



ISSN 1694-6405

**И.К. АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН**

Ж А Р Ч Ы С Ы



В Е С Т Н И К

**КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ им. И.К. АХУНБАЕВА**

№2 2019

Бишкек

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции КР,
регистрационное свидетельство №002564, почтовый индекс 77346.

Включен в список журналов ВАК КР, рекомендованных для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины.

Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) с 2012 г. www.kgma.kg

Главный редактор – **Кудайбергенова Индира Орозобаевна**, д.м.н., профессор

Зам. главного редактора – **Сопуев Андрей Асанкулович**, д.м.н., профессор, e-mail: sopuev@gmail.com

Ответственный секретарь – **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, к.м.н., e-mail: drmamatov@mail.ru

Редакционная коллегия:

Адамбеков Д.А. – д.м.н., профессор, чл.-корр. НАН КР, зав. каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии

Атамбаева Р.М. – д.м.н., профессор, зав. каф. гигиенических дисциплин

Бримкулов Н.Н. – д.м.н., профессор, зав. каф. семейной медицины

Зурдинов А.З. – д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР

Джумабеков С.А. – академик НАН КР, д.м.н., профессор кафедры травматологии, ортопедии и экстренной хирургии

Кудаяров Д.К. – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной педиатрии с курсом неонатологии

Мамакеев М.М. – академик НАН КР, д.м.н., профессор

Мамытов М.М. – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. нейрохирургии до дипломного и последипломного образования

Мурзалиев А.М. – академик НАН КР, д.м.н., профессор

Оморов Р.А. – д.м.н., профессор, чл.-корр. НАН КР, зав. каф. факультетской хирургии

Раимжанов А.Р. – академик НАН КР, д.м.н., профессор

Редакционный Совет:

Алымбаев Э.Ш. – д.м.н., проф., проректор по учебной работе

Алымкулов Р.Д. – д.м.н., проф., зав. каф. клин. реабилитологии и физиотерапии

Арнольдас Юргутис – профессор, зав. каф. общественного здравоохранения Клайпедского Университета (Литва)

Батыралиев Т.А. – д.м.н., проф., Министр здравоохранения Кыргызской Республики

Бейшенбиева Г.Д. – д.м.н., и.о. проф., зав. каф. сестринского дела

Даваасурэн Одонтуяа С. – д.м.н., проф., Президент Ассоциации Монгольской паллиативной медицины, Монгольский государственный университет медицинских наук (Монголия)

Джумабеков А.Т. – д.м.н., проф., зав. каф. хирургии и эндоскопии КазМУНО (Казахстан)

Джумалиева Г.А. – д.м.н., проректор по международным связям и стратегическому развитию

Кадырова Р.М. – д.м.н., проф. каф. детских инфекционных болезней

Калиев Р.Р. – д.м.н., проф. каф. факультетской терапии

Карашева Н.Т. – к.п.н., зав. каф. физики, математики, информатики и компьютерных технологий

Катаев В.А. – д.фарм. наук, проф., проректор ГБОУ ВПО, Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России (Башкортостан)

Кононец И.Е. – д.м.н., проф., зав. каф. фундаментальной и клинической физиологии им. С.Д. Даниярова биологии, генетики и паразитологии

Кутгубаев О.Т. – д.м.н., проф., зав. каф. медицинской

Кутгубаева К.Б. – д.м.н., проф., зав. каф. терапевтической стоматологии

Луи Луган – проф., Университет Женевы (Швейцария)

Мингазова Э.Н. – д.м.н., профессор кафедры, Казанский государственный медицинский университет (РФ, Татарстан)

Миррахимов Э.М. – д.м.н., проф., зав. каф. факультетской терапии

Молдобаева М.С. – д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии

Мусаев А.И. – д.м.н., проф., зав. каф. хирургии общей практики с курсом комбустиологии

Мусуралиев М.С. – д.м.н., проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №1

Сатылганов И.Ж. – д.м.н., проф., зав. каф. патологической анатомии

Тилекеева У.М. – д.м.н., проф. каф. базисной и клинической фармакологии

Усупбаев А.Ч. – д.м.н., проф., зав. каф. урологии и андрологии до и после дипломного обучения

Чолпонбаев К.С. – д.фарм.н., проф., зав. каф. управления и экономики фармации, технологии лекарственных средств

Чонбаева Ч.К. – д.м.н., проф. каф. госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

Шекера О.Г. – д.м.н., проф., директор института семейной медицины Национальной медакадемии последипломного образования П.Л. Шупика (Украина)

Ырысов К.Б. – д.м.н., проф. каф. нейрохирургии

Учредитель

© Кыргызская Государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

Телефон: +996 (312) 54-94-60, 54-46-10.

E-mail: j_kgma@mail.ru. Тираж 200 экз.

Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Журнал КР Юстиция министирлигинде каттоодон өткөн,
катоо күбөлүгү №002564, почталык индекс 77346.

Медицина тармагында докторлук жана кандидаттык диссертациялардын материалдарын жарыялоо үчүн КР Жогорку
аттестациялык комиссиясы сунуштаган журналдардын тизмесине кирет.

2012-жылдан бери Россиялык илимий цитата беруу индекси менен индекстелет. www.kgma.kg

Башкы редактор - **Кудайбергенова Индира Орозбаевна**, м.и.д., профессор

Башкы редактордун орун басары - **Сопуев Андрей Асанкулович**, м.и.д., профессор, e-mail: sopuev@gmail.com

Окумуштуу катчы - **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, м.и.к., e-mail: drmammatov@mail.ru

Редакциялык жамаат:

Адамбеков Д.А. - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучо-корреспонденти, микробиология, вирусология жана иммунология кафедрасынын башчысы

Атамбаева Р.М. - м.и.д., профессор, гигиеналык дисциплиналар кафедрасынын башчысы

Бримкулов Н.Н. - м.и.д., профессор, үй-бүлөлүк медицина кафедрасынын башчысы

Зурдинов А.З. - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучо-корреспонденти,

Джумабеков С.А. - КР УИАнын академиги, м.и.д., травматология, ортопедия жана ЭХ кафедрасынын профессор

Кудаяров Д.К. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, госпиталдык педиатрия неонатология курсу менен кафедрасынын башчысы

Мамакеев М.М. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

Мамытов М.М. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, нейрохирургия дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

Мурзалев А.М. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

Оморов Р.А. - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучо-корреспонденти, факультеттик хирургия кафедрасынын башчысы

Раимжанов А.Р. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

Редакциялык Кеңеш:

Алымбаев Э.Ш. - м.и.д., профессор, окуу иштери боюнча проректору

Алымкулов Р.Д. - м.и.д., профессор, клин. реабилитология жана физиотерапия кафедрасынын башчысы

Арнольдас Юргутис - м.и.д., профессор, Клайпеда университетинин коомдун саламаттыгын сактоо кафедрасынын башчысы (Литва)

Батыралиев Т.А. - м.и.д., профессор, КР саламаттык сактоо Министри

Бейшенбиева Г.Дж. - м.и.д., профессор м.а., «Мээмандык кызмат» кафедрасынын башчысы

Даваасурэн О.С. - м.и.д., профессор, Монгол паллиативдик медицина ассоциациясынын президенти, Медицина илиминин Монгол улуттук медициналык университети (Монголия)

Джумабеков А.Т. - м.и.д., профессор, КазҮОМУхирургия жана эндоскопия кафедрасынын башчысы (Казакстан)

Джумалиева Г.А. - м.и.д., стратегиялык өнүктүрүү жана эл аралык байланыштар боюнча проректор

Кадырова Р.М. - м.и.д., профессор, балдардын жугуштуу оорулары кафедрасынын башчысы

Калиев Р.Р. - м.и.д., факультеттик терапия кафедрасынын профессор

Карашева Н.Т. - п.и.к., информатика, физика, математика жана компьютердик технологиялар кафедрасынын башчысы

Катаев В.А. - фарм. и.д., профессор, РСМ караштуу Башкыр мамлекеттик медициналык университетинин илим жана инновациялык иштер боюнча проректору (Россия, Башкортостан)

Кононец И.Е. - м.и.д., профессор, фундаменталдык жана клиникалык физиология кафедрасынын башчысы

Куттубаев О.Т. - м.и.д., профессор, медициналык биология, генетика жана паразитология кафедрасынын

башчысы

Куттубаева К.Б. - м.и.д., профессор, терапевтикалык стоматология кафедрасынын башчысы

Луи Лутан - профессор, Женева университета (Швейцария)

Мингазова Э.Н. - м.и.д., профессор, Казан мамлекеттик медициналык университет (Россия, Татарстан)

Миррахимов Э.М. - м.и.д., профессор, факультеттик терапия кафедрасынын башчысы

Молдобаева М.С. - м.и.д., профессор, ички ооруя пропедевтикасы эндокринология курсу менен кафедрасынын башчысы

Мусаев А.И. - м.и.д., профессор, комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасынын башчысы

Мусуралиев М.С. - м.и.д., профессор, №1 акушерчилик жана гинекология кафедрасынын башчысы

Сатылганов И.Ж. - м.и.д., профессор, паталогиялык анатомия кафедрасынын башчысы

Тилекеева У.М. - м.и.д., базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын профессор

Усупбаев А.Ч. - м.и.д., профессор, урологияны жана андрологияны дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

Чолпонбаев К.С. - фарм.и.д., профессор, дары каражаттарынын технологиясы, фармациянын экономикасы жыны башкаруу кафедрасынын башчысы

Чонбашева Ч.К. - м.и.д., госпиталдык терапия, кесиптик оорулар гематология курсу менен кафедрасынын профессору

Шекера О.Г. - м.и.д., профессор, П.Л. Шупик атындагы Улуттук медициналык академиясынын үй-бүлөлүк медицина институтунун директору (Украина)

Ырысов К.Б. - м.и.д., нейрохирургия кафедрасынын профессор

Негиздөөчү

© Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

Журналдын редакциясынын дарегі:
Бишкек ш., Ахунбаев кеч., 92 КММА.
Телефону: +996 (312) 54 94 60, 54-46-10.
E-mail: j_kgma@mail.ru. Тираж 200 нуска.

Материалдардын мазмуну жана тактыгы үчүн авторлор жооп беришет. Редакция жарнамалык материалдардын мазмуну жооптуу эмес.

The journal is registered at the Ministry of justice KR,
 registered certificate - №002564, post index 77346.

It is included in the list of journals of the Higher attestation commission KR, recommended for publication the materials of
 doctors and candidate dissertations in the field of medicine. It is indexed by Russian science Citation Index (RSCI) since 2012.

www.kgma.kg

Editor in chief - **Kudaibergenova Indira Orozobaevna**, dr.med.sci., professor

Deputy Editor in Chief – **Sopuev Andrei Asankulovich**, dr.med.sci., professor, e-mail: sopuev@gmail.com

Learned Secretary – **Mamatov Niyazbek Nurlanbekovich**, cand.med.sci. e-mail: drmatamov@mail.ru

Editorial Board:

Adambekov D.A. - dr.med.sci., prof., corresponding member NAS KR, the head of microbiology, virusology and immunology department

Atambaeva R.M. - dr.med.sci., prof., the head of hygienic disciplines department

Brimkulov N.N. - dr.med.sci., prof., the head of family medicine department

Djumabekov S.A. - academician of NAS. KR, dr.med. sci., prof. of the department of traumatology, orthopedy and ES

Kudayarov D.K. - academician NAS KR, dr. med. sci., prof., the head of hospital pediatry dep/ with neonatology course

Mamakeev M.M. - academician NAS KR, dr. med.sci., prof.

Mamytov M.M. - academician NAS KR, dr. med. sci. prof., the head of neurosurgery department

Murzaliev A. M. - academician NAS KR., dr. med. sci., prof.

Omorov R.A. - dr.med.sci., prof., corresponding member NAS KR, the head of faculty surgery

Raimzhanov A.R. - academician of NAS KR, dr.med.sci., professor

Zuridinov A.Z. - .med.sci., prof., corresponding member NAS KR

Editorial Council:

Alymbaev E.Sh. - dr.med. sci., prof., Vice Rector for Academic Affairs

Alymkulov R.D. - dr.med. sci., prof., the head of clinical rehabilitation and physiotherapy

Arnoldas Jurgutis - dr.med.sci., prof., the head of public health department of Klaipeda University (Lithuania)

Beishembieva G.D. - dr.med. sci., deputy prof., the head of nursing department

Cholponbaev C.S. - dr.med. sci., prof., the head of **Management and Economics of Pharmacy, medications technology department**

Chonbasheva Ch.K. - dr.med.sci., prof. of hospital therapy, occupational pathology department with hematology course

Davaasuren O.S. - dr.med.sci., prof., the Department of General Practice of the Mongolian State University, President of the Mongolian Association for Palliative Medicine (Mongolia)

Djumabekov A.T. - dr.med.sci., prof., the head of surgery and endoscopy of KMUNT (Kazakhstan)

Djumalieva G.A. - dr.med.sci., vice -rector in international relations and strategical development

Louis Loutan - prof., University of Geneva (Swiss)

Kadyrova R.M. - dr.med.sci., prof., the head of children infectious diseases

Kaliev R.R. - dr.med.sci., prof. of faculty therapy department

Karasheva N.T. - cand.ped.sci., the head of the department of physics, mathematics, informatics and computer technologies

Kataev V.A. - dr. pharm. sci., prof., vice -rector of scientific and innovating work of State Budget educational institution of Higher professional education, Bashkir State Medical

University of MH Russia (Russia, Bashkortostan)

Kononets I.E. - dr.med.sci., prof., the head of fundamental and clinical physiology department

Kuttubaev O.T. - dr.med.sci., prof., the head of department of medical biology, genetics and parasitology

Kuttubaeva K.B. - dr.med.sci., prof., the head of therapeutic stomatology department

Mingazova E.N. - dr.med.sci., prof., Kazan State Medical University (Russia, Tatarstan)

Mirrahimov E.M. - dr.med.sci., prof., the head of faculty therapy department

Moldobaeva M.S. - dr.med.sci., the head of internal diseases propedeutics department with endocrinology course

Musaev A.I. - dr.med.sci., prof., the head of department of surgery of general practice with a course of combustiology

Musuraliev M.S. - dr.med.sci., prof., the head of obstetrics and gynecology №1

Satylganov I.Z. - dr.med.sci., prof., the head of pathological anatomy

Shekera O.G. - dr.med.sci., prof., the head of family Medicine National medical academy of post diploma education Institute named after P.L. Shupik (Ukraine)

Tilekeeva U.M. - dr.med.sci., prof. of fundamental and clinical pharmacology department

Usupbaev A.Ch. - dr.med.sci., prof., the head of the department of urology and andrology of pre and post diploma training

Yrysov K.B. - dr.med.sci., prof. of neurosurgery department

Founder

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address:

Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA.

Phone: +996 (312) 54 94 60, 54-46-10.

E-mail: j_kgma@mail.ru. Circulation 200 copies.

The authors are responsible for the content and authenticity

of materials.

The Editorial board is not responsible for the content of advertising materials.

СОДЕРЖАНИЕ

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛОР-ПАТОЛОГИИ

Насыров В.А., Изаева Т.А., Исмаилова А.А. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ И СЛУХОРЕЧЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ГЛУХОТЕ В КЫРГЫЗСТАНЕ	10
Насыров В.А., Исламов И.М., Беднякова Н.Н. ПРИЧИНЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТРАНСКАНАЛИКУЛЯРНОЙ ДАКРИОЦИСТРИНОСТОМИИ	16
Насыров В.А., Изаева Т.А., Беднякова Н.Н., Исмаилова А.А. ЛИМФОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОТОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	21
Насыров В.А., Исламов И.М., Миненков Г.О. НЕКОТОРЫЕ КТ-ОСОБЕННОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ИХ РОЛЬ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	26
Фейгин Г.А., Нуралиев М.А., Мадаминова М.А., Комиссарова С.Ю. К ВОПРОСУ О ТРАХЕОСТОМИИ	33
Кадыров М.М., Мадаминова М.А. ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛОР ОРГАНОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЕРЕВЯЗКОЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ШЕИ	36
Сулайманов Ж.С., Байбориева А.А. БЛОК АДИТУСА И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТА	39
Шабданбаева Н.Х., Насыров М.В. К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОТОГЕННОГО МЕНИНГИТА ОТ ТРОМБОЗА СИГМОВИДНОГО СИНУСА	42
Нарматова К.К., Мадаминова М.А., Бедельбаев С.А. СОСТОЯНИЕ ОБОНЯТЕЛЬНОГО И ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРОВ ПРИ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ВЫСОКОГОРЬЯ	46
Арзыкулова Г.С. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	50
Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Ньматов У.С., Мусурмонов Ф.Ш. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ	55
Касимов Х.К., Касимов К., Усманова Н.А., Улмасов Б. ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО СИНУИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ	58
Бакиева К.К. АНТИБИОТИКОГРАММА МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ НЕБНЫХ МИНДАЛИН У ЖИТЕЛЕЙ Г.БИШКЕК	62
Хасанов С.А., Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К. ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ОСТЕОПЛАСТИКА СРЕДИННОГО НЕБНОГО ШВА У ДЕТЕЙ С ИСКРIVЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	66
Давлетбакова А.Н. ПОЗИЦИОННОЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	72

Исмагулова Э.К., Жапалаков Б.А., Железнова В.В., Шагатаева Б.А., Шынгалиева Д.Б., Амирадинова А.К.	
К ВОПРОСУ О НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПРИ ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ	77
Акылбекова Г.К.	
ОСНОВНЫЕ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТИМПАНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ	80
Газизова А.О., Газизов О.М.	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЖИТЕЛЕЙ ПРИАРАЛЬЯ	83
Закиров Т.М.	
ВАРИАНТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНО-ПОЛИПОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	87
Кулиева Э.С.	
МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗЕМОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ И НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА	90

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ЛОР-ВРАЧА

Тургумбеков А.З., Арстамбеков Н.А., Эрмеков А.Р.	
СЛУЧАЙ ОТКРЫТОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ	93
Насыров М.В., Бакиева К.К., Тилемишова А.К.	
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ТОНЗИЛЛОГЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ	97
Солодченко Н.В., Муртазалиев К.А., Турапова Ж.М.	
ИНТРАОРИТАЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПИОМУКОЦЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ И КЛЕТОК РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА	102
Нуркеев Н.Б., Миненков Г.О., Турапова Ж.М.	
РАК ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ПОЛОСТЬ НОСА, НОСОГЛОТКУ, КЛЕТКИ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА И ОРБИТУ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	107
Насыров М.В., Солодченко Н.В.	
ПЕРЕХОДНО-КЛЕТОЧНАЯ ПАПИЛЛОМА ПРАВОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ И ПОЛОСТИ НОСА С УЧАСТКАМИ МАЛИГНИЗАЦИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	111
Кубаталиева Н.А.	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ	115

РАЗНОЕ

Кожоназарова Г.К., Сариева А.А., Алмазбекова Р.А.	
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ФОРМИРОВАНИЯ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ (по данным НЦОМид)	120
Т.В. Насыров	
ИЗМЕНЕНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 6-18 ЛЕТ г. БИШКЕК	127

ЮБИЛЕИ

134

МАЗМУНУ

КТМ ООРУЛАРЫН ЗАМАНБАП ЖАБДЫКТАР МЕНЕН АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО

Насыров В.А., Изаева Т.А., Исмаилова А.А. КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ТУБАСА ДУЛОЙ ДАРЫЛООСУНУН ЖАНА УГУУСҮЙЛОМ РЕАБИЛИТАЦИЯНЫН АКТУАЛДУУ КОЙГОЙЛОРУ	10
Насыров В.А., Исламов И.М., Беднякова Н.Н. ЭНДОСКОПИЯ ЛАЗЕРДИК ТРАНСКАНАЛИКУЛЯРДУУ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИЯ УЧУРУНДАГЫ ИНТРАОПЕРАЦИОНДУК КУЧОШТОР ЖАНА АЛАРДЫН АЛДЫН АЛУУ ЖОЛДОРДУН СЕБЕПТЕРИ	16
Насыров В.А., Изаева Т.А., Беднякова Н.Н., Исмаилова А.А. ОТОГЕНДИК БАШ СӨӨК ООРУ ОРЧУШУНУН ИЧИНДЕ КОМПЛЕКС ТУУРАЛУУ ЛИМФОСТИМУЛДУК ДАРЫЛОО	21
Насыров В.А., Исламов И.М., Миненков Г.О. ЖААК ОБЛУСУНУН ШИШИКТЕР АЙРЫМ КТ ОЗГОЧОЛУКТОРУ ЖАНА АЛАРДЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО ЫКМЫСЫН ТАНДООДО РОЛДОРУ	26
Фейгин Г.А., Нуралиев М.А., Мадаминава М.А., Комиссарова С.Ю. ТРАХЕОСТОМИЯ БОЮНЧА СУРООЛОР	33
Кадыров М.М., Мадаминава М.А. КУЛАК, МУРУН ЖАНА ТАМАК ОРГАНДАРЫНЫН ШИШИК ООРУЛАРЫ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРЫНЫН ХИРУРГИЯЛЫК ОПЕРАЦИЯ УЧУРУНДА БИР УБАКЫТТА МОЮН МАГИСТРАЛДЫК КАН ТАМЫРЛАРЫН БАЙЛООДОН КИЙИНКИ БАШ МЭЭСИНИН ГЕМОДИНАМИКАЛЫК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮН БААЛО	36
Сулайманов Ж.С., Байбориева А.А. АДИТУСТУН БҮТӨЛҮП КАЛУУСУ ЖАНА АНЫН ОНОКОТ ИРИНДҮҮ ОРТОҢКУ ОТИТТЕРДЕГИ КЛИНИКАЛЫК МААНИСИ	39
Шабданбаева Н.Х., Насыров М.В. ОТОГЕНДИК МЕНИНГИТТИН СИГМОВИДНЫЙ СИНУСТУН ТРОМБОЗУНА АЙРЫМАЛООЧУ ДИАГНОЗУ	42
Нарматова К.К., Мадаминава М.А., Бедельбаев С.А. ЖЫТ СЕЗҮҮ ЖАНА ДААМ БИЛҮҮ АНАЛИЗАТОРУНУН БИЙИК ТООЛУЛУКТУН ШАРТТАРЫНА КОНУУДОГУ АБАЛЫ	46
Арзыкулова Г.С. КУЛАК, МУРУН, ТАМАК НЕГИЗДЕГИ ТРОЙНИЧНЫЙ НЕРВДИН НЕВРАЛГИЯСЫНЫН ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА ДАРЫЛОО СУРООЛОРУ	50
Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Ньматов У.С., Мусурмонов Ф.Ш. МУРУНДА, МУРУН КОБОЛДОРУНДО ЖАНА МУРУН КУЛКУНДАРЫНДАГЫ ЗАЛАЛСЫЗ ШИШИГИ БАР ООРУЛУУЛАРДЫН ЭКССУДАТИВДҮҮ ОРТО ОТИТИН ДАРЫЛООДО ЛОКАЛДЫК ИММУНОКОРРЕКЦИЯНЫН ТАЖРЫЙБАСЫН КОЛДОНУУ	55
Касимов Х.К., Касимов К., Усманова Н.А., Улмасов Б. БАЛДАРДЫН АЛЛЕРГИЯЛЫК РИНИТИНИН ТААСИРИНЕН ПАЙДА БОЛГОН КУРЧ СИНУИТТИН ПАТОГЕНДИК ТЕРАПИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ	58
Бакиева К.К. БИШКЕК ШААРЫНЫН ТУРГУНДАРЫНЫН ТАМАГЫНЫН БЫЛЖЫР ЧЕЛИНЕН АЛЫНГАН МИКРООРГАНИЗМЕРДИН АНТИБИОТИКОГРАММАСЫ	62
Хасанов С.А., Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К. УСТУНКУ ЖААКТЫН ЖЕТИЛИШИНДЕГИ АНОМАЛИЯДА БАЛДАРДЫН МУРУН ТОСМОСУНУН КЫЙШАЮУСУНДА ОРТОНКУ ТАНДАЙ ТИГИШИНИН ЭНДОНАЗАЛДЫК ОСТЕОПЛАСТИКАСЫ	66
Давлетбакова А.Н. КЫЙМЫЛАРАКЕТ УЧУРУНДАГЫ БАШ АЙЛАНУУСУНУН КУРАК АСПЕКТТЕРИ	72

Исмагулова Э.К., Жапалаков Б.А., Железнова В.В., Шагатаева Б.А., Шынгалиева Д.Б., Амирадинова А.К.	77
ЭНДОНАЗАЛДЫК КИЙЛИГИШҮҮДОН МУРУНДУН КАН КЕТҮҮСҮ ЖОНУНДОГУ МАСЕЛЕГЕ	
Акылбекова Г.К.	
ӨНӨКӨТ ОТИТ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН ТИМПАНОПЛАСТИКАДАН КИЙИНКИ НЕГИЗГИ КАНАТТАНДАРЛЫК ЭМЕС НАТЫЙЖАЛАРЫ	80
Газизова А.О., Газизов О.М.	
ПРИАРАЛЬЕ ЖАШООЧУЛАРЫНЫН ЖОГОРКУ ДЕМ АЛУУ ЖОЛДОРУНУН ООРУУСУ	83
Закиров Т.М.	
МУРУН-КОҢДОЙУНУН КИСТА-ПОЛИПОЗДУК ООРУСУН ОПЕРАТИВДИК ДАРЫ-ЛООДО ЗАМАНБАП ЫКМАЛАРЫ	87
Кулиева Э.С.	
БЕЙТАПТАРДЫН КУЛАК КАЛКАНЫН ЖАНА СЫРТКЫ КУЛАК ОТМОГУНУН ЭКЗЕМА ООРУСУНУН КОМПЛЕКСТУУ ДАРЫЛОО ЫКМАСЫ	90

КУЛАК, ТАМАК, МУРУН ООРУЛАР ДАРЫГЕРИН ЖУМУШ УЧУРУНДА КЕЗДЕШКЕН ОКУЯ

Тургумбеков А.З., Арстамбеков Н.А., Эрмеков А.Р.	
АМАН – ЭСЕН ЖЫЙНТЫКТАЛГАН БАШТЫН ЖАНА МОЮНДУН АЧЫК, КУРАМА ЖАРАКАТ КЫРСЫГЫ	93
Насыров М.В., Бакиева К.К., Тилемишова А.К.	
СЕЙРЕК КЕЗДЕШКЕН ЧОН ШИЛЕКЕЙ БЕЗДЕРИНИН ТОНЗИЛЛОГЕНДИК СЕЗГЕНҮҮСҮНҮ	97
Солодченко Н.В., Муртазалиев К.А., Турапова Ж.М.	
ИНТРАОРБИТАЛДЫК КОШУМЧА ООРУСУНА АЛЫП КЕЛГЕН МАҢДАЙ КӨҢҮЛҮНУН ЖАНА БАШТЫН КАЛБЫР СЫМАЛ ЛАБИРИНТИНИН КЛЕТКАЛАРЫН ПИОМУКОҢЕЛЕСИ	102
Нуркеев Н.Б., Миненков Г.О., Турапова Ж.М.	
ҮСТҮҢКҮ ЖААКТЫН КӨҢҮЛҮНУН МУРУН КӨҢДОЙУНО, КЕҢИЛЖЭЭРГЕ, БАШТЫН КАЛБЫР СЫМАЛ ЛАБИРИНТИНИН КЛЕТКАЛАРЫНА ЖАНА КОЗ ЧАРАСЫНА ОСҮП ЧЫККАН ШИШИК ООРУСУ (КЛИНИКАЛЫК ОКУЯ)	107
Насыров М.В., Солодченко Н.В.	
МАЛИГНИЗАЦИЯ БОЛҮГҮ БАР ОҢ ТАРАПТАГЫ ҮСТҮҢКҮ ЖААК ПАЗУХАСЫНЫН ЖАНА МУРУН КӨҢДОЙУНУН КЛЕТКАЛЫК – ОТМО ПАПИЛЛОМАСЫ	111
Кубаталиева Н.А.	
ЗАЛАЛСЫЗ ПАРОКСИЗМАЛДЫК АБАЛДУУ БАШ АЙЛАНУУНУН КЛИНИКАЛЫК ОКУЯСЫ	115

ЖАЛПЫ МАСЕЛЕЛЕР БОЮНЧА ИЛИМИЙ МАКАЛАЛАРЫ

Кожоназарова Г.К., Сариева А.А., Алмазбекова Р.А.	
БАЛДАРДЫН КАРА САРЫК ООРУСУНУН (БООР ЦИРРОЗУНУН) ЭТИОЛОГИЯЛЫК ТҮЗҮМҮ ЖАНА ПАЙДА БОЛУУ ЖЫШТЫГЫ (ЭЖКУБнун маалыматтары боюнча)	120
Насыров Т.В.	
БИШКЕК ШААРЫ БОЮНЧА 6-18 ЖАШТАГЫ ОСПҮРҮМ БАЛДАРДЫН ПАРОДОНТ ООРУУЛАРЫ ЖАНА ЖЫШ ЖАЙГАШКАН ТИШТЕРДИН АБАЛЫ	127

ЮБИЛЕЙ	134
---------------	-----

CONTENT

MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ENT-PATHOLOGY

Nasyrov V.A., Izayeva T.A., Ismailova A.A. CURRENT PROBLEMS IN THE TREATMENT AND RELIABLE REHABILITATION IN CONGENOUS DEAFNESS IN KYRGYZSTAN	10
Nasyrov V.A., Islamov I.M., Bednaykova N.N. REASONS OF INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS AND THE WAYS OF THEIR PREVENTION DURING ENDOSCOPIC LASER TRANSCANOLOGICAL DACRYOCYSTORHINOSTOMY	16
Nasyrov V.A., Izayeva T.A., Bednaykova N.N., Ismailova A.A. LYMPHOSTIMULATION IN THE COMPLEX TREATMENT OF OTOGENNY INTRACRANIAL COMPLICATIONS	21
Nasyrov V.A., Islamov I.M., Minenkov G.O. SOME CT-FEATURES OF BENIGN NEOPLASMS OF MAXILLOFACIAL AREA AND THEIR ROLE IN THE CHOICE OF THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT	26
Feygin G.A., Nuraliev M.A., Madaminova M.A., Komissarova S.Y. TO THE ISSUE OF TRACHEOSTOMY	33
Kadyrov M.M., Madaminova M.A. ESTIMATION OF HEMODYNAMIC INDICES OF THE BRAIN IN PATIENTS WITH NEOPLASMS OF ENT ORGANS AFTER SURGICAL OPERATIONS WITH ONE-TIME LIGATION OF GREAT VESSELS OF NECK	36
Sulaimanov J.S., Baiborieva A.A. CLINICAL SIGNIFICANCE OF ADDITUS BLOCKAGE IN CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA	39
Shabdanbaeva N.H., Nasyrov M.V. TO THE QUESTION OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OTOGENIC MENINGITIS FROM SIGMOID SINUS THROMBOSIS	42
Narmatova K.K., Madaminova M.A., Bedelbaev S.A. THE STATE OF OLFATORY AND TASTE ANALYZER WHEN ADAPTING TO HIGH ALTITUDE CONDITIONS	46
Arzykulova G.S. THE QUESTIONS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TRIGEMINAL NEURALGIA OF OTORHINOLARINGOLOGIC ORIGIN	50
Lutfullaev G.U., Kobilova Sh.Sh., ematov U.S., Musurmonov F.Sh. EXPERIENCE OF APPLICATION OF LOCAL IMMUNOCORRECTION IN THE TREATMENT OF EXUDATIVE OTITIS MEDIA IN PATIENTS WITH BENIGN TUMORS OF THE NOSE, PARANASAL SINUSES AND NASOPHARYNX	55
Kasimov Kh.K., Kasimov K., Usmanova N.A., Ulmasov B. ISSUES OF PATHOGENETIC THERAPY OF ACUTE SINUSITIS, OCCURING ON THE BACKGROUND OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN	58
Bakieva K.K. ANTIBIOTICOGRAPHY OF MICROORGANISMS ISOLATED FROM THE FAVORITE ALMONDALINS IN RESIDENTS OF BISHKEK	62
Khasanov S.A., Makhsudov S.N., Babakhanov G.K. ENDONASAL OSTEOPLASTY OF THE MEDIAN PALATAL SUTURE IN CHILDREN WITH NASAL SEPTAL DEVIATION AT ABNORMAL DEVELOPMENT OF THE UPPER JAW	66
Davletbakova A.N. PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO, GERONTOLOGICAL ASPECTS	72
Ismagulova E.K., Zhapalakov B.A., Zheleznova V.V., Shagataeva B.A., Shingalieva D.B., Amiradinova A.K. TO THE QUESTION OF NOSEBLEEDS WITH ENDONASAL INTERVENTIONS	77

Akylbekova G.K. MAJOR UNSATISFACTORY RESULTS OF TYMPANOPLASTICS IN PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT OTITIS	80
Gazizova A.O., Gazizov O.M. MORBIDITY OF THE RESPIRATORY TRACT IN CHILDREN AND ADULTS POPULATION OF THE ARAL SEA REGION	83
Zakirov T.M. CURRENT APPROACHES TO THE SURGICAL TREATMENT OF CYSTIC POLYPOUS FORMATION OF THE PARANASAL SINUSES	87
Kulieva E.S. THE WAY OF INTEGRATED TREATMENT FOR AURICAL AND EXTERNAL AUDITORY MEATUS ECZEMA	90

CLINICAL CASE IN PRACTICE OF ENT DOCTOR

Turgumbekov A.Z., Arstanbekov N.A., Ermekov A.R. CASE OF OPEN COMBINED HEAD AND NECK INJURIES WITH A FAVORABLE OUTCOME	93
Nasyrov M.V., Bakieva K.K., Tilemishova A.K. RARE CASE OF TONSILLOGENIC DAMAGE OF GREAT SALIVARY GLANDS (CLINICAL CASE)	97
Solodchenko N.V., Murtazaliev K.A., Turapova Zh.M. FRONTAL AND ETHMOID SINUSES PYOMUCOCELE WITH INTRAORBITAL COMPLICATION	102
Nurkeev N.B., Minenkov G.O., Turapova Zh.M. MAXILLARY SINUS CANCER WITH THE GROWTH INTO THE NASAL CAVITY, NASOPHARYNX, ETHMOID SINUS AND ORBIT (CASE REPORT)	107
Nasyrov M.V., Solodchenko N.V. TRANSITION-CELLULAR PAPILLOMA OF THE RIGHT MAXILLARY SINUS AND NASAL CAVITY WITH AREAS OF MALIGNANCY (CASE OF PRACTICE)	111
Kubatalieva N.A. CASE REPORT OF THE BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO	115

OTHER

Kozhonazarova G.K., Sarieva A.A., Almazbekova R.A. ETIOLOGICAL STRUCTURE AND FREQUENCY OF LIVER CIRRHOSIS IN CHILDREN (according to NCMaCC)	120
Nasyrov T.V. THE CHANGES OF PERIODONTAL TISSUE AT CROWDED TEETH IN CHILDREN AGED 6 TO 18 YEARS OF BISHKEK CITY	127

ANNIVERSARY

134

УДК 616.28-008.14-08-056.7(575.2)

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ И СЛУХОРЕЧЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ГЛУХОТЕ В КЫРГЫЗСТАНЕ**

В.А. Насыров, Т.А. Изаева, А.А. Исмаилова

Кафедра оториноларингологии КГМА им. И.К. Ахунбаева
(заведующий кафедрой д.м.н., профессор В.А. Насыров)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: kaunene06@gmail.com

Резюме. В данной статье представлены основные проблемы ранней диагностики нарушений слуха у детей, необходимость внедрения аудиологического скрининга новорожденных и кохlearной имплантации в Кыргызстане.

Ключевые слова: аудиологический скрининг, кохlearная имплантация, отоакустическая эмиссия.

**КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ТУБАСА ДҮЛӨЙ ДАРЫЛООСУНУН ЖАНА УГУУСҮЙЛӨМ
РЕАБИЛИТАЦИЯНЫН АКТУАЛДУУ КӨЙГӨЙЛӨРҮ**

В.А. Насыров, Т.А. Изаева, А.А. Исмаилова

И.К. Ахунбаев атындагы КММА оториноларингология кафедрасы
(кафедра башчысы, д.м.н., профессор В.А. Насыров)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада балдардын керендигин эрте ануктоонун негизги көйгөй муктаждык Кыргызстанда угуу скрининг жана кохlearдык жайылтуу ишке ашыруу.

Негизги сөздөр: аудиологикалык скрининг, кохlear имплантациясы, отоакустикалык эмиссия

**CURRENT PROBLEMS IN THE TREATMENT AND RELIABLE REHABILITATION
IN CONGENOUS DEAFNESS IN KYRGYZSTAN**

V.A. Nasyrov, T.A. Izayeva, A.A. Ismailova

Department of Otorhinolaryngology KSMA named after I.K. Akhunbaev
(Head of the Department, Ph.D., Prof. V.A. Nasyrov)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. This article presents the main problems of early diagnosis of hearing impairment in children, the need for the introduction of audiological screening of newborns and cochlear implantation in Kyrgyzstan.

Key words: audiological screening, cochlear implantation, otoacoustic emission.

Актуальность вопросов сенсоневральной тугоухости в детском возрасте достаточно высока, особенно в Кыргызстане. Статистически, по данным ВОЗ, распространенность тугоухости среди новорожденных составляет от 2 до 6 на 1000 здоровых младенцев [1,2,3,4]. Этот показатель несколько различается в разных странах и зависит от системы здравоохранения и в среднем на 1000 здоровых

детей приходится 3-4 младенца с тугоухостью [5,6]. Причем, согласно прогнозам ВОЗ, к 2020 году прогнозируется увеличение численности населения с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30% [7,8,9].

В Кыргызстане проблема усугубляется еще и тем, что в силу финансово-экономической и социально-политической нестабильности страны, идет существенный

рост распространенности нарушений слуха, особенно среди социально уязвимых слоев населения, повлекший за собой ухудшение качества жизни, инвалидизацию, и значительное снижение возможностей социальной адаптации больных данной категории работоспособного возраста ввиду отсутствия адекватной слухоречевой реабилитации на бюджетной основе за счет государства.

Нарушения слуха в детском возрасте являются значительным фактором в задержке развития речи и интеллекта, что приводит к отставанию в когнитивном, речевом и умственном аспекте от сверстников того же возраста, что сказывается на сложностях обучения в школе, общении с другими детьми, а также нарушению формирования слуховых и речевых центров мозга [9,10,11,12]. Процессы их формирования особенно интенсивны в первые два года жизни, что делает раннее выявление патологии слуховой функции важным и необходимым этапом программы помощи детям с нарушениями слуха [13,14,15]. Доказано, что при нарушениях слуха у детей наиболее эффективными являются программы помощи, начатые не позднее 6 месяцев жизни. Поэтому выявление и последующую диагностику нарушений слуховой функции у ребенка рекомендуется проводить в первые три месяца жизни [16,17,18]. Неоспоримым фактом остается то, что именно в раннем детском возрасте слух является необходимым для развития речи. Однако при своевременном выявлении, лечении, и адекватной слухоречевой реабилитации, эти дети получают равные шансы на развитие, получение образования и профессии, как и дети, рожденные с нормальным слухом [12,19,20].

В этиологии выделяют ряд факторов риска, к которым относятся различные патологии беременности, заболевания матери, неблагоприятные перинатальные условия (асфиксия плода, гипербилирубинемия, малый вес, недоношенность), ототоксичные воздействия, травмы и т.д. [21,22,23]. Причем выявление двух и более этиологических факторов значительно повышает вероятность развития у ребенка нарушения слуха, ассоциированного с поражением других органов и систем, т.е. сложного дефекта развития, предполагающего первичное нарушение двух и более систем организма ребенка с последующим формированием комплекса вторичных расстройств [24,25,29].

Таким образом, адекватное развитие детей с нарушенным слухом, эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий определяется своевременной диагностикой нарушений слуха [1,2,26,27,28,29]. Оптимизация ранней диагностики рассматривалась как ведущий механизм в своевременной реабилитации слуха. В этой связи, во всех странах на государственном уровне в медицинскую практику введен универсальный аудиологический скрининг детей раннего возраста с использованием объективных методов исследования, что в последующем позволило улучшить выявление врожденной тугоухости и глухоты. Следует отметить, что, к примеру, в Российской Федерации, аудиологический скрининг новорожденных осуществляется с 1996 г. и включал 2 этапа. На первом этапе в роддоме у новорожденного выявлялись факторы риска по тугоухости, и в выписной справке ребенка делалась соответствующая отметка. Второй этап скрининга осуществлялся в детской поликлинике по месту жительства и включал анкетирование родителей, проверку поведенческих реакций ребенка на звуки в возрасте 1, 4 и 6 месяцев с помощью звукоаппарата «ЗРТ-01». При отсутствии реакции ребенок направлялся в сурдологический центр для диагностического обследования. В настоящее время введен универсальный аудиологический скрининг новорожденных, основанный на объективных методах исследования слуха. Так, к 2008г. в РФ, приборами для регистрации отоакустической эмиссии были оснащены все родовспомогательные учреждения и детские поликлиники, а также для реализации 2-го этапа аудиологического скрининга были оснащены все сурдологические центры страны [28,29]. Так, в Республике Казахстан приказом министерства здравоохранения в 2009 г. также были утверждены правила организации скрининга и диагностики нарушений слуха у детей раннего возраста [28]. Несмотря на территориальную близость расположения стран «соседей», к сожалению, в Кыргызстане, значительная социально – экономическая нестабильность, недостаточное финансирование и отсутствие материально-технической базы создают невозможные условия для внедрения таких программ целью которых является выявление нарушений слуха у новорожденных и в раннем детском возрасте.

Несмотря на наличие огромного разнообразия нерешенных проблем в сфере

здравоохранения Кыргызстана, следует отметить попытки привлечения иностранных грантов для повышения качества диагностики, в частности, введения аудиологического скрининга новорожденных. Так, в 2017 году было проведено обучение медицинских работников (акушерки, неонатальные медсестры, ЛОР врачи) родовспомогательных организаций здравоохранения гг. Ош и Бишкек по аудио-лого-гическому скринингу новорожденных и церемония приема-передачи 3-х систем регистрации отоакустической эмиссии министерству здравоохранения на грантовой основе Турецким агентством по сотрудничеству и координации (ТИКА). Семинар для медицинских работников был организован Министерством здравоохранения благодаря поддержке «ТИКА» в рамках реализации Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук», запланированной на 2012-2016 гг. Однако, из-за отсутствия дальнейшего финансирования в этом направлении и отсутствия достаточной материально-технической оснащенности родовспомогательных учреждений необходимым количеством систем регистрации отоакустической эмиссии, сурдологического оборудования в детских государственных медицинских учреждениях, неонатальный аудиологический скрининг проводится лишь в трех медицинских учреждениях Кыргызстана: в Национальном центре охраны материнства и детства, городском перинатальном центре г. Бишкек и г. Ош. Такое состояние проблемы не приводит к повышению качества ранней диагностики, и выявляемость детской сенсоневральной тугоухости и глухоты остается преобладающей в возрасте 3-7 лет, причем отмечается неуклонный рост числа таких пациентов. В свою очередь, позднее обращение к детскому сурдологу при врожденной глухоте исключает возможность полноценной слухоречевой реабилитации и приводит к стойкой инвалидизации данной категории детей.

Согласно клиническим рекомендациям, утвержденным во всех странах мира, ранняя диагностика глухоты или глубокой тугоухости позволяет своевременно провести кохлеарную имплантацию и реабилитировать слух практически в полном объеме [16,25,29].

Следует отметить, что кохлеарная имплантация является одной из дорогостоящих медицинских технологий, которая оказывается эффективной, однако выявление детей с потерей слуха в поздние сроки (старше 3 лет)

требует намного больше затрат за счет длительного и сложного периода реабилитации [28,29]. При этом, дети получившие КИ в раннем возрасте, имеют больше времени для адаптации к окружающей среде и шансов пойти в школу вместе со здоровыми детьми. В связи с этим, в мировой практике отмечается тенденция к снижению возрастного критерия в показаниях к кохлеарной имплантации с целью полноценной слухоречевой адаптации, максимально приближенной к детям с нормальным слухом [19,22,26].

Кохлеарный имплант - это высокотехнологичное устройство для формирования звуковых ощущений у людей с глубоким нарушением слуха, так как традиционные слуховые аппараты не всегда в необходимой мере улучшают слуховую функцию, и могут быть неэффективными для многих пациентов с тяжелой или глубокой тугоухостью. Восстановление функции слуха состоит из хирургического вмешательства и дальнейшей терапии с образовательными программами. Целью кохлеарной имплантации является повышение качества жизни пациентов с глубокой тугоухостью путем развития слуха и речи, что способствует эффективному общению и дальнейшему развитию.

К сожалению, в отличие от других стран, в Кыргызстане не осуществляется финансирование для приобретения кохлеарных имплантов, что несомненно приводит к неуклонному росту числа лиц с глубокой тугоухостью и глухотой, значительно снижая количество активного трудоспособного населения. Учитывая финансовую несостоятельность большинства родителей таких детей, недостаточную материально-техническую оснащенность детских медицинских сурдоло-гических кабинетов, а также отдаленность регионов их проживания, некоторая часть таких детей не получает даже доступа к полноценному обследованию, обучению в специализированных детских дошкольных и школьных учреждениях для слабослышащих или глухих детей.

Однако, в 2012 году, при содействии заведующего кафедрой оториноларингологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, профессора Насырова В.А. и австрийской фирмы «Med-El» впервые в Кыргызстане была проведена первая кохлеарная имплантация на базе Медицинского центра КГМА. В последующем, в 2016 г., на той же клинической базе, совместно с австралийской фирмой «Cochlear», при

активном участии д-ра Моника Ленхардт и Российского научного центра аудиологии и слухопротезирования. Министерства здравоохранения Российской Федерации были произведены еще 5 кохлеарных имплантаций. Всего под руководством д.м.н., профессора Федосеева И.С., д.м.н. Бахшияна В.В. (Российский научный центр аудиологии и слухопротезирования) и кафедры оториноларингологии КГМА были проведены КИ более 25 пациентам. Следует отметить, что финансирование осуществлялось на коммерческой основе за счет благотворительных организаций, фондов и при активной поддержке австралийской фирмы «Cochlear». Хотелось отметить, что представителями этой фирмы производится тщательный мониторинг прооперированных детей, проведение необходимых настроечных сессий речевого процессора (каждые 6-8 мес.) с привлечением зарубежных специалистов (Россия, Казахстан, Австрия, Германия и т.д.) и организация сурдопедагогической помощи. Родители детей с КИ имеют постоянный доступ к консультативной помощи, и при необходимости, к настроечной сессии речевого процессора в онлайн-режиме.

В 2014 году, в соответствии с соглашением от Министерства здравоохранения Кыргызстана и Турции, граждане КР получили доступ к КИ на территории Турецкой республики, где финансовое обеспечение осуществляется за счет последней. Несмотря на сопутствующие трудности в вопросах о дополнительных расходах на транспортировку, жилье семей пациентов, и необходимости повторных визитов в клиники Турции на первое подключение речевого процессора, проведение первой настроечной сессии, а также для последующих настроечных сессий, по данным СМИ, турецкие врачи за последние пять лет провели 130 операций по установке кохлеарного имплантата гражданам КР. К сожалению, из-за отсутствия единой правовой базы таких пациентов, оценить отдаленные результаты КИ и степень их реабилитации, не предоставляется возможным. Недостаточная информированность врачей оториноларингологов амбулаторного звена, а также родителей таких пациентов, создает благоприятные условия для неправильного представления о КИ среди родственников и завышенных ожиданий, зачастую игнорирующих сурдопедагогическую реабилитацию и пассивно ожидающих

появление спонтанной речи самостоятельно. Необходимость дополнительных финансовых затрат на источники питания речевого процессора, покупки и замены аксессуаров, дополнительных настроечных сессий и дорогостоящих занятий с сурдопедагогом, также формируют негативный компонент у родителей, и в ряде случаев, являлся поводом для отказа от слухоречевой реабилитации после проведенной КИ в Турции.

