни больного.

2. Относительные – ситуации острой или хронической дыхательной недостаточности, когда трахеостомия может быть временно или до излечения больного заменена другими методами.

Сроки выполнения трахеостомии:

- **Экстренные – выполняется незамедлительно.**
- **Неотложные – в ближайшие сутки.**
- **Плановые – в ближайшее время, не ограниченное текущими сутками.**

Травмы гортани

Травмы гортани относятся к одним из наиболее опасных для жизни травм, которые, в остром периоде угрожают жизни пациента из-за опасности асфиксии, а в хронической стадии могут привести к длительному канюленосительству, инвалидизации и ухудшению качества жизни.

Пациенту необходимо обеспечение полноценного дыхания, приемлемого способа питания, предотвращения инфекции и посттравматических стенозов гортани, а в последующем - и ряда долгих реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление естественных функций травмированных органов (гортани, трахеи, пищевода).

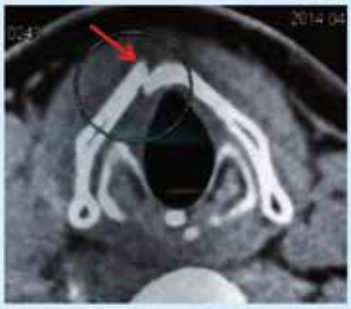
Лечение больных с наружной тупой травмой гортани является одной из сложных проблем современной экстренной медицины.

Наиболее частыми причинами наружных травм гортани являются:

- **удары передней поверхностью шеи о выступающие твердые предметы (рулевое колесо или руль мотоцикла, велосипеда, перила лестницы, спинка стула, край стола, натянутый кабель или проволока и др.);**
- **прямые удары по гортани (ладонью, кулаком, ногой, спортивным снарядом и др.);**
- **суицидальные попытки посредством повешения;**

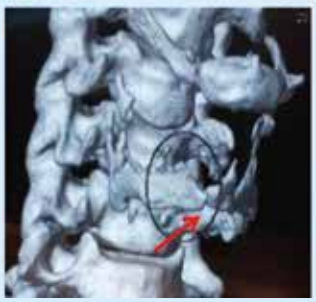
- **Симптомы тупой травмы гортани:**
  охриплость, боль, дискомфорт в горле, кашель, отек мягких тканей

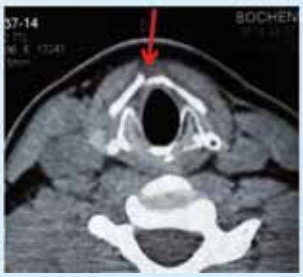
- **Триада симптомов свидетельствует о массивном проникающем повреждении гортани и трахеи:**
  кровохарканье, эмфизема, стридор



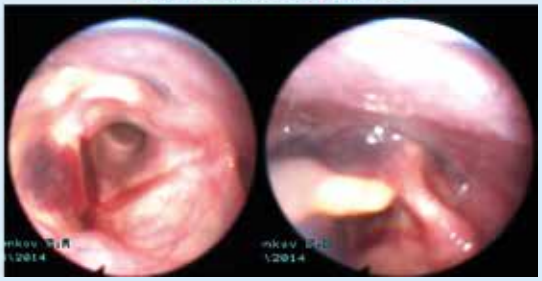
Чаще всего перелому подвергается щитовидный хрящ

- по линии соединения боковых пластин, либо на 2-3 мм от нее

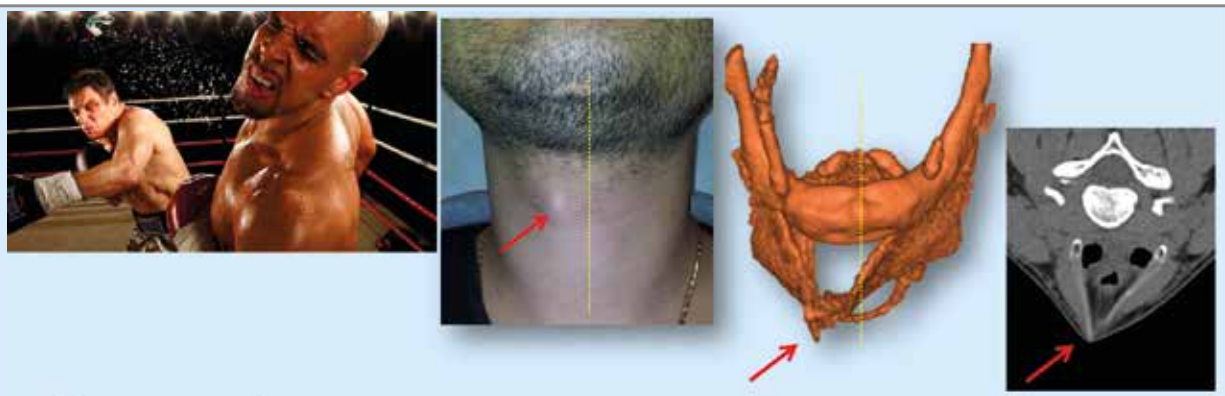




Гематома гортани



Обширные повреждения гортани и трахеи с переломом и смещением хрящевых фрагментов, изменением скелета гортани, стенозом дыхательных путей и нарушением разделительной функции являются показаниями к проведению хирургической реконструкции, которая позволяет избежать либо сократить тяжелые осложнения в виде развития рубцовой обструкции дыхательных путей, нарушения голосовой и разделительной функции гортани.