Таким образом, несмотря на множественные попытки внедрения метода кохлеарной имплантации в лечении глухоты, особенно в раннем детском возрасте, распространенность данной патологии остается достаточно высокой. Данная проблема имеет не только медицинскую, но и огромную социальную значимость. Несомненно, для внедрения адекватных клинических протоколов и рекомендаций, максимального охвата населения Кыргызстана, необходимо время, средства на оснащение потенциальных центров, обучение специалистов (отохирургов, сурдологов, аудиологов, сурдопедагогов). Кроме того, помимо положительного опыта, подтвержденного отдаленными результатами многих авторов и исследователей, требуется фундаментальная предварительная организационная подготовка с подробным планированием всех этапов послеоперационной реабилитации, жестким контролем за результатами имплантации, пересмотр критериев инвалидности и подготовка учебного процесса для имплантированных детей с целью исключения случаев их зачисления в школы для слабослышащих или глухих.

Отдельной проблемой, требующей безотлагательного решения, является внедрение аудиологического скрининга новорожденных во всех родовспомогательных учреждениях, информированность специалистов оториноларингологов, особенно родителей и общества, как о проблеме глухоты, так и о методе кохлеарной имплантации (семинары для специалистов и родителей глухих детей, организаторов здравоохранения и социального развития, фондов социального страхования; проведение конференций; освещение в прессе, на радио и телевидении).

Таким образом, в настоящее время в КР имеются значительные организационные трудности для внедрения системы универсального аудиологического скрининга, основанного на регистрации отоакустической эмиссии во всех родильных домах страны, а также отсутствия

государственного финансирования для обеспечения кохлеарными имплантами нуждающуюся в этом, категорию пациентов с глубокими нарушениями слуха.

Итак, сохраняется масса правовых спорных вопросов, требующих незамедлительного решения:

- привлечение бюджетного финансирования на уровне Министерства здравоохранения КР для приобретения КИ и систем отоакустической эмиссии;
- составление и утверждение клинических рекомендаций и протоколов по теме «сенсоневральная тугоухость у детей» с использованием объективных методов исследования;
- регистрация систем КИ в ДЛО КР;
- определение инвалидности пациентов после кохлеарной имплантации;
- внедрение аудиологического скрининга новорожденных во всех родовспомогательных учреждениях страны;
- организация сурдопедагогической реабилитации на базе государственных детских учреждений, особенно в отдаленных регионах страны;

Все перечисленное, несомненно, указывает на комплексность и значительную актуальность данной проблемы в Кыргызстане, а также необходимость ее решения на межведомственном государственном уровне при сохранении единого методического руководств-ва.

Литература

1. Таварткиладзе, Г.А. Клиническая аудиология: руководство для врачей / Г.А. Таварткиладзе – М., Медицина, 2013. – 674 с.
2. Методики эпидемиологического исследования нарушений слуха: методические рекомендации / [Г.А. Таварткиладзе и др.] - Москва, 2006. – 27 с.
3. Лопотко, А.И. Практическое руководство по сурдологии / А.И. Лопотко – СПб, 2008. – 274 с.
4. Кенинг, К. Неотложная медицина в вопросах и ответах / К. Кенинг – СПб: Питер Ком, 1998. – 512 с.
5. William House Cochlear Implant Study Group: position statement on bilateral cochlear implantation / [T. Balkany, et al.] // Otol. Neurotol. - 2008. – V.29 (2). – P.107-108
6. Telischi, F. Clinical practice guideline: sudden hearing loss. F.Telischi // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2012. –V.146 (3). - P.1-35
7. Бабияк, В.И. Клиническая оториноларингология: руководство для врачей / В.И. Бабияк – СПб: Гиппократ, 2005. – 800 с.
8. Блоцкий, А.А. Неотложные состояния в оториноларингологии: учебное пособие / А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко – СПб., 2009. – 180 с.
9. Бобошко, М.Ю. Речевая аудиометрия: учебное пособие / М.Ю. Бобошко – СПб, 2012. – 64 с.
10. Хечинашвили, С.Н. Слуховые вызванные потенциалы человека: методические рекомендации / С.Н. Хечинашвили, З.Ш. Кеванашвили. - Тбилиси, 1985. – 108 с.
11. Гнездицкий, В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике: Руководство для врачей / В.В. Гнездицкий – Таганрог, 1997. – 63 с.
12. Таварткиладзе, Г.А. Функциональные методы исследования слухового анализатора: национальное руководство / Г.А. Таварткиладзе – М.: Геотар, 2008. – Гл.5. - С. 113-149.
13. A comparison of three noninvasive systems for electrocochleography / [D. Lilly et al.] // ASHA. — 2011. — Vol.29: 166 (A) — P. 73 -75.
14. Negri, M. Electrocochleography by extra- and transtympanic methods: the results in a group of normal subjects / M. Negri, A. Bacciu, G. Fava // Acta Biomed. Ateneo Parmense — 1996. — Vol.67 (6-7). — P. 177-183.
15. Цыганкова, Е.Р. Экстратимпанальная электрокохлеография: методические рекомендации / Е.Р. Цыганкова, Т.Г. Гвелесиани, Г.А. Таварткиладзе. - Москва, 1998. - 18 с.
16. Novak, M.A. Hearing loss in neurotologic diagnosis / M.A. Novak // Neurotology by Jackler R.K., Brackmann D.E.: copyright by Mosby. — 1994. — P. 131-144.
17. Delayed endolymphatic hydrops following cochlear trauma / [S.R. Whitaker et al.] // Meniere's disease. - Amsterdam: Kugler Publications, 1994. — P. 51-57.
18. Косяков, С.Я. Сенсоневральная тугоухость. Современные возможности терапии с позиции доказательной медицины: методическое пособие / С.Я. Косяков, А.Г. Атанасян. - Москва, 2008. – 46 с.
19. Chen, C.Y. Oral steroid treatment of sudden sensorineural hearing loss: a ten year retrospective analysis / C.Y. Chen, C. Halpin, S.D. Rauch // Otol. Neurotol. - 2003. —24(5) — P.728-733
20. Hrobjartsson, A. Placebo interventions for all clinical Conditions. / A. Hrobjartsson, P. Gotzsche // Cochrane Database Syst. Rev. - 2004. — №3 — P. 39 -45

21. Laue, P. Newborn and infant hearing screening. Current issues and guiding principles for action / P. Laue // Outcome of a WHO informal consultation held at WHO headquarters. – Geneva: 09-10. – 2009. – 28 p.

22. Mitchell, R. Chasing the mythical ten percent: Parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States / R. Mitchell, M. Karchmer // Sign Language Studies. – 2004. – №4 (2). – P. 138-163

23. Bilateral cochlear implants in children: localization acuity measured with minimum audible angle / [R. Litovsky et al.] // Ear Hear. – 2006. – №27. – P.43–59.

24. Lammers, M. The cost-utility of bilateral cochlear implantation: a systematic review / M Lammers, W. Grolman, Y. Smulders // Laryngoscope. – 2011. – №121. – P. 2604-2609.

25. Summerfield, A. Estimates of the cost-effectiveness of pediatric bilateral cochlear implantation / A. Summerfield, R. Lovett // Ear Hear. – 2010. – №31 (5). – P. 611-624.

26. Таварткиладзе, Г.А. Российскому научно-практическому центру аудиологии и слухопротезирования — 25 лет. The 25th anniversary of the Russian Research and Practical Centre of Audiology and Hearing Rehabilitation / Г.А. Таварткиладзе // Вестник оториноларингологии – 2014. – № 2. – С. 2-8.

27. Таварткиладзе, Г.А. История кохлеарной имплантации / Г.А. Таварткиладзе // Вестник оториноларингологии – 2016. – №6. – С. 4-10.

28. Сравнительный анализ результатов экономической эффективности кохлеарной имплантации в мире / [А. Медеулова и др.] // Вестник КазНМУ – 2015. – №1. – С. 517-519.

29. Кисина, А.Г. Ранняя диагностика тугоухости и глухоты у детей и их реабилитация: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / А.Г. Кисина – Москва, 2013. – 22 с.

**ПРИЧИНЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПУТИ ИХ
ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ
ТРАНСКАНАЛИКУЛЯРНОЙ ДАКРИОЦИСТИСТОМИИ**

В.А. Насыров, И.М. Исламов, Н.Н. Беднякова

КГМА им. И.К. Ахунбаева,

Кафедра оториноларингологии (зав. каф. - д.м.н., проф. В.А. Насыров),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: benanik@mail.ru

Резюме. Целью данной работы явилось клиническое обоснование применения проводника лазерного волокна собственной конструкции при проведении лазерной трансканаликулярной дакриоцисториностомии.

Ключевые слова: хронический гнойный дакриоцистит, носослезный проток, лазер.

**ЭНДОСКОПИЯ ЛАЗЕРДИК ТРАНСКАНАЛИКУЛЯРДУУ
ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИЯ УЧУРУНДАГЫ ИИТРАОПЕРАЦИОИДУК
КУЧОШТОР ЖАНА АЛАРДЫН АЛДЫН АЛУУ ЖОЛДОРДУН СЕБЕПТЕРИ**

В.А. Насыров, И.М. Исламов, Н.Н. Беднякова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

Оториноларингология кафедрасы (каф. башчысы, м.и.д., проф. В.А. Насыров),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иштин максаты трансканаликулярдык лазер дакриоцисториностомия учурунда биз өз таап чыгарган лазер була конструкциянын клиникалык арыз изилдөө болгон.

Негизги создор: хроникалык ирин дакриоцистит, мурун-жаш түтүгү, лазер.

**REASONS OF INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS AND THE WAYS
OF THEIR PREVENTION DURING ENDOSCOPIC LASER TRANSCANOLOGICAL
DACRYOCYSTORHINOSTOMY**

V.A. Nasyrov, I.M. Islamov, N.N. Bednaykova

KSMA named after I.K. Akhunbaev,

Department of Otorhinolaryngology (Head of the Dep, MD., Prof. V.A. Nasyrov),
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The purpose of this work is to do a clinical justification of laser fiber's conductor usage under its own construction while doing laser transcanalicular dacryocystorhinostomy.

Key words: chronic purulent dacryocystitis, ductus nasolacrimalis, laser.

Введение

Заболевания слезоотводящих путей по-прежнему сохраняют за собой одно из лидирующих мест среди патологии глаза. На долю больных с нарушением слезоотведения приходится от 6 до 25% всех заболеваний органов зрения, из них от 2 до 7,5% страдают хроническим дакриоциститом [1, 2, 3, 4]. Заболевания слезоотводящих путей нередко могут приводить к тяжелым осложнениям и инвалидности. По литературным данным,

удельный вес хронических дакриоциститов как причины ползучей язвы роговицы составляет до 50%, а это в дальнейшем может привести к частичной или полной потере зрения. Поэтому успешная реабилитация больных с заболеваниями слезоотводящих путей имеет важное медико-социальное значение.

Проблема лечения заболеваний слезоотводящих путей, несмотря на значительные успехи в изучении данного вопроса, далека от окончательного решения и

требует дальнейшего изучения и совершенствования. Дакриоцисториностомия является основным способом лечения непроходимости вертикального отдела слезоотводящих путей [1, 2, 3, 4, 5]. Современная концепция щадящей хирургии привела к внедрению в практику новых методов формирования дакриоцисториностомы с использованием лазерных аппаратов и эндоскопического контроля.

Несмотря на ряд преимуществ лазерной дакриоцисториностомии: отсутствие косметического дефекта, небольшая травматичность, возможность оперировать в любой стадии флегмонозного дакриоцистита, возможность одномоментной операции на слезоотводящих путях с обеих сторон, минимальное кровотечение и возможность устранения облитераций при одновременной стерилизации операционного поля, эндоскопический контроль на всех этапах операции, она, как и любое хирургическое вмешательство, может сопровождаться осложнениями во время операции и после нее [1, 2, 3,]. Наиболее частыми осложнениями во время операции лазерной трансканаликулярной дакриоцисториностомии являются повреждение слезной точки, канальца, слезного мешка и слизистой оболочки носа рабочим концом световода лазера, в том числе энергией лазера. Существует риск проникновения рабочего конца световода лазера в клетки решетчатого лабиринта, полость гайморовой пазухи. Следует отметить, что световод лазера представляет собой моноволокно в полимерной оболочке и подвержено излому при неосторожном продвижении рабочего конца лазера, а также при давлении с большим усилием. Имеется риск термического повреждения слезного мешка, канальца и точки, если по завершении формирования соустья рабочий конец световода лазера предварительно не охладить на этапе выведения его из слезоотводящих путей.

В связи с вышеизложенным целью нашей работы явилось клиническое обоснование применения проводника лазерного волокна собственной конструкции при проведении трансканаликулярной лазерной эндоскопической дакриоцисториностомии.

Материалы и методы

Эндоскопическая лазерная трансканаликулярная дакриоцисториностомия была выполнена 92 пациентам в возрасте от 9 до 78 лет, из них 11 мужчин и 81 женщин соответственно. Двухсторонний дакриоцистит

был у 17 больных, посттравматический у 5 пациентов. У 19 пациентов ранее проводилась дакриоцисториностомия по Тотти, однако эта наружная операция оказалась не эффективной – не удалось восстановить проходимость носослезного канала или рубцовый процесс в послеоперационном периоде закрыл просвет канала. Все пациенты находились на лечении в Медицинском Центре Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева в период с 2011 по 2017 годы.

Эндоскопическую лазерную трансканаликулярную дакриоцисториностомию мы выполняли с использованием Nd:YAG лазера (КНР). Лазер генерирует излучение длиной волны 1064 nm, мощностью от 0 до 60 Вт и длительностью импульса 250 мкс.

Формирование костного окна с помощью лазерного излучения позволяет одновременно дренировать полость слезного мешка, опорожняя его от гнойного содержимого, и восстановить пассивный отток содержимого с минимальным риском распространения инфекции. Уменьшение риска распространения инфекции и возникновения кровотечения в ходе формирования слезно-носового соустья достигается воздействием лазерного излучения. Высокая температура вызывает образование тоннеля с коагулированными стенками, не обладающими свойствами питательной среды для роста микроорганизмов.

Методика. После расширения нижней слезной точки и канальца с помощью стандартного набора зондов Боумана, в слезные пути имплантировался проводник лазерного волокна собственной конструкции (рац. предложение №10/10) в виде полый трубки (рис. 1, 2) до контакта с лобным отростком верхней челюсти и/или слезной костью. В просвет проводника вводилось лазерное волокно без фиксации в нем (рис. 3). Критерием адекватного ориентирования наконечника и лазерного волокна мы считали появление диафаноскопического просвечивания в области среднего носового хода на 3-4 мм впереди от средней носовой раковины. Время воздействия фиксировалось на момент проникновения наконечника в полость носа и в среднем составляло 20-30 секунд.



Рис. 1. Проводник для лазерного волокна.



Рис. 2. Имплантирование проводника для лазерного волокна в слезные пути.

При этом на наш взгляд, оптимальной мощностью для формирования костного окна является 2-4 Вт. Расширение костного канала выполнялось дополнительными импульсами лазерного воздействия в течение 15-20 секунд. После этого больший по диаметру лазерный проводник свободно проводили в полость носа. После формирования стомы проводник вместе с лазерным волокном удаляли из слезных путей.

В заключении, через нижнюю и верхнюю слезные точки, сформированную стому в

полость носа вводили силиконовую интубационную трубочку (рис. 4).

В завершение операции дистальный и проксимальный концы силиконовой интубационной трубочки фиксировали в полости носа. Интубация слезных путей использовалась для предупреждения развития рецидива заболевания за счет стойкого и длительного сохранения их просвета и способствует их полной эпителизации.



Рис. 3. Лазерное волокно находится в проводнике.



Рис. 4. Через нижнюю и верхнюю слезные точки проведена силиконовая интубационная трубочка.

Результаты и обсуждение

В первый день после операции область слезного мешка была безболезненна при пальпации, сохранялась незначительная подкожная инфильтрация, флюктуация отсутствовала. При надавливании на область слезного мешка патологического отделяемого не отмечалось. Послеоперационное лечение включало в себя антибиотикотерапию местно в виде капель в глаз, инстилляцию в конъюнктивальную полость мази, содержащей кортикостероиды и в нос сосудосуживающие капли.

Силиконовую интубационную трубочку у всех пациентов мы удаляли через 6 месяцев после операции. После удаления силиконовой

интубационной трубочки положительный результат подтверждался путем промыванием слезоотводящих путей антибактериальными растворами с помощью специальных канюль через 1, 6 и 12 месяцев.

Эффективность лечения больных оценивалась по следующим критериям: выздоровление (полное отсутствие слезо- и гноетечения), улучшение (периодическое слезотечение при проходимости сформированной дакриостомы) и наличие рецидива хронического дакриоцистита (вновь появление симптомов заболевания после операции).

Ближайшие послеоперационные результаты показали высокую эффективность операции (рис. 5).

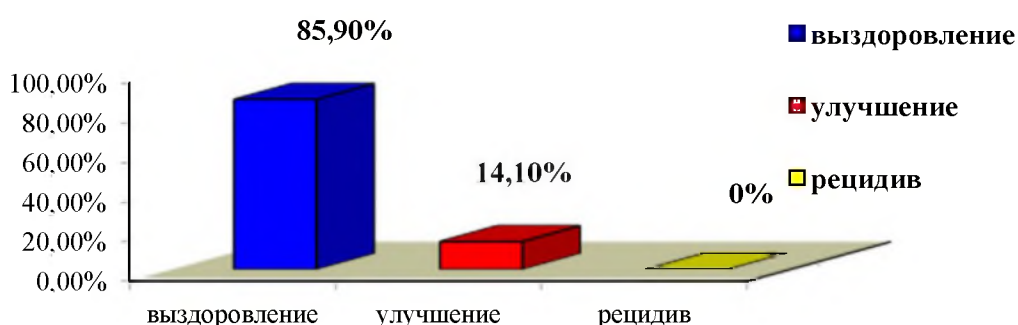


Рис. 5. Ближайшие (через 1 месяц) результаты операции.

Через 6 месяцев проведено исследование у 85 оперированных (рис. 6). Большинство пациентов (74,1%) были удовлетворены исходом лечения.

Через 1 год после трансканаликулярной лазерной эндоскопической дакриоцисторино-

стомии исследования проведены у 78 пациентов (рис. 7). Положительные результаты отмечены у 70 больных, в том числе выздоровление – у 56, улучшение – 14 соответственно.

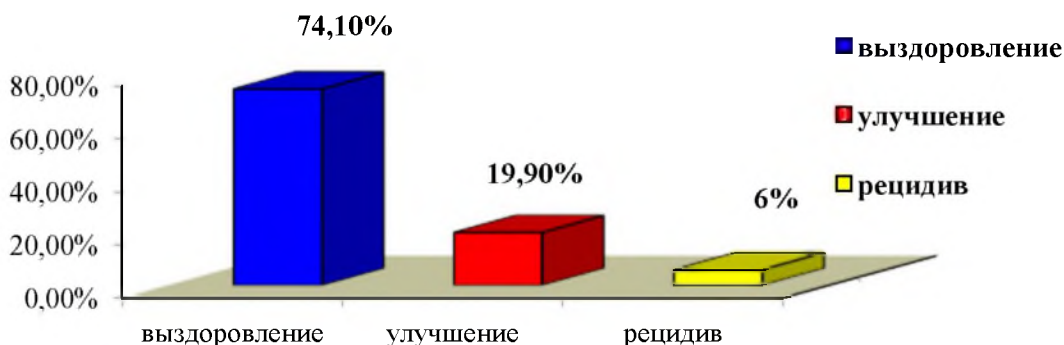


Рис. 6. Результаты лазерной эндоскопической дакриоцисториностомии через 6 месяцев.

Пациентам с рецидивом заболевания была проведена повторная аналогичная операция, без интубации силиконовой трубкой. В целом техника повторной лазерной

трансканаликулярной дакриоцисториностомии не отличалось от первичной, во всех случаях были увеличены размеры костного окна.

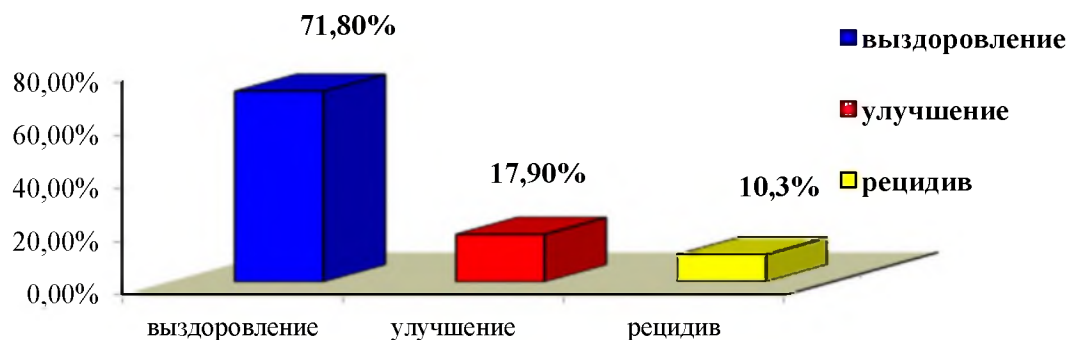


Рис. 7. Результаты лазерной эндоскопической дакриоцисториностомии через 1 год.

Указанный процент рецидивов не превышает уровня неудачных результатов после применения данной методики в сравнении с ретроградным или наружным доступом.

Выводы:

Таким образом, трансканаликулярная лазерная эндоскопическая дакриоцисториностомия с использованием проводника для лазерного волокна имеет ряд преимуществ в сравнении с традиционными вмешательствами, а именно:

- значительно облегчает работу хирурга,
- защищает лазерное волокно от изломов,
- препятствует термическому ожогу мягких тканей в момент операции,
- уменьшает болезненные ощущения, испытываемые больным во время и после операции,
- сокращает продолжительность операции,
- обеспечивает хорошие послеоперационные функциональные результаты.

Литература

1. Лазерная дакриоцисториностомия / [М.Т. Азнабаев, Б.М. Азнабаев, Б.Т. Фаттахов и др.] -Уфа, 2005. -152 с.
2. Белдовская, Н.Ю. К вопросу о неудачных исходах лазерной эндоназальной дакриоцисториностомии / Н.Ю. Белдовская, С.А. Картищенко, С.В. Баранская // Офтальмологические ведомости. -Т.9. -№2. -2016. -С. 14-18
3. Применение низкоинтенсивного гелий-неонового лазера в лечении больных после эндоназальной дакриоцисториностомии / [В.Г. Белоглазов, Е.Л. Атькова, С.М. Нуриева и др.]// Вестник офтальмологии. -№5. -2004. -С. 7-11
4. Кузбеков, Ш.Р. Трансканаликулярная лазерная дакриоцисториностомия с интубацией слезоотводящих путей силиконовым стентом под эндоскопическим контролем у детей / Ш.Р. Кузбеков, А.А. Фархутдинова // Вестник ОГУ. -№12 (148). -2012. -С. 106-108
5. Endonasal laser dacryocystorhinostomy: its role in anticoagulated patients / [A. Smithard, D. Wynne, B.J. Bingham et al.] // Laryngoscope. -2003. – Vol. 113(6). – P. 1034-1036

ЛИМФОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОТОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В.А. Насыров¹, Т.А. Изаева², Н.Н. Беднякова¹, А.А. Исмаилова¹

¹КГМА им. И.К. Ахунбаева,

²Кыргызско-Российский Славянский Университет
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: benanik@mail.ru

kaynene06@gmail.com

Резюме. Анатомо-физиологическая роль лимфатической системы в поддержании гемостаза организма признана в настоящее время многими авторами. Следовательно, любая реабилитация органа невозможна без морфофункционального восстановления регионарного лимфотока. Включение лимфотропной терапии в комплексное лечение больных с отогенными внутричерепными осложнениями приводит к сокращению у них срока пребывания в стационаре.

Ключевые слова: отогенные внутричерепные осложнения, лимфотропная терапия.

ОТОГЕНДИК БАШ СООК ООРУ ОРЧУШУНУН ИЧИНДЕ КОМПЛЕКС ТУУРАЛУУ ЛИМФОСТИМУЛДУК ДАРЫЛОО

В.А. Насыров¹, Т.А. Изаева², Н.Н. Беднякова¹, А.А. Исмаилова¹

¹И.К. Ахунбаев атындагы КММА

²Кыргыз-Россия Славян Университети
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Организмдеги гемостазды кармап турууда лимфатикалык системанын анатомо-физиологиялык ролу азыркы учурда көп авторлор тарабынан негизделген. Демек, органдын реабилитациясы аймактагы лимфа агуусун морфофункционалдык жөнгө салуусуз мүмкүн эмес. Отогендик баш сөөктүн татаалдануусун комплексдик дарылоодо лимфотропдук терапияны кошуу оорулуулардын стационарда жатуу мөөнөтүн кыскартат.

Негизги создор: Отогендик баш сөөктүн ичиндеги татаалданышууларды, дарылоодо лимфостимуляциялоо.

LYMPHOSTIMULATION IN THE COMPLEX TREATMENT OF OTOGENNY INTRACRANIAL COMPLICATIONS

V.A. Nasyrov¹, T.A., Izayeva², N.N. Bednaykova¹, A.A., Ismailova¹

¹KSMA named after I.K.Akhunbaev

²KRSU

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In our days anatomico-physiology role of lymphatic system in support of organism homeostasis is a recognize by the many authors. Therefore, any rehabilitation of the organ couldn't be without morphofunction restoration by regional lymphatic torrent. Including of lymphotropic therapy in the complex treatment of patients with otogenic intracranial complications lead lowering date of staying in hospital.

Key words: otogenic intracranial complication, lymphotropic therapy.

Введение

Внутричерепные осложнения, возникающие вследствие гнойного воспаления среднего уха или придаточных пазух носа, опасны для

жизни. Смертность при отогенных внутричерепных осложнениях достигает 30% среди всех больных с ЛОР патологией [1, 2, 3.]. Ряд авторов считают, что эти показатели

практически не зависят от сроков выполнения хирургической санации очага воспаления, что подтверждено рядом клинических исследований. Поэтому проблема внутричерепных осложнений, весьма актуальна и привлекает внимание не только оториноларингологов, но и невропатологов.

Среди основных видов отогенных внутричерепных осложнений (ОВЧО) на первом месте по частоте стоит вторичный гнойный менингит, на втором – абсцессы мозга и мозжечка, на третьем – синустромбозы и отогенный сепсис [4, 5].

Летальность при отогенных внутричерепных осложнениях зависит от многих обстоятельств: тяжести и давности заболевания, общего состояния и возраста больного, своевременности диагностики и госпитализации и т.д. Но не менее значительную роль, на наш взгляд, в исходе заболевания играет и методика лечения больных. Нельзя не отметить успеха современных патогенетически обоснованных видов терапии, постоянное развитие проблем клинической фармакологии, применительно к задачам отиатрии, разработка оптимальных вариантов хирургической и лекарственной терапии. Научно-технический прогресс предполагает также разработку новых методов лечения в послеоперационном периоде, таких как лимфостимулирующая и лимфотропная терапия.

Однако лимфотропная терапия в послеоперационном периоде при отогенных внутричерепных осложнениях ранее в клинике не проводилась.

Материалы и методы

Материалом исследования послужили данные 230 больных, диагноз у которых был верифицирован во время обследования и операций на среднем ухе по поводу острого и хронического гнойного среднего отитов в ЛОР отделениях Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской республики, Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии, областной больницы г. Ош и г. Нарын в период с 1998 по 2015 гг.

Среди них мужчин было 138, женщин - 92. Таким образом, среди наблюдавшихся нами больных с отогенными внутричерепными осложнениями лиц мужского пола оказалось почти в 2 раза больше, чем женщин. Этот факт был отмечен и другими авторами, и предположительно связывается с тем, что у женщин оказывается более эффективными факторы местной иммунной защиты. Возраст больных колебался от 3 до 84 лет.

Эпитимпанит диагностирован у 141 больных (61,3%), мезотимпанит у 5 (2,2%), острый средний отит у 3 (1,3%), у 81 больных (35,2%) – эпимезотимпанит (рис. 1).



Рис. 1. Частота распространенности патологии среднего уха.

Таблица 1 - Распределение обследованных больных на клинические группы в зависимости от характера получаемого лечения

Группы	Количество больных	Характер получаемого лечения
Контрольная группа	n =148	Хирургическое лечение и антибактериальная терапия по общепринятым методикам, симптоматическая по показаниям
Основная группа	n =82	Хирургическое лечение, непрямая лимфостимуляция и антибактериальная терапия (системно и лимфотропно), симптоматическая терапия по показаниям

В зависимости от полученного метода лечения, все пациенты были распределены на следующие клинические группы (табл. 1).

Непрямая лимфостимуляция выполнялась путем введения в межкостистые промежутки шейного и верхнегрудного отделов позвоночника лекарственной смеси, состоящей из лидазы, гидрокортизона и 0,5% раствора лидокаина.

Регионарная лимфотропная антибиотикотерапия проводилась по результатам антибиотикограмм. Препарат вводили медленно подкожно в заушной области на стороне процесса на 1 см ниже и латеральнее сосцевидного отростка под углом 45°. Через иглу вводили 0,5 мл раствора лазикса, спустя 5 мин. не вынимая иглы вводили антибиотик в средней суточной дозе. Лечение больных с помощью метода непрямой лимфостимуляции начиналось в первые 1-3 дня поступления в

стационар сразу после уточнения клинического диагноза.

Эффективность проводимого лечения в обеих исследуемых группах оценивалась по динамике клинических проявлений заболевания, степени обсемененности полости среднего уха в динамике, изменениям анализа крови и степени летальности.

Результаты и обсуждение.

При оценке динамики очаговых симптомов нами установлено, что у больных, получавших лимфостимулирующую и лимфотропную терапию наряду с традиционными методами, динамика снижения выраженности очаговых симптомов показала более яркую тенденцию (рис. 2). Так, на 7-е сутки лечения очаговые симптомы в контрольной группе встречались в 20,2%, тогда как в основной группе этот показатель составлял 4,8% случаев.

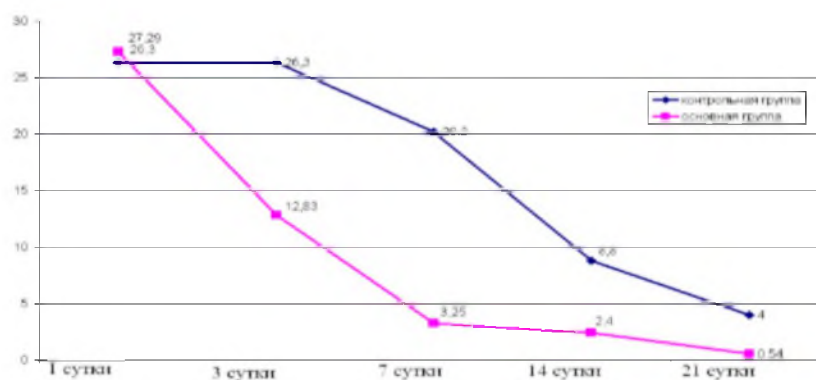


Рис. 2. Динамика очаговых симптомов при ОВЧО в сравниваемых группах (количество больных в %).

При клиническом обследовании больных с отогенными внутричерепными осложнениями, менингеальные симптомы выявлялись в 93,2% больных контрольной группы, и в 91,4% у пациентов основной группы, получавших региональную лимфотропную терапию и

стимуляцию лимфодренажа центральной нервной системы.

Следует указать, что первые трое суток лечения по динамике менингеальных симптомов у больных обеих исследуемых групп не имели принципиальных различий (рис. 3).

Однако к 14-му дню интенсивной комплексной терапии, менингеальные симптомы имеют место лишь в 8,5% случаев в основной группе,

тогда как этот же показатель у больных контрольной группы сохранился в 47,3%.

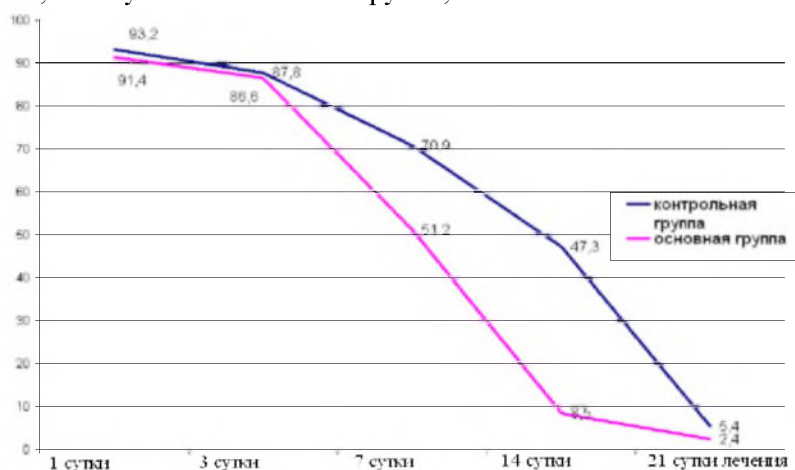


Рис. 3. Выраженность менингеальных симптомов в динамике (количество больных в %).

В процессе лечения бактериологическое исследование отделяемого из среднего уха было проведено 118 пациентам с ОВЧО. Их них 82 больным была проведена регионарная лимфостимулирующая и лимфотропная антибиотикотерапия наряду с традиционными методами лечения. Изменение бактериологической картины барабанной полости при различных методах лечения в динамике отражены в приведенном рисунке 4.

Следует отметить, что забор патологического отделяемого из среднего уха проводился больным при поступлении, на 3-и, 7-е и 14-е сутки лечения. Как видно из рисунка на 3-и сутки лечения у больных, получавших регионарную лимфотропную антибиотикотерапию, наличие патогенной флоры обнаруживалось в 85,4% случаев, в то время как у пациентов контрольной группы этот показатель составлял 94,4%.

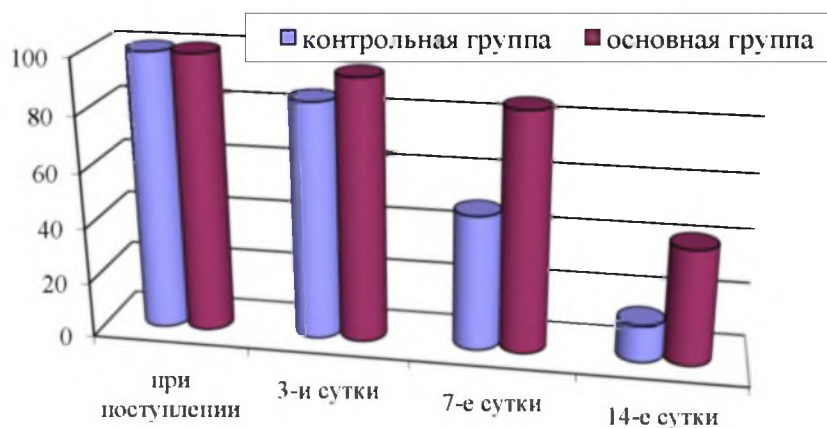


Рис. 4. Динамика изменения бактериологической картины барабанной полости при различных методах лечения.

Наибольший процентный разрыв показателей наблюдался на 14-е сутки лечения. В эти сроки всего 13,4% случаев основной группы имели наличие патогенных микроорганизмов в полости среднего уха, тогда как в контрольной группе эта цифра равнялась 41,7%.

Таким образом, сочетание своевременного хирургического вмешательства,

полноценного медикаментозного лечения и лимфостимулирующей и лимфотропной терапий может дать хорошие результаты и позволит сократить сроки восстановления функций мозга, и значительно уменьшить время пребывания больного в стационаре при таких тяжелых и грозных заболеваниях как отогенные внутричерепные осложнения.

Литература

1. Изяева, Т.А. Внутричерепные осложнения отогенного и риногенного генеза. – Бишкек, 2010. – 260 с.
2. Косяков, С.Я. Отогенные внутричерепные осложнения: актуальные вопросы диагностики и лечения / С.Я. Косяков, Е.В. Носуля, Б. Перич // Вестник оториноларингологии. - 2014. - №1. - С. 64-69.
3. Пономарев, Л.Е. Возрастные особенности течения отогенных и риногенных внутричерепных осложнений // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2012. - №4. - С. 34-37.
4. Трусов, Д.В. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения. Статистика и анализ, проведенные за 50 лет / Д.В. Трусов, М.В. Бычкова // Вестник ТГУ. - 2017. - Т.22, вып. 6. – С. 56-62.
5. Wiatr, M. Chronic otitis media as an introduction to intracranial otogenic complications / M. Wiatr, J. Składzień, J. Tomik // Otolaryngologia polska. The Polish otolaryngology (Poland). – 2008. - 62(1). – P. 49-53.

**НЕКОТОРЫЕ КТ-ОСОБЕННОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ИХ РОЛЬ
В ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

В.А. Насыров¹, И.М. Исламов¹, Г.О. Миненков²

¹Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра оториноларингологии (зав. каф. - д.м.н., профессор В.А.Насыров),

²Медицинский центр ТОМЕХ
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: i.m.islamov@gmail.com

Резюме. Авторы попытались оценить возможности компьютерно-томографического исследования в диагностике и выборе метода хирургического удаления доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области. Нами обследовано и прооперировано 19 пациентов, из которых у 12-и было произведено эндоскопическое ринохирургическое удаление опухоли. Во всех случаях диагноз был подтвержден результатами гистологического исследования. На основании анализа данных компьютерной томографии удалось проследить распространенность опухоли в челюстно-лицевой области, выявить особенности тени, свойственные доброкачественному объемному процессу и обоснованно выбрать ту или иную тактику хирургического лечения.

Ключевые слова: компьютерная томография, доброкачественные опухоли, челюстно-лицевая область, эндоскопическая хирургия.

**ЖААК ОБЛУСУНУН ШИШИКТЕР АЙРЫМ КТ ОЗГОЧОЛУКТОРУ ЖАНА
АЛАРДЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО ЫКМЫСЫН ТАНДООДО РОЛДОРУ**

В.А. Насыров¹, И.М. Исламов¹, Г.О. Миненков²

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекет медициналык академиясы
Оториноларингология кафедрасы (каф. баш. - д.м.н., проф. В.А. Насыров)

²ТОМЕХ медициналык борбору
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Жаак аймактын шишиктерди хирургиялык четтетүүнүн тандоо, диагностикалоо жана компьютер-радиологияны мүмкүнчүлүктөрүн баалоо. Биз карап, хирургия дарылоо болгон 19 пациент, алардын ичинен 12 өндүрүлгөн жана эндоскопиялык шишик ринохирургия болуп алынган. бардык учурларда, диагноз гистологиялык экспертиза тарабынан тастыкталды. КТ маалыматтарды талдоонун негизинде биз жаак аймакта шишиктер өзгөчөлүктөрүн байкоо жүргүзүүгө, атап айтканда, КТ көлөкө далилдери, жана ошого карата бир оптималдуу хирургия тактикасын тандап аныктоо.

Негизги создор: компьютердик томография, жаак-бет аймактын шишиктери, эндоскопиялык хирургия.

**SOME CT-FEATURES OF BENIGN NEOPLASMS
OF MAXILLOFACIAL AREA AND THEIR ROLE IN THE CHOICE
OF THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT**

V.A. Nasyrov¹, I.M. Islamov¹, G.O. Minenkov²

¹Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Otorhinolaryngology (Head of the Department, Ph.D., Prof. V.A. Nasyrov)

²Medical center TOMEX
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. to evaluate a computer tomography opportunities in diagnosis and choice of surgical approach for removal of benign tumors in maxilla-facial region. We have operated 19 patients, 12 of them through endoscopic rhinosurgery intervention. In all cases the final diagnosis was confirmed by pathomorphological verification. On the basis of computer tomography results it managed to trace a tumors extension inside of maxilla-facial region, to reveal shadow peculiarities due to benign tumors and to choose an adequate tactics of surgical treatment.

Key words: computed tomography, benign tumors, maxilla-facial region, endoscopic surgery.

Введение

Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области (ЧЛО) встречаются достаточно часто [1,2,3]. Отсутствие патогномичных признаков в начальных стадиях развития процесса приводит к недостаточности внимания к проблеме, как со стороны больного, так и врача. Значительное разнообразие гистологических форм, локализаций и распространенности доброкачественного объемного поражения ЧЛО, значительно затрудняет диагностику, а в ряде наблюдений, приводит к диагностическим ошибкам [4, 5]. С позиций современной диагностики, для уточнения характера опухоли, ее локализации и распространенности в сложных анатомических структурах ЧЛО, используется компьютерная или магнитно-резонансная томография. Основываясь на этих данных, хирург решает вопрос о возможности проведения эндоскопического удаления опухоли, либо отказа от него в пользу обширного хирургического вмешательства с наружным подходом [6,7].

Материалы и методы

За последние 7 лет нами обследовано и прооперировано 19 пациентов с различными доброкачественными опухолями ЧЛО. Генетически они были связаны либо с эпителиальной (10 наблюдений), либо с мезенхимальной тканью (9 наблюдений). Из них у 12-и пациентов опухоль была удалена с помощью эндоскопического ринохирургического вмешательства. В 2-х наблюдениях доброкачественный неопластический процесс был ликвидирован с использованием доступа по Денкеру, в 5-и - посредством боковой ринотомии. Обследование проводилось на спиральном компьютерной томографе Hitachi Pronto, Япония, в аксиальной и коронарной проекциях, толщиной среза 3 мм. Следует отметить, что мы в своей практической работе отдавали предпочтение послойному режиму сканирования, который, на наш взгляд, позволяет более детально оценить состояние мелких костных структур. При необходимости

использовалась постпроцессорная обработка полученных КТ-данных а режимах MPR и 3D с построением соответствующих моделей.

Результаты и их обсуждение

При анализе компьютерных томограмм мы, как и многие другие авторы, обращали внимание на характер тени и ее плотность, рельеф границ, изменения вовлеченных в процесс мягкотканых, хрящевых и костных анатомических образований, с определением локализации и распространенности патологического процесса в исследуемой области. [4, 5, 6].

Оценка полученных КТ-данных должна осуществляться в определенной последовательности, иными словами, подчиняться алгоритму, позволяющему с меньшей вероятностью допустить диагностическую ошибку. Это особенно важно для планирования методических основ выполнения того или иного хирургического вмешательства. Такой алгоритм, разработанный нами, был предметом описания ранее [4].

Детальный анализ полученных КТ-данных 19-и пациентов с доброкачественными опухолями ЧЛО, позволил нам с достаточной долей достоверности высказаться об их КТ-семиотике, отличной от злокачественных опухолей, без чего немислим обоснованный выбор тактики хирургического лечения.

Доброкачественные опухоли ЧЛО, по данным КТ-анализа, характеризуются наличием дополнительного объемного образования, мягкотканой плотности в пределах от +35,7 ед.Н. до +51,4 ед.Н., часто с наличием внутреннего рисунка (мелко-, средне-, крупнозернистого), без КТ-признаков распада. В отдельных наблюдениях в толще тени определяются очаги и участки пониженной до +25,6 ед.Н. плотности (псевдокисты), либо повышенной (кальцинация) плотности, не связанные с разрушенными в процессе роста опухоли костными структурами. Границы тени опухоли, как правило, четкие из-за более или менее выраженного краевого контура, образованного либо компримированными

мягкоткаными структурами, либо капсулой смещенных костных структур. Для всех гистологических форм доброкачественных опухолей ЧЛО характерно смещение и остеопороз костных, смещение и сдавление мягкотканых структур. Давление растущей опухоли на костные структуры приводит к появлению их истончения и растяжения, вплоть до появления дефектов. Последнее, особенно отчетливо прослеживается при их краевом расположении.

Для демонстрации характера тени опухоли, свойственной доброкачественным неоплазмам, ее распространенности в пределах ЧЛО и выборе тактики эндоскопического удаления, приводим краткую выписку из истории болезни с демонстрацией некоторых, наиболее показательных, на наш взгляд, КТ-грамм.

Больной Э-ев, 1970 г.р. (и.б. №322), обратился в ЛОР-отделение медицинского центра КГМА им. И.К. Ахунбаева с жалобами на отсутствие носового дыхания и слизистогнойное отделяемое через обе половины носа, отечность околоносовой области слева, головную боль.

Из анамнеза удалось выяснить, что больному неоднократно производилась полипотомия носа. Предварительно был взят биопсийный материал из полости носа слева и направлен на патогистологическую верификацию. Заключение (№55327): Папиллома полости носа.

Общее состояние больного при поступлении относительно удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Температура тела 37,5°C, ЧД 18 в минуту, PS 80 ударов в минуту, АД 130/70 мм. рт. ст.

Локальный статус: при визуальном осмотре определяется деформация лица за счет сглаженности носо-щечной складки и выбухания мягких тканей щечной области слева. При передней риноскопии, в полости носа слева, определяется мягкотканое опухолевидное образование, грязно-серого цвета, с бугристой поверхностью, полностью обтурирующее ее просвет. Носовая перегородка смещена вправо и практически прилежит к медиальной стенке правой верхнечелюстной пазухи. Носовое дыхание справа затруднено, слева отсутствует.

КТ-исследование: На серии КТ в аксиальной плоскости изменения костных

структур начинают определяться, начиная с уровня нижней трети верхнечелюстных пазух и дна полости носа. На КТ-срезах этого уровня определяется локальный костный дефект задней стенки верхнечелюстной пазухи слева и наличие тени опухоли, мягкотканой плотности (до +47,8 ед.Н.) в верхнечелюстной пазухе, нижнем носовом ходе и носоглотке. Тень опухоли характеризовалась наличием среднезернистого «рисунка» и достаточно четкими, неровными контурами (Рис.1А). На КТ-срезах, выполненных на уровнях средней и верхней трети верхнечелюстных пазух, можно констатировать полное отсутствие медиальной стенки верхнечелюстной пазухи, частичный дефект передней ее стенки, значительное истончение и смещение костного отдела носовой перегородки вправо в виде полуовала, соприкасающегося с медиальной стенкой противоположной верхнечелюстной пазухи. Тень опухоли выполняет весь объем верхнечелюстной пазухи, полость носа и носоглотку слева, переходит на противоположную сторону и проминирует в мягкие ткани щечной области слева (Рис. 1Б, 1В). Еще выше, определяется наличие тени опухоли расположенной преимущественно в передних клетках решетчатого лабиринта слева, которая, через дефект латеральной стенки, проминирует в орбиту в виде полуовала (Рис. 2А). На КТ-срезе, выполненном в коронарной плоскости на уровне передней трети верхнечелюстных пазух (Рис. 3А) также отмечается наличие костного дефекта медиальной стенки орбиты от смещения, образованного давлением на нее растущей неоплазмы. На аксиальных срезах, выполненных на уровнях клеток решетчатого лабиринта и лобных пазух, в основной и лобной пазухах слева, отмечается наличие жидкостного содержимого (Рис.2А, 2Б). Исследование, выполненное в коронарной плоскости, позволило уточнить наличие дефекта нижней стенки лобной пазухи слева и отсутствие видимых КТ-признаков разрушения нижней стенки основной пазухи слева. Последнее обстоятельство позволило подтвердить, что вуаль основной пазухи слева обусловлена наличием только жидкостного содержимого, без КТ-признаков распространения в нее опухолевой ткани. Наличие дефекта нижней стенки лобной пазухи позволило предположить, что неопластический процесс частично распространился и в нижние отделы пазухи, а в верхних ее отделах, как и в основной

пазухе слева, определяется жидкостное содержимое (Рис.3А, 3Б, 3В).

Такой детальный анализ данных КТ-исследования, позволил предварительно, еще в доверификационный период, определить доброкачественный характер роста опухоли и достоверно проследить его распространенность. Более того, учитывая объем и преимущественные направления распространения процесса, мы посчитали возможным также высказаться относительно исходного места роста опухоли. По нашим данным, учитывая локализацию максимального объема мягкотканого компонента и костных разрушений, опухоль могла исходить из области медиальных отделов средней трети верхнечелюстных пазух и/или латеральной стенки полости носа. Полученные результаты КТ-исследования позволили нам отказаться от обширного наружного доступа для удаления неоплазмы в пользу эндоскопического ринохирургического вмешательства.