Смещение фрагментов в результате перелома приводит к сокращению голосовой складки на поврежденной стороне, что проявляется дисфонией и понижением тембра голоса

- **Профилактика - острого стеноза гортани заключается в своевременной диагностике, лечении и санации очагов инфекции, лечении воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, острых инфекционных заболеваний, укрепление общего и местного иммунитета.**

- **Программа лечения пациентов со стенозом дыхательных путей включает дифференцированный консервативный и хирургический подход, систему послеоперационного лечения и динамический мониторинг.**

ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ПЕРИЛИМФАТИЧЕСКИЕ ФИСТУЛЫ ЛАБИРИНТА: ОЧЕВИДНОЕ – НЕВЕРОЯТНОЕ, С ПРЕДСТАВЛЕНИЕМ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

д.м.н. **В. И. Егоров**[1]
д.м.н. **А. В. Козаренко**[2]

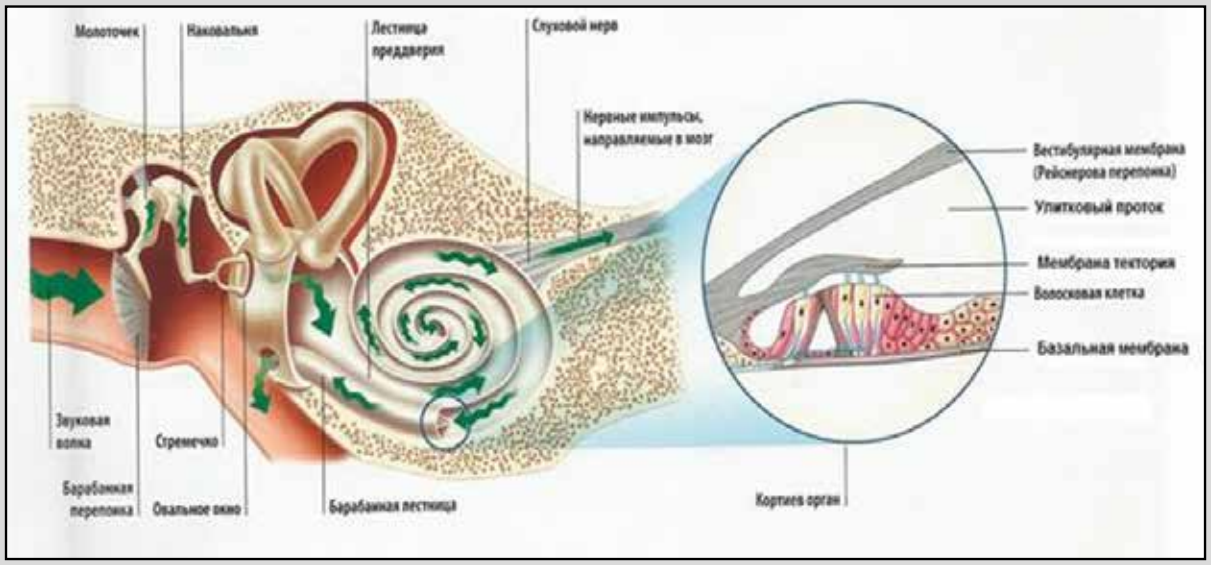
[1]Профессор, начальник ЛОР- отделения ЛОР- клиники ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского
[2]Доцент, Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневского Министерства обороны Российской Федерации

Цель сообщения:

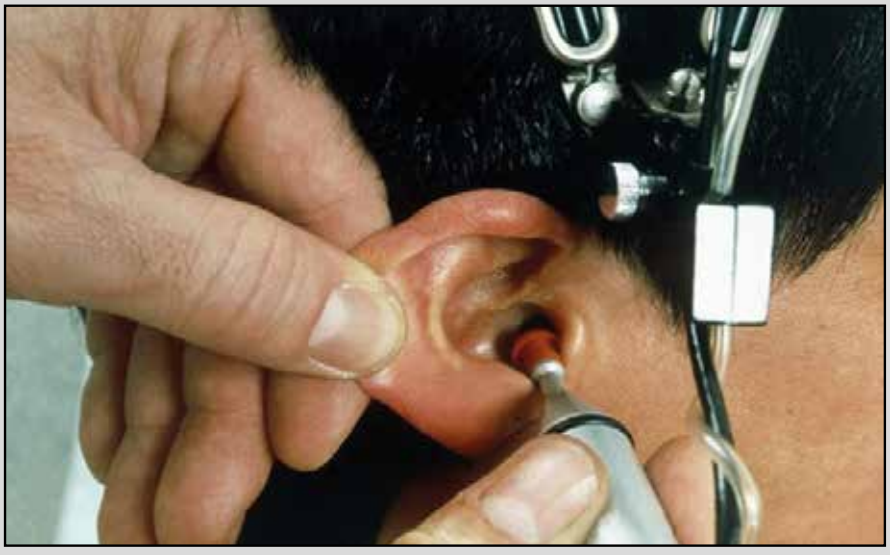
1. Напомнить о сложности диагностики идиопатических перилимфатических фистул лабиринта (ПФЛ).

2. Подчеркнуть отсутствие точных данных о распространенности этой патологии.

Считаем, что в начале следует вспомнить об эксплозивном механизме образования ПФЛ, который описал V.Goodhill в 1971 году: разрыв вторичной мембраны или кольцевидной связки стремени в результате повышения давления внутрилабиринтной жидкости.



Как правило, при этом возникают следующие симптомы. Резкое понижение слуха одновременно с вестибулярными расстройствами (или без последних), синусоидальные изменения остроты слуха (часто, но не всегда), особенно при изменении положения головы, появление фистульного симптома (иногда – явного: при проведении тимпанометрического обследования).



Все это позволяет предположить у больного наличие перилимфатической фистулы лабиринта и является показанием для выполнения эксплоративной тимпанотомии с целью определения состояния окон лабиринта.
Вроде бы все понятно.

Однако, Джереми Хорнибрук в 2012г. в своей статье «Перилимфатические фистулы: пятьдесят лет противоречий», основываясь на изученном им мнении отохирургов, в связи с существенными критическими замечаниями с их стороны, как-то:

1. **нехватка надежных диагностических тестов,**
2. **малое количество интраоперационных признаков для уверенного уточнения утечки перилимфы (в том числе отличающих ее от местных обезболивающих средств)**

Разделил отиатров на “сторонников ПФЛ” и “неверующих в них”.

При этом в иностранной литературе упоминается, что отсутствие потери слуха не исключает возможность наличия у больного ПФЛ [Nitin Bhatia, Joel F Lehrer, 2012].

Описываются случаи ПФЛ только с вестибулярными, или только с аудиологическими симптомами [Foster P. K., 2016].

Подчеркивается, что ПФЛ может увеличить риск развития внутренней ушной инфекции [Jing Zou, Ilmari Pyykko, 2015].

Дополнительная патогенетическая неясность связана и с тем, что более половины самостоятельно закрывшихся травматических ПФЛ рецидивируют [Кунельская Н. Л., Федорова О. В., Загорская Е.Е., Байбакова Е.В., 2016].

Но почему мы вновь вспоминаем ПФЛ? Ответ на поверхности: время от момента заболевания до постановки диагноза достигает 40 лет, среднее = 3 года [Rizer F.M., House JW.,1991; Fitzgerald D.C, Getson P., Brasseux C.O., 1997].

Повторно упоминаем о практическом признании, что специфических аудиологических или вестибулометрических признаков ПФЛ на настоящий момент нет [Nitin Bhatia, Joel F Lehrer, 2012; Ga Young Park et al, 2012; Casale M. et al, 2014].

Точный диагноз можно поставить только исходя из совокупности анамнестических данных, характера поражения и особенностей слуховых и вестибулярных реакций при нагрузочных пробах.

Необходимо шире применять ревизию барабанной полости? Об этом надо не забывать на острой стадии процесса.

Но как правильно поступить при большой длительности заболевания, особенно, когда она составляет не один год?

В последних отечественных работах сообщается, что в случаях ПФЛ асимметрия реакций за счет раздражения пораженного вестибулярного анализатора отмечается лишь в ранние сроки (до 2 недель), положительный фистульный симптом может выявляться лишь у половины больных с ПФЛ, и также в ранние сроки существования фистулы (до 1 месяца), а исследования, связанные с определением внутрилабиринтного давления определяют гидропс лабиринта чуть больше, чем у половины больных (причем известно – только общий: и перилимфатический, и эндолимфатический) [Кунельская Н. Л., Федорова О. В., Загорская Е.Е., Байбакова Е.В., 2016].

Памятуя, что парадоксы не появляются на пустом месте и уже поэтому требуют тщательного рассмотрения, мы не должны впадать в крайность - повсюду искать парадоксы, даже там, где их нет, или, провозглашать их неразрешимость. Помним: любая сложная проблема обязательно имеет простое решение.
В нашем случае, возможно, может помочь дальнейшее развитие концепции, о которой говорили Пальчун В.Т. и Сагалович Б.М. еще в 1999г. - об единстве регуляции внутричерепной и внутрилабиринтной гидродинамики.

Перед представлением наших клинических случаев сразу подчеркнем, что информативность исследований в проводимом нами объеме, считаем, достигает 80%.

Понятно, что у каждого пятого предварительный диагноз ПФЛ на операции не подтверждался. Объяснить не можем.

И мы знакомы с работами, в которых сообщается об отсутствии вообще какого- либо аудиологического результата после закрытия ПФЛ [Kozuka M., Nakashima T., Fukuta S., Yanagita N., 1997; Joong Seob Lee, Sae Young Kwon, Ji Heui Kim, and Hyung-Jong Kim, 2015].

Комментарий указанного диссонанса – также пока вне нашей компетенции.

КТ и МРТ- исследования были неинформативны *(и здесь немного подробнее).*

В более ранних зарубежных работах мнение ряда авторов полностью согласуется с нашими данными:
1. Felasi M. A. et al (2011) - Целесообразность компьютерной томографии при диагностике нетравматических перилимфатических фистул весьма сомнительна, она полезна при диагностике врожденных аномалий. Исключение - эксклюзивные случаи обнаружения пузырьков воздуха в преддверии лабиринта.

2. Gu X. et al (2014), Hagiwara M. et al (2014), Bykowski J. et al (2015) - Возлагавшиеся надежды на магнитно-резонансные томографические исследования, в том числе с применением гадолиния, для выявления перилимфатического гидропса (соответственно и самих ПФЛ) в отличие от эндолимфатической водянки не оправдываются.

В последних, нам известных, сообщениях также присутствует определенная разнополюсность:

КТ может уверенно показать наличие воздуха во внутреннем ухе; но иногда требуется, чтобы магнитно-резонансная томография обнаружила перилимфу в среднем ухе [Olivier Maillot et al, 2016]. С этим мы и не спорим.

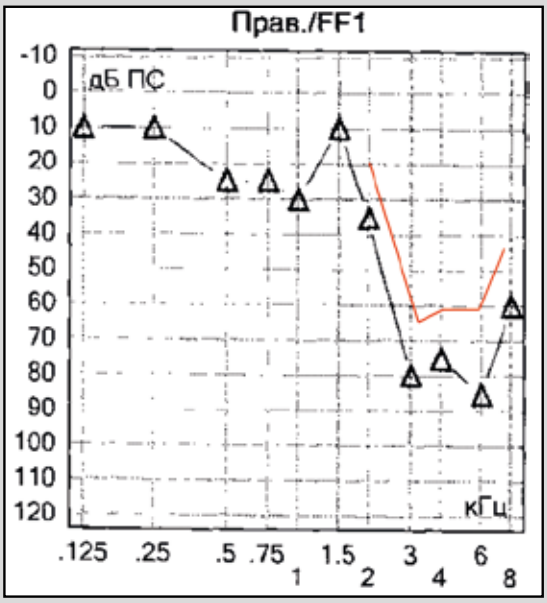
высокое разрешение сканирования КТ покажет аномалии предрасположенности к опасности свища; магнитно-резонансная томография с гадолинием также полезна для обнаружения утечек перилимфы, но не без осложнений [Meldrum J. A. , Prinsley P. R., 2016].

- ни КТ, ни МРТ не смогли показать признак ПФЛ ни у одного из пациентов [Miklos Toth et al, 2016].

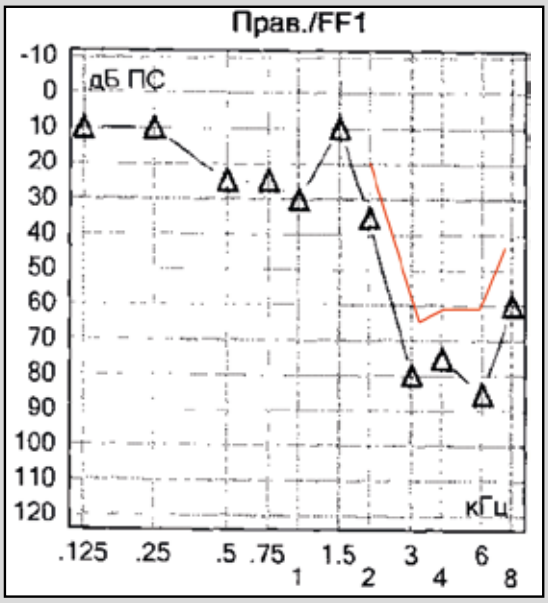
Также не можем провести (надеемся опять- таки пока) корреляционную зависимость между давностью заболевания и возможным улучшением слуха после операции.