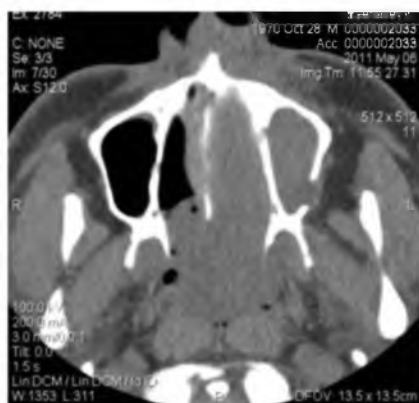
Со стороны общеклинических методов обследования без видимой патологии.

Больному после предварительного осмотра анестезиолога произведена операция: «Удаление новообразования (папиллома?) полости носа и верхнечелюстной пазухи слева». Первым этапом с помощью шейвера под

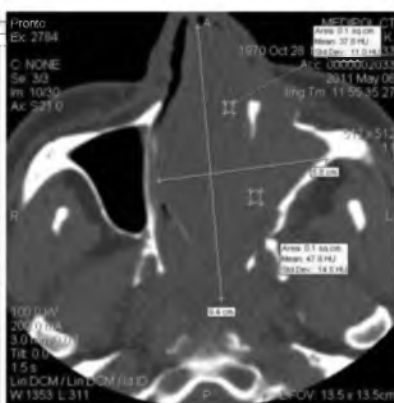
контролем 30⁰ эндоскопа произведено удаление новообразования из полости носа слева. Вторым этапом была проведена ограниченная резекция медиальной стенки верхнечелюстной пазухи ниже полулунной щели, достаточная для инструментальных манипуляций в полости верхнечелюстной пазухи (8×10 мм). Под контролем 70⁰ эндоскопа с помощью введенного в полость пазухи шейвера произведено удаление новообразование из верхнечелюстной пазухи. После гемостаза, с помощью визуального осмотра убедились в том, что полость пазухи пуста. Необходимость в тампонаде пазухи отсутствовала. После контрольного осмотра в полость носа уложены латексные тампоны, которые были удалены на следующий день.

Операция прошла без осложнений. Удаленный материал отправлен на патогистологическую верификацию. Патоморфологическое исследование операционного материала (№58622-6) выявило папиллярную аденому полости носа и верхнечелюстной пазухи слева с экзо- и эндофитным ростом. Злокачественного роста не обнаружено.

Выставлен послеоперационный диагноз: Папиллярная аденома полости носа и верхнечелюстной пазухи слева.



А: уровень нижней трети верхнечелюстных пазух



Б: уровень средней трети верхнечелюстных пазух



В: уровень нижней трети верхнечелюстных пазух

Рис. 1. КТ-граммы больного Э-ва, 1970 г.р., с диагнозом папиллярная аденома полости носа и верхней челюсти слева (аксиальная плоскость, уровень верхнечелюстных пазух).



А: уровень клеток решетчатого лабиринта
 Б: уровень лобных пазух
 Рис. 2. КТ-граммы больного Э-ва, 1970 г.р., с диагнозом папиллярная аденома полости носа и верхней челюсти слева (аксиальная плоскость, уровень клеток решетчатого лабиринта).

Через 3 дня пациент был выписан в удовлетворительном состоянии с соответствующими рекомендациями для амбулаторного наблюдения.



А: уровень передней трети верхнечелюстных пазух
 Б: уровень средней трети верхнечелюстных пазух
 В: уровень задней трети верхнечелюстных пазух
 Рис. 3. КТ-граммы больного Э-ва, 1970 г.р., с диагнозом папиллярная аденома полости носа и верхней челюсти слева (коронарная плоскость, уровень верхнечелюстных пазух).

Следующий клинический случай в плане хирургической тактики несколько отличается.

Больной А-ов, 1958 г.р. (и.б. №263), обратился в ЛОР-отделение медицинского центра МЕДИ с жалобами на отсутствие носового дыхания и слизисто-гнойное отделяемое через левую половину носа, головную боль.

Из анамнеза: со слов больного вышеперечисленные жалобы беспокоят его в течении длительного времени.

Общее состояние больного при поступлении относительно удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Температура тела 36,8°C, ЧД 19 в минуту, PS 76 ударов в минуту, АД 130/80 мм. рт. ст.

Локальный статус: При передней риноскопии, в полости носа слева, определяется мягкотканое опухолевидное образование,

грязно-серого цвета, с бугристой поверхностью, полностью обтурирующее ее просвет. Носовая перегородка незначительно смещена вправо и несколько прилежит к медиальной стенке правой верхнечелюстной пазухи. Носовое дыхание справа затруднено, слева отсутствует.

КТ-исследование выполнено в аксиальной плоскости, в режиме спирального сканирования, толщиной среза 1 мм. В верхнечелюстной пазухе и полости носа слева определяется остеодеструктивное объемное образование, КТ-плотностью до +34,0 ед.Н., с относительно четкими контурами, размером до 44,7×39,5×41,1 мм. В толще которого определяется диффузно расположенные очажки оссификации, КТ-плотностью до +54,4 ед.Н (Рис. 4). Определяется остеодеструкция передней и медиальной стенок верхнечелюстной пазухи слева. В клетках решетчатого лабиринта слева визуализируется патологическое содержимое, КТ-плотностью до +27,8 ед.Н.

Полости других околоносовых пазух воздухоносны, обычных размеров и формы, с четкими контурами, слизистая их не утолщена, без дополнительных патологических образований. Носоглотка обычной формы, без дополнительных патологических образований.

Глоточно-базиллярная фасция прослеживается. Полученные результаты КТ-исследования позволили нам остановить выбор для удаления новообразования в пользу эндоскопического вмешательства.

Со стороны общеклинических методов обследования без видимой патологии.



Рис. 4. КТ-граммы больного А-ва, 1958 г.р., (аксиальная плоскость, уровень верхнечелюстной пазухи).

Больному после предварительного осмотра анестезиолога произведена операция: «Эндоскопическое поднаркозное удаление новообразования полости носа и верхнечелюстной пазухи слева». Больному под общим интубационным наркозом, после тщательной анемизации слизистой оболочки полости носа слева условно «носовая часть» новообразования была удалена шейвером и щипцами Блексли. Затем, обратным выкусывателем, после визуализации естественного соустья верхнечелюстной пазухи, оно расширено больше щипцами Блексли. При этом обнаружили, что опухолевая ткань занимает всю пазуху и предположительно исходит больше из задне-медиальных отделов и медиальной стенки пораженного синуса. Для улучшения доступа к пораженной части дополнительно произведена трепанация через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи с помощью троакара Красножена. Следует отметить, что конструкция указанного троакара позволяет более щадяще относиться к костным структурам и вскрывать полость верхнечелюстной пазухи с максимальным обзором (окошко). Более того, мягкие ткани щечной области оказываются в «сжатом» состоянии и это позволяет предотвратить возможное интраоперационное кровотечение, что очень важно при выполнении малоинвазивных вмешательств, а имеющееся

окошко позволяет под разным углом выполнять манипуляции как с помощью инструментов, так шейвера. После гемостаза, с помощью визуального осмотра убедились в том, что полость пазухи пуста. Необходимость в тампонаде пазухи отсутствовала. После контрольного осмотра в полость носа слева уложен тампон merocel, который был удален на следующий день.

Операция прошла без осложнений. Удаленный материал отправлен на патогистологическую верификацию. Патоморфологическое исследование операционного материала (№31433-6) – не исключается гемангиома с вторичными изменениями.

Выставлен послеоперационный диагноз: Гемангиома полости носа и верхнечелюстной пазухи слева.

Через 2 дня пациент был выписан в удовлетворительном состоянии с соответствующими рекомендациями для амбулаторного наблюдения.

Заключение

Представленный материал позволяет прийти к выводу, что при КТ-исследовании для доброкачественных опухолей ЧЛЮ свойственны достаточно характерные особенности. Скрупулезный анализ полученных КТ-данных, выполненных как в аксиальной, так и в коронарной плоскостях, позволяет не только определить распространенность неопластического поражения, но и, иногда предположить

исходное место роста опухоли. Значимость полученной информации трудно переоценить, так как без ее использования невозможно обоснованно запланировать метод (малоинвазивная эндоскопическая хирургия или обширное хирургическое вмешательство) и объем предполагаемой операции.

Литература

1. Дайхес, Н.А. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей / Н.А. Дайхес, С.В. Яблонский. - М.: Медицина. - 2005. - 253 с.
2. Колесов, А. А. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А.А. Колесов, Ю.И. Воробьев. - М.: Медицина. - 1989. - 304 с.
3. Труфанов, Г.Е. Лучевая диагностика заболеваний околоносовых пазух и полости носа / Г.Е. Труфанов, К.Н. Алексеев. - СПб, 2009. - 191с.
4. Фейгин, Г.А. Компьютерная томография в диагностике и лечении объемных образований челюстно-лицевой области / Г.А. Фейгин, Б.Д. Шалабаев. – Бишкек, 2008. - 236 с.
5. Barbara, L. Carter. Computed Tomography of the Whole Body / Barbara L. Carter. - Vol.1. - Chapter 15. - 1988. - P. 457-459.
6. Som, P. M. Head and Neck Imaging / Peter M Som - Chapter 2 - 1991. - P. 169-215.
7. Stammberger, H. Functional endoscopic sinus surgery. The Messerklinger technique / H. Stammberger. - Philadelphia: B.C. Decker. - 1991. - 529 p.

К ВОПРОСУ О ТРАХЕОСТОМИИ**Г.А. Фейгин, М.А. Нуралиев, М.А. Мадаминава, С.Ю. Комиссарова**

Кыргызско-Российский Славянский Университет

(ректор – д.т.н., профессор Нифадьев В.И.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: m.munira.a@mail.ru

Резюме: Данное сообщение посвящено изучению проблем, связанных с хирургической техникой. Даже после улучшений её достижения прогресса в хирургии головы и шеи до сих пор сталкиваются с проблемами и трудностями во время операции и в послеоперационном ведении больного. Эти вопросы, а также пути их решения обсуждаются в данной статье.

Ключевые слова: трахеостомия, трахеотомия, травма, канюля, кашель.

ТРАХЕОСТОМИЯ БОЮНЧА СУРООЛОР**Г.А. Фейгин, М.А. Нуралиев, М.А. Мадаминава, С.Ю. Комиссарова**

Кыргыз-Россия Славян университети

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул биддирууну хирургиялык техникарга байланыштуу койгойлорду изилдоого арнаса болот. Ал тургай коптон жетиш кендиктерге, прогресстин жакшыртуусунан кийин дагы баш, моюн хирургиясында операцияга киргизуу же операция болгон бейтаптар менен проблемаларга жана кыйынчылыктарга дуушор болууда. Бул койгорло боюнча жана койгойлорду чечуу боюнча ушул статьяда талкууланган.

Негизги сөздөр: трахеостомия, трахеотомия, канюля, травма, жөтөл.

TO THE ISSUE OF TRACHEOSTOMY**G.A. Feygin, M.A. Nuraliev, M.A. Madaminova, S.Y. Komissarova**

Kyrgyz-Russian Slavic University

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: This message is dedicated to the study of problems related to the surgical technique. Even after improving its progress in head and neck surgery, it still faces challenges and difficulties during surgery and in the postoperative management of patients. These issues, as well as their solutions are discussed in this article.

Key words: tracheostomy, tracheotomy, injury, shiley, cough.

Введение

Значительные успехи реконструктивной хирургии гортани и трахеи, лечение обширных воспалительных процессов на шее и в гортани, интенсивная и реанимационная терапия при расстройствах дыхания различного генеза, достигнутые за последние три десятилетия, не избавили хирургов прибегать к помощи трахеостомии. Самые решительные терапевтические и современные патогенетические средства лечения, а также известные бескровные манипуляции, не могут исключить трахеостомию из методов лечения пациентов с патологией дыхательных путей. Трахеостомия

по-прежнему остается мощным резервным хирургическим способом лечения тяжелых, не поддающихся терапии, нарушений внешнего дыхания [1,2,3].

Трахеостомия дает возможность наиболее эффективно и быстро снять явление стеноза, существенно уменьшить физическое напряжение больного и более активно вмешаться в течение патологии, развившейся в нижних дыхательных путях [4,5]. Методические основы выполнения трахеостомии и послеоперационного ведения изложены во многих руководствах и монографиях [6,7], но

мы считаем целесообразным остановиться на некоторых ошибках и осложнениях.

Материал и методы

Материалом послужили данные 171 больного, в возрасте от 2 до 79 лет, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении Национального госпиталя при МЗ Кыргызской Республики по поводу патологии верхних дыхательных путей. Мужчин среди них было 93, женщин - 78. Использовалась методика наложения временной и стойкой бесканюльной трахеостомы.

Результаты

Осложнения при трахеостомиях наблюдались как в момент самой операции, так и в различные сроки после нее и были напрямую связаны с тем, насколько грамотно хирург владеет техникой оперативного вмешательства. Экстренную трахеостомию на фоне резкого нарушения внешнего дыхания производили быстро. Во время ее проведения отмечалась значительная экскурсия грудной клетки, резко повышалось отрицательное давление в грудной клетке и кровенаполнение вен в операционном поле. В такой напряженной обстановке вероятность появления технических неточностей выполнения операции и её осложнений значительно возрастала. При проведении кожного разреза хирург может отойти от средней линии, и тем самым затруднит себе дальнейшую ориентировку в тканях. В свою очередь это ведет к неанатомичному, непослойному выполнению трахеостомии и удлиняет время операции. Конкретные примеры негативных последствий следующие: кровотечение, затекание кровяной массы в трахею, повреждение плевры, что ведет за собой пневмоторакс, случайное рассечение передней стенки пищевода, подкожная эмфизема в области шеи и средостения.

К развитию выраженной подкожной эмфиземы может привести слишком большой разрез трахеи, сильный продолжительный кашель больного, плотное ушивание кожных покровов вокруг трахеостомы, отслойка слизистой оболочки трахеи при введении канюли, повреждение трахеостомической канюли, задней стенки пищевода больного вплоть до сквозной перфорации. По всем правилам проведенная операция не исключает негативных последствий и в дальнейшем. Последние могут быть связаны с ошибками в уходе за пациентом: если наблюдается недостаточное разжижение и удаление (откашливание, аспирация) слизи из

трахеобронхиальной системы, то велика угроза ателектазов (особенно левого легкого), пневмонии. Высохшая или загустевшая слизь, что поступает в канюлю из трахеобронхиального дерева, может частично или полностью закупорить устройство. Это самое распространенное негативное последствие трахеостомии.

Постоянная опасность сохраняется во время нахождения канюли в трахее. Если возникшее осложнение не замечено вовремя, то оно может привести к тяжелым проявлениям гипоксии. Если слизь из трахеостомы собирается при помощи широкого катетера с мощным отсосом, то данный факт приводит к резкому понижению внутрилегочного давления. При этом лёгкое сжимается, уменьшается, что ведет за собой острую гипоксию. Самым верным способом будет правильный выбор канюли, ведь инородный предмет, введенный в трахею, может сам по себе стать причиной многих осложнений: неблагоприятное механическое воздействие трубки на слизистые и хрящи, что обуславливает возникновение и возможное развитие пролежней, различных эрозивных кровоте-чений, стенозирование трахеи, после удаление из нее устройства. Чем большего размера (несоизмеримо диаметру самой трахеи больного) канюля была введена, чем дольше она находилась в организме и чем дольше манжетка трубки сохранялась в сильно раздутom положении, тем большая вероятность развития осложнений. Трахеостомическая канюля может незаметно для персонала выпасть из отверстия, такой случай - причина беспокойного поведения больного и сильного кашля.

Были изучены недостатки классической трахеостомии, как в плане технических особенностей её выполнения, основным ориентиром при производстве которой является перешеек щитовидной железы (верхняя, средняя, нижняя), так и необходимости сохранения её зияния с помощью трахеостомической трубки. Последняя, какими бы положительными качествами не обладала, остается инородным телом и находится в кожно-трахеальном канале и трахее. Поэтому в подавляющем большинстве случаев мы стали производить трахеостомию в оптимальном месте (в пределах 2-5 полуколец трахеи), ориентиром для определения которого не может быть перешеек щитовидной железы. А самое главное, стали формировать трахеостому бесканюльную, временную или постоянную.

Были определены методические основы выполнения такой операции и показаны её преимущества. Последние оказались настолько значительными, что намного облегчили послеоперационное состояние больных. Кроме того, необходимость поддерживать зияние просвета трахеостомы трахеоканюлей не безразлично для больного. Канюлю необходимо периодически извлекать, чистить и вновь вставлять, а каждая такая манипуляция, как известно, не лишена отрицательных сторон и появления тяжелых осложнений. Методические основы выполнения временной и стойкой бесканюльных трахеостом и их использование в послеоперационном периоде были отработаны при различных патологических ситуациях. Они были неидентичны при временном, продолжительном или постоянном расстройстве дыхания. Были разработаны способы использования стойкой бесканюльной трахеостомы при нарушении акта глотания, а также для проведения дилатационной терапии и ликвидации патологических процессов в гортани и трахее. Многие из них отличаются особым упорством и угрожают тяжелыми осложнениями и жизни больного. В частности, так бывает при затянувшейся интубации, сроки использования которой ограничены определенными временными рамками. В процессе выполнения значительного числа вмешательств по формированию временных и стойких бесканюльных трахеостом были выявлены технические погрешности и недостатки послеоперационного лечения, которые обуславливали несостоятельность трахеостом. Они послужили основанием для отработки корректирующих приемов, предупреждающих такого рода осложнения. Кроме этого, эти материалы, а также возникающая необходимость выполнять у части больных повторно трахеостомию через различные промежутки времени, послужили стимулом для проведения методических основ выполнения повторных вмешательств по формированию стойких бесканюльных трахеостом взамен канюльных.

Заключение:

Количество и выраженность рефлекторных реакций после операции стали минимальными. Отсутствие трахеостомической трубки в кожно-трахеальном канале, избавило оперированных от выраженного перифокального воспаления, гранулирующего процесса и фиброзно-гнойного воспаления в нем. Также

отсутствие инородного тела избавило пациентов от выраженных воспалительных изменений в респираторном тракте и вероятности появления пролежней в районе его расположения. Последнее можно объяснить тем, что трахеоканюля иногда является ригидной и по изгибу может не соответствовать профильному контуру кожно-трахеального канала и трахеи, поскольку у пациентов он отличается большим разнообразием, как по отмеченному показателю, так и по просвету.

Литература

1. Фейгин, Г.А. *Паллиативная терапия на этапах лечения заболеваний в оториноларингологии – хирургии головы и шеи.* - Бишкек: Изд-во КРСУ, 2019. - 166 с.
2. Редкие варианты органосохраняющих и реконструктивных операций в пределах шейных отделов, дыхательных и пищеводных путей / [Г.А. Фейгин, В.Г. Шевчук, Т.М. Сулайманов и др.] // *Folia Otorhinolaringilogiae et Pathologiae Respiratoriae.* – Спб.: Изд-во ДИАЛОГ, 2018. – Т. 24 - № 1. – С. 48-59.
3. Бесканюльная трахеостомия взамен канюльной / [Г.А. Фейгин, В.Г. Шевчук, Д.А. Мактыбаева и др.] // *Folia Otorhinolaringilogiae et Pathologiae Respiratoriae.* – Спб.: Изд-во ДИАЛОГ, 2017. – Т. 23. - №3. - С. 80-88.
4. Паршин, В.Д. *Трахеостомия. Показания, техника, осложнения и их лечение.* – ГЭОТАР - Медиа, 2008. - 102 с.
5. Трахеостомия как нерешенная проблема в хирургической практике / [В.И. Письменный, И.В. Письменный, О.А. Зотов и др.] // *Фундаментальные исследования.* – 2013. – № 3 (ч. 2). – 365-368 с.
6. Кирпичев, А.А. *Трахеостомия - безусловная необходимость или индивидуальный выбор при хирургическом лечении обширных флегмон головы и шеи* / А.А. Кирпичев, В.Я. Лукашов // *Кубанский научный медицинский вестник.* - 2014. - №1 (143). - С.106-109.
7. Трахеостомия в хирургической практике / [В.И. Письменный, Е.П. Кривошеков, И.В. Письменный и др.] // *Самарский медицинский журнал.* – 2011. – № 5-6 (т. 63–64). – С. 25-29.

**ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА
У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛОР ОРГАНОВ, ПЕРЕНЕСШИХ
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЕРЕВЯЗКОЙ
МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ШЕИ**

М.М. Кадыров¹, М.А. Мадаминава²

¹Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К. Ахунбаева

² Кыргызско-Российский Славянский университет
г.Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: m.munira.a@mail.ru

Резюме: В данной работе приведена оценка гемодинамических показателей головного мозга у больных с новообразованиями ЛОР органов. Исследования показали, что хирургические вмешательства, сопровождающиеся перевязкой внутренней яремной вены в сочетании с наружной сонной артерии приводят к выраженным изменениям гемодинамики головного мозга и развитием отека мозга в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: головной мозг, гемодинамика, хирургическое вмешательство, перевязка сонных артерий.

**КУЛАК, МУРУН ЖАНА ТАМАК ОРГАНДАРЫНЫН ШИШИК ООРУЛАРЫ
МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРЫНЫН ХИРУРГИЯЛЫК ОПЕРАЦИЯ
УЧУРУНДА БИР УБАКЫТТА МОЮН МАГИСТРАЛДЫК КАН ТАМЫРЛАРЫН
БАЙЛООДОН КИЙИНКИ БАШ МЭЭСИНИН ГЕМОДИНАМИКАЛЫК
КӨРСӨТКҮЧТӨРҮН БААЛО**

М.М. Кадыров ¹, М.А. Мадаминава ²

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

² Кыргыз-Россия Славян университети
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Кортунду: Бул эмгекте кулак, мурун жана тамак органдарынын шишик оорулары менен ооруган бейтаптардын баш мээсинин гемодинамикасын баалосу көрсөтүлгөн. Изилдөөдө хирургиялык операция учурунда яремдук көк кантамыр менен биргеликте сырткы уйку кантамырын байлоосу операциядан кийинки мегилде баш мээсинин гемодинамикасынын көрүнүктүү өзгөрүсүнө жана мээнин шишишине алып келгенин көрсөттү.

Негизги сөздөр: баш мээ, гемодинамика, хирургиялык кийлигишуу, сырткы уйку артериясын байлоо.

**ESTIMATION OF HEMODYNAMIC INDICES OF THE BRAIN IN PATIENTS WITH
NEOPLASMS OF ENT ORGANS AFTER SURGICAL OPERATIONS WITH ONE-
TIME LIGATION OF GREAT VESSELS OF NECK**

M.M. Kadyrov ¹, M.A. Madaminova ²

¹ Kyrgyz State medical academy named after I.K. Akhunbaev,

² Kyrgyz-Russian Slavic University
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: In this paper, an assessment of hemodynamic parameters of the brain in patients with neoplasms of ENT organs is given. Studies have shown that surgical interventions involving ligation of the internal jugular vein in combination with the external carotid artery lead to marked

changes in the hemodynamics of the brain and the development of cerebral edema in the postoperative period.

Key words: brain, hemodynamics, surgery, ligation of the carotid arteries.

Введение

Новообразования головы и шеи являются одними из наиболее тяжелых и жизненно-опасных заболеваний и относятся к группе социально-значимых болезней [1, 2, 3].

Оперативное лечение распространенных новообразований ЛОР органов зачастую заканчивается перевязкой магистральных сосудов шеи, вследствие чего появляется в различной степени изменения гемодинамики головного мозга в послеоперационном периоде, сопровождающееся венозным стазом сосудов головного мозга и его оболочек [4].

Диагностика, лечение и реабилитация больных с распространенным опухолевым процессом (Т3–Т4) и региональным метастазированием, требующие комплексного подхода к изучению нарушений гемодинамики головного мозга в послеоперационном периоде, является актуальной проблемой.

Цель исследования - Изучить гемодинамику головного мозга у больных перенесших расширенное хирургическое лечение по поводу новообразований ЛОР органов для оптимизации проводимых лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования

Нами обследовано 169 человек, в возрасте от 14 до 70 лет Мужчин было – 158, женщин – 11. Для исследования гемодинамики мозга у больных с новообразованиями ЛОР органов, нами проводились реоэнцефалография (РЭГ) и ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов шеи и головного мозга. Данные полученные методом РЭГ и УЗДГ дают нам возможность установить степень изменения гемодинамики головного мозга, его компенсаторные возможности в зависимости от перенесенного хирургического вмешательства, когда наряду с удалением первичного очага на гортани и шеи, перевязывали наружную сонную артерию (НСА), внутреннюю яремную вену (ВЯВ) и сочетанно НСА + ВЯВ [5].

Результаты и их обсуждение

Оценка клинико-функциональных изменений гемодинамики головного мозга нами была проведена 137 больным из 169 больных в возрасте от 14 до 70 лет. В эту группу не вошли дети и взрослые старше 70 лет, а также больные, страдающие тяжелой

формой гипертонической болезни и выраженными атеросклеротическими изменениями сосудов головного мозга.

В зависимости от перенесенного хирургического вмешательства больные были распределены на следующие группы:

- I группа больных: удаление первичной опухоли, сопровождающееся одно или двусторонней перевязкой наружных сонных артерий.

- II группа больных: удаление первичной опухоли, сопровождающееся одно или двусторонней перевязкой внутренних яремных вен.

- III группа больных: удаление первичной опухоли с метастазами в глубокие лимфоузлы шеи, сопровождающееся одно или двусторонней перевязкой наружных сонных артерий и внутренних яремных вен, в том числе операций Крайля.

В первой группе нами обследовано 58 больных. 34 из них было произведена резекция верхней челюсти и 24 больным осуществлено удаление ангиофибромы носоглотки.

Во второй группе нами обследовано 47 больных. Им были произведены расширенные ларингэктомии с иссечением клетчатки шеи и перевязкой ВЯВ.

В третьей группе нами обследовано 32 больных, из них 17-ти больным произведены расширенные ларингэктомии с формированием плановой фарингостомы и одномоментной лимфонодулэктомией с перевязкой НСА и иссечением ВЯВ. 15-ти больным произвели лимфонодулэктомию, в том числе операцию Крайля с иссечением НСА и ВЯВ.

Обследование гемодинамики головного мозга больных методом РЭГ и УЗДГ осуществляли на 10-й день после операции и через один месяц после нее при контрольном осмотре пациента. У 37 больных на РЭГ были получены следующие показатели: объемное пульсовое кровенаполнение в каротидной системе было достаточным. С обеих сторон отмечался гипертонус крупных артерий I степени и мелких артерий I- II степени ($d = s$). Венозный отток с обеих сторон умеренно был затруднен. В ВБЗ пульсовое кровенаполнение было умеренно повышено. Тонус артерий неустойчивый от нормы до гипертонуса I – степени. Венозный отток умеренно был

затруднен. У 21-го больных в бассейне ВСА гипертонус артерий отмечался в сосудах крупного и среднего калибра II- степени. В ВБЗ отмечался гипертонус артерий всех калибров II- степени и снижение эластичности сосудов.

УЗДГ показала, что у большинства больных (41) гиперперфузия кровотока по ВСА и НБА со стороны перевязки НСА, в последней кровотоки отсутствуют. ЛСК по НСА с противоположной стороны усилен до 20-25 %. Кровоток по ВСА и НБА с противоположной стороны был без особых изменений. У 17-ти больных отмечалось усиление кровотока по ВСА со стороны перевязки НСА. По позвоночным артериям кровотоки были достоверно снижены с противоположной стороны, эластичность сосудов также была снижена. Аудиосигнал имел стенотический характер.

По данным наших исследований, операции сопровождающиеся перевязкой НСА не приводят к значительным сдвигам в мозговом кровообращении. Отмеченные изменения связаны с хирургическим вмешательством на первичном очаге, возрастом больных и наличием сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, атеросклероз мозговых сосудов).

У больных, которым была осуществлена перевязка ВЯВ на РЭГ, были следующие показатели: объемное пульсовое кровенаполнение в каротидных бассейнах и в бассейнах ВБЗ имела место снижение, более выраженное со стороны хирургического вмешательства. Отмечалось повышение периферического сосудистого сопротивления во всех бассейнах. У большинства больных в этой группе были выявлены признаки повышения тонуса сосудов мозга в системе ВСА. В бассейне ВСА и ВБЗ достоверно зарегистрированы признаки затруднения венозного оттока. Результаты РЭГ у больных перенесших операцию Крайля показали значительное снижение пульсового кровенаполнения с обеих сторон, с преобладанием на стороне операции.

Результаты УЗДГ у больных, которым была осуществлена перевязка ВЯВ показали, что кровотоки на стороне перевязки НСА не определяются. Кровотоки (ЛСК) по ВСА со стороны перевязки НСА снижались до 20-25%. Кровотоки по НСА, ВСА и НБА контралатеральной стороне были в пределах возрастной нормы. Соединительные артерии Виллизиева круга функционировали удовлетворительно. Ультразвуковая доплерография сосудов основания

мозга и их ветвей.

У больных перенесших операцию Крайля были получены удовлетворительные ультразвуковые сигналы с ОСА, ВСА, Сифон ВСА, НСА, НБА с обеих сторон. Артериальный кровоток по брахиоцефальным артериям на всем протяжении магистрально был измененным. Кровотоки по НСА справа не определялись. Кровотоки (ЛСК) по ВСА справа были снижены до 20-25%. Кровотоки (ЛСК) сифона внутренних сонных артерий были снижены до 30-35% по сравнению с контралатеральной стороной. Кровотоки по НБА справа дали результат гиперперфузии. Кровотоки по НСА, ВСА и НБА слева были в пределах возрастной нормы. Соединительные артерии Виллизиева круга функционировали удовлетворительно.

Выводы:

1. Расширенные хирургические вмешательства по поводу новообразований ЛОР органов, сопровождающиеся перевязкой внутренней яремной вены в сочетании с наружной сонной артерией, приводят к выраженным изменениям гемодинамики головного мозга и развитием отека мозга в послеоперационном периоде.
2. Реоэнцефалографический и ультразвуковой доплерографический методы позволяют получить достаточно достоверные сведения об изменении гемодинамики головного мозга в послеоперационном периоде, в частности, у больных с опухолями ЛОР – органов, и на их основе провести своевременное лечение и профилактическую полнообъемную терапию.

Литература

1. Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Центр внедрения достижений науки и техники, 1997. – 480 с.
2. Brockstein, B.E. Management of recurrent head and neck cancer: recent progress and future directions // *Drugs*.- 2011. – Vol. 71. – P. 1551–1559.
3. Head and neck cancer: improving outcomes with a multidisciplinary approach / [C.L. Nigro, N. Denaro, A. Merlotti et al.] // *Cancer Manag Res.* – 2017. – Vol. 9. – P. 363–371.
4. Василенко, Ю.С. Реабилитация больных после экстирпации гортани. // *Вестник оториноларингологии* – 2002. - № 6. - с. 30-33.
5. Кадыров, М.М. Клинико-функциональные нарушения психоэмоциональной сферы и органов чувств у больных с новообразованиями головы и шеи и методы их коррекции: Автореф.дисс. ... докт. мед. наук. – Бишкек, 2006. – 231 с.

БЛОК АДИТУСА И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ

Ж.С. Сулайманов¹, А.А. Байбориева²

¹Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, кафедра специальной хирургической помощи

²Кыргызско-Российский славянский университет, кафедра оториноларингологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: Jumabekjumabek78@gmail.com

kenenbaevva@gmail.com

В статье изложены результаты хирургического лечения 56 больных с хроническим гнойным средним отитом. Полный и частичный блок адитуса определялся в 71% при хирургическом лечении больных. В зависимости от степени блока адитуса предложены оптимальные хирургические вмешательства по устранению деструкции полостей среднего уха.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, блок адитуса, открытая аттикоантромастотомия, закрытая антромастотомия.

АДИТУСТУН БҮТӨЛҮҮСҮ ЖАНА АНЫН ОНОКОТ ИРИНДҮҮ ОРТОҢКУ ОТИТТЕРИНИН КЛИНИКАЛЫК МААНИСИ

Ж.С. Сулайманов¹, А.А. Байбориева²

¹С.Б. Данияров атындагы КМКД жана АЖМИнун атайын хирургиялык жардам кафедрасы

²КРСУ, оториноларингологиялык кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Макалада кулактын өнөкөт ириндүү ортоңку отити менен ооруган 56 оорулууну хирургиялык жол менен дарылоонун жыйынтыктары баяндалган. Оорулууларды хирургиялык жол менен дарылоодо 71% адитустун толук же жарым жартылай бүтөлүүсү аныкталган. Адитустун бүтөлүү деңгээлине жараша ортоңку кулактын көндөйчөлөрүндөгү деструкцияны калыбына келтирүү боюнча оптималдуу хирургиялык жол сунушталган.

Негизги создор: ортоңку кулактын өнөкөт сезгенүүсү, адитустун бүтөлүп калуусу, ачык аттикоантромастотомия, жабык антромастотомия.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF ADDITUS BLOCKAGE IN CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

J.S. Sulaimanov¹, A.A. Baiborieva²

¹Special surgical aid department, KSMIRandIQ named after S.B. Daniyarov

²Department of otorhinolaryngology, KRSU
Bishkek, the Kyrgyz Republic

In this article we have described treatment of 56 patients with chronic suppurative otitis media.

Full and particular additus blockage was found in 71% during surgical intervention. Authors developed and offered adequate surgical interventions for elimination of middle ear cavity destruction depending on the level additus blockage.

Key words: chronic suppurative otitis media, additus blockage, open type of atticoantromastoidotomy, close type of atticoantromastoidotomy

Введение

Диагностика и хирургическое лечение блока адитуса до настоящего времени

остается актуальной проблемой оториноларингологии [1]. Это обусловлено частотой встречаемости блока адитуса у больных с

хроническими гнойными средними отитами (ХГСО) и сложностью диагностики.

В 80% при хирургическом лечении больных с ХГСО определяется блок адитуса [2], что ведет к нарушению эвакуации трансудата и экссудата из клеточной системы сосцевидного отростка и антрума, делает невозможным непосредственное лекарственное воздействие на ретротимпанальные отделы среднего уха, а так же нарушает аэрацию среднего уха вследствие выключения ретротимпанального пространства [2]. Ретротимпанальное пространство височной кости представляет собой резервуар воздуха, в нормальных условиях предупреждает резкие перепады интратимпанального давления, скорость снижения которого имеет тенденцию возрастать по мере уменьшения объема полости. Следовательно, выключение ретротимпанального воздушного резервуара вследствие блока адитуса является патогенетическим звеном в развитии ХГСО и оказывает непосредственное влияние на результаты тимпаноластики.

Диагностика блока адитуса сложна и возможна при определенных технических условиях. Так, блок адитуса выявляют по данным литературы при помощи компьютерной томографии (КТ) с введением контрастного вещества в полость среднего уха, предварительно закрыв устье евстахиевой трубы под микроскопом. При этих методиках выявление непопадания контрастного вещества в ретротимпанальные отделы или сужение в виде «писчего пера» в области адитуса говорит его блоке. К сожалению, у нас в республике нет возможности проведения КТ-диагностики с введением контрастного вещества по техническим причинам. Предположить о блоке адитуса можно по клиническим проявлениям ХГСО, таким как рецидивирующее гноеечение, неподдающееся консервативному лечению, наличие грануляций, полипов и холестеатомы в барабанной полости. Эти признаки косвенно говорят о частичном или же полном блоке адитуса полиповидными, грануляционными, фиброзными или же холестеатомными массами.

В последние десятилетия сложилось однозначное мнение, что хирургическому лечению подлежат не только хронические гнойные эптитимпаниты, как считалось

прежде, но и значительная часть относительно доброкачественно протекающих мезотимпанитов. Практика свидетельствует, что консервативное лечение, как самостоятельный метод лечения мезотимпанитов, не обеспечивает стойкой санации гнойного очага. У 70-72% больных блок адитуса сопровождается кариесом в адитоантральной зоне. Поэтому только хирургическое вмешательство может устранить блок адитуса и остановить деструктивный процесс в среднем ухе [3,4].

Материалы и методы

Нами обследованы и прооперированы 56 больных с ХГСО в отделении оториноларингологии Национального госпиталя МЗ КР. Среди них мужчин – 29 и женщин – 27. Из них с эптитимпанитом – 18, эпимезотимпанитом – 7 и мезотимпанитом – 31.

Всем пациентам мы проводили стандартный осмотр ЛОР-органов, ото-микроскопию, КТ-височных костей и аудиологические исследования.

Все больные были подвергнуты стандартным saniрующим хирургическим вмешательствам на среднем ухе.

Результаты и их обсуждение

Как известно, деструктивные формы ХГСО является показанием к saniрующей общеполостной операции на среднем ухе с полным удалением задней стенки наружного слухового прохода. Так, радикально-saniрующая операция на среднем ухе и открытая аттикоантромастотомия была произведена нами у 30 (53%) больных с ХГСО. У этих больных во время хирургического вмешательства был выявлен обширный деструктивный процесс в височной кости, полный блок адитуса холестеатомными и полиповидными массами. В большинстве случаев холестеатома визуализировалась в аттике, адитусе под слуховыми косточками, антруме и периаантральных клетках. Поэтому провести раздельную аттикоантромастотомию с сохранением задней стенки наружного слухового прохода не представлялось возможным. Радикальная saniрующая операция и открытая аттико-антромастотомия была произведена у 17 больных с эптитимпанитом, у 5 с эпимезотимпанитом и у 7 с мезотимпанитом. Полуоткрытая антромастотомия была произведена у 2 (3%) больных с эпимезо-

тимпанитом. У этих больных блок адитуса был представлен полиповидными массами и холестеатома не визуализировалась во время оперативного вмешательства. Задняя стенка была наружного слухового прохода была частично сохранена и истончена до визуализации короткой ножки наковальни. Таким образом, удалось устранить блок адитуса. Раздельная аттикоантромия с тимпанопластикой была произведена нами у одного (1%) больного с эпитимпанитом. У больного была обнаружена холестеатома в аттике без блока адитуса. У 24 (43%) больных с мезотимпанитом была произведена закрытая антромастоидотомия. В большинстве случаев сосцевидный отросток был склеротического типа строения. Антрум и периантальные клетки были заполнены грануляционной тканью. Вероятнее всего дальнейший рост грануляций привел бы к блоку адитуса. У 8(14%) больных с мезотимпанитом грануляции частично прикрывали вход в адидус.

Заключение

Открытая аттикоантромастоидотомия является оптимальным методом санации среднего уха при выраженном деструктивном процессе в височной кости с холестеатомой;

полуоткрытая антромастоидотомия эффективна при ХГСО без холестеатомного процесса и умеренном блоке адитуса; закрытая антромастоидотомия - эффективна при незначительной выраженности деструктивных изменений и отсутствии блока адитуса.

Литература

1. Гаров, Е.В. Обращаемость и лечение больных хроническим гнойным средним отитом в Москве/ Е.В. Гаров, Р.Б. Хамзалиева, В.Н. Зеленкова //Вестник оториноларингологии.-2018.-83(5).-С.26-30.
2. Adamia, M V. Sanation surgery in chronic suppurative mesotympanitis//Folia otorhinolaryngologia et Pathologiae Respiratoriae.-2001.- V.7.- P.45.
3. Гаров, Е.В. Современные принципы диагностики и лечения пациентов с хроническими гнойными средними отитами/ Е.В. Гаров, Е.Е. Гарова //Рус.мед.журн.-2012.-№2.-С.1355-1359.
4. Баранов, К.К. Современные подходы к диагностике и лечению обострений хронического гнойного среднего отита у детей / К.К. Баранов, М.Р. Богомильский, В.С. Минасян //Вестник ГМУ.-2015.-№1.-С.41-43.

**К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОТОГЕННОГО
МЕНИНГИТА ОТ ТРОМБОЗА СИГМОВИДНОГО СИНУСА**

Н.Х. Шабданбаева¹, М.В. Насыров²

¹Отделение оториноларингологии - хирургии головы и шеи НГ МЗ КР
(зав.отд. – Джумабеков Ж.А.),

²Кафедра оториноларингологии Кыргызско-Российского Славянского университета
(зав.каф. - д.м.н., проф. Изаева Т.А.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: nasyrov_mv@mail.ru

Резюме: В проблеме диагностики внутричерепных отогенных осложнений большое практическое значение имеет дифференциальная диагностика отогенного менингита от отогенного синустромбоза, так как указанные заболевания довольно часто вызывают менингеальный синдром, в котором существуют общие симптомы, которые характерны для обоих нозологических форм.

Ключевые слова: внутричерепные отогенные осложнения, хронические гнойные средние отиты, тромбозы сигмовидного синуса, гной, менингеальные знаки, спинномозговая жидкость.

**ОТОГЕНДИК МЕНИНГИТТИН СИГМОВИДНЫЙ СИНУСТУН ТРОМБОЗУНА
АЙРЫМАЛООЧУ ДИАГНОЗУ**

Н.Х. Шабданбаева¹, М.В. Насыров²

¹Кыргыз Мамлекеттик Саламаттыкты Сактоо Министрлигинин Улуттук Госпиталдын оториноларингология жана моюн баш хирургиясы (бөлүм башчысы – Джумабеков Ж.А.),

²Кыргыз-Россия Славян университетинин оториноларингология кафедрасы
(каф.башчысы – м.и.д., проф. Изаева Т.А.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Баш сөөгүнүн ичиндеги дарттын кабылдоосун аныктоодо эң негизги маанилүү көйгөй болуп отогендик менингитти отогендик синус тромбозунан айрымалоо болуп саналат. Себеби когорууда көрсөтүлгөн оорулар менингеалдык синдромду чакырат, жана эки ооруга тиешелүү жалпы белгилер болгондуктан ооруларды айрымалоо кыйындыктуу туудурат.

Негизги сөздөр: Баш сөөгүнүн ичиндеги дарттын, өнөкөт кулак оорулар, сигмовидный синустун тромбозу, менингеалдык белгилер.

**TO THE QUESTION OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OTOGENIC
MENINGITIS FROM SIGMOID SINUS THROMBOSIS**

N.H. Shabdanbaeva¹, M.V. Nasyrov²

¹ENT-HNS chair National hospital of Ministry of health
(Head of the department – Djumabekov J.A.),

²Otorhinolaryngology department of Kyrgyz-Russian Slavic University
(Head of the department – Ph.D., Prof. Izaeva T.A.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Differential diagnostics of otogenic meningitis with otogenic sinus thrombosis has a practical meaning in problem as diagnostics as intracranial otogenic complications, because these diseases cause meningeal syndrome which has similar symptoms in both diseases.

Key words: intracranial otogenic complications, chronic and acute supportive otitis media, sigmoid sinus thrombosis, meningeal signs, cerebrospinal fluid.

Введение. Внутричерепные осложнения, возникающие вследствие гнойного воспаления среднего уха опасны для жизни. Среди разнообразия внутричерепных осложнений наиболее тяжелыми и частыми являются синустромбоз, диффузный гнойный менингит и абсцесс головного мозга [1].

Наиболее частой причиной возникновения синустромбоза является деструкция стенок сосцевидного отростка или остром при хроническом или остром гнойных средних отитах (рис. 1). При этом воспалительный процесс контактным путем распространяется с сосцевидного отростка на прилегающую к нему наружную стенку

сигмовидного синуса [2]. В таком случае нередко образуется перисинуозный абсцесс. В дальнейшем возникает поражение самого синуса – перифлебит – эндофлебит – пристеночный тромб – обтурирующий тромб. Инфицирование и распад тромба ведут к проникновению гнойной инфекции в малый, далее в большой круг кровообращения. Но контактный путь тромбоза синуса не единственный. Иногда инфекция может распространяться по сосудам через эмиссарные вены или мелкие костные вены, непосредственно впадающие в синус (рис. 2) [3].

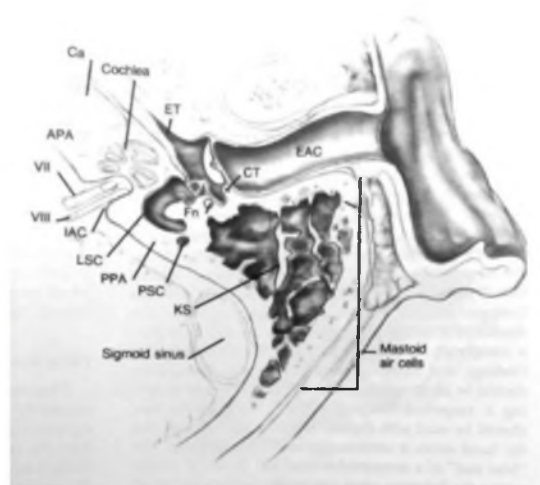


Рис. 1. Расположение сигмовидного синуса.

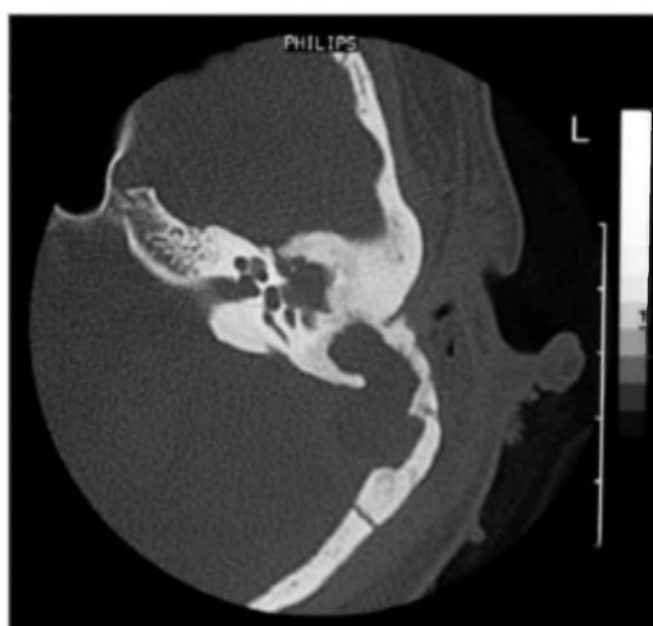


Рис. 2. КТ с контрастированием в аксиальной плоскости больной М., 1982 г.р.

Микробная флора, обычно выделяемая из уха, из операционной раны, из нагноившегося тромба - смешанная и разнообразная: *Streptococcus* spp., *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Enterobacteriaceae*, *S.Aures*. В период применения антибиотиков чаще стали встречаться такие возбудители как протей, кишечная палочка, синегнойная палочка и др. [4]. Задача микробиологического исследования усложнилась. Она обязательно должно дополняться определением чувствительности

возбудителей к ряду антибиотиков. Без этого успех лечения может оказаться сниженным.

Цель исследования. Повышение эффективности в диагностике отогенных внутричерепных осложнений.

Материалы и методы. За последние 10 лет в отделении оториноларингологии НГ пролечено 89 больных с отогенными внутричерепными осложнениями, из них у 21 больного диагностирован тромбоз сигмовидного синуса.

Таблица 1 - Статистические данные ЛОР- клиники НГ МЗ КР за 2008-2017 гг.

Годы	Синустромбоз	Менингит	Абсцесс мозга
2008	2	5	3
2009	1	4	2
2010	3	5	3
2011	2	6	5
2012	2	9	5
2013	3	4	3
2014	2	3	3
2015	3	4	2
2016	2	3	3
2017	1	4	2
ИТОГО	21	47	31

Результаты и обсуждение. Нами отмечены оболочечные симптомы у 14 больных отогенным синустромбозом из общего числа 21, находившихся под нашим наблюдением. Ликвор исследовался нами в 17 случаях синустромбоза, изменения его различного характера отмечены у 10 больных. Эти изменения заключались в повышении давления, положительной реакции Панди, Нонне-Апельта и в умеренном плеоцитозе. Головная боль отмечалась почти у всех больных, в большей степени локального характера. Иногда данная жалоба сопровождалась головокружением. Менингеальный синдром, наблюдающийся при неосложненном синустромбозе и перисинуозном абсцессе, выражается в наличии ригидности мышц затылка, симптоме Кернига и Брудзинского. Следует отметить, что при отогенном синустромбозе могут регистрироваться не все менингеальные знаки, в одних случаях регистрируется симптом Кернига при отсутствии ригидности мышц затылка, а в других — наоборот. В некоторых случаях при сочетании этих симптомов один из них бывает более резко выражен, чем другой.

Большое значение для выявления природы менингеального синдрома имеют данные исследования спинномозговой жидкости. Меняется состав спинномозговой

жидкости. В ликворе в таких случаях обнаруживается относительно большое количество форменных элементов, достигающее приблизительно до 30—50 (по преимуществу лимфоцитов), и большой процент белка. При синустромбозе ликвор большей частью обнаруживает незначительные изменения и характеризуется некоторым повышением давления, незначительным плеоцитозом, который сводится к 1—2 или нескольким десяткам форменных элементов в 1 мм³, и положительным глобулиновым реакциям. По нашим данным, плеоцитоз в спинномозговой жидкости при синустромбозе был выявлен у 10 из 17 больных. Количество форменных элементов в спинномозговой жидкости колебалось в пределах 20—50 клеток в 1 мм³. Такой цитоз в ликворе может свидетельствовать о серозном менингите, абсцессе мозга. При внутричерепных отогенных осложнениях неврологическая симптоматика довольно быстро может регрессировать при санации очага инфекции в ухе. Также помогает дифференцировать указанные патологии клиника синустромбоза. Для дифференцировки синустромбоза играет роль температурная реакция организма, которая проявляется резкими колебаниями. Подъем температуры обычно сопровождается ознобом. Вышеука-

занная симптоматика в большинстве случаев не имеет места при других внутричерепных осложнениях ушного происхождения. Указанные изменения, обнаруживаемые со стороны спинномозговой жидкости, свидетельствуют о реактивно-воспалительных процессах, происходящих в мозговых оболочках, по-видимому, вокруг синуса. При отогенном менингите, как уже сказано, клинические проявления его более четко обрисованы, а изменения со стороны ликвора более резко выражены и характерны для гнойного разлитого воспалительного процесса.

Заключение

На основании этих данных, у больных с различными внутричерепными осложнениями можно отметить изменения, более или менее характерные для каждого из них. Вышеуказанное может быть полезным в дифференциальной диагностике внутричерепных осложнений отогенного происхождения.

Литература

1. Фейгин, Г.А. *Этиопатогенетические механизмы заболеваний преддверноулиткового органа к выбору и обоснованию их лечения: учебное пособие* / Г.А. Фейгин. – Бишкек, 2017. – 201 с.
2. Насыров, В.А. *Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения: метод. пособие* / В.А. Насыров, Т.А. Изаева. – Бишкек, 2002. – 42 с.
3. Segel, J.M. *Langerheng cell hostiocitosos and bilateral cochlear implantation* / J.M. Segel, B.J. Mckintosh // *Cochlear implants international*. – 2013. – Vol. 14 - P. 178-180.
4. Keogh, I.J. *Sigmoid sinus thrombosis an old foe revisited* / I.J. Keogh, S.W. Hone, M. Colreavy // *Irmed J.* – 2001. – Vol. 94. – P. 117-118.

СОСТОЯНИЕ ОБОНЯТЕЛЬНОГО И ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРОВ ПРИ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ВЫСОКОГОРЬЯ

К.К. Нарматова ¹, М.А. Мадаминава ², С.А. Бедельбаев ¹

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К. Ахунбаева

² Кыргызско-Российский Славянский университет
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: m.munira.a@mail.ru

Резюме: проведенное комплексное клинико-функциональное исследование позволило изучить особенности адаптационных сдвигов в сенсорных органах в динамике у одних и тех же здоровых людей. Полученные результаты свидетельствуют о раннем и значительном повышении порога обоняния и вкуса, что следует, по-видимому, считать результатом влияния комплекса факторов высокогорья на центральные и периферические отделы обонятельного и вкусового анализаторов.

Ключевые слова: высокогорье, вкус, обоняние, адаптация.

ЖЫТ СЕЗҮҮ ЖАНА ДААМ БИЛҮҮ АНАЛИЗАТОРУНУН БИЙИК ТООЛУЛУКТУН ШАРТТАРЫНА КОНУҮДОГУ АБАЛЫ

К.К. Нарматова ¹, М.А. Мадаминава ², С.А. Бедельбаев ¹

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

² Кыргыз-Россия Славян университети
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Кортунду: жүргүзүлгөн комплекстик клиникалык-функционалдык текшерүү ошол эле дени сак адамдардын сенсордук органдарынын динамикада жылышуу өзгөчөлүктөрүн изилдөөгө мүмкүнчүлүк берди. Алынган жыйынтыктар жыт сезүү жана даам билүү чегинин эрте жана олуттуу жогорулашын тастыктайт, бул болсо бийик тоолулук факторлорунун комплекстигинин жыт сезүү жана даам билүү анализаторлорун борбордук жана четки бөлүмдөрүнүн тийгизген таасиринин жыйынтыгы деп эсептесек болот.

Негизги создор: бийик тоолулук, даам билуу, жыт сезуу, адаптация (конуу).

THE STATE OF OLFACTORY AND TASTE ANALYZER WHEN ADAPTING TO HIGH ALTITUDE CONDITIONS

K.K. Narmatova ¹, M.A. Madaminova ², S.A. Bedelbaev ¹

¹ Kyrgyz State medical academy named after I.K. Akhunbaev,

² Kyrgyz-Russian Slavic University
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: A comprehensive clinical and functional study allowed us to study the features of adaptive changes in sensory organs in dynamics in the same healthy people. The results indicate an early and significant increase in the threshold of smell and taste, which should, apparently, be considered the result of the influence of a complex of factors of high mountains on the central and peripheral parts of the olfactory and taste analyzers.

Key words: high mountains, taste, smell, adaptation.

Кыргызстан – это высокогорная страна, где 90 % территорий занято горными массивами. Поиск новых энергетических ресурсов, промышленное освоение районов, богатых полезными ископаемыми, создание

спортивных комплексов и курортов, а также много других экономических и социальных причин, привели к заселению людьми горных районов планеты. Адаптация организма к условиям высокогорья определяется в основном

работой газотранспортной системы, направленной на доставку кислорода тканям. В то же время, другие, на первый взгляд, второстепенные системы имеют в данном случае не меньшее значение. Наиболее важную роль они приобретают в процессе относительно длительного нахождения человека или животных в экстремальных высокогорных условиях [1,2,3]. При воздействии чрезмерных или длительных неблагоприятных для организма факторов могут наступать значительные отклонения констант за пределы допустимых границ, что приводит к нарушению нормального течения физиологических функций и развитию патологического процесса. При возникновении патологических состояний адаптивные реакции играют существенную роль в компенсации в организме, противодействующих болезни [1].

Одним из вопросов, вызывающих научный интерес до настоящего времени, является вопрос о влиянии комплекса факторов высокогорья на сенсорные органы, в частности на органы обоняния, вкуса, слуха.

Влияние факторов высокогорья в первую очередь испытывают верхние дыхательные пути, в частности полость носа. Функциональная недостаточность слизистой оболочки носа в значительной степени ограничивает адаптивные возможности организма, обуславливает возникновение новых и усугубляет течение уже имеющихся хронических заболеваний респираторной системы [2].

Рассматриваемая вкусовая система человека играет, хотя и косвенную, но очень важную роль в создании потенциала энергетических возможностей для реализации защитно-компенсаторных реакций организма в адаптации к условиям высокогорья [1].

Состояние вкусового анализатора влияет на количество и качество принимаемых нутриентов в повседневной жизни. В то же время, пребывание человека в условиях высокогорья, на фоне снижения чувствительности вкусового анализатора или извращения вкуса, требует рационального (сознательного) подхода к выбору пищи, отвечающего энергозатратам и способности переварить желудочно-кишечным трактом специально подобранные продукты [4,5].

На практике лица, находящиеся в условиях высокогорья, чаще всего руководствуются при выборе продуктов питания органами вкуса, обоняния и предшествующим

опытом, что не всегда совпадает с реальными потребностями организма в тех или иных пищевых ингредиентах.

Целью настоящего исследования являлось изучение функционального состояния обонятельного и вкусового анализаторов в процессе адаптации к условиям высокогорья.

Материалы и методы исследования

Нами было обследовано 316 человек, в возрасте от 12 до 76 лет.

Мужчин было 234, женщин – 82. Высокогорные исследования проводились в экспедиционных условиях на перевале Тоо-Ашуу (3200 метров над уровнем моря) на 1, 7, 14, 30 сутки пребывания в горах. Пациентами явились члены экспедиции и коренные жители высокогорья.

При обследовании выяснялись жалобы, выполнялись передняя и задняя риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, отоскопия.

Состояние обонятельной функции оценивали с помощью субъективной и объективной ольфактометрии. Субъективную ольфактометрию проводили качественным и количественным методами. С помощью этого способа можно определить два порога, порог обонятельного ощущения и порог распознавания запаха [6]. В качестве запаховых раздражителей использовались вещества, оказывающие чисто ольфактивное воздействие (валерина, деготь), тригеминальное воздействие (камфора, 40% уксусная кислота) и смешанного действия (хлороформ).

С целью объективной регистрации обонятельных изменений мы использовали способ ольфактометрии, основанный на ольфакто-вегетативных проявлениях. В течение наблюдения у обследованных регистрировали ЭКГ в момент подачи запаховых веществ через ольфактометр с последующей обработкой данных.

Состояние вкусового анализатора изучалось с применением комплекса клинико-лабораторных методов. Состояние вкуса к сладкому и солёному исследовали растворами сахара и поваренной соли различной концентрации: растворы сахара №1 – 4%, №2 – 10%, №3 – 40%; растворы поваренной соли №1 – 2,5%, №2 – 4%, №3 – 10%. Кроме этого, определяли чувствительность вкусовых зон языка к 0,2% раствору соляной кислоты и 0,1% раствору никотиновой кислоты. Раствор сахара или соли пипеткой по капле наносили на кончик, боковые поверхности и корень правой

и левой половине языка с интервалом от 2 до 5 минут. Преимуществом химического метода является возможность качественной оценки вкусовых ощущений (сладкое, солёное, кислое, горькое), а также возможность исследовать вкусовую чувствительность при нанесении вкусовых раздражителей на заднюю треть языка.

Для объективизации исследований состояния вкуса, дополнительно изучали названную функцию с помощью электрогустометрии (ЭГМ). Этот метод позволяет вести исследования как постоянным, так и переменным током.

Результаты исследования

При осмотре ЛОР-органов обследованных в низкогорье (г. Бишкек), слизистая оболочка верхних дыхательных путей была умеренно полнокровна, хорошо увлажнена, розовой окраски, со стороны остальных ЛОР-органов без видимой патологии.

Исследования, проведенные с помощью ольфактометра, показали, что порог ощущения валерианы находился в пределах $3,2 \pm 1,2 \text{ см}^3$, порог распознавания - в пределах $4,2 \pm 1,07 \text{ см}^3$, порог ощущения уксусной кислоты - $5,0 \pm 1,3 \text{ см}^3$, порог распознавания - $7,1 \pm 2,0 \text{ см}^3$.

Проведенное изучение влияния комплекса высокогорных факторов на процесс адаптации носа показало, что практически все показатели их функций и структуры претерпевали заметные изменения.

Данные ольфактометрии свидетельствуют о том, что порог обоняния значительно повышается уже на 7-е сутки пребывания на высоте и остается на близких значениях до месячного срока. При субъективной ольфактометрии у 2-х обследуемых были выявлены нарушения в распознавании запаха ольфактивного действия (паросмия). Почти у всех обследованных нарушения обоняния (гипосмия) было за счет неполноценного проведения частичек пахучего вещества в обонятельную зону носа, что было связано в ранние сроки с набуханием слизистой оболочки, а более поздние с наличием корок и сухости в носу. Данные объективной ольфактометрии свидетельствовали, что величина порога осознания запаха кордиамин у большинства обследуемых значительно выше, чем с данными по низкогорью. Это на ЭКГ соответствует небольшому диапазону колебаний ЧСС.

Полученные результаты свидетельствуют о раннем и значительном повышении порога обоняния, что следует, по-видимому, считать результатом влияния комплекса факторов высокогорья на центральные и периферические отделы обонятельного анализатора, а сохранение этого состояния в течение месяца может быть связано с изменениями, наблюдаемыми в слизистой оболочке носа.

Необходимо отметить, что в последующие сроки пребывания на высоте происходит постепенное снижение порога обоняния. Все же до конца обследования он оставался выше, чем был в низкогорье.

При обследовании состояния вкусового анализатора химическим методом Бернштейна 81 пациента, оказалось, что у 11 человек в возрасте от 12 до 23 лет (6 мужчин – 55% и 5 женщин – 45%) восприятие всех четырех основных вкусовых веществ на уровне низкогорных величин.

В возрастной группе 24-29 лет, обследовано 11 человек: из них 6 мужчин (55%) не воспринимали 4% раствор NaCl; 5 мужчин (45%) не воспринимали 10% раствор глюкозы и они же не воспринимали 0,1% раствор никотиновой кислоты.

В группе 30 лет - 41 года при обследовании 27 человек, восприятие вкусовых качеств исследуемых веществ распределялось следующим образом: 4 пациента (15%) не воспринимали ни одно из 4-х вкусовых веществ; 6 лиц (22%) не воспринимали 0,2% раствор соляной кислоты; 5 пациентов не воспринимали 2,5% раствор NaCl; 4 пациента (15%) не воспринимали 10% раствор NaCl; 4 других (15%) не воспринимали 4% раствор глюкозы; четыре человека не воспринимали 10% раствор глюкозы. Остальные исследуемые вещества этими лицами воспринимались адекватно.

В группе 42-76 лет, состоящей из 32 человек, 6 (19%) пациентов не воспринимали ни одно из 4-х веществ; 6 мужчин (19%) не воспринимали 0,2% раствор соляной кислоты; 6 человек (19%) не воспринимали 2,5% раствор NaCl; 6 мужчин (19%) не воспринимали 4% раствор NaCl; 4 женщины (12%) не воспринимали 10% раствор глюкозы; 4 пациента (12%) не воспринимали 0,1% раствор никотиновой кислоты. Другие вещества воспринимались адекватно, также как в условиях низкогорья.

На больших высотах у альпинистов, по данным литературы, наблюдаются изменения, а

иногда и извращения вкуса [7]. Они начинают отдавать предпочтение преимущественно кислой, сладкой или солёной пище, а другие – каким-то особым кушаньям, которые невозможно достать в условиях высокогорных регионов, у третьих, развивается отвращение к жирной пище или к некоторым традиционным экспедиционным продуктам, типа консервированной тушенки и т.д.

Наши исследования показали, что у лиц, находящихся в условиях высокогорья, состояние вкусовой чувствительности кардинально отличается от такового в низкогорье.

Таким образом, высокогорные экстремальные факторы, воздействуя на центральные механизмы нейро-гуморальной системы, отдельные органы и системы, а также непосредственно на периферические вкусовые и обонятельные рецепторы, приводят к иному уровню функционирования вкусовой и обонятельной системы.

Литература

1. Мадаминова, М.А. Состояние вкусового анализатора и его роль в адаптации организма человека к высокогорью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2001. – 126 с.

2. Нарматова, К.К. Особенности функционального состояния обонятельного анализатора в условиях высокогорья: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2005. – 125 л.

3. Садыкова, Г.С. Функциональные особенности эндокринных систем у жителей высокогорья // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №4-5. – С. 943-947.

4. Ткаченко, Б.И. Нормальная физиология человека // 2-е издание. – М.: Медицина, 2005. – С. 747-749.

5. Физиология человека / Под ред. Р. Шмидта и Г. Тевса. – 3-изд. В 3-х томах. Том 1. / Пер. с англ. под ред. П.Г. Костюка. – М.: Мир, 2005. – С. 328.

6. Овчинников, Ю.М. Объективная оценка функции обонятельного анализатора на основе регистрации ольфакто-вегетативных и ольфакто-вестибулярных реакций / Ю.М. Овчинников, С.В. Морозова // Вестник оториноларингологии. – 1996. – №3 – С.19-20.

7. Шиффман, Х.В. Ощущение и восприятие // 5-е издание / Пер. с англ. З. Замчук. – СПб.: Питер, 2003. – 928 с.

**ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

Г.С. Арзыкулова

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)

Кафедра оториноларингологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Насыров В.А.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: arzykulova555@g.mail.com

Резюме: Статья посвящена вопросам диагностики и лечения невралгии тройничного нерва оториноларингологического генеза. Проведен анализ литературы, а также клинического материала - 68 больных с невралгией тройничного нерва. Данные исследования подтвердили ведущую роль хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух в этиологии невралгии тройничного нерва. Автором даны современные методы лечения невралгии тройничного нерва оториноларингологического генеза.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, воспаления околоносовых пазух.

**КУЛАК, МУРУН, ТАМАК НЕГИЗДЕГИ ТРОЙНИЧНЫЙ НЕРВДИН
НЕВРАЛГИЯСЫНЫН ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА ДАРЫЛОО СУРООЛОРУ**

Г.С. Арзыкулова

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)

Оториноларингология кафедрасы (каф. башчысы – м.и.д., проф. Насыров В.А.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул иште кулак, мурун, тамак негиздеги тройничный нервдин невралгиясынын диагностикалоо жана дарылоо суроолору берилген. Адабият жана клиникалык материалдын – 68 тройничный нервдин невралгиясы менен оорулунун талдоо жана текшеруудон откорулгон жыйынтыктары берилген. Бул изилдоолор онокот мурун кондойчулорунун сезгенуусу тройничный нерв невралгиясынын себебинде алдынкы ролду ойнойт.

Негизги создор: тройничный нервдин невралгиясы, мурун кондойчулордун сезгенуусу.

**THE QUESTIONS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF TRIGEMINAL NEURALGIA OF OTORHINOLARINGOLOGIC ORIGIN**

G.S. Arzykulova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – prof. Kudaibergenova I.O.)

Department of otorhinolaryngology (head – prof. Nasyrov V.A.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The article is devoted to the diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia of otorhinolaringologic genesis. Analysis of modern literature and examining of 68 patients with trigeminal neuralgia is carried out. This studies have confirmed the leading role of chronic inflammatory diseases of paranasal sinuses in the etiology of trigeminal neuralgia. Author gives modern methods of treatment of trigeminal neuralgia of otorhinolaringologic origin.

Key words: trigeminal neuralgia, inflammatory diseases of paranasal sinuses.

Введение

В оториноларингологической практике часто приходится встречаться с болевыми синдромами, когда причиной обращения к врачу является боль в области лица, которую необходимо классифицировать как невралгическую, оториноларингологическую или другую лицевою боль. К сожалению, полиморфизм клинических проявлений прозопалгий, а также недостаточное их знание часто приводят к ошибкам в постановке правильного диагноза, когда боль в области лица трактуется как невралгия тройничного нерва (НТН), с назначением нерациональной терапии. Невралгия тройничного нерва (тригеминальная невралгия) - хроническое заболевание, проявляющееся приступами интенсивной, стреляющей, жгучей боли в зонах иннервации тройничного нерва. Международной Ассоциацией по изучению боли -IASP-International Association for the Study of Pain [1], невралгия тройничного нерва определяется как синдром, характеризующийся внезапными, кратковременными, интенсивными, повторяющимися болями в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва, обычно с одной стороны лица. Среди лицевых и головных болей невралгия тройничного нерва (НТН) составляет 3-7% [2,3,4]. В клинической практике к НТН часто относят заболевания с самой разнообразной этиологией, клиникой, объединенных лишь одним симптомом – болью в области лица. На возможную взаимосвязь заболеваний ЛОР органов с лицевыми болями имеются указания как в отечественной, так и в зарубежной литературе, однако проблема прозопалгий оториноларингологического генеза до настоящего времени остается малоизученной [2,3,4,5].

Проведенный анализ отечественной и иностранной литературы показывает, что невралгия тройничного нерва обусловлена различными по характеру причинами и механизмами возникновения и поддержания

болевого синдрома. На данном этапе развития неврологии и оториноларингологии, как с научной стороны, так и в практическом плане, проблема невралгии тройничного нерва остается открытой и очень актуальной ввиду не уменьшающегося удельного веса заболевания, сложности патогенеза, малоэффективности проводимой терапии и отсутствия четких рекомендаций в тактике ведения больных с данной патологией.

Цель исследования: уточнить роль заболеваний ЛОР органов в этиологии невралгии тройничного нерва, а также определить современные методы лечения невралгии тройничного нерва, возникшей в связи с ЛОР патологией.

Материалы и методы исследования

Для уточнения возможной причины возникновения лицевой боли всем больным проведено целенаправленное обследование, включающее результаты общеклинического, оториноларингологического, неврологического, рентгенологического, а также функционального методов исследований. Проводились совместные осмотры специалистов смежных областей: невропатолога, оториноларинголога, при необходимости – офтальмолога и стоматолога. Последовательно исключались патологические процессы в тканях зуба, пародонта, верхней и нижней челюсти, заболевания глаз. При анализе клинического материала учитывались следующие показатели: пол, возраст, сторона поражения, давность заболевания к моменту обращения в клинику, особенности клинического проявления заболевания, объем и результаты проведенного обследования и лечения невралгии тройничного нерва, возникшей в связи с различной патологией ЛОР органов.

Результаты и их обсуждение

Нами проведено лечение 68 больных с невралгией тройничного нерва, в возрасте от 20 до 70 лет, из них мужчин было - 29, женщин – 39. Распределение больных по возрасту и полу указано в следующей таблице 1.

Таблица 1 - Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	20-39	39-49	40-49	50-59	60-69	70 - 79	Всего
мужчин	2	2	9	6	3	7	29
женщин	2	4	6	9	13	5	39
Всего	4	6	15	15	16	12	68

Нами отмечено преобладание НТН у женщин старше 40 лет, что совпадает с данными литературы [3,4,6].

По нашим наблюдениям длительность заболевания у большего количества больных составила от 1 года до 13 лет, что характеризует невралгию тройничного нерва как упорное и

длительное заболевание, и в свою очередь свидетельствует о малой эффективности применявшихся ранее методов лечения. Распространенность боли соответствовала иннервации соответствующих ветвей тройничного нерва (рис.)

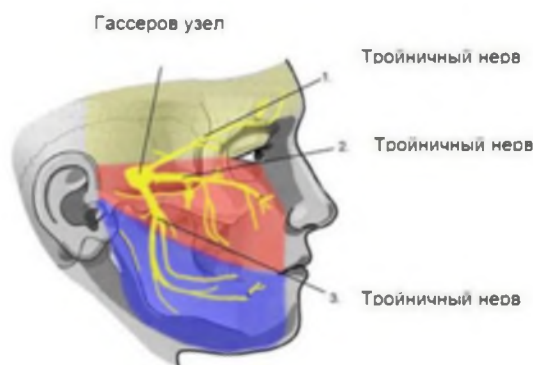


Рис. Гассеров узел, ветви тройничного нерва и зоны их иннервации.

(Источник: <http://tutbolinet.ru/golova/nevralgiya-trojnichnogo-nerva.html>)

Почти во всех наблюдениях боли возникали на одной стороне: правосторонняя - у 44 больных, левосторонняя – у 22 больных. Только в двух случаях боли были двусторонними, причем в одном из них болевые пароксизмы проецировались в зоне иннервации всех трех ветвей тройничного нерва.

Интенсивность боли у наблюдаемых нами больных была различной. У 43 больных из 68 - с невралгией тройничного нерва боли носили нестерпимый характер, а у 25 больных болевые приступы были умеренными. Отдельные ветви тройничного нерва вовлекались в патологический процесс в различных сочетаниях (табл. 2).

Таблица 2 - Вовлечение ветвей тройничного нерва в патологический процесс

Пораженные ветви тройничного нерва	Количество больных	%
I	3	7,5
II	25	36,8
III	13	19,1
I-II	7	10,2
II-III	17	25,0
I-II-III	1	1,5
Всего	68	100,0

Из данных таблицы следует, что в наших наблюдениях отмечено преимущественное поражение верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов, что также совпадает с данными литературы [2,3,5]. Боли возникали спонтанно или при раздражении триггерных зон. Невралгия у больных характеризовалась острыми, приступообразными, стреляющими болями. Боли провоцировались приемом пищи, чисткой зубов, разговором, поворотом головы, расчесыванием волос. Продромальные симптомы у больных были редки и нечетко обозначены. Неврологическое обследование

больных выявило: болезненность при надавливании в точках выхода соответствующих ветвей тройничного нерва, нарушение болевой чувствительности в виде гиперестезии у - 10 больных, гипостезии у - 39 больных в зоне иннервации пораженной ветви тройничного нерва. Курковые зоны были выражены у 40 наблюдаемых нами больных. Локализовались они у крыла носа, в углах рта, носогубной складке, в точках выхода ветвей тройничного нерва нервов, слизистой оболочке полости рта, у двух больных курковые зоны носили множественный сливной характер. Во

время приступа больные замирали, застывали в неудобной позе, опасаясь нечаянными движениями усилить и удлинить болевой приступ, другие начинали тереть больное место руками, третьи - совершали жевательные и прищипывающие движения. У 32 больных болевые пароксизмы сопровождались вегетативно-сосудистыми проявлениями: заложенностью носа, ринореей, слезотечением, отеком и гиперемией лица, гиперсаливацией.

В результате проведенного исследования различная ЛОР патология выявлена у 54 больных НТН, что составило 79,4%. Преобладали хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух (63,2%). При этом у 11 (25,5%) из 43 больных с хроническими синуситами были диагностированы хронический полипозный и гнойный гайморит, у 5 (11,6%) – полипозный этмоидит, у 16 (37,2%) – хронический гиперпластический гайморит, гемисинусит - у 2 больных (4,7%), гаймо-роэтноидит - у 2 (4,7%) больных, киста верхнечелюстной пазухи - у 7 (16,3%). В период ремиссии большая часть больных с невралгией тройничного нерва отмечала отсутствие болей.

Анализ вышеизложенных данных позволил указать на ведущую роль хронических заболеваний околоносовых пазух в возникновении и развитии НТН, преимущественно верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов (у 38 больных), а также их сочетания (у 19 больных). При скудной симптоматике со стороны носа и околоносовых пазух при риноскопии, решающим в диагностике оказались данные рентгенологического исследования, а при необходимости - КТ и МРТ. Следовательно, среди этиологических факторов в генезе невралгии тройничного нерва значительная роль принадлежит хроническим воспалительным заболеваниям околоносовых пазух. В свою очередь, хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух, возникшие на фоне НТН отягощают течение невралгии, а несвоевременная их диагностика и лечение приводят к развитию стойких прозопагий у больных.

Особый пароксизмальный характер болевых атак при тригеминальной невралгии диктует своеобразие тактики лечения невралгии тройничного нерва. Для облегчения болей при тригеминальной невралгии в настоящее время используют лекарства, из группы нестероидных

противовоспалительных средств (НПВС), антидепрессанты (амитриптилин, дулоксетин) и местные обезболивающие средства. Ранее широко использовались спиртовокаиновые блокады, дающие облегчение до 6 месяцев, однако после них у больных формировались грубые рубцово-дегенеративные изменения в месте проведения инъекций, в связи с чем на сегодняшний день они практически не используются при купировании боли при невралгии тройничного нерва.

Основу лечения составляют противоэpileптические препараты. Препаратом выбора является —карбамазепин (финлепсин), который высокоэффективен в лечении НТН, но может вызывать побочные эффекты: сонливость, головокружение, атаксию, диплопию, изменения со стороны крови, печени и другие. Доза подбирается индивидуально. При достижении терапевтического эффекта (прекращение болевых приступов) дозу снижают до минимальной, при которой эффект сохраняется и эту дозу применяют длительное время (поддерживающая терапия). Препаратами второй линии являются ламотриджин (400 мг/сут) и баклофен (40 - 80 мг/сут).

Часто при лечении тригеминальной невралгии используют НПВС: ксефокам (лорноксикам), оказывающий выраженный обезболивающий и противовоспалительный эффект. Ксефокам наиболее эффективен при НТН периферического генеза. Кроме антиконвульсантов, антидепрессантов, НПВС назначают нейрометаболические препараты, антиоксиданты, антигипоксанты (актовегин). Обязательным при лечении невралгии тройничного нерва являются витамины группы В, они обладают нейротропным действием, анальгетическим эффектом, а также способностью улучшать регенерацию нерва. При лечении НТН используют также физиотерапевтические процедуры: электрофорез, фонофорез, амплипульс на триггерные зоны, а также лазеротерапия. Основным направлением при лечении тригеминальной невралгии является устранение причины боли (больные зубы, воспалительные процессы уха, горла, носа и околоносовых пазух и др.) и проведение симптоматического лечения (купирование болевого синдрома, восстановление функции и структуры нерва).

Выводы:

1. Хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух оказывают свое действие на весь организм в целом и на

центральную нервную систему в частности. Это действие является следствием длительной патологической импульсации с патологически измененной слизистой оболочки околоносовых пазух, следствием постоянной интоксикации из воспалительного очага.

2. Положительный результат лечения, соответствие патологии околоносовых пазух со стороны поражения ветвей тройничного нерва позволяет утверждать о причинно-следственной связи между ними.

3. Обследование больных лицевыми болями может быть достаточно полным лишь при комплексном обследовании (оториноларингологическом, неврологическом, стоматологическом, офтальмологическом) с использованием современных методов диагностики, применяемых как в оториноларингологии, неврологии, стоматологии и т.д.

4. При выявлении патологии со стороны ЛОР органов проводится их санация. Показанием к хирургическому лечению невралгии тройничного нерва риногенного генеза являются: длительное течение заболевания, отсутствие эффекта от проводимого ранее консервативного лечения, наличие изменений на рентгенограмме.

Таким образом, анализ вышеизложенных данных позволяет точно указать на ведущую роль хронических заболеваний околоносовых пазух в возникновении и развитии НТН, причем преимущественно верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов.

Литература

1. *Headache Classification Committee of International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain / Cephalalgia. – 2004. – 24 (Suppl. 1). – P. 1-160.*

2. Ерохина, Л.Г. Лицевые боли (невралгия тройничного нерва и другие формы прозопалгий) / Л.Г.Ерохина. – М.: Медицина, 1973. – 175 с.

3. Карлов, В.А. Невралгия тройничного нерва / В.А. Карлов, О.Н. Савицкая, М.А. Вишнякова. – М.: Медицина, 1980. – 151 с.

4. Манвелов, Л.С. Тригеминальная невралгия: эпидемиология, этиология, патоморфология, патогенез, клиника, диагностика / Л.С. Манвелов, В.М. Тюриков, А.В. Кадыков // *Русский медицинский журнал. – 2013. – Т. 21, №10. – С. 542-544.*

5. Бойко, Н.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей / Н.В.Бойко, И.В. Стагниева // *Российская ринология. – 2012. – №4. – С.39-41.*

6. Love, S. Trigeminal neuralgia: Pathology and pathogenesis / S. Love // *Brain. – 2001. – Vol. 124. – P. 2347-2360.*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ

Г.У. Лутфуллаев, Ш.Ш. Кобилова, У.С. Ньматов, Ф.Ш. Мусурмонов
Самаркандский медицинский институт (д.м.н., профессор Шамсиев А.М.),
кафедра Оториноларингологии факультета Последипломного образования
(д.м.н. доцент Лутфуллаев Г.У.)
г. Самарканд, Узбекистан

В данной статье проведен анализ эффективности комплексного лечения экссудативного среднего отита у больных с доброкачественными опухолями носа, околоносовых пазух и носоглотки. В основной группе больных традиционная терапия была дополнена транстимпанальным введением препарата «Гепон». Аудиологические исследования, а также данные субъективной оценки выявили высокие результаты у больных основной группы. Сделан вывод о целесообразности местного использования препарата «Гепон» в комплексном лечении экссудативного среднего отита у больных с доброкачественными опухолями носа, околоносовых пазух и носоглотки.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, опухоли носа, околоносовых пазух и носоглотки, иммунокоррекция, «Гепон».

EXPERIENCE OF APPLICATION OF LOCAL IMMUNOCORRECTION IN THE TREATMENT OF EXUDATIVE OTITIS MEDIA IN PATIENTS WITH BENIGN TUMORS OF THE NOSE, PARANASAL SINUSES AND NASOPHARYNX

G.U. Lutfullaev, Sh.Sh. Kobilova, U.S. Nematov, F.Sh. Musurmonov
Samarkand Medical Institute (MD, Professor Shamsiev A.M.),
Department of Otorhinolaryngology,
Faculty of Postgraduate Education (Dr. med. Associate Lutfullaev G.U.)
Samarkand, Uzbekistan

This article analyzes the effectiveness of complex treatment of exudative otitis media in patients with benign tumors of the nose, paranasal sinuses and nasopharynx. In the main group of patients, traditional therapy was supplemented by the trans-impantal administration of the drug "Gepon". Audiological research, as well as subjective assessment data, revealed high results in patients of the main group. It was concluded that the local use of the drug "Gepon" is expedient in the complex treatment of exudative otitis media in patients with benign tumors of the nose, paranasal sinuses and nasopharynx.

Key words: exudative otitis media, nasal tumors, paranasal sinuses and nasopharynx, immunocorrection, Gepon.

Введение. Экссудативный средний отит (ЭСО) является одним из наиболее активно изучаемых в последние десятилетия заболеваний среднего уха. Особый интерес к данной патологии обусловлен многообразием клинических проявлений заболевания, длительностью течения, трудоемкостью лечения, зачастую резистентностью к стандартной терапии среднего отита, склонностью к рецидивированию. Вялотекущие, торпидные формы с преимущественным поражением слизистой

оболочки зачастую приводят к тимпаносклеротическим изменениям в среднем ухе, и, как следствие, к стойкому снижению слуха с последующей инвалидизацией пациентов [1].

ЭСО является полиэтиологическим заболеванием, зачастую обусловленным сочетанием нескольких причинных факторов [2]. Воздействие на слизистую оболочку среднего уха не только инфекционных факторов, но и физических (перепады барометрического давления), химических

(гастроэзофагальный рефлюкс) и биологических (опухоли носоглотки), а особенно их сочетание приводит к развитию ЭСО [3].

Обструктивная дисфункция, являющаяся частой причиной ЭСО может быть обусловлена механическим нарушением проходимости слуховой трубы за счет новообразований носа, околоносовых пазух и носоглотки.

Поскольку иммунные нарушения при ЭСО возникают прежде всего местно, за счет относительно автономного функционирования системы мукозального иммунитета, особенностью применения иммуномодулирующих препаратов при этой и других формах патологий ЛОР – органов является целесообразность их местного использования. Препарат «Гепон»^{*} относится к группе иммуномодуляторов, повышающих эффективность иммунной защиты от инфекций, лечения и профилактики оппортунистических инфекций, вызванных бактериями, вирусами или грибами. В отличие от других иммуномодуляторов данный препарат оказывает выраженное противовоспалительное действие, обладает противовирусной активностью и благоприятно влияет на процессы репарации [4,5].

Цель исследования: изучить клиническую эффективность локальной иммунотерапии при комплексном лечении экссудативного среднего отита у больных с доброкачественными опухолями носа, околоносовых пазух и носоглотки.

Материал и методы исследования

Клиническое исследование проведено 46 больным с доброкачественными опухолями носа, околоносовых пазух и носоглотки, страдающих экссудативным средним отитом. Возраст больных колебался от 14 до 32 лет. Заболевание чаще встречается у лиц мужского пола 42 (91%). По гистологическому строению в большинстве случаев выявлена ангиофиброма (28 - 61%). Из других опухолей выявлена папиллома в 6 (13%) и фибромы 7 (15%), хоанальный полип 5 (11%) случаях.

Всем пациентам проведено комплексное обследование, включающее жалобы больных, тщательно собранный анамнез, обследование ЛОР органов: риноскопия, эпифарингоскопия,

отоскопия, эндоскопия, аудиологические, рентгенологические методы обследования, гистологическое исследование.

Критериями отбора больных были жалобы на заложенность и шум в ухе, снижение слуха, давность заболевания 6-12 месяцев, кондуктивный тип тугоухости. При передней риноскопии у всех больных определялась гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа, в носовых ходах слизисто – гнойные выделения. В 21 (46%) случаи наблюдали новообразование в носовой полости. Эпифарингоскопия и эндоскопия констатировало новообразование носоглотки различной степени, слизисто - гнойное отделяемое.

Данные отоскопии: тускло – серый, синюшный цвет, застойная гиперемия и нарушение подвижности барабанной перепонки, сглаженность опознавательных пунктов, уровень жидкости в барабанной полости.

Оценка степени тугоухости проводилась на аудиометре фирмы «Interacoustics» соответственно международной классификации, при тимпанометрии использовался тимпанометр фирмы «Maico», данные оценивали в соответствии с классификацией J.Jeger.

Всем больным проведено хирургическое лечение. Выбор хирургического доступа проводился с учетом локализации и стадии распространения опухолевого процесса.

После хирургического лечения пациенты были разделены на 2 группы: контрольную (получали традиционную терапию) 22 (48%) и основную 24 (52%) (пациенты, пролеченные с использованием иммуномодулятора «Гепон»).

Пациентам 1 группы после хирургического лечения на 4-8 день назначали традиционное лечение экссудативного среднего отита: сосудосуживающие капли в нос, муколитики, после орошения слизистой носоглотки раствором фурацилина, местно применялся метод транстимпанального введения 0,5 мл смеси 2,5% раствора суспензии гидрокортизона, адреналина и протеолитического фермента трипсина. Пациентам 2 группы вместе с традиционным лечением производили орошение слизистой оболочки 4,0 мл 0,04% раствором иммуномодулятора «Гепон» с последующим транстимпанальным введением этого же препарата в дозировке 0,5-0,6 мл. Курс лечения в обеих группах составил 3 транстимпанальных введения лекарственных

^{*} Гепон (Geron) - иммуномодулирующее средство, представляет собой лиофилизат для приготовления раствора для местного и наружного применения, выпускается во флаконах по 2 мг, зарегистрирован в Республике Узбекистан (DV/X 02743/03/17).

препаратов с интервалом между процедурами 2 дня.

Результаты и их обсуждение

В процессе лечения наблюдалась положительная динамика в обеих группах.

До лечения у пациентов обеих групп наблюдалась III и IV степень проходимости слуховой трубы. Введение в комплексное лечение иммуномодулятора «Гепон» позволило восстановить проходимость слуховой трубы у 18 пациентов (75%), улучшить проходимость до II степени в 6 (25%) случаях. В контрольной группе подобные изменения наблюдались в 14 (60%), 6 (27%) соответственно, III степень у одного пациента (4,5%), без изменений – также у одного (4,5%).

Аудиометрическое исследование больных с новообразованиями носа, околоносовых пазух и носоглотки, проведенное до хирургического лечения показало достоверное понижение слуха. I степень кондуктивной тугоухости с костно – воздушным разрывом не более 25 дБ по всему диапазону частот наблюдалось в основной группе у 16 (67%) пациентов, в контрольной у 15 пациентов (68%), II степень кондуктивной тугоухости с костно – воздушным разрывом не более 40 дБ: основная группа 8 (33%) и контрольная 7 (32%).

Повторное аудиометрическое обследование проводили на 10-14 день после лечения. Слух восстановился у 18 (75%) пациентов основной группы и 13 (59%) контрольной группы. Снижение слуха I степени определялось у 5 (21%) пациентов основной и у 8 (36%) контрольной группы. Тугоухость II степени наблюдалась как в основной 1 (4%), так и контрольной группе 1 (5%).

Динамика показателей тимпанометрии: до начала лечения тимпанограмма типа «В» наблюдалась у больных основной 20 (83%) и 18 (83%) пациентов контрольной группы, тип «С» в основной 4 (17%) и 4 (18%) контрольной группы. К моменту повторного обследования нормализация давления в полости среднего уха и подвижности барабанной перепонки тимпанограмма типа «А» регистрировалась у 18 (75%) пациентов основной и 14 (64%) пациентов контрольной группы. Тип «В» наблюдался у 6 (25%) пациентов основной и 8 (36%) контрольной группы.

Заключение. Полученные результаты указывают на целесообразность применения локальной иммунотерапии с использованием препарата «Гепон» в комплексном лечении экссудативного среднего отита у больных с доброкачественными опухолями носа, околоносовых пазух и носоглотки. Отсутствие нежелательных эффектов при использовании иммунокорректора «Гепон» свидетельствует о хорошей переносимости и безопасности препарата.

Литература

1. Очиров, Д.Д. Клинико – иммунологическая эффективность муконазальной иммунотерапии в комплексном лечении экссудативного среднего отита: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : 14.01.03, 14.03.09 / Очиров Д.Д. : Сибирский гос. мед. ун-т. – Санкт – Петербург: Б.и., 2012. – 24 с.
2. Экссудативный средний отит: брошюра по дисциплине «Оториноларингология» для оториноларингологов, оториноларингологов – сурдологов, терапевтов, педиатров, врачей общей практики / [И.В. Савенко и др.]. – Санкт – Петербург: Диалог, 2010. – 81 с.
3. Бурмистрова, Т.В. Этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : 14.00.04 / Бурмистрова Т.В.: Научно – клинический центр оториноларингологии. – Москва: Б.и., 2006. – 22 с.
4. Очиров, Д.Д. Подходы к разработке индивидуализированных схем лечения экссудативного среднего отита у пациентов с низкой эффективностью традиционной консервативной терапии / Д.Д. Очиров, Н.В. Щербик, Е.Н. Кологривова // Бюллетень сибирской медицины. – 2011. – № 3. – С. 121.
5. Полякова, Т.С. Применение Гепона для лечения ЛОР - патологий / Т.С. Полякова, М.Е. Артемьев // Московский медицинский журнал. – 2003. – май – С. 16.

ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО СИНУИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Х.К. Касимов, К. Касимов, Н.А. Усманова, Б. Улмасов

Андижанский Государственный медицинский институт

(Ректор - д.м.н., проф. Мадазимов М.М.).

г. Андижан, Республика Узбекистан

E-mail: qosimov1949@mail.ru

Аллергический ринит (АР) является одним из первых предрасполагающих факторов развития острого синусита. Обследовали и проводили лечение 46 больных острым синуситом на фоне АР, в возрасте от 5 до 18 лет.

Проводилось ступенчатое лечение в соответствии с тяжестью течения заболевания. Первоначальное орошение полости носа солевыми растворами с последующим введением топического интраназального кортикостероида (ИКС) и на конечном этапе применением назального топического антибактериального спрея. К концу курса лечения отмечена положительная динамика, как объективных данных, так и субъективных ощущений больных.

Ключевые слова: Синусит, аллергический ринит, интраназальный кортикостероид.

ISSUES OF PATHOGENETIC THERAPY OF ACUTE SINUSITIS, OCCURRING ON THE BACKGROUND OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

Kh.K. Kasimov, K. Kasimov, N.A. Usmanova, B. Ulmasov

Andijan State Medical Institute (The rector - doctor of medical sciences, prof. Madazimov M.M).

Andijan, Republic of Uzbekistan

Allergic rhinitis (AR) is one of the first predisposing factors for the development of acute sinusitis. 46 patients with acute sinusitis on the background of AR, aged from 5 to 18 years, were examined and treated.

Conducted stepwise treatment in accordance with the severity of the disease. Initial irrigation of the nasal cavity with saline solutions followed by the introduction of a topical intranasal corticosteroid (VIC) and, at the final stage, the use of a nasal topical antibacterial spray. By the end of the course of treatment, positive dynamics of both objective data and subjective sensations of patients have been noted.

Key words: Sinusitis, allergic rhinitis, intranasal corticosteroid.

Введение. Одним из распространенных заболеваний детского возраста является острый синусит. Наибольшее число больных приходится на возраст от 4 до 15 лет и за последние 10 лет частота заболевания составила 35 – 37% среди всех болезней верхних дыхательных путей. Ежегодно количество таких больных увеличивается на 1,5–2%. В ЛОР стационарах количество детей госпитализированных по поводу заболеваний околоносовых пазух за два года увеличилось с 27,6%, до 29,5% [1,2,3,4,5].

На возникновение и течение острых синуситов существенное влияние оказывают различные эндогенные и экзогенные факторы, такие как аллергены, раздражители окружающей среды. Аллергический ринит (АР) является

одним из первых предрасполагающих факторов развития острого синусита и в 10%-12% случаев имеет аллергическую этиологию [1,2].

По данным ряда авторов [3, 5, 6, 7, 8], у 12%-15% детей встречается аллергический ринит и часто сочетается с синуситом. Горбатов В.А. с соавт. (2014) при обследовании больных детей с поллинозом в возрасте от 5 до 15 лет, в 30% случаев установил острый синусит аллергического генеза

На фоне аллергии инфекционные и гнойно-воспалительные процессы протекают бурно и часто дают тяжелые осложнения.

В настоящее время для лечения острого синусита на фоне АР у детей существуют различные эффективные методы терапии [1,4,7, 9, 10]. Однако, несмотря на достигнутый успех,

частота перехода острого синусита в хроническую форму не уменьшается, и часто возникают тяжёлые осложнения, которые в итоге приводят к инвалидности.

Естественно перед оториноларингологами стоит проблема необходимости более углублённого изучения особенностей течения острых синуситов у детей с АР и разработки наиболее эффективных методов лечения.

Цель исследования: Разработать новые подходы комплексного лечения острых синуситов у детей с аллергическим ринитом.

Материал и методы исследования

Обследовали и проводили лечение 66 больных острым синуситом на фоне АР, в возрасте от 5 до 18 лет. При диагностике придерживались МКБ -10 и классификации ВОЗ.

Из 66 больных у 26 (39,3%) диагностирован острый этмоидит, у 22 (33,3%) гайморит, 15 (22,7%) гайморо-этмоидит и у 3 (4,5%) гемисинусит. Комплекс обследования больных включал сбор анамнеза, эндоскопия полости носа и рентгенография придаточных пазух носа.

При оценке клинических проявлений заболевания пользовались Европейскими рекомендациями ринологов по риносинуситу EPOS (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps) с использованием визуальной аналоговой 10-балльной шкалы.

Результаты и их обсуждение

В первой группе 31 (46,9%) больных, легкого течения (до 3 баллов по шкале) отмечались жалобы на легкую головную боль, слабость, гипосмию, заложенность носа, слизисто-гнойные выделения из носа и носоглотки, температура тела в пределах 37 °С. На рентгенограммах пристеночное утолщение слизистой оболочки пазухи.

Среднетяжелое течение наблюдали у 32 (30,4%) больных (в среднем 5 баллов) головные боли были более интенсивными, при пальпации в проекции пораженной пазухи отмечалась болезненность, постоянная заложенность носа, гнойные выделения из носа, слабость, гипосмия и температура тела в пределах 37-38 °С. На рентгенограммах полное затемнение пазухи, а у некоторых из них даже отмечался уровень жидкости в проекции пораженной пазухи.

При тяжелом течении у 3 (6,5%) больных (10 баллов по шкале), отмечалась постоянная головная боль и боли в проекции пораженной пазухи, гнойные выделения из носа и

носоглотки были постоянными, температура тела 38 °С и выше, общая слабость, аносмия. На рентгенограммах тотальное затемнение более двух пазух. В тоже время у этих больных наблюдались орбитальные осложнения в виде реактивного отека орбиты. В анализах крови лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Лечение больных соответствовало тяжести их заболевания. Проводили ступенчатый метод терапии. В последнее время во многих европейских, американских и российских стандартах лечения риносинуситов принято промывание полости носа солевыми растворами. При орошении происходит очищение полости носа от патологического содержимого. Для этой цели мы применяли солевой раствор “Дельфин”[†]. В начале в одну половину носа вводили солевой раствор, а с другой половины его откачали с помощью электроотсоса. Манипуляция проводилась 2 раза в день, на курс лечения потребовалось 6-8 процедур.