Вестибулярные нарушения достоверно уменьшались или проходили всегда.

Пациент Н., 1986 г.р. 11 месяцев после акутравмы- трижды стацлечение.

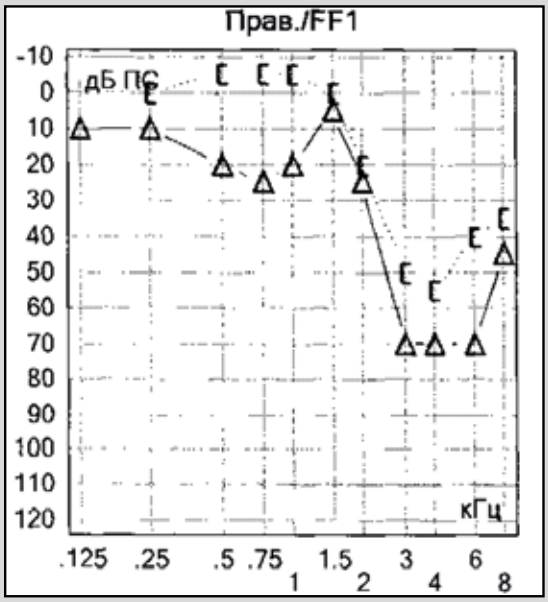


тест с наклоном головы

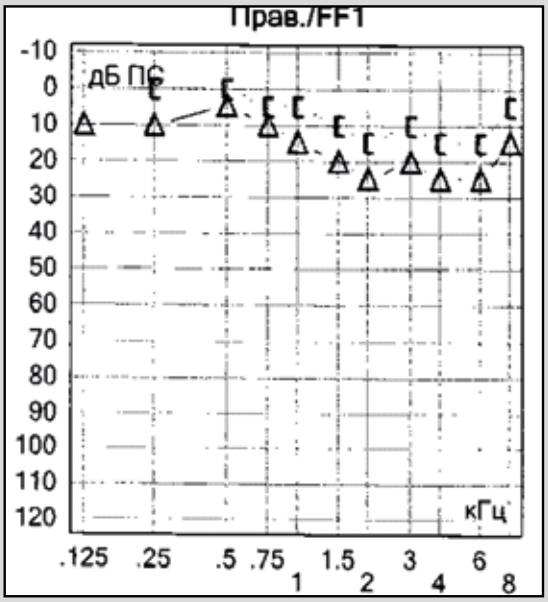


тест с гипервентилицией

ТОТ ЖЕ ПАЦИЕНТ

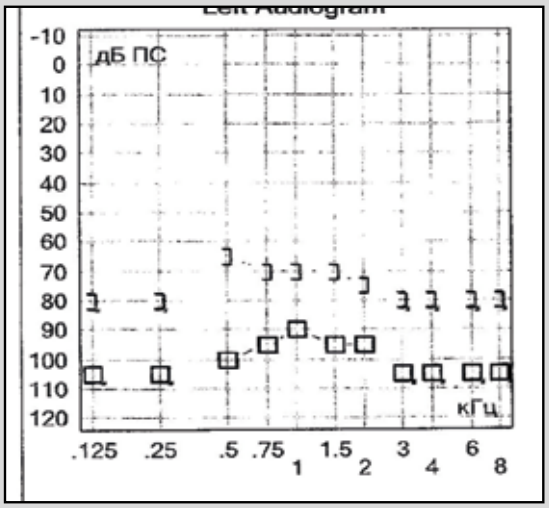


до операции

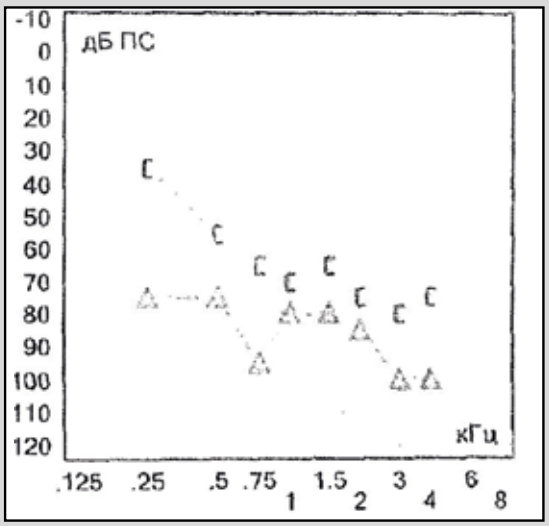


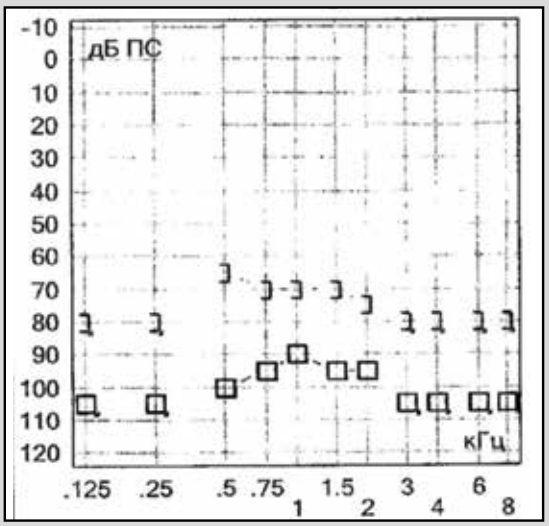
после операции

Больная К., 33 года. Больна 7- год. Без видимых причин (кроме психо- эмоц.). В начале - эпизод головокружения с понижением слуха и СУШ. Лечилась, без эффекта. Головокружения не повторялись, но слух продолжал ухудшаться.