В последнее время для устранения отека слизистой оболочки полости носа и улучшения эвакуации содержимого пазухи у больных с риносинуситом широко применяются топические интраназальные кортикостероиды (ИКС). Исходя из этого, следующим этапом нашего лечения после орошения мы применяли назальный спрей форинекс[‡]. Препарат оказывает выраженное противовоспалительное и антиаллергическое действие. В результате быстро уменьшается отек слизистой оболочки носа, восстанавливается проходимость просвета соустьев околоносовых пазух. В отличие от других ИКС нежелательных проявлений при применении форинекса (головная боль, сухость в носу, носовые кровотечения) по ходу лечения мы не наблюдали. Спрей форинекс впрыскивали в каждую ноздрю 1 раз в сутки в течении 4-6 дней.

В настоящее время в литературе многократно обсуждаются вопросы системного и особенно местного применения антибиотиков

[†] Средство для промывания полости носа Дельфин.

В Узбекистане с 2018 года.

Производитель “Malikai Sulton”. В основе раствора, морская соль.

[‡] Назальный спрей «Форинекс» 140 доз.

Регис. удос. № 03030/06/ 17 от 6 июня 2017. Сертификат № 2255025.

МНН. Mometasone

Производитель ПАО “Фармак”. Украина, Киев.

Интраназальный кортикостероид. Лечение аллергического ринита у взрослых и детей старше 2 лет.

при остром синусите. Категорически не рекомендуется введение в околоносовые пазухи, после их пункции, растворов антибиотиков, так как побочные явления данного способа их применения резко снижают положительный эффект такого лечения.

Сегодня в мировой практике наблюдается тенденция применения антибактериальных препаратов местно-эндонозально в виде спрея. При таком способе введения лекарственные препараты проникают в труднодоступные области носа и пазухи, при этом антибиотик непосредственно контактирует с микрофлорой в очаге воспаления.

Следующей ступенькой нашего метода лечения с целью воздействия на патогенную микрофлору, явилось применение назального антибактериального топического спрея “Неладекс Н.С.”[§], который оказывает противовоспалительный, антибактериальный и сосудосуживающий эффект. Спрей “Неладекс Н.С.” впрыскивали в каждый носовой ход 3 раза в день, в течение 4-6 дней.

В группе больных детей с тяжелым течением заболевания, помимо вышеуказанного лечения, дополнительно применяли перорально суспензию амоклава по 10 мл 2 раза в день в течение 5 дней. Амоклава - комбинированный антибактериальный препарат, состоящий из амоксициллина и клавулановой кислоты, обладает широким спектром антибактериального действия.

Для оценки эффективности проводимой терапии мы использовали показатели шкалы субъективных ощущений: в первую очередь динамику основных симптомов синусита (головная боль и боль в проекции пораженной пазухи, выделения из носа, затруднение носового дыхания, температура тела), объективные данные (отек и гиперемия слизистой оболочки носа, наличие гнойного отделяемого из носа) и общее состояние больного.

По ходу лечения уже на 4-й день проводимой терапии заложенность и

выделения из носа исчезли у всех больных легкой и средней тяжести течения. Лишь у 2 больных детей с тяжелым течением еще отмечались периодически заложенность носа и слизистые выделения. К концу курса лечения (6-й день лечения) была отмечена отчетливая положительная динамика объективных данных, уменьшились гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа, изменился характер отделяемого носовой полости. Только у 3 больных средней тяжести течения и у 3 больных с тяжелым течением еще наблюдались небольшой отек слизистой оболочки носа, периодически слизистое отделяемое из носа, хотя у них до лечения было гнойное отделяемое. После лечения у 44 больных общее состояние значительно улучшилось: полностью исчезли головные боли, слабость и гипосмия, дыхание через нос восстановилось, прекратились выделения из носа и носоглотки, нормализовалась температура тела (табл. 1). При риноскопии: слизистая полости носа розовая, носовые ходы чистые.

После проведенного лечения больных наблюдали в течении года. Рецидивы заболевания в группе больных с легким течением в течении года не наблюдались. В группе с среднетяжелым течением через 3 месяца рецидив заболевания отмечался у одного больного. В группе с тяжелым течением рецидив заболевания через месяц наблюдался у одного больного, и у одного больного рецидив отмечался через год. Всем этим больным проведен повторный аналогичный первому курс лечения. Необходимо отметить, что хотя и наблюдался рецидив заболевания клинические проявления болезни были менее выражены.

[§] **Неладекс-НС**. Регис. удос. № 03988/ 02/ 18 от 01.02. 2018.

МНН: Неомин + Полимиксин В + Дексаметазон + Фенилэфрин

Neomycin + Polymyxin B + Dexamethasone + Phenylephrine

Производитель: «Уорлд медицин офтальмикс илачлари лтд. шти.», Турция (“World medicine ophthalmics ilaclari ltd. Şti.”, Turkey)

Спрей назальный.

Неладекс-НС представляет собой комбинированный препарат для местного применения в отоларингологии. Спрей предназначен только для интраназального применения.

Таблица 1 - Непосредственные и отдалённые результаты лечения детей с острым синуситом аллергического генеза

Клиническое течение заболевания	Эффективность лечения			Отдалённые результаты лечения (рецидив заболевания)		
	Выздоровление	Улучшение	Без эффекта	Через 1 месяц.	Через 3 месяц	Через год
Легкое течение (n-31)	32	-	-	-	-	-
Среднетяжелое течение (n-32)	29	3	-	-	1	-
Тяжелое течение (n-3)	-	3	-	1	-	1

Выводы:

1. Аллергические проявления в полости носа у детей оказывают существенное влияние на возникновение и течение острого синусита.

2. Основным направлением лечения острого синусита на фоне АР является устранение явлений аллергии, достижение стойкой бактерицидной концентрации антибиотиков в носу и околоносовых пазухах, улучшение дренажной и вентиляционной функции околоносовых пазух.

3. При тяжелом течении заболевания с осложнениями, хороший и стойкий эффект можно достичь дополнительным применением амоклава в виде суспензии.

Литература

1. Ильина, Н.И. Клиническая и морфологическая характеристика полипозных риносинуситов / Н.И. Ильина // Рос. Ринол.- 1999.-№ 1.- С.5-23.

2. Курбанов, Ф.Ф. Комплексный способ консервативного лечения больных острым гнойным верхнечелюстным синуситом / Ф.Ф. Курбанов // Автореф. канд. мед.наук.- М., 2011. – 101 с.

3. Проблемы терапии острого гнойного риносинусита / [А.И. Крюков и др.] // Медицинский совет - 2015.-№17. - С. 20-23.

4. Распространенность, факторы риска развития, ключевые аспекты патогенеза аллергического ринита у детей / [С.С. Арифов и др.]// Материалы IV съезда оторино-ларингологов Узбекистана. Ташкент, 2015. - С. 62-63.

5. Рязанцев, С.В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов / С.В. Рязанцев // Медицинский совет.- 2014.- №15.- С.13-17.

6. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов // - М., 2017- 750 с. 3

7. Риносинусит касалликларини белгилари, таххислаш ва даволаш тадбирлари / [Ш.Х. Бакиева и др.] // Материалы конф.оториноларингологов Узбекистана- Бухара, 2017. - С. 77-78.

8.Ткаченко, В.И. Особенности течения и лечения сезонных аллергических реакций у пациентов с сопутствующей патологией дыхательных путей / В.И Ткаченко // Укр. мед. Часопис.- 2013.- 3 (95)-М. VI.- С.68-71.

9. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps / [W.J. Fokkens et al.]// Rhinol. Suppl.- 2012. - 23 (3). – P. 1–298/

10. Infectious Diseases Society of America. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults / [A.W. Chow et al.]// Clin Infect Dis.- 2012.- 54(8).-e72-e112/

**АНТИБИОТИКОГРАММА МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ НЕБНЫХ
МИНДАЛИН У ЖИТЕЛЕЙ г.БИШКЕК**

К.К. Бакиева

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: kalyska_92@mail.ru

Резюме: В работе представлены данные исследования о составе микрофлоры слизистой оболочки глотки при различных формах хронического тонзиллита и фарингита у детей, а также особенности взаимодействия микроорганизмов в ассоциациях. В результате проведенных исследований наибольшая чувствительность возбудителей указанных заболеваний была выявлена к ингибитор-защищенным антибиотикам.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, фарингит, штамм, антибиотикорезистентность.

**БИШКЕК ШААРЫНЫН ТУРГУНДАРЫНЫН ТАМАГЫНЫН БЫЛЖЫР
ЧЕЛИНЕН АЛЫНГАН МИКРООРГАНИЗМЕРДИН АНТИБИОТИКОГРАММАСЫ**

К.К. Бакиева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул эмгекте өнөкөт тонзиллит жана фарингит менен ооруган жаш балдардын жана улуу адамдардын тамагынын былжыр челинин микрофлорасынын курамы жөнүндө жана микроорганизмдердин бирикмесинин өз ара аракеттешүүсүнүн өзгөчөлүктөрү көрсөтүлгөн. Изилдөөнүн жыйынтыгынын негизинде көрсөтүлгөн оорулардын козгогучтарынын эң жогорку сезгичтиги ингибитор-коргогон антибиотиктерге аныкталган.

Негизги создор: өнөкөт тонзиллит, фарингит, штамм, антибиотикке болгон туруктуулук.

**ANTIBIOTICOGRAPHY OF MICROORGANISMS ISOLATED FROM THE
FAVORITE ALMONDALINS IN RESIDENTS OF BISHKEK**

K.K. Bakieva

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector - Ph.D., Prof. Kudaibergenova I.O.),
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The paper presents research data on the composition of the microflora of the pharyngeal mucosa in various forms of chronic tonsillitis and pharyngitis in children, as well as the features of the interaction of microorganisms in associations. As a result of the research, the highest sensitivity of the causative agents of these diseases was found to inhibitor-protected antibiotics.

Key words: chronic tonsillitis, pharyngitis, strain, antibiotic resistance.

Введение. Несмотря на развитие хроническими заболеваниями глотки не медицины, проблема касающаяся тонзиллярной снижается, стабильно сохраняясь на высоком патологии далеко от своего решения. По уровне [1]. На долю хронических заболеваний статистическим данным число больных с глотки приходится 24,8-35,0% среди ЛОР

патологии, как у взрослых, так и у детей [2, 3, 4]. Общеизвестно, что основным этиотропным средством, предотвращающим тонзиллит ассоциированные осложнения (гломерулонефрит, ОРЛ и др.), являются антибиотики, и выбор их в каждом отдельном случае должен быть обоснован данными бактериологического исследования в зависимости от вида возбудителя, степени его чувствительности к антибиотикам [4].

На сегодняшний день сложность проблемы выбора антибактериальных препаратов при хроническом тонзиллите связывают со способностью микроорганизмов формировать в человеческом организме микробные биопленки, в составе которых они приобретают повышенную резистентность к применяемым антимикробным лекарствам [5, 6].

В свою очередь возникновение резистентных штаммов возбудителей можно объяснить полиэтиологичностью тонзиллитов (бактерии, вирусы, грибы и другие), а также бесконтрольным применением антимикробных препаратов, несвоевременным обращением за специализированной медицинской помощью, применением полуфабрикатных продуктов, ухудшением экологических условий и др. [7, 8]. Лидирующим этиологическим фактором возникновении ХТ является β -гемолитический стрептококк группы А, и подавляющее большинство из них обнаруживается в ассоциации с золотистым стафилококком, дрожжевыми грибами и другими микроорганизмами [7].

Прогрессирующая резистентность этих возбудителей к антибиотикам широкого спектра является глобальной проблемой в рациональной антибиотикотерапии инфекций верхних дыхательных путей. На данный момент почти 10% штаммов этих возбудителей в нашей стране не чувствительны к антибиотикам пенициллинового ряда и его производным, а также к антибиотикам цефалоспоринового ряда первого и второго поколения и в некоторых случаях даже к резервным антибиотикам [5, 8].

Цель исследования: На основании ретроспективного анализа результатов исследования материала из глотки выявить наиболее часто встречаемые возбудители тонзиллитов и фарингитов для повышения эффективности лечения.

Материалы и методы

Работа основана на ретроспективном анализе лаборатории Национального центра охраны материнства и детства, в период с 2016

года по 2018 год. В работе изучена микрофлора слизистой оболочки задней стенки ротоглотки и глубоких отделов лакун небных миндалин у больных детей и взрослых с различными формами хронического тонзиллита и фарингита.

Результаты и обсуждение

Исследуемый контингент был представлен преимущественно детьми в количестве 2700 детей и 1040 взрослых с тонзиллярными проблемами. По нашим данным из 3740 больных выявлена следующая микрофлора:

- Staphylococcus aureus
- Staph. Epidermidis
- Streptococcus pyogenes
- Str.pneumonia
- Str.hemolyticus
- Str.viridans
- Klebsiella sp.
- Enterobacter sp.
- C. Albicans

Чувствительность бактерий была определена к 14 антибиотикам: пенициллину, ампициллину, левофлоксацину, доксициклину, цефбаку, эритромицину, канамицину, рифампицину, азитромицину, амоксиклаву, ципрофлоксацину, стрептомицину, цефалексину и цефтриаксону.

Результаты исследования микрофлоры слизистой оболочки задней стенки глотки и глубоких отделов лакун небных миндалин с хронической патологией глотки показали, что в 42% случаев высевается S.aureus, в 35% и 15% — смешанная микрофлора — Str.pyogenes совместно с Enterobacter sp. и S.aureus совместно с Str.pyogenes соответственно. Кроме того, в составе смешанной флоры встречается C. albicans (8 %).

Представителями физиологически нормальной флоры были штаммы микроорганизмов (табл.) родов Staphylococcus ($48,3 \pm 3,4\%$ коагулазоотрицательных штаммов), Streptococcus ($22,4 \pm 2,3\%$ штаммов), Aerococcus ($7,2 \pm 1,3\%$ штаммов), Micrococcus ($4,5 \pm 1,1\%$ штаммов) и микст. Исследовалась антибиотикорезистентность микроорганизмов в монокультуре и в условиях микробных ассоциаций.

Обсемененность микотической флорой является доказательством дисбиоза и местного иммунодефицитного состояния миндалин. Среди выделенных штаммов у детей с ХТ множественной антибиотикорезистентностью обладали 56% (53 штамма) возбудителей, при сравнительном анализе видовой антибиотико-

резистентности наибольшее количество полирезистентных штаммов относилось к *S. aureus* — 62 % (28 штаммов).

Обращает на себя внимание тот факт, что в 80% случаев были идентифицированы

ассоциации микроорганизмов. В 28,2% случаев обнаружены грибково-бактериальные ассоциации с представителями рода *Candida* (ПМО 10^3 КОЕ/мл).

Таблица - Частота обнаружения различных видов микроорганизмов и их ассоциаций

№	Вид микроорганизма	Количество	
		штаммы	%
1.	<i>Staphylococcus</i> spp.:	35	
	<i>S. aureus</i>	30	85,7
	<i>S. epidermidis</i>	3	8,5
	<i>S. saprophyticus</i>	2	5,7
2.	<i>Streptococcus</i> spp.:	40	
	<i>Str. pneumonia</i>	7	17,5
	<i>Str. hemolyticus</i>	18	45
	<i>Str. pyogenes</i>	15	37,5
3	<i>Enterobacteriaceae</i> spp.:		
	<i>Klebsiella</i> spp.	9	100
4.	<i>Pseudomonas</i> spp.	5	100
5.	Грибки рода <i>Candida</i> и др.	20	100
6.	Микробные ассоциации:	24	
	<i>S. aureus</i> и <i>Streptococcus</i> spp.	7	100
	<i>S. aureus</i> и <i>Proteus</i> spp.	7	100
	<i>S. aureus</i> и <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2	100
	<i>S. aureus</i> и грибки рода <i>Candida</i> и др.	8	100
Итого:		232	100

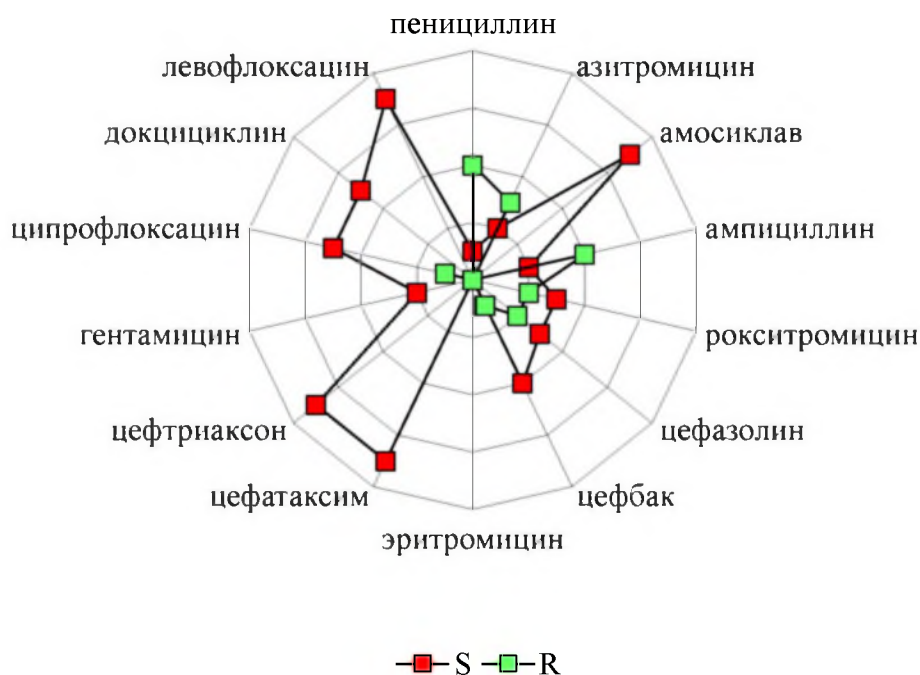


Рис. Результаты исследования чувствительности *Streptococcus* (в %).

Примечание: S-высокая чувствительность,
R – устойчивость к данному препарату

Была изучена резистентность к наиболее часто применяемым в практическом здравоохранении антибиотикам: ампициллину, амоксициллину, пенициллину, амоксиклаву, цефазолину, цефтриаксону и ципрофлоксацину.

Как показал анализ антибиотикограмм (рис.), у больных с хроническим фарингитом и тонзиллитом стафилококки в 80-84% случаев были наиболее чувствительны к ингибитор-защищенным аминопенициллинам, цефалоспорином - к амоксиклаву и цефбаку, в 72-76% наблюдений - к цефалотину, цефазолину и гентамицину, в 64-68% случаев - к цефалексину, цефуросиму, цефаклору и эритромицину. Наименьшая чувствительность (в 16-36% случаев) выявлена к бензилпенициллину, ампициллину, оксациллину, линкомицину, ванкомицину, ципрофлоксацину и рифампицину.

Таким образом, идет тенденция появления антибиотикоустойчивых штаммов возбудителей тонзиллярных инфекций среди детей и взрослых. На основании анализа антибиотикограммы г.Бишкек можно делать выводы о том, что возбудители тонзиллитов и фарингитов чувствительны к ингибитор-защищенным антибиотикам пенициллинового и цефалоспоринового ряда, несмотря на их полиморфность и обсемененность. Также при острой форме или обострении хронических тонзиллитов и фарингитов назначение вышеуказанных групп антибиотиков предотвращает сопряженные осложнения, невзирая на то, что возбудители имеют нефритогенные и ревматогенные штаммы β -гемолитического стрептококка группы А.

Литература

1. Шумилова, Н.А. Вирус-Ассоциированные Тонзиллиты (Обзор Литературы) / Н.А. Шумилова // *Folia Otorhinolaryngologiae Et Pathologiae Respiratoriae*. - 2017. - Т. 23. - № 2. - С. 62-71.
2. Азаматова, Э.К. Роль персистентных свойств микроорганизмов при хроническом тонзиллите у детей / Э.К. Азаматова, З.Ф. Хараева, Г.С. Мальцева // *Вестник оториноларингологии*. - 2011. - № 3 (52). - С. 3-6.
3. Карпова, Е.П. Этиотропная терапия тонзиллитов у детей / Е.П. Карпова, М.П. Воробьева // *Медицинский Совет*. - 2016. - № 18. - С. 46-50.
4. Насыров, М.В. Влияние глюкокортикоидов на функцию небных миндалин и периферический анализ крови / М.В. Насыров, К.К. Бакиева // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. - 2018. - № 12-1. - С. 51-55.
5. Салтанова, Ж.Е. Хронический тонзиллит и его бактериальные возбудители / Ж.Е. Салтанова // *Кремлевская Медицина. Клинический Вестник*. - 2013. - № 2. - С. 206-212.
6. Smiyan, O.I. Effect of acidolac junior on intestinal microflora of children with chronic tonsillitis / O.I. Smiyan, Yu.A. Mozgova, O.P. Moshchych // *Здоровье ребенка*. - 2013. - № 7 (50). - С. 20-24.
7. Хараева, З.Ф. Эффективность бактериофаготерапии препаратами комбинированных фагов пациентов с хроническим тонзиллитом и носителей золотистого стафилококка / З.Ф. Хараева, З.Н. Ловнач, Э.К. Азаматова // *Бактериология*. - 2017. - Т. 2. - № 3. - С. 112.
8. Шайкулов, Х.Ш. Анализ стартовой антибактериальной терапии острых тонзиллитов в условиях поликлиники у детей / Х.Ш. Шайкулов, З.Т. Муратова // *Педиатр*. - 2017. - Т. 8. - № 51. - С. 354.

УДК: 616-007.14; 616-007.19; 616.212.2; 616.212.4; 616.212.5; 616.212.7; 616.315-007.24;
616.716.1; 616.716.2; 616.716.8-007.21; 617-089.844

ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ОСТЕОПЛАСТИКА СРЕДИННОГО НЕБНОГО ШВА У ДЕТЕЙ С ИСКРИВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

С.А. Хасанов¹, С.Н. Махсудов², Г.К. Бабаханов¹

¹Кафедра «Оториноларингологии, детской оториноларингологии. Детской стоматологии»
(заведующий кафедрой профессор, д.м.н. Ш.Э. Амонов) Ташкентского педиатрического
медицинского института (ректор, профессор, д.м.н. Б.Т. Даминов), 100140, Республика Узбекистан,
г. Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол 223.

²Кафедра «Ортопедической стоматологии» факультета Усовершенствования стоматологов и
челюстно-лицевых хирургов Ташкентского Государственного стоматологического института
(ректор д.м.н., проф. Ж.А. Ризаев), 100047, Республика Узбекистан, г. Ташкент, Яшнободский
район, улица Махтумкули 103.

*E-mail: khasanovs@mail.ru .
ortodstipme@yandex.ru*

Актуальность проблемы. Искривленная перегородка носа, является источником атипичной вертикальной биомеханической тяги готического свода небной кости. При этом, чем больше глубина купола готического неба, тем грубее становится его толщина. Эти явления способствуют возникновению рецидивов зубочелюстных аномалий в 40% случаев после их ортодонтического лечения. Поэтому решение вопросов снижения костного сопротивления срединно-сагиттального небного шва и ликвидация ее вертикальной тяги как предварительный этап хирургической коррекции, является одним из актуальной проблемы в ежедневной практике ринологов и ортодонтот. **Цель и задачи.** Эндоназальная остеопластика срединного небного шва путем ликвидации патологической вертикальной тяги у детей с искривление перегородки носа (ИПН) при аномалиях развития верхней челюсти (АРВЧ). **Материал и метод.** Под наблюдением находились 146 детей с диагнозом ИПН при АРВЧ (основная группа). У детей с 5 до 12 лет (n=38) проводилось эндоназальное удаление носового гребня (крисотомия), и у детей старше 13 лет (n=108) – эндоназальное удаление носового гребня и частичное истончение срединного небного шва (крисотомия) при проведении щадящей септопластики с сохранением ростковых зон хряща перегородки. Контрольную группу составляли ретроспективно изученные истории болезни 62 пациентов с ИПН при АРВЧ получившие традиционные комплексные ринологические и ортодонтические методы лечения. **Результаты.** Применение новых методов эндоназальной остеопластики срединного небного шва у детей основной группы способствовали получить положительные результаты, которые не были зарегистрированы в контрольной группе: выпрямлению искривленной перегородки носа с сохранением ее вертикальной и сагиттальной длины; ослаблению костного сопротивления твердого неба и предупреждению рецидивов зубочелюстных аномалий после их ортодонтического лечения; ускорению темпа снижения уровня высоты готического неба, протракции верхней челюсти и синхронного расширения верхней челюсти, в том числе полости носа, позволяющее восстановить полноценное носовое дыхание; сохранению ростковой зоны хряща перегородки носа, нормализацию роста и развития перегородки носа; восстановлению эстетики лица и полноценному интеграцию детей в обществе. **Выводы.** Эндоназальная остеопластика срединного небного шва у детей с ИПН при АРВЧ способствует устранению ряд недостатков традиционных ринологических и ортодонтических мер и рекомендуется широкому применению.

Ключевые слова: детский возраст, полость носа, перегородка носа, верхняя челюсть, твердое небо; скелетное сужение полости носа и верхней челюсти; аномалия развития верхней челюсти, искривление перегородки носа; готическое небо, нарушения прикуса, септопластика, эндоназальная остеопластика, крисотомия, крисотомия, ортодонтическое лечение.

ENDONASAL OSTEOPLASTY OF THE MEDIAN PALATAL SUTURE IN CHILDREN WITH NASAL SEPTAL DEVIATION AT ABNORMAL DEVELOPMENT OF THE UPPER JAW

S.A. Khasanov¹, S.N. Makhsudov², G.K. Babakhanov¹

¹Department of otorhinolaryngology, pediatric otorhinolaryngology. Pediatric Dentistry" (head of the department - professor, ShE Amonov) of Tashkent Pediatric Medical Institute (rector, professor, BT Daminov), 100140, Republic of Uzbekistan, Tashkent, Yunusabad district, St. Bogishamol 223.

²The Department of "Orthopedic Dentistry" of the Faculty of Professional development of Dentists and Maxillofacial Surgeons of the Tashkent State Dental Institute (rector Professor Rizayev), 100047, Republic of Uzbekistan, Tashkent, Yashnobod district, street Makhtumkuli 103.

Relevance of the problem. The nasal septum deviated (NSD) is the source of the atypical vertical biomechanical thrust of the gothic arch of the palatine bone. At the same time, the greater the depth of the dome of the Gothic palate, the coarser becomes its thickness. These phenomena contribute to the occurrence of recurrent dental-jaw anomalies in 40% of cases after their orthodontic treatment. Therefore, solving the problems of reducing the bone resistance of the mid-sagittal palatine suture and eliminating its vertical thrust as a preliminary stage of surgical correction is one of the urgent problems in the daily practice of rhinologists and orthodontists. **Aim of the study.** Endonasal osteoplasty of the median palatal suture through the elimination of pathological vertical traction in children with a curvature of the NSD with abnormal development of the upper jaw (ADUJ). **Material and methods.** The study included 146 children diagnosed with NSD with ADUJ (main group). In children from 5 to 12 years old (n = 38), endonasal removal of the nasal crest (crestotomy) was performed, and in children over 13 years old (n = 108) - endonasal removal of the nasal crest and partial thinning of the median palatal suture (crestosuturotomy) during sparing septoplasty preserving the growth zones of the septum cartilage. The control group of the components of retrospectively studied case histories of 62 patients with NSD in ADUJ obtained the results of directly complex rhinological and orthodontic treatment methods. **Results.** The use of new methods of endonasal osteoplasty of the middle palatal suture in children of the main group helped to obtain positive results that were not registered in the control group: straightening the curved nasal septum while maintaining its vertical and sagittal length; the weakening of the bone resistance of the hard palate and the prevention of recurrence of dental-jaw anomalies after their orthodontic treatment; accelerating the rate of decrease in the height of the Gothic palate, the protraction of the upper jaw and the synchronous expansion of the upper jaw, including the nasal cavity, allowing to restore full nasal breathing; preservation of the growth zone of the cartilage of the nasal septum, normalization of the growth and development of the nasal septum; restoration of aesthetics of the face and the full integration of children in society. **Findings.** Endonasal osteoplasty of the median palatal suture in children with NSD with ADUJ helps to eliminate a number of drawbacks of traditional rhinological and orthodontic measures and is recommended for widespread use.

Key words: Child; Nasal cavity; Nasal septum, Upper jaw, Hard palate; Skeletal narrowing of the nasal cavity and upper jaw; Abnormal development of the upper jaw, Nasal septum deviation; Gothic palate, Malocclusion, Septoplasty, Endonasal osteoplasty, Crestotomy, Crestosuturotomy, Orthodontic treatment.

Актуальность проблемы

При аномалиях развития верхней челюсти (АРВЧ) наблюдаются различные своеобразные формы искривления перегородки носа (ИПН) с характерными изменениями её рельефа [1, 2, 3, 4].

По мнению Ю.Л. Образцова, И.А. Варакина [5], С.Н. Махсудова [6], А.А. Абдукадырова [7] у 60-75% детей с АРВЧ наблюдаются разные клинко-рентгенологические формы ИПН и затруднение носового дыхания у детей. По данным С.А. Хасанова и др. [4] изменения формы

искривления перегородки носа и направления её рельефа зависит от вида АРВЧ.

Искривленная перегородка носа, является источником атипичной вертикальной биомеханической тяги готического свода небной кости. При этом, чем больше глубина купола готического неба, тем грубее становится его толщина. Эти явления способствуют возникновению рецидивов зубочелюстных аномалий в 40% случаев после их ортодонтического лечения [6]. Поэтому решение вопросов снижения костного сопротивления срединно-сагитального небного шва и ликвидация ее

вертикальной тяги является одним из актуальной проблемы в ежедневной практике ринологов и ортодонтот.

Цель исследования

Эндоназальная остеопластика срединного небного шва путем ликвидации патологической вертикальной тяги у детей с ИПН при АРВЧ.

Материал изучения.

Под нашим наблюдением находились всего 146 детей с диагнозом ИПН при АРВЧ.

В зависимости от формы рельефа перегородки носа и разновидности аномалии верхней челюсти пациенты (n=146) были распределены на 3 основные группы [4]:

1 группа – дети с верхней ретро- и микрогнатией без сужения верхней челюсти с ИПН в сагиттальном направлении (n=44);

2 группа – дети с верхней ретро- и микрогнатией с сужением верхней челюсти и высоким стоянием костного неба с ИПН в вертикало-сагиттальном направлении (n=49);

3 группа – дети с верхней прогнатией, сужением верхней челюсти и высоким

стоянием костного неба с ИПН в вертикальном направлении (n=53 детей).

Контрольную группу составляли ретроспективно изученные истории болезни 62 пациентов с ИПН при АРВЧ получившие традиционные комплексные методы лечения.

Возраст детей основной группы составляли 5-18 лет, а контрольной группы свыше 16 лет.

Методика эндоназальных операций в зависимости от возраста.

Для хирургического лечения ИПН при АРВЧ с целью сохранения ростковых зон по краям хряща перегородки носа и в области срединно-сагиттального небного шва у детей с 5 до 12 лет проводили **септопластику с кристотомией**. Для этого проводили резекцию искривленных и утолщенных костных структур небного гребешка верхнечелюстных и небных костей носового гребня (кристотомия), краев сочленения переднего отдела сошника (вомеротомия) и перпендикулярной пластинки решетчатой кости с четырехугольным хрящом (ламинотомия), что приведено на рис. 1.



Рис. 1. Кристотомия (фронтальная схема).

Для хирургического лечения ИПН при АРВЧ у детей старше 12 лет проводилась эндоназальная септопластика с кристотомией. Начальные этапы операции были идентичны предыдущим (рис. 1). Для снижения костного сопротивления в области срединно-сагиттального шва при помощи долота типа ласточки или бора проводили сутуротомию по всей длине небного шва в виде трехгранного желоба глубиной от 2 до 4 мм и шириной до 3-4

мм (рис. 2). Эти размеры варьируются в зависимости от толщины срединно-сагиттального небного шва. Толщину до операции определяли на профильной телерентгенограмме (ТРГ) головы (рис 3).

Через неделю после эндоназальной септоостеопластической операции пациенты направлялись к ортодонтоту для дальнейшего аппаратурного лечения АРВЧ

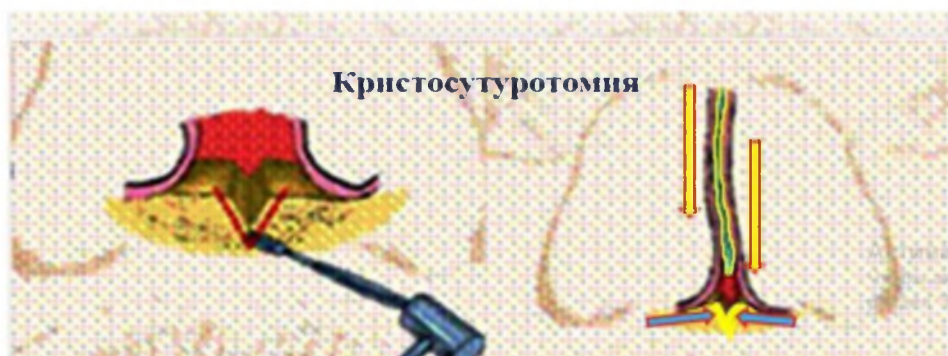


Рис. 2. Этапы кристосутуротомия.



Рис. 3. Определение толщины срединно-сагиттального небного шва на боковой (профильной) ТРГ у больной Д. 14 лет, с ИПН при АРВЧ.

Результаты и их обсуждения

Приводим пример результатов операции и ортодонтического лечения пациентки Д. 14 лет, с ИПН при АРВЧ:

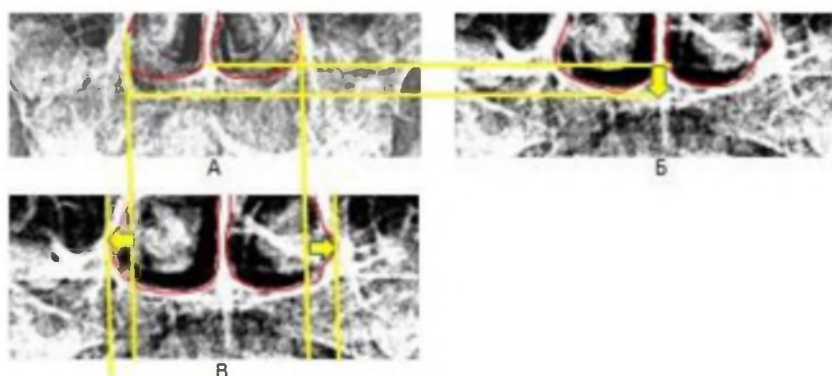


Рис. 4. Снижение уровня высоты готического неба и расширения полости носа (А-до и Б, В-после лечения).

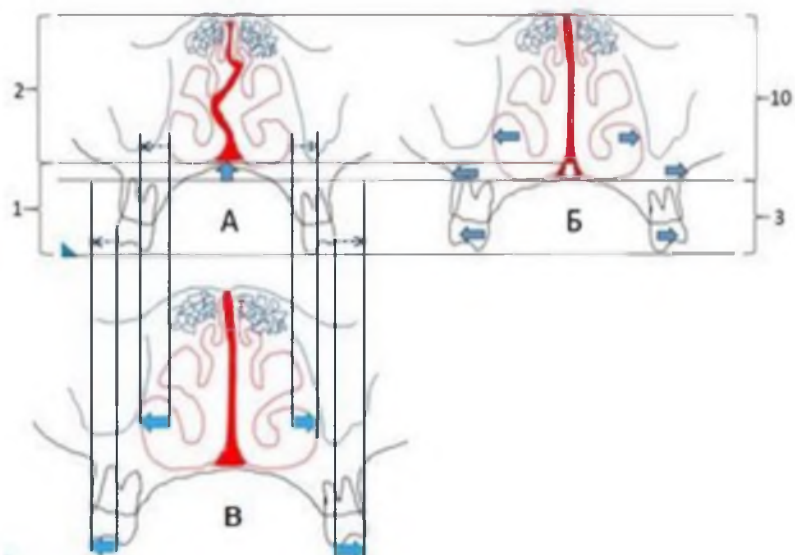


Рис. 5. Кинематика биоморфометрических изменений, происходящих в риномаксиллярном комплексе до и после применения риноортодонтических манипуляций (А – до и Б, В – после комплексного лечения).

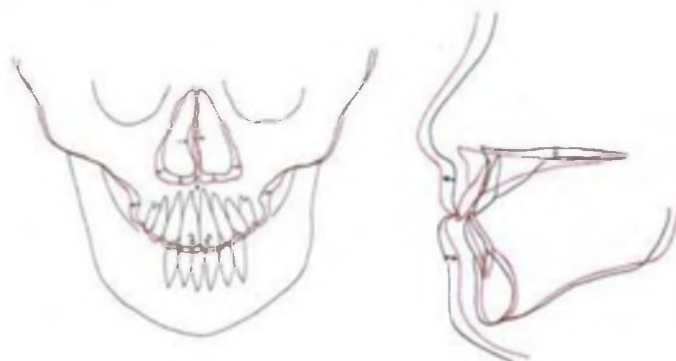


Рис. 6. Сопоставительный анализ фас (А) и профильных (Б) ТРГ до и после комплексного ринологического и ортодонтического лечения.



Рис. 7. Нарушение состояния прикуса у девочки с ИГН при АРВЧ (А) и его исправления (Б) после риноортодонтического комплексного лечения.



Рис. 8. Ухудшение эстетики лица девочки с ИПН при АРВЧ (А) и ее улучшение (Б) после комплексного риноортодонтического лечения.

Применение новых методов эндоназальной остеопластики срединного небного шва у детей основной группы позволили получить положительные результаты, которые не были зарегистрированы в контрольной группе:

- осуществить синхронное вертикальное и горизонтальное расширение носовой полости.

- восстановить полноценное носовое дыхание и ликвидировать симптом “остаточного ротового дыхания”.

- ускорить в 3-4 раза период коррективного ортодонтического лечения.

- снизить рецидивов риномаксиллярных аномалий после их комплексного риноортодонтического лечения от 40 процента до 3 процентов.

- доказать правомерность проведения септопластики, начиная с 5 и более раннего возраста ребенка против существующего мнения с 18 лет.

- значительно снизить костное сопротивление твердого неба и перегородки носа при ортодонтическом лечении АРВЧ, с ускоренным снижением купола твердого неба до нормального уровня.

- сокращать необходимость сложных и дорогостоящих остеопластических челюстно-лицевых операциях.

- восстанавливать эстетику лица и полноценную интеграция этих детей в обществе.

Заключение

Эндоназальная остеопластика срединного небного шва у детей с искривлением перегородки носа при аномалиях развития верхней челюсти способствует устранению ряд недостатков традиционных ринологических и ортодонтических мер и рекомендуется широкому применению.

Литература

1. Хорошилкина, Ф.Я. Руководство по ортодонтии / Ф.Я. Хорошилкина - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1999. - 800 с.

2. Mladina, R. The role of maxillar morphology in the development of pathological septal deformities / R. Mladina // *Rhinology*. - Sep 1987. - 3: Vol. 25. - P. 199-205.

3. Mladina, R. Clinical Implications of Nasal Septal Deformities / R. Mladina, N. Skitarelić, G. Poje, // *Balkan Med J.* - 2015. - Apr: 32(2). - P.137-146.

4. Хасанов, С.А. Закономерность между формой рельефа искривления перегородки носа и деформацией верхней челюсти / С.А. Хасанов, С.Н. Махсудов, Г.К. Бабаханов // *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. Приложение к журналу «Современные аспекты диагностики и лечения в оториноларингологии»*. - 2018. - С. 59-62.

5. Образцов, Ю.Л. Цефалометрическая характеристика лицевого скелета и основания черепа при прогеническом прикусе / Ю.Л. Образцов, И.А. Варакина // *Стоматология*. - 1993. - № 3. - С.53-56.

6. Махсудов, С.Н. Клинико-биометрические и рентгенологические показатели ринофарингогенных зубочелюстных аномалий и методы комплексного ортодонтического лечения этих аномалий. Автореф. дисс. на соиск. учен. степ. докт. мед. наук. 14.00.21 / С.Н. Махсудов, - Ташкент: Б.и., 2002. - 29 с.

7. Абдукадыров, А. Усовершенствование реконструктивных операций у взрослых больных сочетанными деформациями челюстей. Автореф. дисс. на соиск. учен. степ. докт. мед. наук. 14.00.21 / А. Абдукадыров, - Ташкент: Б.и., 2007. -25 с.

ПОЗИЦИОННОЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

А.Н. Давлетбакова

Государственное учреждение «Клиническая больница Управления делами Президента
и Правительства Кыргызской Республики» (директор- д.м.н., проф. Баитова Г.М.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: anarina61@mail.ru

Резюме: представлены отоневрологическая диагностика и лечение пациентов с доброкачественным позиционным периферическим головокружением (ДППГ), как наиболее часто встречающейся патологии вестибулярного анализатора. Комплексное клинико-функциональное обследование выявило большую частоту встречаемости заболевания у лиц пожилого возраста. Также подтверждена высокая эффективность лечения ДППГ в этой возрастной группе при помощи щадящих репозиционных маневров, таких как маневр Эпли и Брандта-Дароффа

Ключевые слова: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, репозиционные маневры, вестибулярная реабилитация.

КЫЙМЫЛАРАКЕТ УЧУРУНДАГЫ БАШ АЙЛАНУУСУНУН КУРАК АСПЕКТТЕРИ

А.Н. Давлетбакова

«Кыргыз Республикасынын Президентинин жана Окмютунун иш башкармасынын
клиникалык ооруканасы» Мамлекеттик мекемеси (директор- м.и.д., проф. Баитова Г.М.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: бейтаптарда коп кездешуучу кыймыл аракет учурундагы баш айлануусуна вестибулярдык анализатордун жабырлануусуна диагноз коюу жана дарылоо ыкмасы сунушталат. Жургузулгон комплекстик клиникалык-функционалдык текшеруудо бейтаптардын кыймыл аракет учурунда баш айлануусу кобунчо улгайган бейтаптарда кездешет. Откорулгон репозициялык ыкмалар бейтаптарды дарылоодо жогорку денгээлдеги натыйжаларды корсотту

Негизги создөр: кыймыл аракеттин учурундагы баштын айлануусу, ондо ыкмалары, вестибулярдык калыбына келтируу.

PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO, GERONTOLOGICAL ASPECTS

A.N. Davletbakova

Clinical hospital of the administrative department of Presidential and Government
of the Kyrgyz Republic (Director- d.m.s., Baitova G.M.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: here considered the up-to-date bedside otoneurological examination of the dizzy patients with benign positional peripheral vertigo (BPPV), as the most common pathology of the vestibular analyzer. A comprehensive clinical and functional examination revealed a greater incidence of the disease in the elderly. The high efficacy of BPPV treatment in this age group has also been confirmed by using gentle maneuver such as Epley and Brandt-Daroff exercises

Key words: benign paroxysmal positional dizziness, repositional maneuvers, vestibular rehabilitation.

Введение. Сложившиеся стереотипы ведения пожилых пациентов с головокружением зачастую не предусматривают репозиционные тесты, как основу диагностики доброкачественного позиционного пароксизмального периферического головокружения (ДППГ), являющегося самым частым вариантом вестибулярного расстройства. Между тем, ведущей причиной периферических вестибулопатий является ДППГ, распространенность которого, по данным ряда авторов, достигает 80% всех случаев позиционного головокружения [1]. Каждый третий человек старше 70 лет испытал приступ позиционного головокружения, как правило идиопатической, дегенеративной формы заболевания. Среди симптоматических случаев отмечается черепно-мозговая травма, чаще у молодых. Болезнь Меньера, вестибулярный нейронит, длительный постельный режим и хирургические операции, как общеполостные, так и отолгические (стапедопластика, тимпанопластика) также могут привести к развитию ДППГ [2]. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение может проявляться в любом возрасте, но гораздо чаще встречается у пожилых людей из-за постоянной деградации отолитового рецептора. Обычной причиной нарушений метаболизма кальция является дефицит витамина D, что подтверждено Yang и др. [3]. Авторами выявлено, что у пациентов с не диагностированным ДППГ чаще наблюдалась депрессия, падение в течение предыдущих 3 месяцев и снижение активности повседневной жизни [4].

Многие периферические и центральные расстройства могут вызывать позиционный нистагм, поэтому следует провести дифференциальную диагностику таких клинических проявлений по поводу ДППГ. Наиболее часто встречающиеся в старшей возрастной группе центральные нарушения, с позиционным головокружением, включают преходящую вертебробазилярную ишемию и центральное позиционное головокружение. Отсутствие очаговой неврологической симптоматики, особенности позиционного нистагма в провокационных пробах, регресс нистагма и головокружения после проведения лечебных РМ позволяет исключить центральный генез вестибулопатии [5]. У пожилых пациентов прием некоторых лекарственных средств, включая антидепрессанты, транквилизаторы,

анксиолитики, седативные средства, могут вызывать позиционное головокружение и приводить к усугублению гериатрических синдромов и развитию потенциально опасных состояний - риска падений [6]. Это диктует необходимость использования альтернативных препаратов и схем лечения, включая нефармакологические методы (уровень убедительности рекомендаций С, степень достоверности доказательств 3) [7]). По данным Американского гериатрического общества подтверждена эффективность вестибулярной реабилитации и позиционных маневров в модификации Брандта-Дароффа [8]. Применение их приводит к уменьшению головокружения у пациентов с нестабильностью старения и даже при отсутствии конкретного диагноза.

Материалы и методы. Обследовано 24 пациента- 1я группа: молодого возраста (средний возраст составил- 40 лет) – 12 пациентов; из них 6 мужчин и 6 женщин. 2я группа- пожилого возраста (средний возраст составил 65 лет) - 12 пациентов, из них 6 мужчин и 6 женщин. Все выбранные пациенты с жалобами на головокружение находились на лечении в стационаре Клинической больницы вышеуказанного учреждения. Комплексное обследование пациентов с головокружением включало осмотр отоларинголога, невролога. По показаниям пациенты консультировались также кардиологом. Всем пациентам проводилось общеклиническое, биохимическое обследование с обязательным определением липидного спектра, а также ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий. Клиническое обследование включало исследования статического и динамического равновесия. Стато-координаторные и статокINETические пробы включали выполнение пальце-пальцевой пробы, адиадохокИнез, простой и сенсИбИлизованной позы Ромберга, ходьбы по прямой с закрытыми глазами и фланговой походки. При исследовании глазодвИгательных реакций проводили определение нистагма (спонтанный, оптоКинетический), тест энергИчного встряхивания головы и проверку вестибулооКулярного рефлeкса и др.

Проведены тесты ДИкса-Холлпайка и Roll- тест всем пациентам с подозрением на ДППГ. Репозиционные маневры (РМ) Эпли (рис.1), Семонт и гимнастика Брандта-Дароффа назначены при выявленном ДППГ.

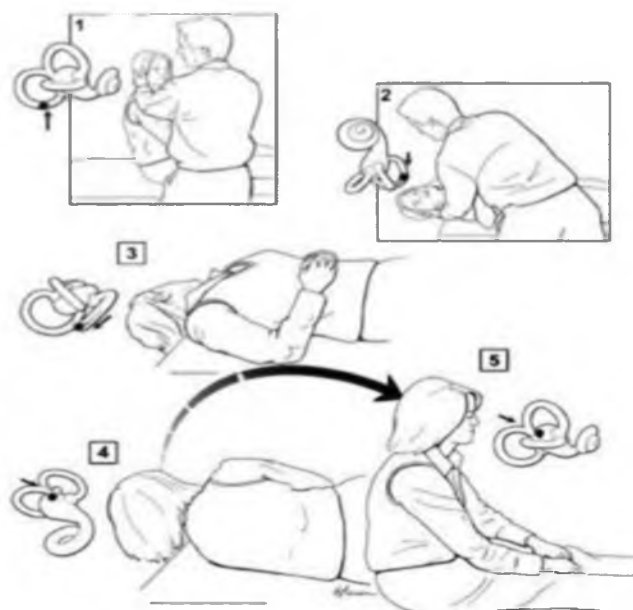


Рис. 1. Маневр Эпли: процедура репозиции каналов для правого заднего полукружного канала.

В каждой последовательной позиции голова удерживается в течение- симптомы+ 30 секунд

1. Исходное положение - пациент сидит на кушетке вдоль нее, голова повернута на 45 градусов вправо
2. Укладка быстрым движением, голова свешивается с кушетки, как при пробе Дикса-Холлпайка.
3. Поворот головы на 90 градусов в противоположную сторону
4. Поворот головы вместе с туловищем на 90 градусов, носом в пол
5. Пациент усаживается с опущенной головой к правому плечу

Клинический случай: больной Б, 60 лет, обратился к отоларингологу с жалобами на приступы головокружения, которые возникли после падения головой на диван. При малейшем повороте головы, все предметы вращались вокруг, с ощущением дереализации - смены пола и потолка, казалось, что он упадет на потолок. Приступы головокружения носят кратковременный характер, до 20-30 секунд и сопровождаются тошнотой, реже рвотными позывами, неустойчивостью. Приходилось держать неподвижно голову, чтобы избежать головокружения. Была вызвана СМП-неврологическая бригада, которая исключила инсульт, со слов пациента, рекомендовали обратиться к участковому врачу. Пациент был обследован в ЦСМ: МРТ головного мозга выявило дисциркуляторную энцефалопатию и признаки умеренного синусита. Проведено также ультразвуковое дуплексное сканирование

брахиоцефальных артерий с заключением вертебро-базиллярной недостаточности. Неврологом были назначены вазоактивные средства, однако приступы головокружения сохранялись. Жалоб на снижение слуха, шума или заложенности в ушах не отмечает. В анамнезе – без указаний на повышения АД, головных болей. При обследовании: общее состояние удовлетворительное. АД – 120/70 мм рт. ст., ЧСС – 80 уд/минуту, PS ритмичный. ЛОР-осмотр: визуально не выявлено острой и хронической патологии. Отоскопия: AD=AS-Mt тускло-серой окраски, опознавательные пункты контурируются. Прессорная проба-отрицательна. Неврологический статус: очаговых неврологических симптомов не выявлено. Функциональное обследование вестибулярного анализатора проведено с использованием специфических проб и методик (табл. 1-3).

Таблица1 - Стато-координаторные и статокINETические пробы

Пальце-пальцевая проба	выполняет
Адиадохокинез	нет
В простой позе Ромберга	устойчив
В сенсibilизированной позе Ромберга	устойчив
Ходьба по прямой с закрытыми глазами	выполняет
Фланговая походка	выполняет

Таблица 2 - Исследование глазодвигательных реакций

Спонтанный нистагм - явный	не выявлен
Спонтанный нистагм - скрытый	не выявлен
Тест энергичного встряхивания головы	отрицательный
Вестибулоокулярный рефлекс	сохранен
Зрительные саккады	не нарушены
Плавное зрительное слежение	не нарушено
Оптокинетический нистагм	не нарушен

Таблица 3 - Репозиционные маневры

Маневр укладывания на бок	вертикальный нистагм вверх при укладывании на правый бок
Проба Дикса-Холлпайка	при повороте головы вправо - положительная; при повороте головы влево - отрицательная
Roll-test (проба Pagnini-McClure)	отрицательная в обе стороны

Исходя из особенностей головокружения, отсутствия других очаговых неврологических нарушений, положительной пробы Дикса – Холлпайка и некоторого истощения нистагма, регистрируемого при повторении пробы, выставлен диагноз «Доброкачественное позиционное пароксизмальное периферическое головокружение. Каналолитиаз правого заднего полукружного канала». Пациенту проведен репозиционный маневр Эпли (рис. 1) для правого заднего полукружного канала. Результат лечения – регресс головокружений и нистагмов за 1 сеанс. Вазоактивные средства, назначенные ранее, были отменены. На повторном осмотре через неделю пациент отметил отсутствие головокружений. Контрольно-диагностическая проба Дикса–Холлпайка была отрицательной.

Результаты: среди обследованного контингента из 24-х пациентов двух возрастных групп выявлено 6 случаев заболевания ДППГ. Распространенность ДППГ распределилась следующим образом: в 1й группе (молодой возраст) выявлено 2 случая ДППГ, из них 1 мужчина с постравматическим генезом заболевания; 1 девушка с вестибулярным нейронитом с исходом в ДППГ. Во 2й группе (пожилой возраст) выявлено 4 пациента с ДППГ: 1 мужчина с сочетанной патологией - болезнь Меньера и ДППГ, сопутствующая патология гипертоническая болезнь II степени; 3 пациента с ДППГ идиопатического генеза, в т.ч. у 1 пациента сопутствующая болезнь цервикокраниалгия вертеброгенного генеза. 2 пожилых пациента также имели дисциркуляторную энцефалопатию смешанного генеза.

Выводы:

1. Большая частота заболеваемости ДППГ у лиц пожилого возраста- 2я группа (4 случая заболевания), по сравнению с 1й группой молодого возраста (2 случая заболевания).

2. Высокая эффективность РМ, в частности маневр Эпли. Предпочтительнее проводить маневр Epley у пожилых, так как он пассивен для пациента и не требует четкой скоординированности действий врача и пациента во время выполнения, в отличие от стремительного переброса при маневре Semont.

3. Выявлено, что ДППГ у пожилых людей не отличается значительно от ДППГ у более молодых пациентов в отношении диагностики и лечения.

Таким образом, своевременно диагностированное доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение и лечение репозиционными маневрами приводят к уменьшению необоснованных медикаментозных назначений. Это также является экономически целесообразным в свете снижения расходов пациентов на дорогостоящие обследования: магнитно-резонансной и компьютерной томографии.

Литература

1. Бронштейн, А. Головокружение/А. Бронштейн, Т. Лемперт; пер. с англ. под ред. В. А. Парфенова-2-е изд.-М: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 216 с.
2. Оториноларингология: национальное руководство / В.Т. Пальчун и др.; глав. ред. В.Т. Пальчун. - 2-е изд, перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 747 с.

3. Yang, C.J Bone mineral density and serum 25-hydroxyvitamin D in patients with idiopathic benign paroxysmal positional vertigo// C.J. Yang, Y. Kim, H.S. Lee // *J Vestib Res.* – 2018. – 27(5–6). – P. 287.

4. Замерград, М.В. Диагностика системного головокружения в амбулаторной практике/М.В. Замерград, В.А. Парфенов // *Неврологический журнал.* – 2013. – №14. – С. 27.

5. Пальчун, В.Т. Клиническое обследование при головокружении: методическое пособие/ В.Т.Пальчун, А.Л.Гусева. - М. - 2015. – С. 35.

6. Ткачева, О.Н. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста: методические руководства/ О.Н. Ткачева, С.В. Недогода.- М., 2018. –31 с.

7. Bhattacharyya, N. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update) // N. Bhattacharyya, S. Gubbels, S. Schwartz. // *J Otolaryngology–Head and Neck Surgery.* – 2017. – Vol. 156. – P. 28

К ВОПРОСУ О НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПРИ ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

**Э.К. Исмагулова, Б.А. Жапалаков, В.В. Железнова, Б.А. Шагатаева,
Д.Б. Шынгалиева, А.К. Амирадинова**

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

E-mail: Ismagulova_e@mail.ru

Резюме: В данной работе представлен данные профилактики операционных и послеоперационных кровотечений при эндоназальных вмешательствах путем внедрения метода лечения с использованием постоянного электрического тока. Способ лечения заключался в себя воздействие постоянным электрическим током на слизистую оболочку полипов носа при силе тока 20 мкА по 10 минут ежедневно в течение 5 дней в предоперационном периоде и за час до операции.

Ключевые слова: постоянный электрический ток малой силы, операционные и послеоперационные кровотечения

TO THE QUESTION OF NOSEBLEEDS WITH ENDONASAL INTERVENTIONS

**E.K. Ismagulova, B.A. Zhapalakov, V.V. Zheleznova, B.A. Shagataeva,
D.B. Shingalieva, A.K. Amiradinova**

M.Ospanov West Kazakhstan Medical University
Aktobe, Republic of Kazakhstan

This paper presents data on the prevention of operative and postoperative bleeding with endonasal accommodations by introducing a treatment method using direct current. The method of treatment consisted of the impact of a constant electric current on the mucous membrane of nasal polyps with a current of 20 μ A for 10 minutes daily for 5 days in the preoperative period and one hour before the operation.

Keywords: constant electric current of low strength, operative and postoperative bleeding.

Введение. Среди различных осложнений при оперативных вмешательствах на ЛОР органах особое место занимают операционные и послеоперационные кровотечения [7,8,9,]. Кровотечение является одним из самых опасных осложнений при оперативных вмешательствах на ЛОР органах [7,9]. Кроме того, носовое кровотечение, возникающее при эндоназальных вмешательствах, порой служит причиной плохой визуализации операционного поля, что негативно влияет на длительность и эффективность операции [1].

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 [3,5].

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

Экспериментальные исследования, проводимые нами ранее показали, что постоянный электрический ток малой силы позволяет ликвидировать воспаление и вместе с тем значительно улучшить микроциркуляцию, транспортную функцию мерцательного эпителия и резорбтивную функцию слизистой оболочки [2,6]. Кроме того, постоянный электрический ток малой силой повышает сосудистый тонус, оказывает положительный эффект на свертывающую систему крови, активируя коагуляционные факторы крови [3,4].

Для профилактики операционных и послеоперационных кровотечений при эндоназальных вмешательствах нами разработан способ, заключающийся в воздействии постоянным электрическим током малой силы на слизистую оболочку полипов носа. Сущность метода заключается в следующем. Стерильный электрод специальной конструкции вводили в область среднего или верхнего носового хода, в зависимости от того, откуда исходят полипы. Поверхность активной части электрода плотно прижимали к поверхности полипов. 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.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения постоянного электрического тока малой силы для профилактики операционных и послеоперационных кровотечений при эндоназальных вмешательствах с использованием постоянного электрического тока (ПЭТ) малой силы в предоперационном периоде.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов с полипозным риносинуситом (ПРС). Большинство пациентов было трудоспособного возраста – от 24 до 57 лет. Давность заболевания составила от двух 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 оболочки полости носа; 5. Биомикроскопическое исследование сосудов конъюнктивы; 6. КТ околоносовых пазух. 7. Гистологическое исследование послеоперационной полипозной ткани.

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. Лечение начинали с применения постоянного электрического тока силой 10 мкА течение 5 минут. При отсутствии отрицательной реакции со стороны слизистой оболочки силу тока увеличивают до 20 мкА, а длительность процедуры до 10 минут. Лечение проводилось при силе тока 20 мкА в течение 10 минут. 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

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 уменьшение отека слизистой оболочки полости носа. Указанное улучшение после первой процедуры у одних больных сохранялось в течение 2 часов, а у других на протяжении 3-4 часов.

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 16 пациентам потребовалось две турунды, 5 пациентам – 3 турунды, 4 пациентам – 4 турунды. В то время как для остановки носового кровотечения при выполнении оперативного вмешательства слева 8 пациентам оказалось необходимым две турунды, 10 пациентам – 3 турунды, 5 пациентам – 4 турунды, а 2 пациента – 5 турунд.

Хорошая визуализация операционного поля правой половины полости носа отмечена у 18 больных (72 %), удовлетворительная визуализация у 7 больных (28 %). При оценке визуализации операционного поля левой половины носа хороший результат отмечен у 11 больных (44 %), удовлетворительная визуализация у 14 больных (56 %).

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

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 выявлены все три гистологических типа полипов.

Так, у 14 пациентов в правой половине носа отмечен - отечный тип, у 8 - железисто-кистозный

тип, а у 3 – фибринозный тип полипов. При гистологическом исследовании в левой половине носа отечный тип обнаружен - у 17 пациентов, железисто-кистозный тип - у 7 пациентов, а фибринозный тип полипов только у одного пациента

По данным КТ имелась картина полипозного полисинусита у 10(40%)пациентов, у 15(60%)—гайморотомидита.

Обсуждение полученных данных

Проведенный сравнительный анализ кровотоковости операционной раны показал, что в правой половине носа, на которую у всех пациентов в качестве предоперационной подготовки осуществлялось воздействие ПЭТ малой силы у 16 (64%) пациентов кровопотеря была незначительной, в то время как в левой половине такая кровопотеря отмечена только у 8(32%) пациентов. Уменьшение кровотоковости операционной раны и незначительная кровопотеря в правой половине носа, на стороне воздействия способствовала лучшей визуализации операционного поля, которая оценивалась как хорошая у - 18 больных (72%), удовлетворительная визуализация у - 7 больных (28%) . В то время как, при оценке визуализации операционного поля левой половины носа результаты были ниже хорошего результат отмечен только у -11 больных (44%), удовлетворительная визуализация у - 14 больных (56%). Как результат хорошей визуализации операционного поля правой половины носа явилось сокращение времени хирургического вмешательства, который оказался ниже, чем при выполнении операции на левой половине носа. Послеоперационного кровотечения у пациентов отмечено не было.

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

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

Литература

1. Вохидов, У.Н. Эффективность применения лагодена в лечении хронического полипозного риносинусита / Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана. «Современные направления в оториноларингологии» 12-13 май. – Ташкент, 2015.- С. 69.
2. Григорьев, В.П. Экспериментальное изучение постоянного электрического тока малой силы на слизистую оболочку животных / В.П. Григорьев, В.В. Железнова, Б.А. Жапалаков / Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы нейрохирургии и неврологии», посвященной 85-летию со дня рождения д.м.н., профессора Бирючкова Ю.В. // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2014. - С. 28-30.
3. Григорьев, В.П. Способ профилактики операционных и послеоперационных кровотечений при тонзиллэктомии / В.П. Григорьев, Б.М. Иванидзе // Бюллетень изобретения. - 1992. -№30. - Авторское свидетельство 1754121.
4. Григорьев, В.П. Характеристика сосудистых изменений развивающихся под воздействием ПЭТ малой силы в эксперименте на животных (реографическое исследование) / В.П. Григорьев, В.В. Железнова // Вестник оториноларингологии. - 2006. - №5. - С. 39-40.
5. Добрынин, К.Б. Взаимосвязь риска возникновения рецидивов полипозного риносинусита с изменениями показателей гемостаза и реологии крови. / К.Б. Добрынин, Г.М. Портенко / Материалы XVIII Всероссийской научно-практической конференции. «Наука и практика в оториноларингологии». Вестник оториноларингологии. - 2009. - №5. - С. 160-161.
6. Исмагулова, Э.К. Постоянный электрический ток малой силы в оториноларингологии. / Э.К. Исмагулова, В.В. Железнова, В.П. Григорьев // Вестник КазНМУ. - 2014. - №2(3). - С.57-58.
7. Кунельская Н.Л. Оптимизация консервативного лечения интраоперационных носовых кровотечений / Г.Ю. Царапкин, М.Е. Артемьев, А.С. Лаврова // Материалы XVIII Всероссийской научно-практической конференции. «Наука и практика в оториноларингологии». Вестник оториноларингологии. - 2009. - №5. - С. 179-181.
8. Плужников, М.С. Консервативные и хирургические методы в ринологии / М.С. Плужников, Г.В. Лавренова - СПб.: Диалог, 2005. – 440 с.
9. Прогнозирование кровотечений у детей с хроническим тонзиллитом и синдромом соединительной ткани / [Е.В. Субботина и др.] //Материалы XVIII съезда оториноларингологов России.- Т 3. - 2011. - С.25-29.

**ОСНОВНЫЕ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ТИМПАНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ
ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ**

Г.К. Акылбекова

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
(ректор - д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: 5322.akilb.gu@gmail.com

Резюме: Даны результаты 43 случаев неудовлетворительных анатомических результатов после санирующей операции с тимпанопластикой на среднем ухе у больных хроническим гнойным средним отитом, прооперированных в период с 2016 по 2018 года на базе Медицинского центра КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Ключевые слова: тимпанопластика, неотимпанальная мембрана, неблагоприятные исходы.

**ОНОКОТ ОТИТ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН
ТИМПАНОПЛАСТИКАДАН КИЙИНКИ НЕГИЗГИ КАНАТТАНДАРЛЫК ЭМЕС
НАТЫЙЖАЛАРЫ**

Г.К. Акылбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: 2016 жылдан баштап 2018 жылга чейин И.К. Ахунбаев атындагы КММА Медициналык борборундагы өнөкөт ортонку кулак менен ооруган бейтаптардын операциядан кийин жакыр анатомиялык 43 бейтаптын натыйжалары.

Негизги создор: тимпанопластика, неотимпаналдык мембрана, канаттандарлык эмес натыйжалар.

**MAJOR UNSATISFACTORY RESULTS OF TYMPANOPLASTICS IN PATIENTS
WITH CHRONIC PURULENT OTITIS**

G.K. Akylbekova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector - MD, Prof. Kudaibergenova I.O.),
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The results of 43 cases of unsatisfactory anatomical results after a sanitizing operation with tympanoplasty on the middle ear in patients with chronic purulent otitis media were operated on in the period from 2016 to 2018 on the basis of the Medical Center KSMA named after I.K. Akhunbaev.

Key words: tympanoplasty, neotympanic membrane, adverse outcomes.

Введение. В настоящее время не подвергается сомнению вопрос о необходимости проведения хирургического лечения больных с хроническим гнойным средним отитом вне зависимости от характера и распространенности патологического процесса в среднем ухе [1, 2].

Состоятельность тимпаноластики зависит от многих факторов: состояния слуховой трубы, слизистой оболочки среднего уха, локализации и размера дефекта барабанной перепонки, характера содержимого в барабанной полости, вовлеченности в процесс ретротимпанальных отделов, материала для

пластики дефекта, метода хирургического вмешательства, укладки трансплантата и его фиксации, технических погрешностях во время операции и в послеоперационном периоде больных [3,4]. Неудовлетворительные результаты тимпаноластики при дефектах барабанной перепонки составляют от 10,8% до 28,6% [5]. Успехи современной слух-улучшающей хирургии при хроническом воспалении среднего уха значительно возросли, но остается проблематичным приживление неотимпанальной мембраны. В большинстве случаев результаты реконструктивно-санирующей хирургии на среднем ухе непредсказуемы и составляют от 15 до 67% неудовлетворительных исходов оперативных вмешательств, что требует дальнейшего накопления как экспериментального, так и клинического материала [6]. В раннем послеоперационном периоде уложенный трансплантат нередко смещается, утолщается или некротизируется, что приводит к нарушению процесса приживления и развитию таких анатомических неблагоприятных исходов тимпаноластики, как латерализация, затупление переднего меатотимпанального угла, реперфорация, холестеатомы и западение неотимпанальной мембраны [7].

В своей работе Albu и Babighian наиболее частыми причинами неудовлетворительных анатомических результатов тимпаноластики ставят реперфорацию. Keylie et al. на основе опыта 398 вмешательств частыми причинами неудачной тимпаноластики ставят реперфорацию, резидуальную холестеатому [8]. По результатам исследования Дайхес Н.А., Диаб Х.М. у 212 пациентов (233 уха) основной причиной неудовлетворительных результатов были реперфорация, латерализация мембраны и рецидив холестеатомы [9].

Цель: Предоставить неудовлетворительные анатомические исходы тимпаноластики у больных с хроническим гнойным средним отитом.

Материалы и методы

Исследование проводилось в ЛОР отделении на базе Медицинского центра КГМА им.И.К.Ахунбаева в период 2016 - 2018 годы. За период нашего исследования были прооперированы 375 пациентов. Под наблюдением находилось 43 пациента (43 уха), из них 26 мужчин и 17 женщин в возрасте от 13 до 55 лет, которые перенесли санирующую операцию с тимпанопластикой на среднем ухе с удалением кожи и возникновением в раннем (1

- 3 месяца) и позднем (6 – 12 месяцев) послеоперационном периоде неудовлетворительными анатомическими результатами операции. Всем пациентам проводили традиционное обследование ЛОР-органов. Отоскопию во всех случаях дополняли отомикроскопией, производили запись отоскопической картины с помощью эндовидеотехники. Аудиологическое обследование включало тональную пороговую аудиометрию в стандартном диапазоне и камертональные пробы. Для определения распространенности кариозного процесса и холестеатомы пациентам выполняли компьютерную томографию височных костей.

Операция выполнялась под общим наркозом в период ремиссии хронического гнойного среднего отита (6-12 месяцев). Больным проведена санирующая операция с тимпанопластикой по методу «underlay» (по классификации М.Тос), заключающаяся в заушном доступе, транскортикальном 24 (55,8%) и трансмеатальном 19 (44,2%) удалении холестеатомы, ревизии барабанной полости, иссечении рубцовых изменений слизистой оболочки. У 17 (39,5%) пациентов цепь слуховых косточек была подвижной и не имела разрушительных процессов. При обнаружении патологии слуховых косточек в виде несостоятельности наковально-стременного сочленения у 21 (48,9%) пациентов устанавливали неполный протез PORP на головку стремени и тонкую пластину из аутохряща под неотимпанальную мембрану, а при разрушении суперструктуры стремени у 5 (11,6%) пациентов на пластинку стремени устанавливали аутохрящ и укрепляли желатиновой губкой Gelfoam пропитанной антибиотико-гормональной смесью. В качестве пластического материала для мембраны использовали глубокую фасцию височной кости, поверх которой укладывали кожный лоскут. Все больные были выписаны из стационара на вторые и третьи сутки с последующим наблюдением.

Результаты исследования

При наблюдении за динамикой и результатом тимпаноластики у 375 пациентов, послеоперационные осложнения возникли у 43 (11,5%). При наблюдении больных за динамикой в раннем послеоперационном периоде из 43 пациентов у 13 (30,2%) выявлена латерализация неотимпанальной мембраны, в 16 (37,2%) случаев - затупление переднего меатотимпанального угла, реперфорации у 11

(25,6%), из них у 10 - в раннем периоде и 1 случай - реперфорация в позднем послеоперационном периоде (на 7 месяце). Также имело место в 3 (7%) случаях рецидив холестеатомы. Неудовлетворительные анатомические результаты операции в виде рецидива

Таблица - Виды неудовлетворительных анатомических результатов после санирующей операции с тимпанопластикой на среднем ухе

Название	Кол-во	%
Латерализация неотимпанальной мембраны	13	30,2
Затупление переднего меатотимпанального угла	16	37,2
Реперфорация мембраны	11	25,6
Рецидив холестеатомы	3	7
Итого	43	100

В процессе нашего исследования неудовлетворительных результатов тимпаноластики установлено, что при удалении кожного лоскута, нарушении его питания и недостаточной фиксации трансплантата в его "естественном" положении приводит к нарушению процессов приживления, сопровождающихся образованием реперфораций, рецидивом холестеатомы, смещению мембраны кнаружи относительно анатомического уровня барабанной перепонки.

Заключение

Основной причиной неблагоприятных результатов тимпаноластики является недостаточная фиксация трансплантата и нарушение его питания. Хирургическая тактика во многом зависит и от особенностей анатомических структур: ширине наружного слухового прохода, степени нависания передней стенки наружного слухового прохода, размера короткого отростка молоточка, которые и определяют немаловажную роль в формировании воспринимающего ложа для укладки трансплантата. Частота послеоперационных осложнений, таких как: латерализация, реперфорация, затупление, рецидив холестеатомы у пациентов с хроническим гнойным средним отитом определяет необходимость разработки новых способов фиксации неотимпанальной мембраны, что послужит повышению эффективности реконструктивных операций на среднем ухе.

холестеатомы у всех трех больных выявили в позднем послеоперационном периоде (6-12 месяцев). Виды неудовлетворительных результатов тимпаноластики изложены в таблице.

Литература

1. Мухамедов, И.Т. Особенности миринголастики при тотальных и субтотальных дефектах барабанной перепонки [Текст] / И.Т. Мухамедов, С.В. Савин // Рос.оторинолар. – 2014. - №3 (69). – С. 117-122.
2. Аникин, И.А. Ятрогенная холестеатома как причина неэффективности тимпаноластики при хроническом гнойном туботимпанальном отите [Текст] / И.А.Аникин, М.В.Комаров, С.В. Астащенко // Рос. оторинолар. – 2011. - №4. - С. 13-18.
3. Нъематов, Ж.С. Причины неэффективности тимпаноластики по закрытому типу [Текст] / Ж.С. Нъематов, И.А. Аникин, М.В. Комаров // Росс.оторинолар. – 2012. - №2 (57). – С. 111-117.
4. Якишин, А.А. Клинико-цитологическая характеристика приживляемости тимпаноластического лоскута у больных хроническим гнойным средним отитом (мезотимпанитом) [Текст] / А.А. Якишин, П.Г. Протасов // Росс.оторинолар. – 2010. - №5 (48). – С. 71-75.
5. Астащенко, С.В. Обоснование временного интервала при проведении двухэтапного хирургического лечения пациентов с хроническим отитом [Текст] / С. В. Астащенко, И. А. Аникин // Оториноларингология – 2013. - №8 (86). – С. 20-27.
6. Дубинец, И.Д. Клинико-морфологическая оценка эффективности тканево-коллаген-хитозановой трансплантации в реконструктивной отохирургии [Текст] / И.Д. Дубинец: Автореф.дисс. канд.мед.наук. 14.00.15. Челябинск. – 2008. – 22с.
7. Чернушевич, И.И. Устранение латерализации неотимпанальной мембраны [Текст] / И.И.Чернушевич // Росс.оторинолар. – 2011. - №3 (52). – С. 151–155.
8. Дайхес, Н.А. Тактика ведения и результаты хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом [Текст] / Н.А.Дайхес, Х.М. Диаб, Д.С. Кондратчиков // Альманах клинической медицины. – 2016. - №44 (7). – С. 814-820.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЖИТЕЛЕЙ ПРИАРАЛЬЯ

А.О. Газизова, О.М. Газизов

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды»
(ректор – д.м.н., профессор Досмагамбетова Р.С.)
г. Караганда, Республика Казахстан

E-mail: amina2410@mail.ru

otegen_lor@mail.ru

Резюме. Изучена заболеваемость болезнями респираторного тракта у взрослого и детского населения Приаралья по эпидемиологическим данным. Анализ по среднемноголетнему показателю распространенности заболеваемости респираторного тракта населения установил, что показатель по Кызылординской области был ниже республиканского. В районах Приаралья класс болезней органов дыхания в структуре заболеваемости был лидирующим, и в среднем за 2004-13 гг. составил 30,2%.

В динамике первичной заболеваемости у взрослого населения по среднемноголетним показателям повышение отмечалось в зоне катастрофы на 20,3%, у детей - на 16,4%. Относительный риск у взрослого населения, в сравнении с контролем, наблюдался по зонам региона с превышением в 1,5-1,8 раза, у детей - 1,4 раза по зоне кризиса.

Ключевые слова: население Приаралья, заболеваемость, респираторный тракт, болезни органов дыхания.

MORBIDITY OF THE RESPIRATORY TRACT IN CHILDREN AND ADULTS POPULATION OF THE ARAL SEA REGION

A.O. Gazizova, O.M. Gazizov

Non-Commercial Joint-Stock Company "Medical University of Karaganda"
(Rector - Doctor of Medical Sciences, Professor Dosmagambetova R.S.)
Karaganda, Republic of Kazakhstan

Summary. The incidence of respiratory tract diseases in the adult and children of the Aral Sea region was studied according to epidemiological data. Analysis of the average annual prevalence rate of the respiratory tract of the population found that the indicator for the Kyzylorda region was lower than the republican one. In the Aral Sea area, the class of respiratory diseases in the structure of morbidity was leading, and on average for 2004-13y was 30.2%.

In the dynamics of primary morbidity in the adult population, according to average long-term indicators, an increase was observed in the disaster zone by 20.3%, in children - by 16.4%. Relative risk in the adult population, in comparison with the control, is observed in zones with an excess of 1.5-1.8 times, in children - 1.4 times in the crisis zone.

Key words: population of the Aral Sea region, incidence, respiratory tract, respiratory diseases.

Введение

В настоящее время одной из острых проблем Казахстана является состояние окружающей среды и здоровье населения Приаралья [1,2,3,4].

Однако систематических исследований состояния здоровья всех групп населения в этих регионах не проводилось. Большинство исследований в зоне низовьев р.Сырдарьи и Приаралья посвящены проблемам катастрофи-

ческих изменений природной среды в связи с обмелением Арала. Исследования состояния здоровья населения регионов носят разрозненный характер, посвящены заболеваниям населения отдельных органов и систем, которые, как правило, связываются с отдельными неблагоприятными факторами среды обитания населения отдельных населенных мест [5,6,7].

Загрязнение окружающей среды при воздействии различных химических и физических факторов приводит к развитию экологически зависимых патологий, которые проявляются в виде клинических, патофизиологических, иммунологических и биохимических изменений, а они в свою очередь, негативно влияют на здоровье [8,9,10].

Ретроспективная оценка динамики заболеваемости органов дыхания в регионе Приаралья выявила тенденцию роста случаев аллергического ринита, риносинусита, бронхиальной астмы, а также хронических заболеваний верхних дыхательных путей.

Следовательно, возникла необходимость комплексного изучения изменений со стороны органов верхнего дыхательного тракта на основе современных методологических подходов для получения доказательных механизмов возникновения заболеваний респираторного тракта.

Цель исследования - Комплексное изучение состояния респираторного тракта у населения под воздействием факторов окружающей среды в зонах Приаралья с разработкой путей профилактики.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ эпидемиологических интенсивных показателей за 1990-2015 гг., интегральных - за 2009-2014 гг. Были рассчитаны интенсивные (в просантимилле) данные заболеваемости по X классу МКБ "Болезни органов дыхания" по причине болезней органов дыхания по регионам Казахстана (14 областей РК, 9 районов Приаралья). Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 10. Количественные переменные проверяли на нормальность распределения с помощью критерия Шапиро-Уилка. Значимость различия между средними значениями выявляли при помощи методов параметрической статистики. Дескриптивная статистика представлена в виде относительных коэффициентов.

Результаты и обсуждение

Анализ по среднемноголетнему показателю распространенности заболеваемости органов дыхания населения областей Республики Казахстан показал, что Кызылординская область находится на 10 месте, и в сравнении с республиканским показателем уровень заболеваемости был ниже (таблица).

Таблица - Заболеваемость всего населения по классу болезней органов дыхания на 100 тысяч населения за 1990-2015 гг.

	Первичная	Распространенность
Республика Казахстан	22255,1	26952,3
Акмолинская	19107,7	22833
Актюбинская	19842,8	24181,5
Алматинская	25360,3	30642
Атырауская	12591,6	16990,1
Восточно-Казахстанская	29745,2	34726,7
Жамбылская	19367,8	22743,6
Западно-Казахстанская	19241,4	22469,6
Карагандинская	24773,1	30113,5
Кзылординская	18367,8	22053,2
Костанайская	18469,1	21334,9
Мангистауская	20588,5	24251,6
Павлодарская	27803,5	32088,4
Северо-Казахстанская	18545	21644,7
Южно-Казахстанская	13544,9	18876,7

Впервые выявленная заболеваемость всего населения по анализируемому классу в Кызылординской области составила в среднем 83,3% от распространенности и находилась на 12 месте, также имея уровень ниже среднереспубликанского.

Кроме 5 районов Кызылординской области (Аральский, Казалинский, Жалагаш-

ский, Кармакшинский, Шиелійский) в регион Приаралья входят 4 района из Актюбинской (Шалкарский, Иргизский), Южно-Казахстанской области (Арысский) и Карагандинской (Улытауский) областей.

Районы Приаралья распределены по зонам экологической напряженности катастрофы (Аральский, Казалинский,

Шалкарский), кризиса (Жалагашский, Кармакшинский, Шиелыйский) и предкризиса (Иргизский, Арысский, Улытауский). В анализируемых районах класс болезней органов дыхания в структуре заболеваемости был лидирующим, и в среднем за 2004-13 гг. составил 30,2%. При сравнении среднемноголетних уровней заболеваемости по вышеперечисленным районам Приаралья с контрольным районом (Жанааркинский) Карагандинской области показатели были выше в Казалинском, Шалкарском и Арысском районах. В половоз-растном аспекте долевой вклад первичной заболеваемости в её распространенность по классу болезней органов дыхания у взрослых по зонам катастрофы, кризиса и предкризиса составил 53,4%, 66,5% и 46,3% соответственно, у подростков - 70,6%, 79,0% и 68,0%, у детей 69,9%, 95,6% и 83,7%. В динамике повышение первичной заболеваемости у взрослого населения по средне-многолетним показателям за 1991-2003 гг. и 2004-2013 гг. отмечалось только в зоне катастрофы на 20,3%. Относительный риск, в сравнении с контролем, наблюдался по зонам региона с превышением в 1,5-1,8 раза. У детей рост первичной заболеваемости органов дыхания наблюдался и в зоне катастрофы на 16,4% и в зоне кризиса на 6,6%. Относительный риск выявлен в сравнении с контролем в 1,4 раза по зоне кризиса. Некоторые авторы связывают с адаптационными перестройками от состояния повышенной неспецифической сопротивляемости до его ослабления или условно неудовлетворительной адаптации с периодом в 12-15 лет [11,12].

Если для сравнения выбрать уровень показателя первичной заболеваемости органов дыхания взрослого населения, проживающего вблизи топливно-энергетического комплекса Лебяжинского района Павлодарской области, зоны влияния выбросов загрязняющих веществ 1-4 класса опасности Экибастузской ГРЭС-1, который в 2010 г. составил 5495,4 на 100тыс. населения [13]; то при сравнении указанного показателя с аналогичными в районах Приаралья (диапазон 1838,7-13783,1) выявлено, что по 8 районам данные выше, в среднем на 30%.

При сравнении интенсивных данных, полученных при медицинском обследовании органов дыхания у населения 9 населенных пунктов из рассматриваемых районов Приаралья (г. Аральск, п. Айтеке би, с. Иргиз,

с. Жалагаш, с. Жосалы, с. Шиели, г. Шалкар, г. Арысь, с. Улытау), эпидемиологические показатели распространенности заболеваемости по органам дыхания у взрослого населения Приаралья были выше, чем выявленные на медосмотре, с более широким размахом в диапазоне от 1847,2 до 20297,6 %, что объяснимо отсутствием при медицинском обследовании больных с острыми респираторными заболеваниями, что составляют большую долю в структуре болезней органов дыхания.

По отдельным нозологическим единицам, в частности бронхиальной астме, Кызылординская область находилась на 10 месте, не имея достоверных различий со среднереспубликанским показателем, но с уровнем ниже, чем по лидирующим областям (Акмолинской и Мангистауской).

А вот по аллергическим ринитам Кызылординская область лидировала, превышая среднереспубликанский уровень в 1,6 раза. По респираторным заболеваниям Кызылординская область находилась на 8 месте, не имея значимых различий с республиканскими данными, достоверно выше среднереспубликанского уровня была лишь лидирующая Восточно-Казахстанская область.

Долевой вклад отдельных нозологий в класс болезней органов дыхания среди взрослого населения зоны катастрофы по пневмониям был равен 3,4%, вазомоторным ринитам – 2,6%, хроническим фарингитам и синуситам - 2,7%, хроническим болезням миндалин – 2,4%, хроническим бронхитам – 7,3%, бронхиальной астме – 0,7%.

Выводы:

1. Анализ по среднемноголетнему показателю распространенности заболеваемости респираторного тракта населения показал, что данные по Кызылординской области были ниже республиканского показателя.

2. В районах Приаралья по зонам экологической напряженности катастрофы, кризиса и предкризиса класс болезней органов дыхания в структуре заболеваемости был лидирующим, и в среднем за 2004-13 гг. составил 30,2%.

3. В динамике повышение первичной заболеваемости у взрослого населения по среднемноголетним показателям отмечалось в зоне катастрофы на 20,3%, у детей - на 16,4%.

4. Относительный риск у взрослого населения, в сравнении с контролем, наблюдался по зонам региона с превышением в 1,5-1,8

раза, тогда как у детей - 1,4 раза только по зоне кризиса.

Литература

1. Альназарова, А.Ш. Медико-экологические аспекты здоровья населения в регионе экологического неблагополучия: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. - Алматы, 2010. - 50 с.
2. Досмагамбетова, Р.С. Экологические риски и здоровье населения // Медицина и экология. - 2014. - №3. - С. 5-9.
3. Орынбасаров, С.О. Структура перинатальной летальности и патоморфологическая характеристика заболеваний легких у новорожденных в регионе Приаралья / С.О. Орынбасаров, А.П. Надеев // Медицина и образование в Сибири. - 2014. - №6 - С. 12-14.
4. Оценка загрязнения воздуха поселка Айтеке-би Аральского региона Казахстана / [Г.Р. Хантурина, Г.Ж. Сейткасымова, М.В. Русяев и др.] // Современные наукоемкие технологии. - №1. - 2015. - С. 103-104.
5. Исаков, А.Ж. Оценка риска для здоровья населения факторов окружающей среды / А.Ж. Исаков, В.М. Боев, Б.В. Засорин // Гигиена и санитария. - 2009. - №1. - С. 4-5.
8. Дюсембаева, Н.К. Заболеваемость детского населения, проживающего в Приаралье // Материалы Международного электронного Симпозиума «Актуальные вопросы и перспективы развития современных гуманитарных и общественных наук». - Махачкала, 2015. - С. 32-36.
7. Козинец, Г.И. Экология – здоровье – качество жизни нации / Г.И. Козинец, В.В. Высоцкий // Терапевтический архив. - 2007. - №1. - С. 74-77.
9. Жанбасинова, Н.М. Гигиеническая оценка пылевого фактора в формировании политропного эффекта организма в условиях промышленного города: Автореф. ... канд. биол. наук. - Алматы, 2006. - 29 с.
10. Sicknes between Children under 5 years old in the Kyzylorda region according to medical examination of 2011 / [V.L. Reznik, K.S. Absatarova, Sh.N. Khussainova et al.] // Journal of Central Asian Health Service Research. - №2. - 2012. - P. 1-5.
11. Micklin, P. The Aral Sea Disaster. - Western Michigan University. - 2006. - 28 p.
12. Прусаков, В.М. Динамика адаптационных процессов и риска заболеваемости населения на территории промышленных городов / В.М. Прусаков, А.В. Прусакова // Гигиена и санитария. - 2014. - № 5. - С. 79-87.
- Preventing disease through healthy environments. - Towards an estimate of the environmental burden of disease, World Health Organization. -2006. - 106 p.
13. Особенности динамики состояния здоровья населения, проживающего вблизи топливно-энергетического комплекса Республики Казахстан / [Е.Н. Сраубаев, Д.Б. Кулов, С.С. Айтмагамбетова и др.] // Гигиена и санитария. - 2014. - №6. - С.32-36.

ВАРИАНТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНО-ПОЛИПОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Т.М. Закиров

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье автором приводятся данные по поводу используемого метода риносинусохирургии - эндоскопической малоинвазивной микрогайморотомии, а также результаты хирургического лечения.

Ключевые слова: риносинусохирургия, микрогайморотомия, шейвер, киста верхнечелюстной пазухи.

МУРУН-КӨНДӨЙҮН КИСТА-ПОЛИПОЗДУК ООРУСУН ОПЕРАТИВДИК ДАРЫЛООДО ЗАМАНБАП ЫКМАЛАРЫ

Т.М. Закиров

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(Ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада автордун колдонгон эндоскопиялык аз инвазивдүү мурун, көңдөй хирургиялык микрогайморотомия ыкмасынын жыйынтыгы берилип турат жана хирургиялык дарылоо менен контролдук группанын ортосундагы жыйынтыгы салыштырылган.

Негизги создор: мурун-көңдөй хирургиясы, микрогайморотомия ыкмасы, шейвер, мурун-көңдөйүнүн киста.

CURRENT APPROACHES TO THE SURGICAL TREATMENT OF CYSTIC POLYPOUS FORMATION OF THE PARANASAL SINUSES

T.M. Zakirov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(Rector – Doctor of Medical Science, Professor Kudaibergenova I.O.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In the article, the author presents data on the method of rhinosinusosurgery used - endoscopic minimally invasive microhaymorotomy, as well as the results of surgical treatment.

Key words: rhinosinusosurgery, microhaymorotomy, shaver, maxillary sinus cyst.

Введение.

Кисты околоносовых пазух – одно из часто встречающихся заболеваний в клинической практике. Преобладают по локализации кисты именно в верхнечелюстной пазухе. Значительно реже они развиваются в лобных, основной и решетчатых пазухах [1, 2].

По данным И.С. Гурьева (2003) они составляют 3,9% в структуре общей ЛОР патологии [1].

Кисты околоносовых пазух нередко сочетаются с вирусными и вирусно-бактериальными заболеваниями дыхательных путей.

Основные причины образования кисты гайморовой пазухи: перенесенный гайморит, последствия заболеваний зубов и их лечения, хронический ринит, врожденные особенности строения гайморовых пазух.

Клинические и морфологические особенности кист околоносовых пазух представлены в монографии М.И. Калымовой (1972). Предложенная классификация кист околоносовых пазух, которую используют и в настоящее время представлена ниже [1, 2]:

а) истинные или ретенционные кисты;

б) ложные или кистоподобные образования;

в) зубные кисты;

г) кисты, связанные с пороками развития.

Истинные кисты образуются из желез слизистой оболочки пазух, выводные протоки которых обтурируются, просвет железы заполняется густым содержимым, растягивается и превращается в кисту.

Ложные кисты от ретенционных кист отличаются отсутствием внутренней эпителиальной выстилки.

Зубные кисты делятся на радикулярные или околокорневые и фолликулярные. Они могут быть серозными, гнойными и холестеатомными [1, 3].

Ретенционные и ложные кисты могут образовываться в лобном отделе верхнечелюстной пазухи, а одонтогенные всегда локализируются на ее дне в альвеолярной бухте, достигают больших размеров, заполняя всю пазуху и могут вызвать разрушение ее костных стенок [4].

Современная медицина развивается в тесной связи с другими науками, что позволяет внедрять и эффективно применять различные новые технологии для диагностики и лечения кисты околоносовых пазух.

Благодаря внедрению эндоскопического оборудования отмечается постепенный переход от обширных травматичных хирургических вмешательств к физиологичным и щадящим методам.

Основными преимуществами при применении эндоскопических методов являются: малая травматичность, снижение частоты осложнений, уменьшение сроков нетрудоспособности.

Однако до настоящего времени выбор хирургической операции на верхнечелюстной пазухе при одной и той же патологии различен от классической гайморотомии по Колдуэлл-Люку с ее модификациями до различных методов микрогайморотомии.

В конце 20-го века предложено несколько вариантов щадящей гайморотомии, получившей название микрогайморотомия [5].

В данное время широко используется троакар конструкции Козлова В.С. Рабочий конец предложенного троакара выполнен в виде трехгранной остроконечной пирамиды и воронки, вводимой в пазуху после ее трепанации [2, 6].

Материалы и методы

В ЛОР отделении Медицинского центра Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева за период с 2015 по 2018 годы оперативные вмешательства по поводу патологии верхнечелюстной пазухи были произведены 38 больным. Из них женщин было 28, мужчин – 10. Возраст пациентов варьировал от 16 до 60 лет.

Среди оперированных диагностированы следующие заболевания:

- Кисты верхнечелюстных пазух – 24 пациента;

- Полипы верхнечелюстных пазух - 11;

- Инородные тела - 3.

Методика хирургического вмешательства заключается в следующем:

под общим интубационным наркозом, оттягивали вверх губу крючком Фарабефа, троакар с насаженной на него воронкой устанавливали на лицевой стенке между 3 и 4 зубом, отступая от центра клыковой ямки на 0,5-1,0 см вниз и латерально, чтобы избежать прокола стенки, проникали в полость носа и вращательными движениями троакара прокалывали стенки, постепенно по канюле, как по проводнику, в пазуху ввинчивая ушную воронку, после чего канюлю извлекали. Через воронку вводили эндоскоп 0°, определяли расположение кисты, соустья пазухи и состояние слизистой оболочки, после чего с помощью шейверного механизма удаляли кисты и полипозные образования из пазухи. Инородное тело убирали с помощью щипцов.

У всех больных с кистами верхнечелюстных пазух соустья были открытыми.

Пазуху промывали раствором фурацилина 1:5000 и вакуумным отсосом аспирировали промывные воды. После контрольного осмотра просвета пазухи накладывали кетгутовые швы на края слизистой оболочки. На оперированную щеку прикладывали холод на 1,5-2 часа.

После проведенного лечения пациенты находились под наблюдением в стационаре в среднем 1-2 суток, после чего с рекомендациями выписывались домой, контрольный осмотр назначался на 7-е, 10-е сутки лечения. Для оценки эффективности метода использовались данные осмотра (риноскопия, отофарингоскопия и эндоскопия), оценки общего состояния, жалобы, динамика температуры тела.

Результаты и их обсуждение

Стабильное улучшение общего состояния, восстановление носового дыхания и исчезновение болезненности в основной группе наблюдались уже в первые сутки после операции у 34 больных, у 4-х человек полная нормализация наступила на 3-4-е сутки.

При осмотре больных на 6-12-е сутки после оперативного вмешательства стойкий эффект выражался в отсутствии жалоб на отечность щек и лица, сухость в носу и чувство жжения в области укола троакара, удовлетворительном состоянии, подтверждался риноскопическими, эндоскопическими данными и наблюдался у всех пациентов.

Таким образом, метод эндоскопической риносинусхирургии с использованием шейвера под эндоскопическим контролем при удалении кист из верхнечелюстной пазухи обеспечивает полноценную визуализацию ее стенок, позволяет сохранить функционально полноценную слизистую оболочку латеральной стенки полости носа с присущими ей свойствами. Метод является достаточно эффективным для коррекции патологических изменений анатомических структур носа и околоносовых пазух. Кроме того, использование шейвера облегчает работу ринохирурга, сокращает время хирургического вмешательства и улучшает результаты оперативного лечения, снижает количество послеоперационных осложнений, сроки пребывания больного в стационаре сокращаются.

Литература

1. Гурьев, И.С. Особенности патологии морфогенеза кист околоносовых пазух / И.С. Гурьев, А.А. Должников // *Российская ринология*. - 2002. - №2. - С.53-54.
2. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология: 2-ое издание / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. - Москва, 2006. - С. 418-422.
3. Гюсан, А.О. Вариант щадящей микрогайморотомии / А.О. Гюсан, А.Х. Ломкова // *Международный журнал прикладных и функциональных исследований*. - 2011. - №6 - С. 59-60.
4. Руководство по оториноларингологии / [А.Г. Лихачев и др.]. - Т.4. Заболевания верхних дыхательных путей. - М.: Медгиз, 1963. — 511 с.
5. Волков, А.Г. Щадящие принципы в диагностике и лечении заболеваний околоносовых пазух (изобретательская и научная работа) / А.Г. Волков // В сб.: Тезисы докладов I Межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов. ЮФО. -Ростов-на-Дону, 2004. - С. 6-9.
6. Лопатин, А.С. Функциональная эндоскопическая ринохирургия с использованием микродбридера / А.С. Лопатин, Г.З. Пискунов // *Российская ринология*. - 1996. - №2-3. - С. 90-91.

МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗЕМОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ И НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Э.С. Кулиева

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: eskulieva1@mail.ru

Резюме. В статье описан метод комплексного лечения экземы ушной раковины и наружного слухового прохода, который дает возможность достижения значительного улучшения клинического состояния пациентов и стойкую ремиссию заболевания.

Ключевые слова: экзема, наружный отит, лечение.

БЕЙТАПТАРДЫН КУЛАК КАЛКАНЫН ЖАНА СЫРТКЫ КУЛАК ОТМОГУНУН ЭКЗЕМА ООРУСУНУН КОМПЛЕКСТУУ ДАРЫЛОО БКМАСЫ

Э.С. Кулиева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(Ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Көрүтүндү. Автор бул жазмада кулак калканын жана сырткы кулак отмогунун экзема оорусунун комплкстуу дарылоодочу клиникалык байкоосун жана туруктуу абалын корсоткон.

Негизги сөздөр: экзема, сырткы кулак, дарылоо.

THE WAY OF INTEGRATED TREATMENT FOR AURICAL AND EXTERNAL AUDITORY MEATUS ECZEMA

E.S. Kulieva

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(Rector – Doctor of Medical Science, Professor Kudaibergenova I.O.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The article describes integrated treatment for aurical and external auditory meatus eczema that enables to achieve visible improvement in medical condition of the patients and sustained remission .

Keywords: eczema, external otitis, treatment.