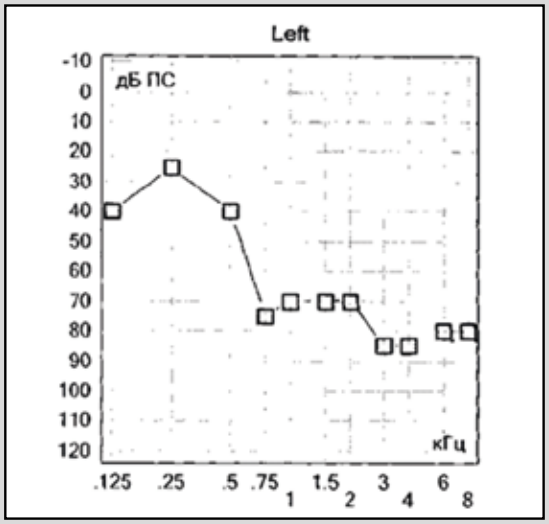
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ: головокружений, СУШ нет. Прибавку слуха расценивает как незначительную: при явном понижении порогов слышимости социальный слух значимо мог измениться мало (наблюдается).



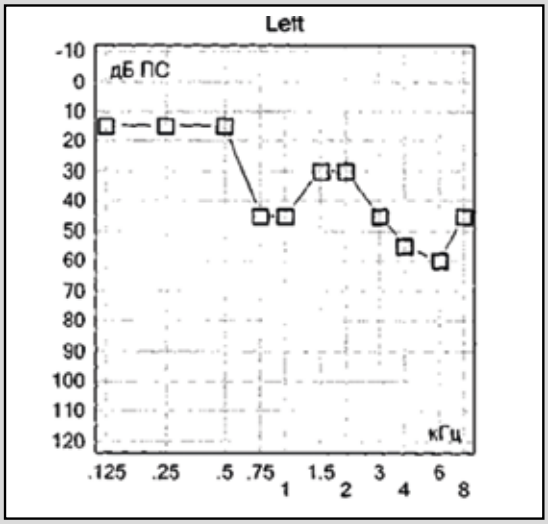


Больной Х., 43 года. В начале июля 2017г.- острое неуточненное инфекционное заболевание с t тела= к 40 град. Через неделю отметил постоянное несистемное вертиго с понижением слуха и СУШ. Лечился, с малым эффектом.

Тест Фразера

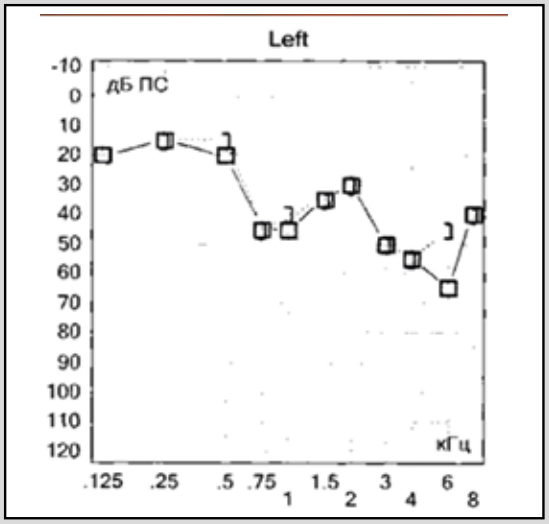


на больном ухе

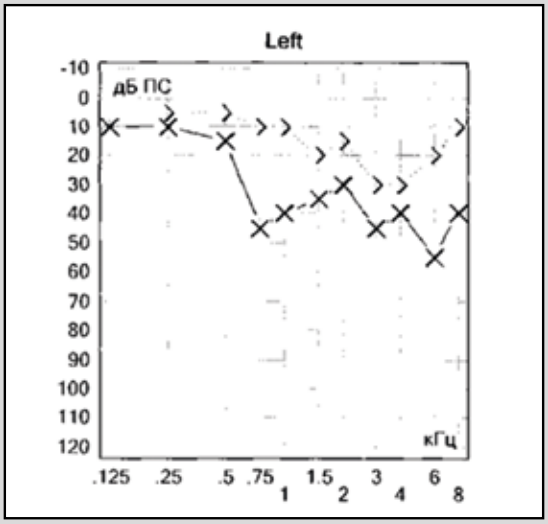


на здоровом ухе

Тот же пациент. Этапная тональная аудиометрия. Вестибулярные расстройства практически прошли.

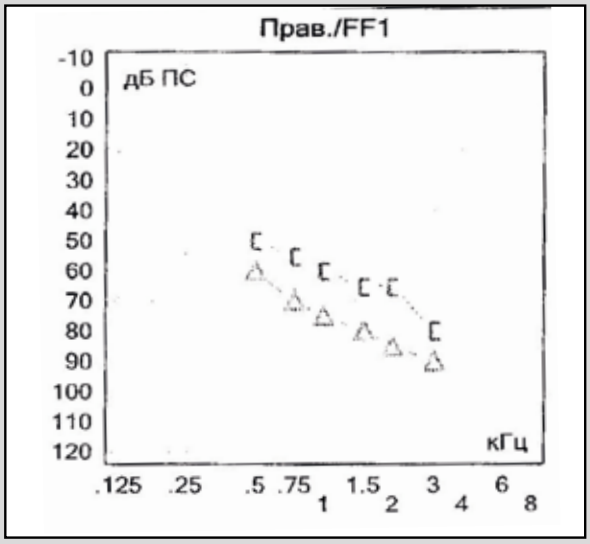


Исходная ТА

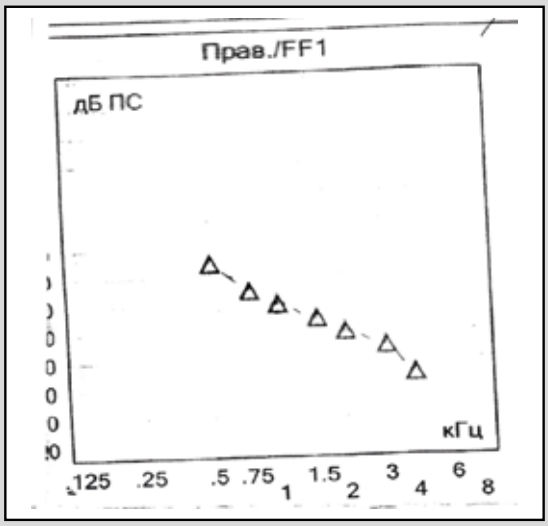


После операции

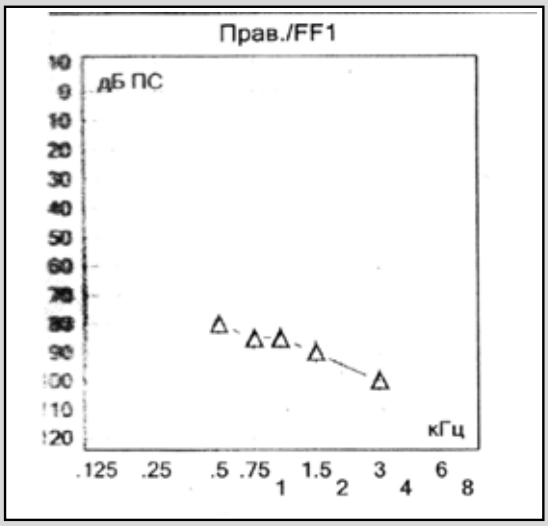
Больная Д., 73 г., 5 лет постепенного ухудшения слуха, в начале- частые приступы системных головокружений, которые в дальнейшем возникали 1 раз в месяц, на 2- 3 часа, при которых острота слуха не менялась.