Введение

В настоящее время отмечается рост частоты и распространенности аллергических заболеваний кожи, от которых в ряде стран страдает значительное количество людей [1]. В структуре кожных заболеваний алергодерматозы имеют широкую распространенность.

Аллергодерматозы – это группа заболеваний кожи, ведущее значение в развитии которых придается аллергической реакции немедленного или замедленного типа [2]. В эту группу включают аллергические дерматиты, экзему, атопический дерматит, крапивницу.

В практике ЛОР врача пациенты с экземой наружного слухового прохода и ушной раковины встречаются не редко. И порой специалисты сталкиваются при лечении данной нозологии с торпидным течением заболевания и частыми рецидивами. В статье изложена схема ведения больных с экземой наружного слухового прохода и ушной раковины, которая помимо лечения симптомов, учитывает аспект патогенеза заболевания.

Материалы и методы

В ЛОР отделении МЦ КГМА с экземой ушной раковины и наружного слухового прохода под нашим наблюдением было 52

пациента. Из них мужчин – 24, женщин – 28, дети – 8, взрослых – 44. Возраст пациентов от 10 до 75 лет. Давность заболеваний от 1 и более 20 лет.

Результаты и их обсуждение

Частое хроническое рецидивирующее заболевание кожи аллергического генеза называют экземой. Под влиянием отрицательных эмоций, воздействия различных внешних факторов (физических, химических,

бактериальных и др.) на нервные рецепторы кожи возникает первичный ирритативный экзематозный очаг. В дальнейшем нарушение нервной трофики ведет уже к распространению этого процесса и нередко к рецидивам. Эти вторичные повторные очаги могут возникать на ушной раковине, в наружном слуховом проходе как следствие значительных нервных перестроек (рис. 1).



Рис.1. Экзема ушной раковины и наружного слухового прохода.

Различают острую и хроническую экзему. Различие между этими двумя формами заключается в глубине поражения кожи: при острой экземе воспаление ограничивается поверхностными слоями кожи, при хронической форме поражаются все ее слои. Поэтому при хронической экземе ушная раковина особенно сильно утолщается и деформируется.

Симптомы острой экземы проявляются в интенсивном покраснении кожи ушной раковины и ее набухании, отмечается зуд, ощущение жжения, бессонница, иногда повышение температуры. Вскоре появляются пузырьки, наполненные серозной жидкостью, которые иногда нагнаиваются. По вскрытии пузырьков покров обнажается и мокнет, на 2-3-й день появляются грязно-желтого цвета корки. После удаления корок на обнаженной поверхности остаются эрозии, которые образовались вследствие нагноения под корками. Слуховой проход при этом суживается, после отпадения корок иногда начинается шелушение, что характерно для хронической экземы.

При устранении патогенетических факторов, все пациенты получали комплексное лечение, с учетом ограничения по возрасту дети с 6 летнего возраста, женщины до 50 лет и мужчины до 60 лет. При терапии экземы ушной

раковины и наружного слухового прохода учитывалась ликвидация нервных, нейроэндокринных нарушений, санация очагов хронической инфекции (гнойные отиты, микозы), гипоаллергенная диета.

С целью устранения невротических расстройств применяли седативные средства: экстракт валерианы, настойка пустырника курсом 2-4 недели. Широко применяли антигистаминные препараты 3-4 поколения курсом 7-10 дней.

Длительность лечения может зависеть от причины развития изменений пищеварительного тракта, при этом были рекомендованы ферментные препараты, также нами учитывалось наличие дисбактериоза кишечника, для восстановления эубиоза средства нормализующие флору.

В нашем центре активно применяли физиотерапевтические методы курсом 5-10 дней: электрофорез (сила тока от 0,1 мА до 5мА, экспозиция от 5 до 15 минут) и ультрафонофорез в непрерывном режиме, по лабильной методике (интенсивность ультразвука 0,2-0,7 Вт/см² в кв., время процедуры 5 минут) с применением лекарственных средств, КУФ (время процедуры от 15 секунд до 2 минут), лазеротерапия с применением аппарата МИЛТА (частота импульсов 50 Гц, мощность излучения 70 мВт,

время процедуры 5 минут) (рис. 2). Метод лечения, основанный на введении лекарственных препаратов через кожу с помощью постоянного электрического тока называется электрофорез, в то время как ультрафонофорез основан на совместном воздействии ультразвука в сочетании с препаратами медицинского назначения. Коротковолновое ультрафиолетовое излучение

обладает ярко выраженным бактерицидным и микоцидным действием, а также положительно воздействует на организм в целом, оказывая стимулирующее влияние на иммунный статус человека. Влияние лазерного света малой мощности на ушную раковину и наружный слуховой проход при экземе оказывает противовоспалительное действие и стимуляцию регенеративных процессов кожного покрова.

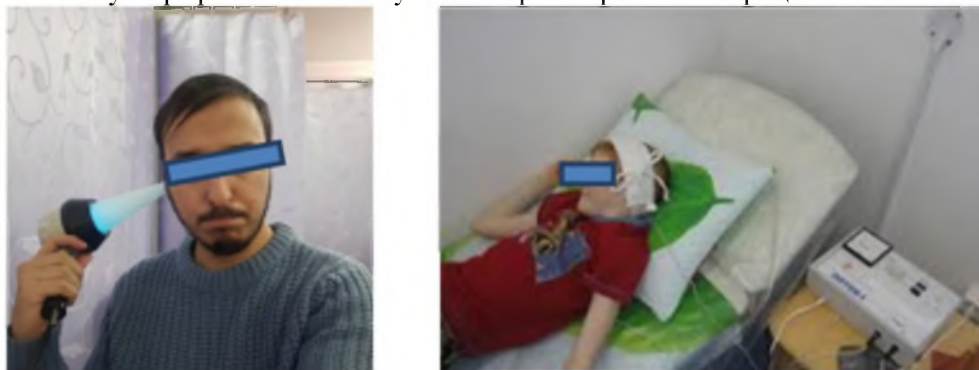


Рис.2. Физиотерапия при экземе ушной раковины и наружного слухового прохода (КУФ, электрофорез).

Местное лечение при острой мокнущей форме включает в себя применение примочек с 2% борной кислотой, после прекращения мокнутия масляные и водно-спиртовые болтушки, затем пасты (1-10% ихтиола, 2-5% серы, 2-5% дегтя) и кремы с кортикостероидными гормонами курсом 7-14 дней. При микробной экземе назначали анилиновые красители, кортикостероидные кремы, в состав которых входят антибактериальные средства.

На фоне проводимого лечения пациенты отметили значительное улучшение и стойкую ремиссию заболевания. Пациентам были даны рекомендации для профилактики обострения экземы ушной раковины и наружного слухового прохода. Важное значение имеют соблюдение правил личной гигиены, соблюдение строгой диеты, исключение механического и химического воздействия на кожный покров данной области, рациональное лечение очагов хронической инфекции, а также заболеваний пищеварительного тракта, нервной и эндокринной систем. В профилактике экземы у детей имеет место дегельминтизация, санация очагов хронических очагов инфекции.

Заключение

Экзема ушной раковины и наружного слухового прохода заболевание хроническое, с частыми обострениями. Данное состояние порой значительно снижает качество жизни самих пациентов. В нашем центре на примере 52 больных с данной нозологией мы провели

комплексное лечение, учитывая патогенез и этиологию заболевания. На фоне проводимой терапии, нами и пациентами отмечено значительное улучшение состояния, сокращение длительности течения экземы, которая протекала уже в более легкой форме, а также снижение частоты рецидива.

Таким образом, комплексный подход в лечении экземы ушной раковины и наружного слухового прохода основывается на современном представлении об этиологии и патогенезе, что очень важно учитывать при лечении экземы ЛОР-органов. Очень часто специалисты проводят исключительно симптоматическое лечение. Функциональные нарушения нервно-психической сферы, расстройства эндокринной системы и обмена веществ являются важнейшими факторами развития сенсibilизации по отношению к различным факторам, провоцирующих данную форму отита. Все выше перечисленное нужно брать в учет при лечении заболевания и ведении пациентов с торпидным течением и частыми обострениями.

Литература

1. Белоусова, Т.А. Аллергодерматозы - болезни современной цивилизации / Т.А. Белоусова // РМЖ. - 2013. - №27. - С.1538-1542.
2. Белоусова, Т.А. Современные подходы к наружной терапии аллергодерматозов / Т.А. Белоусова // Materia Medica. - 2002. - №3-4. - С.60-73.

**СЛУЧАЙ ОТКРЫТОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ
С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ**

А.З. Тургумбеков¹, Н.А. Арстамбеков², А.Р. Эрмеков²

¹Кыргызская Государственная Медицинская Академия им И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н. проф., Кудабергенова И.О.)

²Национальный Госпиталь Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
(глав. врач - Сагинбаева Д.З.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: azmeyzarif62@mail.ru

e.azik.87@mail.ru

Резюме. В данной работе изложена история болезни мужчины пострадавшего в автоаварии с тяжелой сочетанной травмой головы и шеи, больному была произведена операция удаление металлического арматурного штыря из челюстно-лицевой области слева. Благоприятному исходу данного случая способствовала слаженная работа службы МЧС и бригады скорой медицинской помощи, своевременная неотложная помощь на догоспитальном этапе и быстрая транспортировка больного для оказания специализированной хирургической помощи.

Ключевые слова: сочетанные травмы челюстно - лицевой области, перелом костей лицевой области.

**АМАН – ЭСЕН ЖЫЙНТЫКТАЛГАН БАШТЫН ЖАНА МОЮНДУН АЧЫК,
КУРАМА ЖАРАКАТ КЫРСЫГЫ**

А.З. Тургумбеков¹, Н.А. Арстамбеков², А.Р. Эрмеков²

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректору – м. и. д., профессор Кудайбергенова И.О.)

²Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук ооруканасы
(Башкы врач Сагинбаева Д.З.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул изилдөөдө эркек бейтаптын баш жана моюндун курама жаракатынын оору тарыхы көрсөтүлгөн. Баштын жаак – бет бөлүмүнөн темир шишти алып чыгаруу боюнча бейтап операция көтөрдү. Бул окуянын аягы жакшы жыйынтыкталышына өз убагында ооруканага чейинки көрсөтүлгөн жардам жана туура бейтапты оордунан унаа менен алып келиши, ар башка хирургдардын тобу менен чебердик жардамы көрсөтүлгөнү үчүн мүнкүн болду.

Негизги создор: жаак – беттин курама жаракаттары, бет сөөктөрдүн жаракаттары.

**CASE OF OPEN COMBINED HEAD AND NECK INJURIES WITH A FAVORABLE
OUTCOME**

A.Z. Turgumbekov¹, N.A. Arstanbekov², A.R. Ermekov

¹ Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(Rector - Doctor of Medical Sciences, prof., Kudaibergenova I.O.)

²National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
(Chief Doctor Saginbayeva D.Z.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: In this work was a don report about of history cases of the man with combination multiple traumas of the head and neck, the patient had been a operations for the extraction the foreign body from the face part of the head, and restoring of the face part of head. The favorable outcome of this case was facilitated by timely hospital care and correct transportation of the patient, specialized emergency care from a team of surgeons of different specializations.

Key words: combined injuries of the maxillofacial region, bone fracture of the facial area.

Актуальность. Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и связанный с ним травматизм является актуальной проблемой современного мира. В Кыргызстане за последние 10 лет количество аварий возросло в 1,5 раза. Травматизм на дорогах повысился почти в два раза. Повреждения челюстно-лицевой области по данным различных источников встречаются от 6 до 8% в общей структуре травм [1,2,3,4]. Сочетание черепно-мозговых и челюстно-лицевых травм встречались в пределах от 66,7% до 70,2% от всех пострадавших больных с травмой челюстно-лицевой локализации, причем травмы носа и околоносовых пазух в структуре травм челюстно-лицевой области составили 25% [1, 5].

С.М. Карпов и соавт., (2015), отмечают, что тяжелые травмы средней зоны лица являются причиной развития не только патологических нарушений связанных с изменением расположения глазного яблока, нарушением носового дыхания и прикуса, но и обезображивания лица пациента, приводящего, как правило, к тяжелым психологическим расстройствам и социальной дизадаптации.

Из истории болезни больного А.К. 1964 г.р., который был доставлен каретой скорой помощи в приемный блок отделения экстренной нейрохирургии НГ МЗ КР в 22.10 мин. 03.01.2019г. совместно с сотрудниками МЧС, которые извлекли пострадавшего из автомобиля с металлической арматурой торчащей из лицевой части головы. Больному бригадой скорой медицинской помощи была оказана экстренная неотложная медицинская помощь, проведена интубация трахеи и введены обезболивающие. После осмотра и обследования бригадой врачей был выставлен

диагноз при поступлении: Открытая черепно-мозговая травма. Сквозное проникающее ранение лица, шеи. Больной при поступлении был загружен. Обстоятельство травмы: по данным информации врачей скорой медицинской помощи больной попал в автоаварию 03.01.2019, примерно в 21ч. 00, будучи за рулем автомобиля врезался в бетонный отбойник. Каретой скорой помощи, больной с арматурой в голове, был доставлен в приемный блок отделения экстренной нейрохирургии Национального госпиталя. Общее состояние больного на момент поступления тяжелое. Кожные покровы бледные, дыхание самостоятельное через интубационную трубку. В легких дыхание проводится с обеих сторон, частота дыхания -20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 110/70 мм. рт. ст. PS - 78 ударов в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень селезенка не увеличены. Неврологический статус: сознание глубокий сон, на болевые раздражители реагирует вяло, периодически двигательное возбуждение. Зрачки D=S, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы D=S, угнетены. Мышечный тонус в конечностях в норме. Чувствительных нарушений нет. Умеренная ригидность мышц затылка. Локальный статус: инородное тело (кусочек арматуры диаметром =40 мм.) проникает в область нижнего края орбиты и носового ската носа слева, с выходом в области шеи справа. Края входной раны саднены, из области входной раны, из носа и рта определяется кровянистое отделяемое, симптом «двойного пятна» положителен (Рис. 1).



Рис. 1. Проникающее ранение головы и шеи металлическим штырем арматуры (вид сверху).

Кровоподтеки в области грудной клетки и в проекции грудины, а также в поясничной области справа.

Учитывая множественные сочетанные повреждения головы и шеи, была экстренно сформирована бригада врачей, в составе: нейрохирурга, сосудистого хирурга, челюстно-лицевого хирурга. ЛОР - врача, окулиста. Решено извлечь инородное тело под интубационным наркозом, с предварительной первично-хирургической обработкой тканей вокруг раневого отверстия. После извлечения инородного тела, ожидаемого обильного кровотечения не наблюдалось, так как крупные магистральные сосуды были не повреждены.

По удалении инородного тела и проведения ревизии раневого канала, были обнаружены следующие повреждения: незначительное кровотечение из мелких сосудов раневого канала которое остановлено методом коагуляции, перелом лицевого черепа со смещением костных фрагментов передней стенки гайморовой пазухи слева, перелом нижней стенки орбиты слева, медиальной и задне - латеральной стенки гайморовой пазухи слева, костей носа, носовой перегородки, твердого неба, носовых раковин с обеих сторон. Произведено ушивание дефекта в области твердого неба, послойное ушивание раны лица с введением дренажных марле-резиновых полосок (рис. 2).



Рис. 2. Состояние пациента после удаления инородного тела и ушивания раны.

В области выходного отверстия на шею рана ушита частично с введением дренажа. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений, рана на шее справа зажила вторичным натяжением, на лице слева первичным. Уникальность данного случая состоит в том, что пострадавший был доставлен на операционный стол с наличием огромного металлического ржавого инородного тела в челюстно-лицевой области, множественные сочетанные повреждения лицевого скелета, отсутствие массивного профузного кровотечения до и после удаления инородного тела и как следствие дальнейшего фатального исхода для больного. Осмотр окулиста: глазное дно – бледно розовое, границы четкие. Артерии узкие, вены полнокровные. Контузия глазного яблока слева, перелом нижнего края глазной орбиты. Осмотр ЛОР – врача, заключение: проникающее сквозное ранение лица слева, переломы нижней стенки левой орбиты, медиальной, заднелатеральной передних стенок гайморовой пазухи слева, костей носа, носовой перегородки, твердого неба, носовых раковин с обеих сторон, перелом передних ячеек решетчатой кости и альвеолярных отростков верхней челюсти с обеих сторон, крыловидных отростков клиновидной кости. В стационаре получал нейрелептическое, антибактериальное, обще-укрепляющее, симптоматическое лечение. Неврологический статус при выписке: больной в полном сознании, ориентирован правильно. Зрачки D=S, фотореакция живая. Со стороны черепно-мозговых нервов без особенностей, сухожильные рефлексы D=S. Мышечный тонус в конечностях в норме, чувствительных нарушений не выявлено. Менингеальных симптомов нет. Локально: рана в затылочной области справа заживает вторичным натяжением, на лице рана зажила первичным натяжением. Швы сняты через 10 дней. Выписан с улучшением в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано: 1. Продолжить дальнейшее наблюдение и лечение у ЛОР-врача, и челюстно-лицевого хирурга. 2. Ограничение

физической, психической нагрузки. 3. Профилактика переохлаждений, простудных заболеваний.

Таким образом, при наличии сочетанной, множественной травмы челюстно-лицевой области металлическим, тупым инородным телом, благоприятный исход данного случая зависел: от слаженной работы сотрудников МЧС и скорой медицинской помощи, своевременно оказанной неотложной помощи на до госпитальном этапе (обезболивание и интубация); от быстроты транспортировки, что в конечном итоге минимизировало время от момента получения травмы до оказания квалифицированной, медицинской помощи бригадой врачей в специализированном подразделении третичного уровня.

Литература

1. Умаров, О.М. Особенности сочетанной травмы челюстно-лицевой области // *Вестник экстренной медицины* – IX (1) – 2016. – С.38-40.
2. Фокас, Н.Н. Характеристика повреждений челюстно-лицевой области у взрослого населения и анализ деятельности отделения челюстно-лицевой хирургии по материалам КГБУЗ ККБ (г. Красноярск) / Н.Н. Фокас, А.А. Левенец, Н.А. Горбач // *Сибирское медицинское обозрение*, - 2014, - 3. – С.44-48.
3. Челюстно-лицевая травма как фактор нейрофизиологических нарушений ЦНС [С.М. Карпов, К.С. Гандылян, К.Г. Караков и др.] // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2015. – Т. 10. - №4. – С. 361-365.
4. Эпидемиологические аспекты челюстно-лицевой травмы на примере г. Ставрополя / [С.М. Карпов, Д.Ю. Христофорандо, П.П. Шефченко и др.] // *Российский стоматологический журнал*. – 2012. - №1. – С. 50-51.
5. Космаганбетова, А.Т. Помощь больным при сочетанных переломах челюстно-лицевой области А.Т. Космаганбетова, А.Э. Уразаева, В.О. Кенбаев // *Вестник КазНМУ*. – 2013. - №4(1). – С. 214-2015.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ТОНЗИЛЛОГЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

М.В. Насыров¹, К.К. Бакиева², А.К. Тилемишова²

¹Кыргызско-Российский Славянский университет (ректор – д.т.н., проф. Нифадьев В.И.),

²Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),

г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: nasyrov_mv@mail.ru

kalyska_92@mail.ru

azizatilemishova@gmail.com

Резюме: В данной статье представлен клинический случай редко встречающегося регионарного осложнения хронического тонзиллита – гнойного сialoadenита, тактика ведения и разбор клинического наблюдения.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, осложнения, сialoadенит, лимфаденит.

СЕЙРЕК КЕЗДЕШКЕН ЧОН ШИЛЕКЕЙ БЕЗДЕРИНИН ТОНЗИЛЛОГЕНДИК СЕЗГЕНУУСУНУ

М.В. Насыров¹, К.К. Бакиева², А.К. Тилемишова²

¹Кыргыз-Россия Славян университетитин (ректор – т.и.д., проф. Нифадьев В.И.),

²И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Алдынкы макалада сейрек кездешкен клиникалык окуя, өнөкөт тонзиллиттин жергиликтүү катаалдашуусу болгон – ириндүү сialoadенит келтирилген. Клиникалык көзөмөлдө жана тактика менен ниш жүргүзүү.

Негизги создор: өнөкөт тонзиллит, фарингит, штамм, антибиотикке болгон туруктуулук.

RARE CASE OF TONSILLOGENIC DAMAGE OF GREAT SALIVARY GLANDS (CLINICAL CASE)

M.V. Nasyrov¹, K.K. Bakieva², A.K. Tilemishova²

¹Kyrgyz-Russian Slavic University (rector - Ph.D., Prof. Nifadev V.I.),

²Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

(rector - Ph.D., Prof. Kudaibergenova I.O.),

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: This article presents a clinical case of a rare regional complication of chronic tonsillitis - purulent sialadenitis, tactics of introduction and analysis of clinical observation.

Key words: chronic tonsillitis, complications, sialadenitis, lymphadenitis.

Хронический тонзиллит (ХТ) занимает ведущее место в структуре заболеваний ЛОР органов. По данным различных авторов более 100 соматических заболеваний могут быть сопряжены с ХТ [1, 2, 3, 4]. На сегодняшний день отмечается рост числа гнойных осложнений ХТ, что связано с факторами

устойчивости возбудителей, а также иммунного статуса больных и др. [3, 4, 5].

По статистическим данным у 40–69 % пациентов, переболевших различными формами тонзиллита, на фоне состоянии предполагаемого иммунодефицита возникают регионарные осложнения, такие как паратонзиллит, паратонзиллярный,

ретрофарингеальный абсцесс, флегмона шеи, медиастинит, паротидомегалия, сиалоаденит, лимфаденит и другие, что позволяет считать возникновение тонзиллит-индуцированных осложнений одним из самых urgentных состояний [3, 4]. В итоге, местные инфильтративно-гнойные осложнения в зоне головы и шеи, при тонзиллитах встречаются у 9,5 % заболевших той или иной формой тонзиллита и в 35,4 % случаев развивается на фоне хронического тонзиллита [4, 5, 6]. Возникновение тонзиллит-индуцированных осложнений является весьма важной проблемой, порой с непредсказуемыми последствиями. Диагностика паратонзиллита, паратонзиллярного и ретрофарингеального абсцесса обычно не представляет трудностей [6]. Однако при генерализации инфекции в зубочелюстно-эндокринную систему, когда может развиваться дуктогенный гнойный сиалоаденит или же реактивный лимфаденит на фоне обострения хронического тонзиллита, что может создать диагностические трудности.

Слюнные железы и слюна относятся к факторам локальной антибактериальной резистентности, гемокоагулирующей и антитриптической систем ротоглотки, регулирующих гомеостаз внутренней среды организма [6, 7, 8, 9]. Причиной поражения слюнных желез могут быть воспалительные, посттравматические, дистрофические, опухолевые процессы, что сопровождается отеком желез и нарушением секреции слюны. [9, 10, 11, 12]. На фоне сиалоаденомегалии (паротидомегалии) отмечают снижение или полное отсутствие слюноотделения, качество слюны изменяется, развивается дисхилия. На поздних стадиях присоединяется тонзиллогенная или одонтогенная инфекция с развитием паренхиматозного или интерстициального сиалоаденита.

Такие заболевания, своевременно не диагностированные и адекватно не леченные, дают высокий процент смертности в результате развития сепсиса, медиастинита и других осложнений [13, 14].

Приводим клинический случай гнойного сиалоаденита слева тонзиллогенного генеза.

Больная Р., 78 лет (ист.бол. №9216/720) поступила в ЛОР-отделение Национального Госпиталя при МЗКР с жалобами на боли в горле, затруднение глотания, повышение температуры тела до 39°C, асимметрию лица, опухолевидное образование левой околоушной области, общую слабость.

Из анамнеза: со слов больной вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение 4-х дней. Обратилась к ЛОР-врачу по месту жительства, которым был выставлен диагноз «Фолликулярная ангина». Назначенное лечение без особого эффекта. В связи с нарастанием интенсивности боли и отека околоушной области, больная была направлена в ЛОР отделение НГМЗКР.

Локальный статус: При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица, за счет отека околоушной и подчелюстной области слева, кожа над ним не изменена. При пальпации плотноэластической консистенции, умеренно болезненное, неподвижное, размером 4х6 см, овальной формы.

При орофарингоскопии рот открывает с небольшим ограничением, в связи с тризмом жевательной мускулатуры. Язык слегка смещен вправо. В паратонзиллярной области слева отмечается резкое выбухание небной миндалины и околоминдаликовой клетчатки слева.

В амбулаторных условиях произведена контрольная диагностическая пункция околоминдаликовой области, было получено около 5 мл густого гноя со зловонным запахом. После предварительной анестезии произведен дугообразный разрез, получен гной 15 мл, при расширении раны полость околоминдаликовой клетчатки оказалась глубокой, после частичного удаления некротических масс и геморрагических сгустков обнаружены ходы вверх и в сторону нижнелатеральной стенки глотки.

Назначена антибактериальная, десенсибилизирующая, противовоспалительная и симптоматическая терапия.

УЗИ подчелюстной и околоушной области слева (в день поступления в стационар): Околоушная и подчелюстные слюнные железы не увеличены, паренхима обычной акустической плотности, интраглангулярные слюнные протоки и общий слюнный проток не расширены, очаговой патологии не выявлено. При доплеровском картировании гиперемии паренхимы железы не выявлено. Левая жевательная мышца утолщена, в толще определяется коллектор жидкости с неоднородным содержимым размером 16х5мм. В мягких тканях подчелюстной области определяется отек подкожно жировой клетчатки, а также увеличенные лимфатические узлы с сохраненной структурой воротных синусов размерами 13,5х6мм и 16х5х6,5мм.

Патологически измененные, увеличенные лимфатические узлы с обеих сторон не визуализируются.

Заключение: данные за миозит жевательной мышцы слева, коллектор жидкости может соответствовать гематоме, не исключается инфицирование, лимфаденопатию подчелюстных лимфатических узлов слева.

Консультация челюстно-лицевого хирурга: Острый серозный паротит слева. Острый серозный лимфаденит подчелюстной области слева.

Консультация инфекциониста: Сиалоаденит слева.

На пятые сутки при внешнем осмотре отек околоушной области сохраняется, при пальпации плотноэластической консистенции, умеренно болезненны, размером 4х6см. В левой подчелюстной области пальпируется болезненный лимфоузел размером 1,0х1,0см.

При орофарингоскопии рот открывает с незначительным ограничением, в левой паратонзиллярной области имеется разрез, откуда дренируется гной с неприятным запахом.

В общем анализе крови отмечается сдвиг лейкоформулы влево, пятикратное ускорение СОЭ. Другие клинические анализы в пределах нормы.

УЗИ подчелюстной и околоушной области слева (повторное): Жевательная мышца слева утолщена, в толще определяется коллектор жидкости без четких контуров размерами 48х9,5мм, с неоднородным содержимым и гиперэхогенными включениями с дорсальными реверберациями в виде «хвоста кометы» (хвост).

Заключение: данные абсцесс жевательной мышцы слева.

Консультация челюстно-лицевого хирурга: Острый серозный паротит слева. Острый серозный лимфаденит подчелюстной области слева.

Рекомендовано:

1. Бужирование протока околоушной слюнной железы. При бужировании протока получена вязкая застойная слюна, произведена инстилляционная протока физиологическим раствором.

2. УЗИ контроль в динамике.

На десятые сутки при внешнем осмотре отек околоушной и подчелюстной области заметно увеличился, при пальпации плотно-эластической консистенции, болезненны. При орофарингоскопии рот открывает с незначительным ограничением, отек левой паратонзиллярной клетчатки уменьшился, дренируется гной в небольшом количестве.

В общем анализе крови сдвиг лейкоформулы влево и ускорение СОЭ сохраняется. Другие клинические анализы в пределах нормы.

УЗИ подчелюстной и околоушной области слева (рис.1): Справа околоушная слюнная железа без особенностей. Паренхима левой околоушной слюнной железы выглядит отекающей, рядом с железой в мягких тканях щечной, околоушной, поднижнечелюстной области определяется жидкостный коллектор 51,2х19,4мм с неоднородным содержимым, перифокально определяется усиленный кровоток. Определяются увеличенные верхнеаремные лимфатические узлы до 17,5 х 7,7мм с сохраненным воротным синусом.

Заключение: данные за абсцесс околоушно-жевательной области слева с реактивной шейной лимфаденопатией.

Консультация челюстно-лицевого хирурга: Абсцесс околоушной железы слева. Рекомендовано оперативное лечение в экстренном порядке.



Рис. 1. УЗИ околоушной области б-й Р., 78 лет.

В стационаре была произведена операция (рис. 2) - получен гной густой консистенции, около 30мл, со зловонным запахом.



Рис. 2. 5-е сутки после вскрытия абсцесса околоушной слюной железы слева.

Клинический диагноз: Паратонзиллярный абсцесс слева. Острый гнойный сиалоаденит слева. Острый серозный подчелюстной лимфаденит слева.

Была произведена операция «Вскрытие паратонзиллярного абсцесса слева. Ревизия глубоких клетчаточных пространств околоушной области со вскрытием околоушных и нижнечелюстных слюнных желез». Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Ежедневно производилось дренирование раны паратонзиллярной клетчатки, также перевязки околоушной области слева. С момента поступления больной проведена антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия.

Бактериологическое исследование гноя из паратонзиллярной области слева (раневого отделяемого) №793 выявлен *Pseudomonas aeruginosa* 10^5 , *Candida* 10^7 .

Бактериологическое исследование гноя из околоушной области слева гноя (раневого отделяемого) № 169 в материале обнаружен *E. Coli*.

Цитологическое исследование некротических и казеозных масс из паратонзиллярной клетчатки слева: в материале клетки плоского эпителия, лимфодные клетки разного ряда.

Цитологическое исследование секрета слюнных желез определяли оксифильную субстанцию, чешуйки и клетки плоского эпителия, лимфоидные элементы, нейтрофилы, клетки цилиндрического эпителия.

На 18-е сутки с рекомендациями больная выписана из отделения в удовлетворительном состоянии.

Во время повторного осмотра при орофарингоскопии пациент рот открывает в полном объеме, нёбные миндалины и задняя стенка глотки без признаков воспаления, проводили бужирование главных выводных протоков слюнных желез, массаж, инстилляцию в протоковую систему масла плодов шиповника до 0,5 мл. Назначали отвар плодов шиповника по 200 мл в течение 3-4 недель. Контрольный осмотр совместно с челюстно-лицевым хирургом назначали через 10 дней. Через 10 дней пациентка отмечала улучшение состояния, незначительные, периодические тянущие боли в околоушных областях. При осмотре определяли невыраженную инфильтрацию околоушных слюнных желез, пальпаторно железы безболезненны, эластической консистенции, без очагов уплотнения. При орофарингоскопии рана в паратонзиллярной области гранулирована, задняя стенка глотки спокойна. В полости рта достаточное количество ротовой жидкости, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Устья выводных протоков визуально определялись, при зондировании главные выводные протоки легко проходимы, безболезненны. При массаже желез выделялась прозрачная слюна. Количество ротовой жидкости при сиалометрии составляло $4,3 \pm 0,1$ мл. Ротовая жидкость пенистая, мутная. Секреторная функция слюнных желез не отличалась от показателей нормы: количество секрета из околоушных желез без стимуляции слюноотделения – $0,42 \pm 0,1$ мл, из поднижнечелюстных желез – $0,51 \pm 0,1$ мл секрета. При стимуляции слюноотделения из околоушных желез выделялось $2,05 \pm 0,4$ мл, из

поднижнечелюстных желез – $1,0 \pm 0,1$ мл. Секрет прозрачный, обычной вязкости.

Таким образом, наблюдаемый нами клинический случай показывает топографическую взаимосвязь лимфаденоидного кольца и больших слюнных желез, что может служить ярким примером декомпенсации хронического тонзиллита инфильтративными осложнениями по типу паратонзиллярного абсцесса и тонзиллогенного гнойного сialoadenита. Категория таких пациентов, имеющих признаки декомпенсации тонзиллита, подлежат адекватному хирургическому лечению.

Литература

1. Чумаков, П.Л. Анализ лечебно-диагностической тактики при хроническом тонзиллите в условиях крупного промышленного города: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 13.01.03 / Чумаков П.Л. ; Московский научно-практический центр оториноларингологии. – Москва: Б.и., 2013. – 19 с.
2. Противовоспалительные цитокины в слюнном секрете больных хроническим сialoadenитом / [А.С. Алейников и др.] // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2014. – Т. 19. – № 6. – С. 1909-1914.
3. Насыров, М.В. Влияние глюкокортикоидов на функцию небных миндалин и периферический анализ крови / М.В. Насыров, К.К. Бакиева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 12-1. – С. 51-55.
4. Smiyan, O.I. Effect of acidolac junior on intestinal microflora of children with chronic tonsillitis / O.I. Smiyan, Yu.A. Mozgova, O.P. Moshchych // Здоровье ребенка. – 2013. – № 7 (50). – С. 20-24.
5. Мирзакулова, У.Р. Состояние металлопротеида лактоферрина и среднемолекулярных пептидов слюны при хроническом паренхиматозном сialoadenите / У.Р. Мирзакулова, В.П. Русанов, М.И. Вансванов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2017. – № 6. – С. 40-42.
6. Шаяхметов, Д.Б. Выявление клинически скрыто протекающего сialoadenита методом анкетирования / Д.Б. Шаяхметов, А.Ж. Нурбаев, Н.С. Касенова // Наука, техника и образование. – 2016. – № 10 (28). – С. 86-90.
7. An unusual case of bilateral submandibular sialolithiasis / [J.P. Kim et al.] // J Med Cases. – 2012. – Vol. 3. – P. 106-109.
8. Risk factors for pediatric posttonsillectomy hemorrhage / [Z.Z. Spektor et al.] // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. – 2016. – Vol. 84 – P. 151-155.
9. Sialadenitis of left submandibular salivary gland associated with giant sialolith / [S.S. Hedge et al.] // Indian J Med Res Pharm Sci. – 2014. – Vol. 1 – P. 43-47.
10. Челябин, Э.А. Тонзиллогенный медиастинит / Э.А. Челябин, А.Е. Завьялов, В.В. Куринский // Научный альманах. – 2017. – № 1-3 (27). – С. 252-255.
11. Свистушкин, В.М. Парафарингит, тонзиллогенный сепсис: особенности патогенеза, клиническая картина и современные представления о лечении / В.М. Свистушкин, Д.М. Мустафаев // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 29-34.
12. Jayachandran, S.S. Giant submandibular sialolith presenting with sialocutaneous and sialo-oral fistula. A case report and review of literature / S.S. Jayachandran, K.K. Bakyalakshmi, K.S. Singh // J Indian Acad Oral Med Radiol. – 2011. – Vol. 23 (3) – P. 491-494.
13. Буркумбаева, Т.Н. Дифференциальная диагностика одонтогенных и тонзиллогенных паратонзиллярных абсцессов / Т.Н. Буркумбаева, А.М. Сабданалиев, Ю.А. Менчишьева // J Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2015. – Т. 21. – № 2. – С. 32-33.
14. Карпищенко, С.А. Тонзиллит и тонзиллогенные заболевания / Г.В. Лавренова, С.В. Баранская // Вестник оториноларингологии. – 2016. – Т. 81. – № 4. – С. 69-71.

ИНТРАОРБИТАЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПИОМУКОЦЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ И КЛЕТОК РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА

Н.В. Солодченко¹, К.А. Муртазалиев¹, Ж.М. Турапова²

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),

²Кыргызско-Российский Славянский университет (ректор – д.т.н., проф. Нифадьев В.И.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Длительно протекающие гнойные синуситы могут переходить в кистовидное растяжение соответствующей пазухи, которое, в свою очередь, может приводить к различным осложнениям, в том числе интракраниальным и интраорбитальным. В данной работе авторами приведен клинический случай пиомукоцеле лобной пазухи и клеток решетчатого лабиринта, осложненного флебитом вен орбиты.

Ключевые слова: пиомукоцеле, флебит, экзофтальм, компьютерная томограмма.

ИНТРАОРБИТАЛДЫК КОШУМЧА ООРУСУНА АЛЫП КЕЛГЕН МАҢДАЙ КОҢУЛУНУН ЖАНА БАШТЫН КАЛБЫР СЫМАЛ ЛАБИРИНТИНИН КЛЕТКАЛАРЫН ПИОМУКОЦЕЛЕСИ

Н.В. Солодченко¹, К.А. Муртазалиев¹, Ж.М. Турапова²

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),

²Кыргыз-Россия Славян университети (ректор – т.и.д., проф. Нифадьев В.И.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Узак созулган ириндүү синуситтер тийиштүү коңулдун киста сыяктуу чоюлуп калышына алып келиши мүмкүн, бул нерсе, өз кезегинде, ар кандай кошумча ооруларга алып келиши мүмкүн, ошондой эле интракраниалдык жана интраорбиталдыктарга. Бул эмгекте авторлор интраорбиталдык кошумча оорусуна алып келген маңдай коңулунун жана баштын калбыр сымал лабиринтинин клеткаларын пиомукоцелесинин клиникалык окуясын көрсөтүшөт.

Негизги создор: пиомукоцеле, флебит, экзофтальм, компьютер томограммасы.

FRONTAL AND ETHMOID SINUSES PYOMUCOCELE WITH INTRAORBITAL COMPLICATION

N.V. Solodchenko¹, K.A. Murtazaliev¹, Zh.M. Turapova²

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – Ph.D., Prof. Kudaibergenova I.O.)

²Kyrgyz Russian Slavic University (rector – Ph.D., Prof. Nifadiev V.I.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Long-lasting purulent sinusitis can turn into cystic extensions of the corresponding sinus, which, in turn, can lead to various complications, including intracranial and intraorbital ones. In this article the authors present a clinical case of the frontal and ethmoid sinuses pyomucocele complicated by phlebitis of the orbit veins.

Key words: pyomucocele, phlebitis, exophthalmos, computed tomography.

Кистовидные растяжения околоносовых пазух относятся к числу редких заболеваний. При этом патологическом процессе происходит

растяжение пазух за счет скопления в них мукозного, гнойного или воздушного содержимого вследствие нарушения их сообщения с полостью носа. В зависимости

от характера содержимого различают: мукоцеле, когда пазуха заполнена слизистым содержимым; пиоцеле – гнойным содержимым; пневмоцеле – воздухом [1, 2].

В настоящее время благодаря современным методам лучевой диагностики, в частности мультиспиральной компьютерной томографии улучшилась выявляемость кистовидного растяжения пазух, тем не менее, в литературе появляются публикации о единичных наблюдениях заболевания [3].

Кистовидные растяжения пазух могут приводить к обезображиванию лица, образованию региональных субпериостальных абсцессов, экзофтальму, диплопии, компрессии зрительных нервов, потере остроты зрения, интракраниальным и интраорбитальным осложнениям [4]. Несмотря на достижения в разработке антибиотиков и методов диагностической визуализации, эти осложнения все еще возникают иногда и могут быть серьезными. Следовательно, требуется тщательная диагностика и своевременное лечение важно для предупреждения каких-либо осложнений.

Диагностика может проводиться на основе клинических исследований, но только уже при достижении больших размеров, а также более достоверных методов исследования: компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной (МР) визуализации. КТ используется для определения региональной анатомии и степени поражения, в частности, костной эрозии и внутричерепного распространения. МР-томография полезна для дифференциации с новообразованиями посредством усиления контраста [5, 6].

Лечение кистовидных растяжений только хирургическое, направленное на восстановление дренирования пазухи, и подход может быть либо с помощью обычных методов (транскраниально и трансептально), либо с помощью назальной эндоскопии [6, 7, 8]. Но при наличии в пазухе деструкции кости или каких-либо осложнений до сегодняшнего дня основным способом хирургического лечения является наружное вскрытие пораженной пазухи с удалением патологического содержимого

и слизистой оболочки и созданием широкого сообщения с полостью носа. Основной целью такого метода является полное удаление как патологического очага, так и слизистой оболочки, что предотвращает рецидив заболевания [8].

Приводим клинический случай пиомукоцеле лобной пазухи и клеток решетчатого лабиринта, осложненной флебитом вен орбиты.

Больной К., 25 лет (ист.бол. №8463/667) поступил в ЛОР-отделение Национального Госпиталя при МЗКР с жалобами на выраженную головную боль, усиливающаяся при наклоне головы вперед, слизисто-гнойные выделения из носа, заложенность носа, общую слабость, тошноту, припухлость верхнего и нижнего века слева.

Из анамнеза: со слов больного вышеуказанные жалобы беспокоили около 7 дней, связывал с простудой. Занимался самолечением, без эффекта. Принимал обезболивающие средства, пероральные антибиотики. Обратился в ЛОР отделение НГ МЗКР, было назначено лечение, но назначенное лечение больной не принимал, утром на следующий день появилась припухлость левого века, было 2-3 эпизода рвоты. Был госпитализирован в экстренном порядке для дальнейшего обследования и лечения.

Локальный статус: При внешнем осмотре отмечался отек и гиперемия верхнего века слева (рис.1), глазная щель была сужена, движение глазных яблок не нарушено. При пальпации передней стенки левой гайморовой и лобной пазухи отмечалась болезненность. При передней риноскопии слизистая полости носа отечна, гиперемирована, в носовых ходах слизисто-гнойное отделяемое, носовое дыхание затруднено слева.

На рентгенограмме придаточных пазух носа – данные за понижение прозрачности клеток решетчатого лабиринта с обеих сторон и неравномерное понижение пневматизации лобных пазух.

В первый же день госпитализации больной осмотрен окулистом – глазное дно артерии расширены, вены сужены.



Рис. 1. Больной К. до лечения



Рис. 2. МРТ-срез, выполненный в аксиальной плоскости

МРТ-ангиография сосудов головного мозга (рис.2) - данных за патологию артерий и вен головного мозга не получено. Слизистая оболочка левой гайморовой, лобной пазух, ячеек решетчатого лабиринта неравномерно утолщена.

Под общим интубационным наркозом в экстренном порядке была произведена операция: «Фронтотомия со вскрытием клеток решетчатого лабиринта с формированием лобно-носового соустья». В последующем пациент направлен на проведение КТ ППН.

КТ придаточных пазух носа (рис.3-4): В режиме визуализации мягкотканых структур имеется наличие неравномерного утолщения,

отека и инфильтрации мягких тканей лобной области, а также проекции надпереносья. Задняя стенка лобной пазухи, а также ее передняя стенка справа без признаков структурной патологии. Пневматизация ее значительно снижена за счет наличия в правой и левой ее половинах явления неравномерного утолщения слизистой. В правой половине лобной пазухи визуализируется умеренный объем жидкостного компонента, до 3,3 мм толщиной с горизонтальным уровнем, плотностные показатели которого составляют +33 - +40 ед.Н. Большинство камер левой половины решетчатой пазухи, а также передних камер ее правой половины с

наличием значительного утолщения слизистой. Основная пазуха представлена асимметричным двухкамерным ее вариантом, пневматизирована, левая половина имеет большие размеры. По передней стенке левой половины основной пазухи, имеется умеренное неравномерное утолщение слизистой до 1,8-3 мм. В нижнем этаже обеих верхнечелюстных пазух, больше слева, отмечается

неравномерное, подушковидное утолщение слизистой от 1,6 до 5 мм.

Левое глазное яблоко умеренно смещено в переднем направлении (в сравнении с контрлатеральной стороной) на величину до 5 мм (проявление экзофтальма). Параорбитальная жировая клетчатка в переднем, верхнем ее отделе умеренно, неравномерно уплотнена.

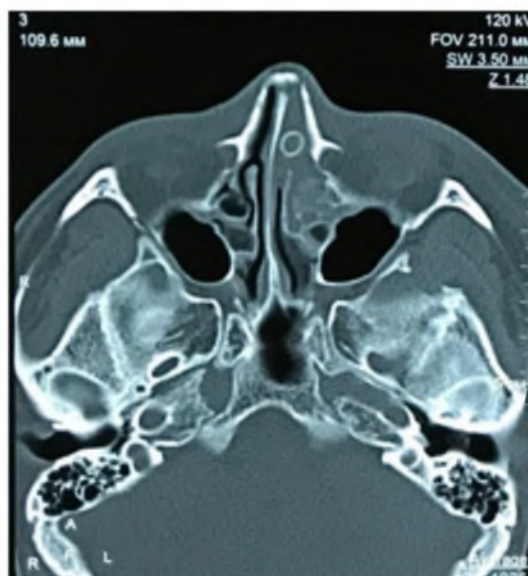


Рис. 3. КТ-срез, выполненный в аксиальной плоскости на уровне клеток решетчатого лабиринта.



Рис. 4. КТ-срез, выполненный в коронарной плоскости на уровне средних отделов полости носа

Заключение: РКТ-данные соответствуют признакам состояния после перенесенного оперативного вмешательства, фронтита, хронических двустороннего гайморита, сфеноидита, этмоидита. Умеренное явление экзофтальма слева.

Оптическое когерентное томографическое исследование: Застойные явления в зрительном нерве левого глаза.

Микробиологическое исследование промывных вод и гноя из раны: - *Stafilococcus aureus* - 10^6 (обильный рост), *Pseudomonas Auregeneza* - 10^6 (обильный рост).

Результат патогистологического исследования № 34972-3: фиброзная ткань с кровоизлияниями, некрозами гнойным воспалением.

Клинический диагноз: Пиомукоцеле лобной пазухи и клеток решетчатого лабиринта, осложненная флебитом вен орбиты.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Производились ежедневные перевязки. Проведена антибактериальная (согласно результатам бактериологического посева), десенсибилизирующая, симптоматическая терапия.

На 21-ый день с рекомендациями больной выписан из отделения в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в данной статье мы приводим редкий клинический случай кистовидного растяжения лобной пазухи и клеток решетчатого лабиринта, клиническая картина которого длительное время оставалась неявной, пока не появилось интраорбитальное осложнение, в частности флебит вен орбиты. Такие лучевые методы исследования, как КТ и МРТ, имеют большое значение при постановке диагноза и выборе оптимальной тактики лечения. При пиомукоцеле пазухи при наличии интраорбитальных осложнений наиболее оптимальным методом лечения остается наружное вскрытие пазухи с целью полного удаления патологического содержимого и ревизии пазухи с формированием носолобного соустья для дренирования пазухи.

Литература

1. Алексеев, А.В. Совершенствование диагностики и хирургического лечения кистовидного растяжения околоносовых пазух: дис. канд. мед. наук : 14.00.04 / Алексеев А.В.; Курский гос.мед.ун-т. – Курск: Б.и., 2007. – 139 с.

2. Sushil, K.A. Frontal sinus mucocele with orbital complications: Management by varied surgical approaches / K.A. Sushil, B. Kranti, K. Amit, K. Raj, S. Arun // [Asian J Neurosurg.](#) – 2012. – Vol. 7(3). – P. 135–140.

3. Иванов, В.П. Гигантское мукоцеле лобных пазух и решетчатого лабиринта / В.П. Иванов // *Рос. ринология.* – 2001. – № 1. – С. 26 - 27.

4. Muneer, A. Unilateral abducens nerve palsy: a presenting sign of sphenoid sinus mucoceles / A. Muneer, N.S. Jones // *J Laryngol. Otol.* – 1997. – Vol. 111. – P. 644-646.

5. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов – 3-е изд., доп. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. – 750 с.

6. Насыров, В.А. Пиоцеле лобной пазухи / В.А. Насыров, Ж.С. Сулайманов, Ж.М. Турапова // *Международный студенческий научный вестник.* – 2018. – №1. – С. 20.

7. Cavazza, S. Two anomalous localizations of mucocele: clinical presentation and retrospective review / S. Cavazza, C. Bocciolini, P. Laudadio, et al. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* – 2007. – Vol. 27. – P. 208-211.

8. Насыров, В.А. Пиоцеле решетчатого лабиринта (случай из практики) / В.А. Насыров, Г.О. Миненков, Ж.М. Турапова // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* – 2018. – №11/2. – С. 300-304.