Тест Фразера

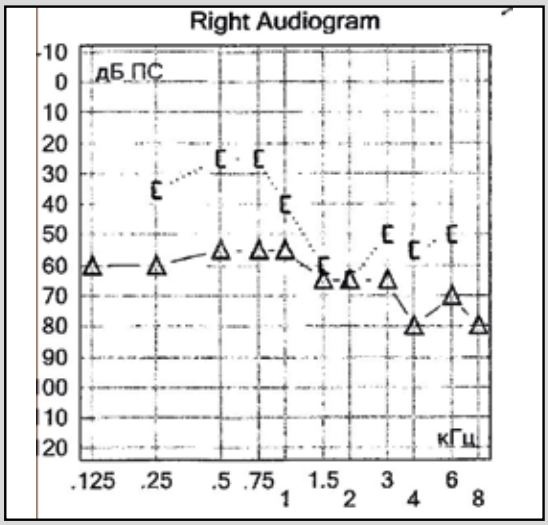


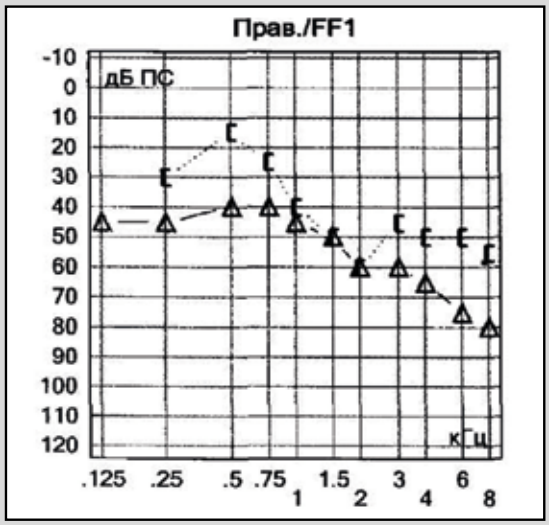
на здоровом ухе



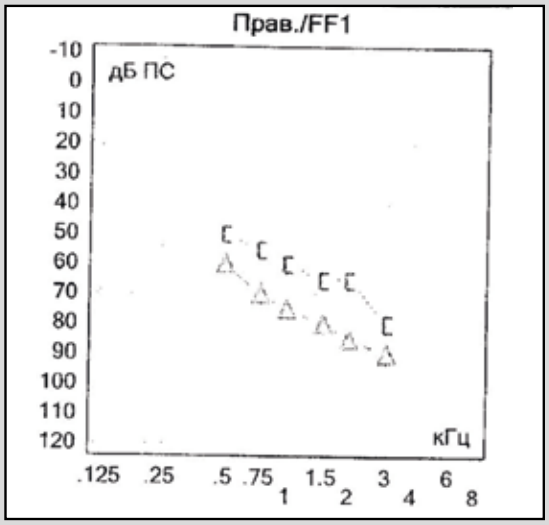
на больном ухе

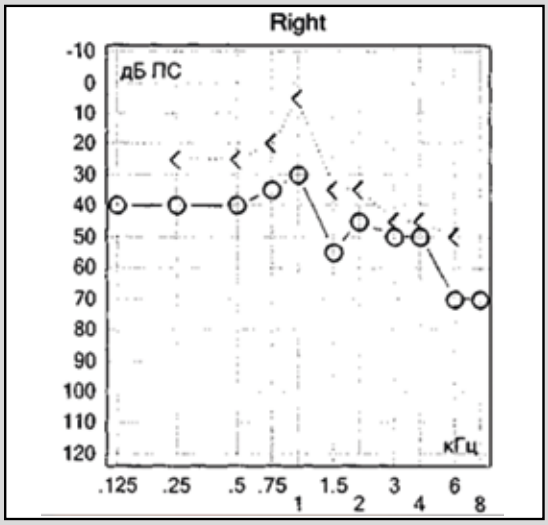
Через 2,5 недели и 1 месяц: головокружений нет, отмечает улучшение слуха на правое ухо



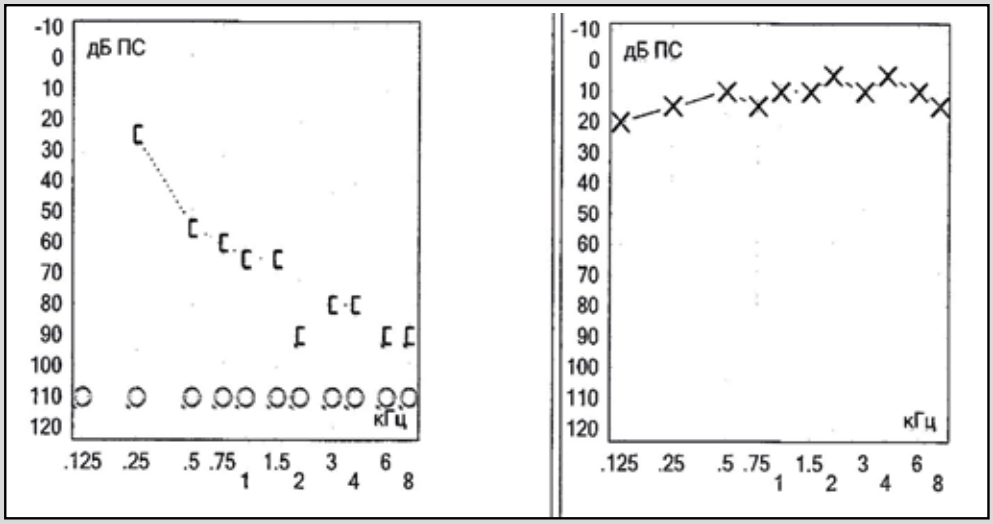


Исходная аудиограмма и через 2 месяца: головокружений нет, произошло дальнейшее понижение порогов слышимости на правое ухо

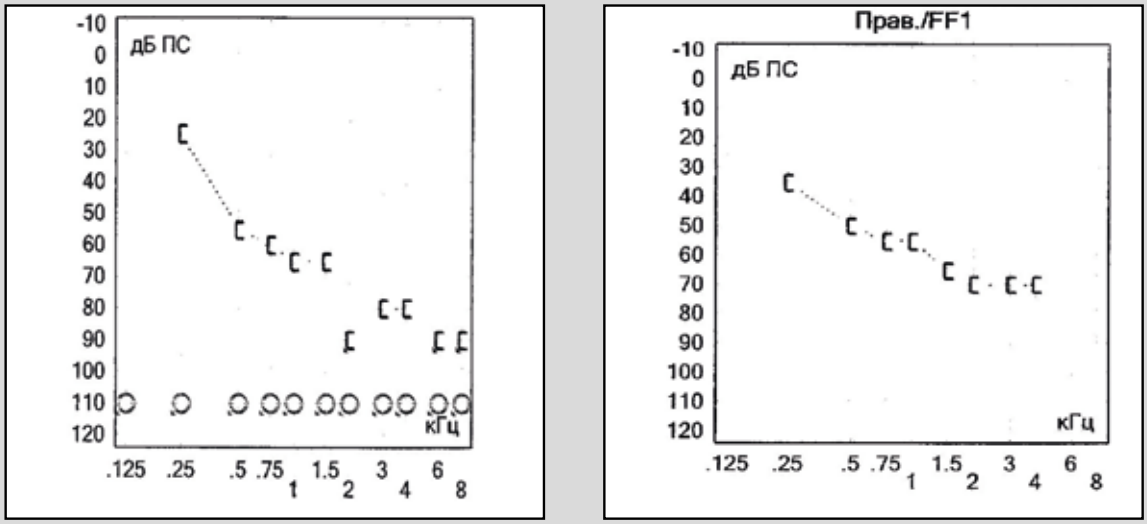




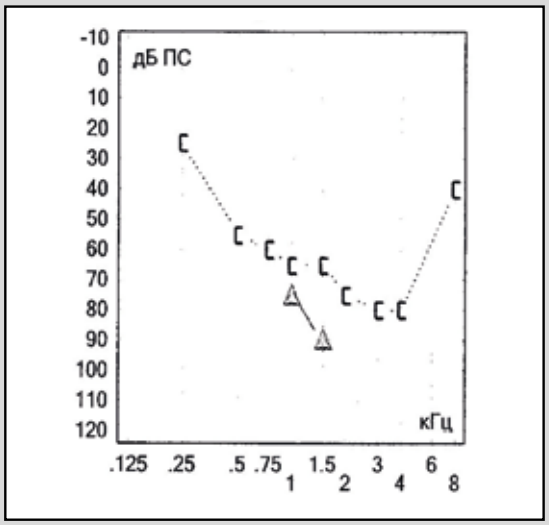
Больная Х., 18 лет. Больна три года (со слов матери и больной - после акутравмы = полная мощность звукового центра, за помощью обратились через 3- 5 дней). Лечились стационарно, амбулаторно - без эффекта… Полная глухота, звуки по воздуху не воспринимает). Головокружений не было.

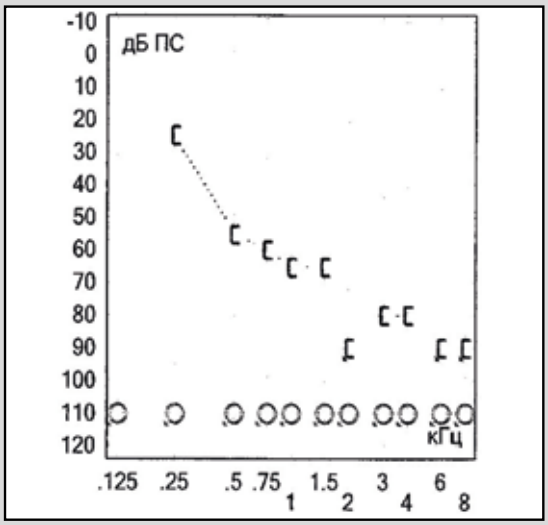


После выявления при статокинетических тестах признаков раздражения больного лабиринта проведено дообследование. Тест введения жидкости в наружный слуховой проход (результат – скромный, но тест - положительный)

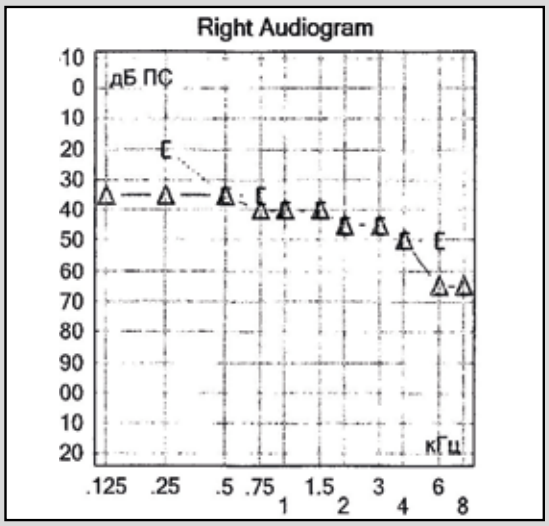


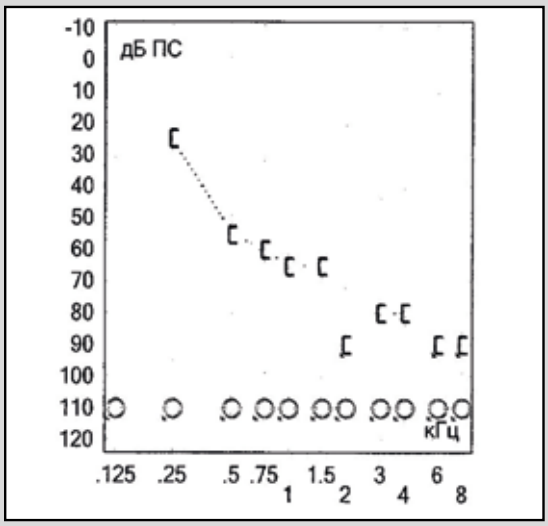
Больная Х., тест с гипервентиляцией (результат – вновь относительно скромный, но появились 2 частоты по воздушной и 4 по костной проводимости)





После операции - 3 недели.





Авамис®

флутиказона фуроат

АВАМИСУ 10 лет

Специально создан для лечения аллергического ринита с учетом опыта и мнения пациентов[1,2]

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА АВАМИС

ЛСР-000477/10-16.11.15. МНН: флутиказона фуроат (ФФ). ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА. Спрей назальный дозированный. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ. Взрослые и подростки (в возрасте от 12 лет и старше): лечение назальных и глазных симптомов сезонного аллергического ринита; лечение назальных симптомов круглогодичного аллергического ринита. Дети (в возрасте от 2 до 11 лет): лечение назальных симптомов сезонного и круглогодичного аллергического ринита. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Повышенная чувствительность к ФФ или любым другим компонентам препарата. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: У пациентов с тяжелыми нарушениями функции печени фармакокинетика ФФ может изменяться. ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ. Данных о применении ФФ в период беременности и лактации у женщин недостаточно. ФФ может применяться у беременных и кормящих женщин только в случае, если ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода или ребенка. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ. Интраназально. Лечение назальных и глазных симптомов сезонного аллергического ринита, назальных симптомов круглогодичного аллергического ринита у взрослых и подростков (в возрасте от 12 лет и старше): рекомендованная начальная доза — по 2 распыления (27,5 мкг ФФ в одном распылении) в каждую ноздрю 1 р/сут (110 мкг в сутки). При достижении адекватного контроля симптомов снижение дозы до 1 распыления в каждую ноздрю 1 р/сут (55 мкг в сутки) может быть эффективным для поддерживающего лечения. Лечение назальных симптомов сезонного и круглогодичного аллергического ринита у детей в возрасте от 2 до 11 лет: рекомендованная начальная доза — по 1 распылению каждую ноздрю 1 р/сут (55 мкг в сутки). При отсутствии желаемого эффекта возможно повышение дозы до 2 распылений в каждую ноздрю 1 р/сут (110 мкг в сутки). При достижении адекватного контроля симптомов рекомендуется снизить дозу до 1 распыления в каждую ноздрю 1 р/сут. Пациенты пожилого возраста, пациенты с нарушением функции почек, пациенты с легкими и умеренными нарушениями функции печени - коррекции дозы не требуется. Нет данных о применении у пациентов с тяжелыми нарушениями функции печени. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Очень часто – носовое кровотечение; часто – изъязвления слизистой оболочки полости носа, головная боль; нечасто: риналгия, дискомфорт в носу (включая жжение, раздражение в носу и болезненность), сухость в носу; редко: реакции гиперчувствительности, включая анафилаксию, отек Квинке, сыпь, крапивницу; очень редко: перфорация носовой перегородки; частота неизвестна: задержка роста у детей, преходящие нарушения зрения. ПЕРЕДОЗИРОВКА. Симптомы: В исследовании биодоступности препарата интраназально применялись дозы в 24 раза выше рекомендованной дозы для взрослых в течение более 3 дней, при этом нежелательных системных реакций не наблюдалось. Лечение: Маловероятно, что острая передозировка потребует другого лечения, кроме медицинского наблюдения. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ. В исследовании лекарственного взаимодействия ФФ и ингибитора CYP3A4 кетоконазола наблюдалось больше случаев определения концентраций ФФ выше пороговых в плазме в группе кетоконазола в сравнении с плацебо. Совместное применение с ритонавиром не рекомендуется из-за возможного риска повышения системной экспозиции ФФ. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ. Следует проявлять осторожность при определении дозы для пациентов с тяжелыми нарушениями функции печени. Системные эффекты, характерные для глюкокортикостероидов (такие как синдром Иценко-Кушинга, угнетение функции надпочечников, задержка роста у детей и подростков, катаракта, глаукома), а также ряд психологических или поведенческих эффектов, включая психомоторную гиперактивность, нарушение сна, беспокойство, депрессию или агрессию (особенно у детей), могут наблюдаться при применении интраназальных глюкокортикостероидов. Если есть какие-либо основания предполагать возможные нарушения функции надпочечников, необходимо соблюдать осторожность при переходе пациентов от системной терапии стероидами к ФФ. У детей, получавших 110 мкг ФФ ежедневно в течение одного года, наблюдалось снижение скорости роста. В качестве поддерживающей дозы у детей должна использоваться наименьшая доза, обеспечивающая адекватный контроль симптомов заболевания. Рекомендуется регулярно контролировать рост детей, получающих длительную терапию глюкокортикостероидами интраназально. Если рост замедляется, терапия по возможности должна быть пересмотрена с целью уменьшения интраназальной дозы глюкокортикостероидов до самой низкой дозы, при которой поддерживается эффективный контроль симптомов. Как и при использовании других интраназальных глюкокортикостероидов, врачи должны проявлять бдительность в отношении возможных системных эффектов глюкокортикостероидов, в том числе изменений со стороны органа зрения. Поэтому тщательный мониторинг является оправданным у пациентов с ухудшением зрения или с повышенным внутриглазным давлением, глаукомой и/или катарактой в анамнезе. ФОРМЫ ВЫПУСКА. Спрей назальный дозированный 27,5 мкг/доза. УСЛОВИЯ ОТПУСКА. По рецепту. Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата.

1. Godfrey et al. J Allergy Clin Immunol 2007;119:S230; 2. Meltzer EO et al. Clin Ther 2008;30:271–9.

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата. Для получения дополнительной информации и для сообщения о нежелательном явлении на препарат ГСК обращайтесь в ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Трединг» по адресу: 125167, Москва, Ленинградский проспект, 37А, корпус 4, БЦ «Аркус III», либо по тел.: (495) 777-8900, факсу: (495) 777-8901, электронной почте EAEU.PV4customers@gsk.com

RU/FF/0001/18 08.09.2108. На правах рекламы

БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ НА: www.gskpro.ru

gsk