РАК ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ПОЛОСТЬ НОСА, НОСОГЛОТКУ, КЛЕТКИ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА И ОРБИТУ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Н.Б. Нуркеев¹, Г.О. Миненков², Ж.М. Турапова³

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),

²Медицинский центр «ТОМЭКС» (директор – Дерит Л.В.),

³Кыргызско-Российский Славянский университет (ректор – д.т.н., проф. Нифадьев В.И.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: На примере клинического случая представлена поздняя выявляемость злокачественного новообразования верхнечелюстной пазухи из-за отсутствия своевременной полноценной диагностики первичного звена. Наиболее информативным методом исследования является компьютерная томография, которая дает более полную информацию о границах поражения, что позволит выявить заболевание на ранних стадиях.

Ключевые слова: рак верхнечелюстной пазухи, компьютерная томография.

ҮСТҮНКҮ ЖААКТЫН КОНУЛУНУН МУРУН КОНДОЙУНО, КЕҢИЛЖЭЭРГЕ, БАШТЫН КАЛБЫР СЫМАЛ ЛАБИРИНТИНИН КЛЕТКАЛАРЫНА ЖАНА КОЗ ЧАРАСЫНА ОСҮН ЧЫККАН ШИШИК ООРУСУ (КЛИНИКАЛЫК ОКУЯ)

Н.Б. Нуркеев¹, Г.О. Миненков², Ж.М. Турапова³

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),

²Медициналык борбору «ТОМЭКС» (директор – Дерит Л.В.),

³Кыргыз-Россия Славян университети (ректор – т.и.д., проф. Нифадьев В.И.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Клиникалык окуянын мисалында үстүнкү жаак коңулунун шишик оорусунун алгачкы звеносунда толук диагностика болбогондуктан кеч аныкталганы көрсөтүлөт. Эң эле маанилүү изилдөө ыкмасы болуп, оорунун чектерин көрсөтө турган компьютер томографиясы эсептелет, бул шарт дартты алгачкы стадиясында аныктаганга мүмкүнчүлүк берет.

Негизги создор: үстүнкү жаак коңулунун шишик оорусу, компьютер томографиясы.

MAXILLARY SINUS CANCER WITH THE GROWTH INTO THE NASAL CAVITY, NASOPHARYNX, ETHMOID SINUS AND ORBIT (CASE REPORT)

N.B. Nurkeev¹, G.O. Minenkov², Zh.M. Turapova³

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – Ph.D., Prof. Kudaibergenova I.O.),

²Medical Imaging Center “TOMEX” (director – Derit L. V.),

³Kyrgyz Russian Slavic University (rector – Ph.D., Prof. Nifadiev V.I.),
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: On the example of a case report, the late detection of the maxillary sinus malignant neoplasm is presented due to the lack of a timely full-fledged diagnosis on the primary link. The most informative method of investigation is computed tomography, which provides more complete information about the boundaries of the lesion, which will allow to detect the disease in its early stages.

Key words: maxillary sinus squamous cell carcinoma, computed tomography.

Рак верхнечелюстной пазухи является относительно редким новообразованием, частота которого составляет небольшой процент (0,2%) злокачественных опухолей человека и только 1,5% всех злокачественных новообразований головы и шеи [1]. Преимущественно поражаются верхнечелюстные пазухи (60-70%) и реже полость носа (12-25%), а также решетчатый лабиринт в 10-15% случаев. Реже всего клиновидные и лобные пазухи (1%) [2].

Хотя полость носа и придаточных пазух носа (ППН) занимают относительно малое анатомическое пространство, они являются местом происхождения гистологически различных групп опухолей: из эпителия слизистой оболочки, желёз, мягких тканей, костей, хрящей, нервной или нейроэктодермальной ткани, гематолимфоидных клеток или одонтогенного генеза.

Согласно гистологической классификации опухолей носовой полости и околоносовых синусов ВОЗ плоскоклеточный рак (ПР) относится к злокачественным опухолям эпителиального происхождения [3]. ПР околоносовых пазух составляет около 1% от всех злокачественных опухолей и около 3% от общего числа ПР головы и шеи. Что касается плоскоклеточного рака из верхнечелюстной пазухи, он поражает в основном мужчин среднего возраста (55-65 лет) из восточных стран, и в качестве основных факторов риска выступают некоторые химические вещества и вирусы [4, 5].

Особенностью злокачественных опухолей этого региона является позднее обращение пациентов (Т3-Т4) вследствие отсутствия болевого синдрома и незначительных клинических проявлений, что вызывает необходимость большого объема оперативного вмешательства и приводит к значительному искажению черт лица и инвалидизации [6, 7].

Для более точной диагностики и определения области поражения проводится мультиспиральная компьютерная томография (КТ), которая предоставляет подробную информацию о структуре кости и считается методом выбора для исследования любых объемных процессов [8].

В настоящее время применяются различные методы лечения опухолей ППН, включающие радиотерапию, оперативное вмешательство, лекарственные препараты или

их комбинации. Однако наилучшие результаты достигаются при комбинированном лечении [9].

Мы приводим клинический случай плоскоклеточного рака верхнечелюстной пазухи справа с прорастанием в полость носа, носоглотку, клетки решетчатого лабиринта и орбиту.

Больной А., 57 лет (ист.бол. №31817/2326) поступил в ЛОР-отделение Национального Госпиталя при МЗКР с жалобами на кровотечение из носа справа, затруднение носового дыхания, боль справа, периодические головные боли.

Из анамнеза: Пациент считает себя больным последний год, когда появилось затруднение носового дыхания, боль справа. Получал консервативное лечение по поводу обострения хронического синусита по месту жительства, без эффекта. Со слов пациента вышеуказанные жалобы начали беспокоить 2 месяца назад. Обратился повторно к врачу-оториноларингологу по месту жительства, которым был выставлен диагноз «Полипозный риносинусит справа». Была произведена операция полипотомия полости носа справа, но удаленный материал на гистологическое исследование не был отправлен. После операции у пациента появилось носовое кровотечение справа, в связи с чем был направлен в ЛОР-отделение НГ МЗКР, где был госпитализирован в экстренном порядке для дальнейшего обследования и лечения.

Локальный статус: При внешнем осмотре наружный нос обычной формы. При передней риноскопии справа определялось образование бледно-розового цвета с нечеткими контурами, которое полностью obturировало полость носа, отмечалось незначительное кровотечение. Поставлен ватно-мазевой тампон. Слева полость носа без изменений. Пальпация области проекции гайморовых пазух безболезненна. При орофарингоскопии область твердого неба и альвеолярных отростков без изменений. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Отоскопически без особенностей.

КТ полости носа и придаточных пазух носа (рис.1-2): В верхнечелюстной пазухе, полости носа, носоглотке и клетках решетчатого лабиринта справа определяется остеодеструктивное, гетерогенное, солидное объемное образование, КТ-плотностью до +42,2 ед.Н., с относительно четкими контурами, размером до 62,6х39,5 мм в поперечнике. Определяется остеодеструкция

задней, медиальной стенок верхнечелюстной пазухи, а также костных септ клеток решетчатого лабиринта справа по типу незавершенного остеолитизиса. Кроме того, отмечается остеодеструкция нижней и медиальной стенки правой орбиты, протяженностью до 26,7 мм, через который инфильтрат распространяется интраорбитально до 12,1 мм с КТ-признаками инфильтрации нижней и медиальной прямых

мышц глазного яблока и окружающей жировой клетчатки. В основной и лобной пазухах справа определяется патологическое содержимое, КТ-плотностью до +21,1 ед.Н. Полости других ППН воздухоносны, обычных размеров и формы, с четкими контурами, слизистая их не утолщена, без дополнительных, патологических образований. Носовая перегородка искривлена влево.

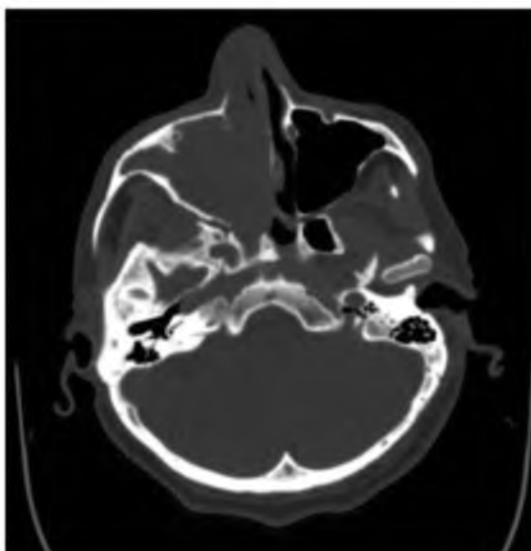


Рис. 1. КТ-срез, выполненный в аксиальной плоскости на уровне верхнечелюстных пазух.



Рис. 2. КТ-срез, выполненный в коронарной плоскости на уровне средних отделов полости носа.

Заключение: данные за остеодеструктивное, гетерогенное, солидное объемное образование в верхнечелюстной пазухе, полости носа, носоглотке и клетках решетчатого лабиринта справа (неоплазма?) с интраорбитальным распространением, правосторонний фронтит, сфеноидит, искривление носовой перегородки.

Консультация окулиста: миопия слабой степени обоих глаз (со школьных времен).

В стационаре была произведена биопсия из полости носа справа. **Результат патогистологического исследования №129469-70:** в материале обнаружен плоскоклеточный рак.

Клинический диагноз: Плоскоклеточный рак верхнечелюстной пазухи справа с прорастанием в полость носа, носоглотку,

клетки решетчатого лабиринта и орбиту. Рецидивирующее носовое кровотечение.

Была произведена операция «Резекция верхней челюсти справа с полным удалением клеток решетчатого лабиринта и ревизией основной пазухи. Перевязка наружных сонных

артерий с обеих сторон». Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Производились ежедневные перевязки. Проведена антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия.

Патогистологическое исследование (удаленного материала) №132365-9 (рис. 3): в материале обнаружен плоскоклеточный неороговевающий сарсер.

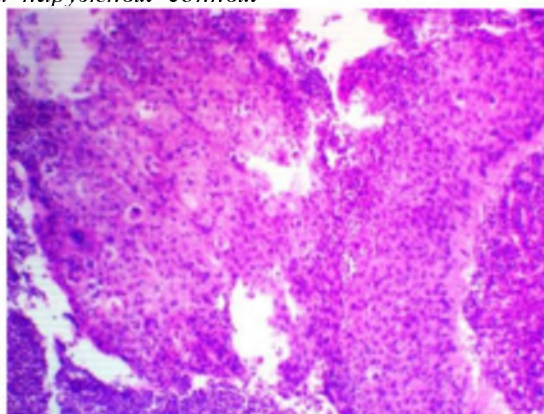


Рис. 3. Гистологическая картина плоскоклеточного неороговевающего рака (окраска гематоксилин-эозином, х 100).

На 20-ый день с рекомендациями больной выписан из отделения в удовлетворительном состоянии. Больной направлен в Национальный центр онкологии при МЗ КР для решения вопроса о химио- и лучевой терапии.

Таким образом, приведенный нами редкий случай может служить примером, когда больные со злокачественными опухолями на протяжении длительного периода времени, будучи недообследованными (КТ, гистологическое исследование), могут получать лечение по поводу обычных синуситов, что обуславливает позднюю обращаемость больных в специализированное учреждение.

Литература

1. Sino-nasal adenocarcinoma: epidemiological and clinico-pathological study of 34 cases / [F.C. Nunez et al.] // J Otolaryngol. – 1995. – Vol. 22. – P. 86–96.
2. Predominance of squamous cell carcinoma and rarity of adenocarcinoma of maxillary sinus among Japanese / [K. Fukuda et al.] // Med J. – 1989. – Vol. 36. – P. 1–6.
3. Ishida, M. Basaloid squamous cell carcinoma of the maxillary sinus: Report of two cases in association with cathepsin K expression / M. Ishida,

H. Okabe // Oncol Lett. – 2013. – Vol. 5(6). – P. 1755-1759.

4. Turner, J.H. Incidence and survival in patients with sinonasal cancer: a historical analysis of population-based data / J.H. Turner, D.D. Reh // Head Neck. – 2012. – Vol. 34 – P. 877–885.

5. Squamous cell carcinoma at maxillary sinus: clinicopathologic data in a single Brazilian institution with review of literature / [M. Roter et al.] // Int J Clin Exp Pathol. – 2014. – Vol. 7 – P. 8823–8832.

6. An infiltrative squamous cell carcinoma of the sinonasal tract - a report of a rare case / [Subhalakshmi, M. Mathew, A.R. Raghu et al.] // International Journal of Advanced Research. 2014 – Vol. 2(5). – P. 792-798.

7. Llorente, J.L. Sinonasal carcinoma: clinical, pathological, genetic and therapeutic advances / J.L. Llorente, F. Lopez, C. Suarez // Nature Reviews Clinical Oncology. – 2014 – Vol. 11. – P. 460-472.

8. Насыров, В.А. Пиоцеле решетчатого лабиринта (случай из практики) / В.А. Насыров, Г.О. Миненков, Ж.М. Турапова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – №11/2. – С. 300-304.

9. Алиев, Б.М. Комбинированное и консервативное лечение рака слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи / Б.М. Алиев, В.П. Бойков, Е.Г. Матякин // Вестник Онкологического научного центра Российской академии медицинских наук. – 1995. – Т. 6. – № 4. – С. 21-25.

**ПЕРЕХОДНО-КЛЕТОЧНАЯ ПАПИЛЛОМА ПРАВОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ
ПАЗУХИ И ПОЛОСТИ НОСА С УЧАСТКАМИ МАЛИГНИЗАЦИИ
(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**

М.В. Насыров¹, Н.В. Солодченко²

¹Кыргызско-Российский Славянский университет
(ректор – д.т.н., профессор Нифадьев В.И.)

²Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: nasyrov_mv@mail.ru
dr.snv@mail.ru*

Резюме: В данной статье авторы приводят клинический случай пациента с переходно-клеточной папилломой правой верхнечелюстной пазухи и полости носа с участками малигнизации, особенности течения и диагностики данной патологии.

Ключевые слова: переходно-клеточная папиллома, объемное новообразование полости носа, объемное образование верхнечелюстной пазухи.

**МАЛИГНИЗАЦИЯ БОЛҮГҮ БАР ОҢ ТАРАПТАГЫ ҮСТҮҢКҮ ЖААК
ПАЗУХАСЫНЫН ЖАНА МУРУН КӨӨДӨЙҮНҮН КЛЕТКАЛЫК – ӨТМӨ
ПАПИЛЛОМАСЫ**

М.В. Насыров¹, Н.В. Солодченко²

¹Кыргыз-Россия Славян университети (ректор – т.и.д., проф. Нифадьев В.И.)

²И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Берелген статьяда авторлор малигнизация бөлүчү бар оң тараптагы үстүнкү жаак пазухасынын ж/а мурун көөдөйүнүн клеткалык – өтмө папилломасынын – пациенттердеген болгон клиникалык случайларды келтирет жана бул оорунун өтүшүнүн өзгөчөлүгүн, диагностикасын айтын берет.

Негизги создор: клеткалык – өтмө папилломасы, мурун боштук көлөмү шишик, ээк синус пайда көлөмү.

**TRANSITION-CELLULAR PAPILLOMA OF THE RIGHT MAXILLARY SINUS AND
NASAL CAVITY WITH AREAS OF MALIGNANCY (CASE OF PRACTICE)**

M.V. Nasyrov¹, N.V. Solodchenko²

¹Kyrgyz-Russian Slavic university (rector – DScTech, professor Nefadiev V.I.)

² Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – MD, professor Kudaybergenova I.O.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: In this article, the authors present a clinical case of a patient with a transitional cell papilloma of the right maxillary sinus and nasal cavity with areas of malignancy, features of the course and diagnosis of this pathology.

Key words: transitional cell papilloma, volume neoplasm of the nasal cavity, volume formation of the maxillary sinus.

В настоящее время проблема опухолей ЛОР-органов достаточно актуальна, поскольку они часто встречаются в практике оториноларинголога, однако заподозрить данный процесс удается не всегда на ранних сроках. Поражение опухолевым процессом слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух занимает второе и третье места по частоте среди опухолей верхних дыхательных путей.

Для папиллом полости носа и ППН характерна высокая склонность к рецидивам (в 3 - 19% случаев) и малигнизации (от 5 до 10%) [1, 2]. Трудности диагностики и лечения при рецидивах намного больше, чем при первичных опухолях и, как следствие, эффективность лечения резко падает [3].

Ранняя диагностика опухолей полости носа и околоносовых пазух на начальных стадиях развития заболевания представляет большие трудности. Почти у 60% больных первичные признаки заболевания расцениваются неправильно. Особенно это касается опухолей околоносовых пазух [4].

В настоящее время возможности компьютерной томографии для предоперационного обследования больных с заболеваниями околоносовых пазух в ряде случаев позволяют отказаться от стандартной рентгенографии. Диагностическая ценность компьютерной томографии составляет до 93% [5].

Приводим свое клиническое наблюдение. Больная Ш., 61 год (ИБ № 6053/489) находилась на стационарном лечении в ЛОР клинике НГ МЗ КР с 25.02.2019 по 12.03.2019 с диагнозом при поступлении: Новообразование верхней челюсти справа. Больная обратилась с жалобами на отсутствие носового дыхания, головную боль, периодические кровянистые выделения из правой половины носа.

Из истории заболевания: со слов пациентки считает себя больной в течение 6 месяцев, неоднократно обращалась к ЛОР врачу по месту жительства, где получала лечение по

поводу хронического верхнечелюстного синусита (с временным улучшением).

При локальном осмотре: наружный нос обычной формы обычной формы, при передней риноскопии в правой половине носа визуализируется образование белесоватого цвета, обтурирующее правую половину носа, с бугристой поверхностью, исходящее из латеральной стенки.

Общеклинические анализы без особенностей.

Окулист: OD=OS = 1,0

Глазное дно: ДЗН бледно розовый, границы четкие, СП в центре, артерии резко сужены, вены полнокровны извитые, больше слева. Сетчатка без очаговой патологии.

МСКТ придаточных пазух от 12.02.2019

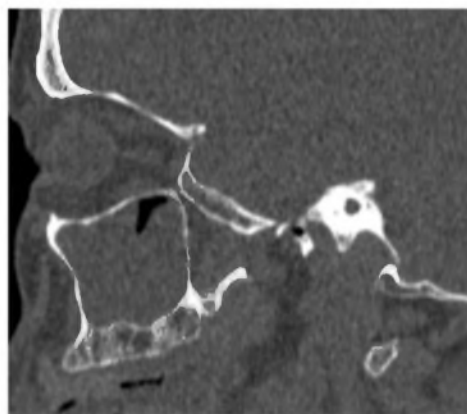
В правой половине носа с распространением в правую гайморову пазуху, правую половину решетчатой пазухи, правые отделы ротоглотки, выявляется дополнительное опухолевидное образование неправильной формы, размерами около 41х45х57 мм. Структура образования однородная, плотность мягкотканная, разрушает носовые раковины справа, перегородки стенок нижних ячеек решетчатого лабиринта. Признаков распространения образования в полость черепа и правой глазницы, а так же в левую половину носовой полости не выявлено. Определяются множественные не увеличенные и увеличенные до 11-15 мм, подчелюстные, верхние и средние яремные лимфоузлы.

Слизистая оболочка правой лобной пазухи и прилежащих отделов клеток решетчатого лабиринта неравномерно утолщены до 2-5 мм. В базальных отделах левой гайморовой пазухи выявляется ретенционная киста около 14 мм диаметром.

Заключение: КТ-данные за образование правой половины полости носа, правой гайморовой пазухи, нижних отделов клеток решетчатого лабиринта справа, гиперплазия подчелюстных, верхних и средних яремных лимфоузлов с обеих сторон (рис. 1).



КТ- срез выполненный в аксиальной проекции.



КТ- срез выполненный в сагиттальной проекции.

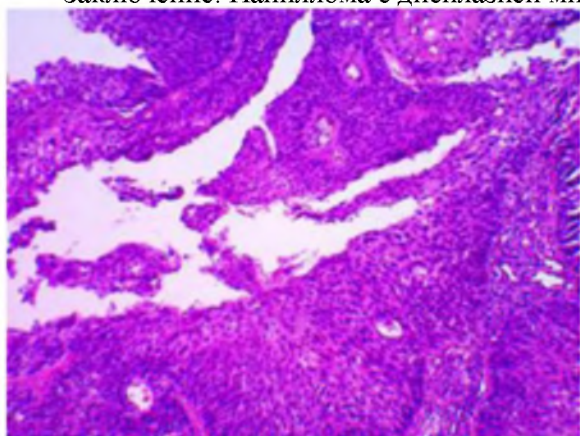


КТ- срез выполненный в коронарной проекции.

Рис. 1. КТ - картина больной Ш., 61 год (ИБ № 6053/489).

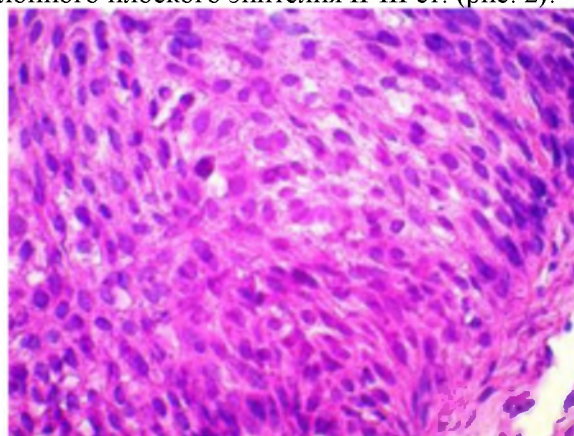
Биопсия из правой половины носа от 25.02.2019 № 23.866-68 б/з.

Заключение: Папиллома с дисплазией многослойного плоского эпителия II-III ст. (рис. 2).



Окраска гематоксилин-эозином.

Ув. 100



Окраска гематоксилин-эозином.

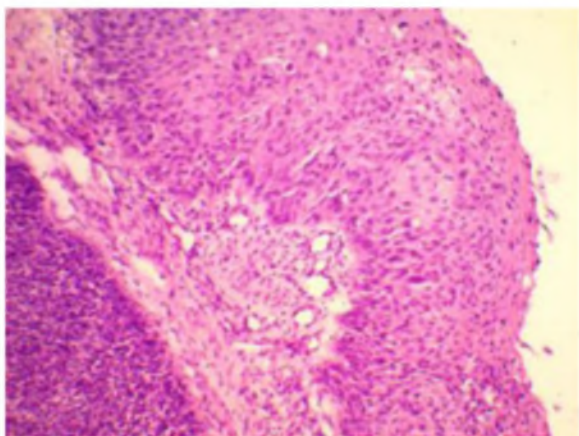
Ув. 400

Рис. 2. Гистологическая картина при биопсии из полости носа больной Ш., 61 год (ИБ № 6053/489).

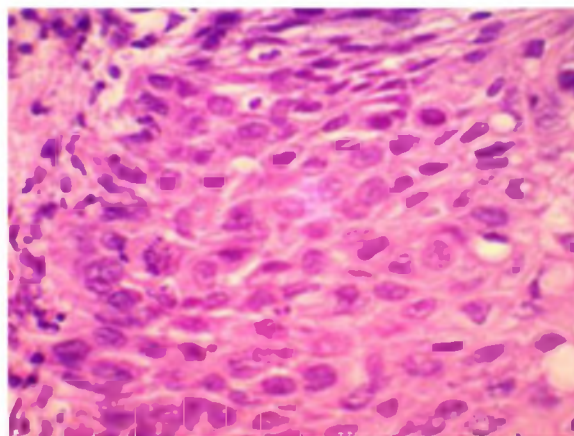
Операция от 05.03.2019 – Гайморотомия справа с удалением опухоли полости носа справа.

Патогистологическое исследование удаленной ткани из правой в/ч пазухи и полости носа справа. № 27553-9 б/з (рис. 3).

Заключение: Переходно-клеточная папиллома с малигнизацией (очаговой).



Окраска гематоксилин-эозином.
Ув. 100



Окраска гематоксилин-эозином.
Ув. 400

Рис. 3. Патогистологическое исследование макропрепарата больной Ш., 61 год (ИБ № 6053/489).

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Тампон удален через двое суток после операции. Проведена антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия.

Таким образом, нами приведен случай из практики ЛОР-врача, у пациента который находился на лечении по поводу хронического синусита в течение длительного времени. В то время как, под маской хронического заболевания скрывалось объемное новообразование с признаками малигнизации. Клиническая картина данного новообразования не имеет каких либо патогномоничных признаков. На наш взгляд, пациенты страдающие хроническими заболеваниями полости носа и ГПН нуждаются в обязательной КТ диагностике, как при неэффективности лечения, так и при частых рецидивах заболевания.

Литература

1. Casalini, P. Role of HER receptors family in development and differentiation / [P. Casalini, M. V. Iorio, E. Galmozzi et al.] - J. Cell Physiol.-2004.-Vol. 200, Issue 3.-P. 343-350.
2. Luser, B. Human papillomavirus infection and expression of 53 and c-erbB-2 protein in laryngeal papillomas / [B. Luser, N. Gale, V. Kambic et al.] - Acta. Otolaryngol. Suppl. (Stockh).-1997.-Vol.527.-P. 120-124.
3. Luhn, J.P. Das papilloma inversum eine pathologische und klinische analyse / J. P. Luhn, K. Hermann // HNO.-1987.-Bd.35-№4.-S. 167-171.
4. Балин, В.Н. Опыт использования компьютерной томографии в диагностике заболеваний челюстно-лицевой области / Балин В.Н., Кузнецов С.В., Иорданишвили А. К. - Стоматология. 1994. - № 1. - С. 30-32.
5. Балин, В. Н. Компьютерная томография в распознавании заболеваний верхнечелюстных пазух / В.Н. Балин, С.В. Кузнецов, А.К. Иорданишвили // Здравоохран. Беларуси. - 1994. - № 3. - С. 46-48.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Н.А. Кубаталиева

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н.Ельцина
(ректор - д.т.н., проф. Нифадьев В.И.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье проведен анализ течения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ) заднего полукружного канала слева, возникшего после непродолжительного приема гашиша у больного 21 года с последующим полным прекращением приступов головокружений после проведения маневра Эплей.

Ключевые слова: доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение (ДППГ), вестибулярные нарушения, очки Френзеля, проба Дикса-Холлпайка, маневр Эплей.

ЗАЛАЛСЫЗ ПАРОКСИЗМАЛДЫК АБАЛДУУ БАШ АЙЛАНУУНУН КЛИНИКАЛЫК ОКУЯСЫ

Н.А. Кубаталиева

Кыргыз-Россия Славян университети (ректор - д.т.н., проф. Нифадьев В.И.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Келтирилген макалада 21 жаштагы оорулуунун гашишти кыска моонотто пайдалангандан кийин пайда болгон сол жактагы арткы жарым тегерек турундуго каналдын залалсыз пароксизмалдык абалдуу баш айлануусун журушунун анализи келтирилген. Баш айлануунун кайталанышы Эплей маневрун жасагандан кийин толук токтогон.

Негизги создор: залалсыз пароксизмалдык абалдуу баш айлануу (ЗПАБ), вестибулярдык бузулуу, Френзелдин очкиси, Дикс-Холлпайктык текшеруу, Эплейдин маневру.

CASE REPORT OF THE BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO

N.A. Kubatalieva

Kyrgyz-Russian Slavic University (rector – Ph.D., Prof. Nifadiev V.I.),
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: This article analyzes the course of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) of the posterior semicircular canal on the left side, which arose after a brief reception of hashish by the 21-year-old patient with following complete cessation of vertigo attacks after the Epley maneuver conducting.

Key words: benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), vestibular disorders, Frenzel glasses, Dix-Hallpike test, Epley maneuver.

Проблема головокружения является чрезвычайно актуальной в современной медицине. Головокружение очень широкое понятие, которое включает в себя разнообразные симптомы (иллюзионное ощущение вращения предметов или собственного тела, потемнение в глазах,

помутнение в голове, неустойчивость при ходьбе и др.)

ДППГ является одним из наиболее распространенных форм головокружений и является самой частой причиной системного головокружения. Распространенность ДППГ среди всех периферических вестибулярных

головокружений, по данным разных авторов, составляют от 1% до 35%, а в популяции, по данным M.vonBrevem и соавторов - в среднем 2,4% [1]. Частота встречаемости ДППГ увеличивается с возрастом, в возрастной группе пациентов старше 80 лет до 10% головокружений приходится на ДППГ. Данная патология характеризуется повторяющимися эпизодами головокружений, которые длятся не больше 1 минуты, носит благоприятный прогноз. Однако важно помнить, что у пациентов, страдающих ДППГ, а также другими формами головокружений, есть высокий риск падения, что может привести за собой неутешительные последствия и отрицательно сказаться на качестве жизнедеятельности.

Внезапные эпизоды головокружения провоцируются движениями головы. Эти эпизоды достаточно интенсивные, но очень короткие. Также может характеризоваться неустойчивостью при ходьбе, дурнотой, ухудшением ориентировки, потемнением в глазах, потерей равновесия, нечетким видением окружающих предметов, их вращением или смещением в сторону, а также вращением собственного тела относительно окружающей среды [2].

В данное время причины возникновения ДППГ изучены не до конца. В клинической практике отсутствуют сведения о прогностических факторах, предшествующих ДППГ. Многие исследователи предположили корреляцию между дефицитом витамина D и рецидивирующим ДППГ (по данным разных исследователей до 90% случаев ДППГ расценивается как идиопатическое). Этот процесс гормонозависимый и имеет связь с дефицитом эстрогена [3]. И лечение ДППГ носит симптоматический характер, в большинстве случаев возникают рецидивы ДППГ, и качество жизни этих пациентов снижается.

Данная патология возникает в результате попадания отолитов в просвет одного из нескольких полукружных каналов, которые должны находиться в преддверии лабиринта. Подтверждают эту теорию недавние интраоперационные находки известкового материала в просвете заднего полукружного канала у пациентов с ДППГ [4]. Преддверие лабиринта содержит эллиптический (утрикулус) и сферический (саккулус) мешочек. Саккулус и утрикулус содержат рецепторные образования-макулы, состоящие

из нейроэпителия и опорных клеток. Сверху они покрыты отолитовой мембраной, содержащей отолиты. Отолитовая мембрана состоит из 3 слоев: желатинозного, субкупулярного и собственно отолитового аппарата, который содержит единичные крупные множественные мелкие отолиты [5]. Субкупулярный и желатинозный слои постоянно обновляются и секретируются эпителиальными клетками [6]. Отолиты человека имеют сложное строение: представляют собой тело цилиндрической формы, средний их размер составляет около 10 мкм.

В 1979г. S.Hall и соавт. [7] высказали предположение, что приступы ДППГ заднего полукружного канала могут быть связаны с перемещением частиц отолитов в задний полукружный канал как наиболее низко расположенный. При попадании в него отолиты вызывают увеличение давления эндолимфы на купулу при изменении положения головы и перемещении отолитов в просвете канала.

В данном клиническом наблюдении демонстрируется возникновение ДППГ заднего полукружного канала слева после приема гашиша и полное прекращение приступов головокружения после применения маневра Эплей. Приводим собственное клиническое наблюдение.

Пациент А., 22 лет, (амбулаторная карта №523) обратился с жалобами на приступы головокружения, которые возникают при изменении положения головы и продолжаются в течение 6 месяцев.

Из анамнеза известно, что приступы системного головокружения начали беспокоить после приема гашиша, другие возможные причины возникновения ДППГ отрицает (травмы, вирусная инфекция, падения и т.д.). Помимо этих жалоб имеется ряд жалоб, как нарушение координации движений, в особенности походки, раздражительность, депрессивное настроение, безадресная злость, головная боль, боязнь закрытых пространств. Приступы головокружения чаще беспокоят при резких поворотах головы, при поворотах с бока на бок в постели, вставании с постели, наклоны туловища вперед, тяжелых физических нагрузках, а также при быстрых движениях всем телом.

В соответствии с классическим клиническим алгоритмом диагностики первостепенную роль в обследовании пациента с

головокружением играет анализ жалоб и анамнеза заболевания. На втором месте по значимости стоит отоневрологический осмотр, который представляет собой набор клинических тестов и проб, цель которого – определить

уровень поражения вестибулярной системы [8,9,10,11]. С целью исключения поражения вестибулярного анализатора центрального генеза был проведен ряд обследований (табл. 1, 2):

Таблица 1 - Стато-координаторные и стато-кинетические пробы

Проба пальце-пальцевая	Выполняет
Адиадохокнез	Нет
В простой позе Ромберга	Устойчив
В сенсibilизированной пробе Ромберга	Устойчив
Ходьба по прямой с закрытыми глазами	Выполняет
Фланговая ходьба	Выполняет

Таблица 2 - Исследование глазодвигательных реакций

Конвергенция сохранена, нистагм при этом нет	
Тест энергичного встряхивания головы	Отрицательный
Плавное зрительное слежение	не нарушено
Оптокинетический нистагм	Не нарушен
Маневр укладывания на бок	Появление вертикального нистагма вверх при укладывании на левый бок
Проба Дикса-Холлпайка	При повороте головы вправо - отрицательная, при повороте головы влево - положительная
Roll-test (проба Pagnini-McClure)	Отрицательная в обе стороны

Позиционная проба Дикса-Холлпайка считается «золотым стандартом» в диагностике позиционных головокружений. Пациент резко укладывается на спину, при этом голова повернута в сторону левого уха на 45 градусов, через латентный период (15 секунд) видим возникновение характерного нистагма. Нистагм во время головокружения оценивался с помощью очков Френзеля. Это очки с увеличивающими линзами в 16 диоптрий в виде маски с ограничением боковых полей зрения и встроенной подсветкой глаз, в которых отсутствует фиксация взгляда.

В данном случае нистагм вертикальный вверх с ротаторным компонентом влево, возникло головокружение длительностью около 10 секунд. Приступ течет по крещендо-декрещендо (нистагм и головокружение быстро усиливается и быстро проходит). Пациент возвращается в исходное положение, и мы видим, что направление нистагма меняется, нистагм бьет вниз и ротаторный компонент в противоположную сторону - это типичный приступ ДППГ заднего полукружного канала. Отсутствуют нарушения слуховой функции. Между приступами пациент чувствует себя хорошо. Проба Дикса-Холлпайка справа отрицательная.

Лечение каналолитиза заднего полукружного канала заключается в проведении репозиционного маневра Эплей, с помощью чего происходит обратное перемещение частиц отолитов в ампулу.

Тест укладывания на бок (модифицированное упражнение Бранда-Дароффа) пациент разворачивает голову в противоположную сторону на 45 градусов, пациент укладывается на исследуемую сторону на бок, ноги могут оставаться внизу. Обязательно тестируем 2 стороны.

В данном случае видим вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом влево, и пациент жалуется на наличие головокружения.

Маневр Эплей - суть данного маневра заключается в перемещении отолитов по всему каналу, и чтобы отолиты через гладкое колено обратно выпали в утрикулус и обратно попали в гелеобразную мембрану в отолитовую мембрану, закрепились там, и произошло осаждение. Маневр начинается как проба Дикса-Холлпайка, пациент укладывается на спину, голова развернута на 45 градусов в пораженную сторону, ждем истощения головокружения (90 секунд). Главное в этом маневре дожидаться, когда все отолиты

достигнут нижнего положения, то есть под силой тяжести опустится по каналу. Голова поворачивается в противоположную сторону, опять ожидаем 90 секунд. И третье положение - голова в пол, и тоже ожидаем 90 секунд. Резкие движения делать запрещается, достаточно в правильном положении выдерживать голову и ожидать. Усаживаем пациента с опущенной головой вниз - это последний этап, отолиты попадают в утрикулус, и ждем 2 мин.

При осмотре неврологом данных за очаговую неврологическую патологию не выявлено.

УЗДС артерий головного мозга:

1. Скоростные показатели кровотока по средним мозговым артериям в пределах нормы. Скоростные показатели кровотока по передним мозговым артериям с обеих сторон не визуализируются из-за плотности чешуи височной кости. Скоростные показатели кровотока по задним мозговым артериям не снижены.

2. Скоростные показатели кровотока по задним мозговым артериям на интракраниальном уровне не снижены.

3. Индексы, характеризующие уровень периферического сосудистого сопротивления, не снижены.

4. Скоростные показатели кровотока по вене Розенталя справа незначительно повышены. Признаки умеренной венозной внутричерепной гипертензии.

5. УЗДГ брахиоцефальных сосудов: Гемодинамически значимых препятствий кровотоку и вариантов строения внечерепных отделов брахиоцефальных артерий не выявлено. Непрямолинейность хода позвоночных артерий в каналах поперечных отростков шейных позвонков, что очевидно обусловлено остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

МРТ головного мозга: МРТ данных за органическое поражение головного мозга и наличие очаговых патологических образований не получено.

Диагноз ДППГ заднего полукружного канала был подтвержден при пробе Дикса-Холлпайка, которая проводилась с помощью очков Френзеля (рис.).



Рис. Очки Френзеля.

Исходя из того, что гашишный психоз не развился, не требуется специальное лечение, все симптомы исчезли через 4 месяца после полного отказа от употребления гашиша, а головокружение - после нескольких маневров Эплей. Для ускорения выздоровления рекомендованы физические нагрузки, водные процедуры, витамины, щадящая диета.

Учитывая данный клинический пример, можно предположить, что употребление наркотического вещества могло явиться причиной возникновения данной патологии. Требуется дальнейшее исследование возможности влияния гашиша на отолитовый аппарат.

Литература

1. Пальчун, В.Т. Клиническое обследование пациента с головокружением/ [В.Т. Пальчун, А.Л. Гусева, Ю.В. Левина и др.] – М., 2015.-84 с.
2. Косяков, С.В. Головокружение (методическое пособие) // Путеводитель амбулаторного врача.-М., 2015.-С.33-34.
3. Пальчун, В.Т. Диагностика и лечение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения / В.Т. Пальчун, Н.Л. Кунельская, Е.В. Ротермель //Вестник оториноларингологии. -2007.- №1(4).- С. 7.
4. Ogun, O.A. Benign paroxysmal positional vertigo/ [O.A. Ogun et al.] /BPPV.-2014.-21/8.- P.886-889.

5. Otokonia biogenesis, phylogeny, composition and functional attributes/ [C.D. Fermin et al.]// *HistolHistopathol.* - 1998.-13/4.-C.1103-1154.
6. Lim, D.J. Morphogenesis and malformation of otoconia: a review // *Birth Defects Orig Artic Ser.* - 1980.-16/4.-P.111-146.
7. Hall, S.F. The mechanics of benign paroxysmal vertigo / S.F. Hall, R.R. Ruby, J.A. McClure // *Otolaryngol.* - 1979.-8/2.-P.151-158.
8. Lempert, T. Horizontal benign positional vertigo/ Lempert T. // *Neurology.* - 1994.-44.-P. 2213.
9. Strupp, M. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness/ M. Strupp, T. Brandt // *Dtsch Arztebl Int.* - 2008.-105 (10).-P.173-180.
10. Semont, A. Diagnosis and treatment of BPPV: liberatory maneuver. / Semont A. - Report on the 2-nd Meeting of European Academy of ORL-HNS and CE ORL-HNS.Nice. - 2013.-29/04. -C.29-31.
11. Насыров, В.А. Дифференциальная диагностика головокружения в оториноларингологии / В.А. Насыров, Т.А. Изаева, И.М. Исламов. – Бишкек, 2019.-С.44-45.

УДК 616 - 053.2:32

**ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ФОРМИРОВАНИЯ ЦИРРОЗОВ
ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ (по данным НЦОМид)**

Г.К. Кожоназарова, А.А. Сариева, Р.А. Алмазбекова

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра факультетской педиатрии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: aijanka57@gmail.com

Резюме: В статье приведены данные ретроспективного исследования детей с циррозом печени, находившихся на стационарном обследовании и лечении в отделении гастроэнтерологии Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид) за период 2017-2018гг. Был проведен анализ по специально составленной карте исследования, куда вошли данные анамнеза, объективного осмотра, лабораторного и инструментального методов исследования.

Ключевые слова: дети, цирроз печени, распространенность, гастроэнтерология.

**БАЛДАРДЫН КАРА САРЫК ООРУСУНУН
(БООР ЦИРРОЗУНУН) ЭТИОЛОГИЯЛЫК ТҮЗҮМҮ ЖАНА ПАЙДА БОЛУУ
ЖЫШТЫГЫ (ЭЖБКУБнун маалыматтары боюнча)**

Г.К. Кожоназарова, А.А. Сариева, Р.А. Алмазбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Факультеттик педиатрия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада Эне жана Баланы Коргоо Улуттук Борбору-нун гастроэнтерология бөлүмүндө 2017-2018 жылдар арасында кара сарык оорусу (боор циррозу) менен жабыркаган балдардын текшерилип жана дарыланып жаткандыгы жөнүндө ретроспективдүү маалыматтар келтирилген. Атайын жасалган изилдөө картасы боюнча анализ кылынган. Анын ичине анамнездин берилмелери, объективдүү текшерүү, лабораториялык жана функционалдык куралдар аркылуу изилдөөлөрдүн берилмелери киргизилген.

Негизги создор: балдар, кара сарык оорусу (боор циррозу), жайылуу, гастроэнтерология.

**ETIOLOGICAL STRUCTURE AND FREQUENCY
OF LIVER CIRRHOSIS IN CHILDREN (according to NCMAcc)**

G.K. Kozhonazarova, A.A. Sarieva, R.A. Almazbekova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Faculty Pediatrics
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The article presents data from a retrospective research of children with liver cirrhosis, hospitalized and examined at the department of gastroenterology of The National Center of Maternity and Childhood Care during the period of 2017-2018. The analysis was carried out on a special research card of patients, where included the data of anamnesis, objective examination, laboratory and functional research.

Key words: children, liver cirrhosis, prevalence, gastroenterology.

Цирроз печени (ЦП) — хроническое заболевание печени, сопровождающееся необратимым замещением паренхиматозной ткани печени фиброзной соединительной тканью, или стромой.

Актуальность исследования. Циррозы печени занимают значительное место в структуре заболеваний органов пищеварения и на сегодняшний день они являются актуальной социально-экономической и клинко-эпидемиологической проблемой детского здравоохранения всех стран мира [1]. Это связано с нарастанием количества больных с такой грозной патологией, приводящей к высокому уровню летальности. К сожалению, отмечен рост цирроза печени и в нашей республике, более того, преимущественно, у детей раннего возраста. По данным Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид) за последние 10 лет так же ежегодно наблюдается рост больных с циррозом печени и хроническим гепатитом с трансформацией в цирроз. К сожалению, мировой статистики детского цирроза печени не существует [2]. В доступной нам литературе мы не нашли сведений о причинах развития ЦП у детей раннего возраста в КР и поэтому нам представилось интересным выявить причины, способствующие не только формированию цирроза печени, но и тенденции его омоложения.

Цель исследования: выявление причин и факторов, способствующих формированию цирроза печени у детей.

Материалы и методы исследования:

Исследование проводилось на базе отделения гастроэнтерологии НЦОМид. Проведен ретроспективный анализ 23 историй болезни детей с установленным диагнозом «Цирроз печени», проходивших стационарное лечение за период 2017-2018 гг. Анализ проводился по специально составленной карте обследования ребенка, куда вошли данные анамнеза, объективного осмотра, лабораторного и инструментального методов исследования. К лабораторным методам мы отнесли ОАК, биохимический анализ крови – печеночные тесты, свертывающую систему и электролитный состав крови. К инструментальным – УЗИ, ЭГДС, фибросканирование.

Результаты и их обсуждение:

Наши больные оказались со всех регионов Кыргызской Республики. Из них было выявлено, что наибольшее количество детей поступило из Чуйской области – 39,1%. Этот факт объясняется, во-первых, доступностью стационара в г.Бишкек и, во-вторых, процессом внутренней миграции. Далее следуют пациенты из Таласской области – 13,0%, а на последнем месте – из Джалал-Абадской области – 4,3%. Представители других регионов (Ошская, Баткенская, Нарынская, Иссык-Кульская области) и г.Бишкек оказались в относительно равных количествах – 8,7% (рис. 1).

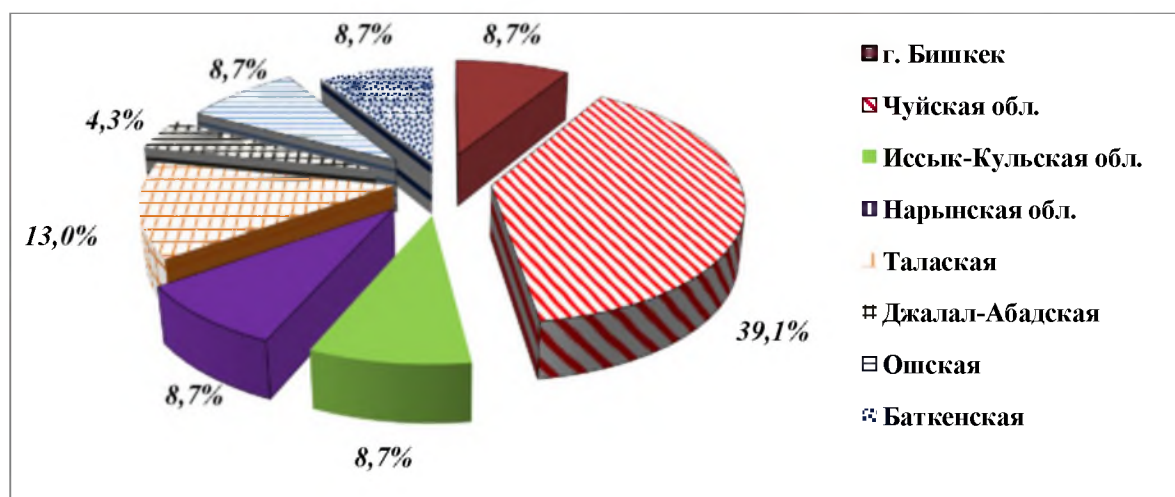


Рис. 1. Районы проживания детей с циррозом печени (по данным НЦОМид).

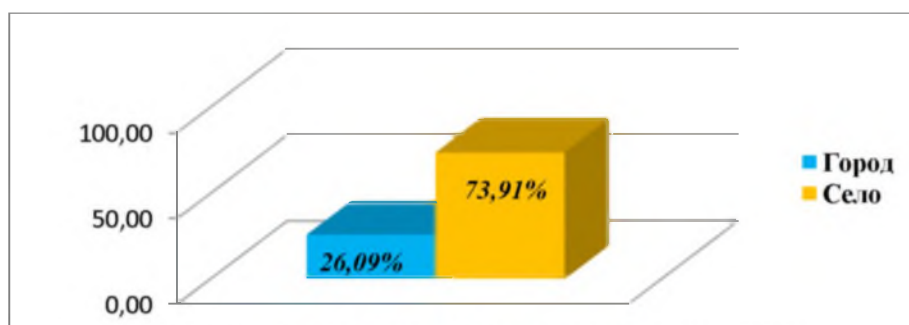


Рис. 2. Место проживания больных с циррозом печени.

Пациентов из южных областей оказалось меньше ожидаемого, всего в совокупности 21,7%, это связано с удаленностью проживания и с тем, что имеется отделение гепатологии в Ошской областной больнице.

Изучено также распространение цирроза печени у детей в зависимости от места проживания – город и село.

Основной контингент пациентов с циррозом печени составили дети, проживающие в сельской местности – 73,9%, в то время как удельный вес городских детей – 26,1% (рис. 2). Мы считаем, что это связано с низким социально-экономическим уровнем сельского населения и невысокого уровня обеспеченности медицинскими услугами. Кроме того, немаловажное значение имел факт

поздней обращаемости за медицинской помощью.

При изучении возрастного-полового состава больных с циррозом печени выяснилось, что у детей в возрасте от 1 до 3-х лет впервые заболевание было диагностировано в 39,1% случаев, у детей до 1-го года – в 21,7%, с 8 до 11-ти лет – в 21,2%, и меньше всего – 8,7% - у пациентов в возрастных категориях 4-7 лет и 12-16 лет (рис. 3). Большинство, а именно, 60% обследованных больных составили дети первых 3 лет жизни, что мы связываем с возрастной перестройкой печени на дольчатое строение с относительным снижением васкуляризации и развитием междольковой соединительной ткани к концу первого года жизни и полным его установлением к 4 годам.

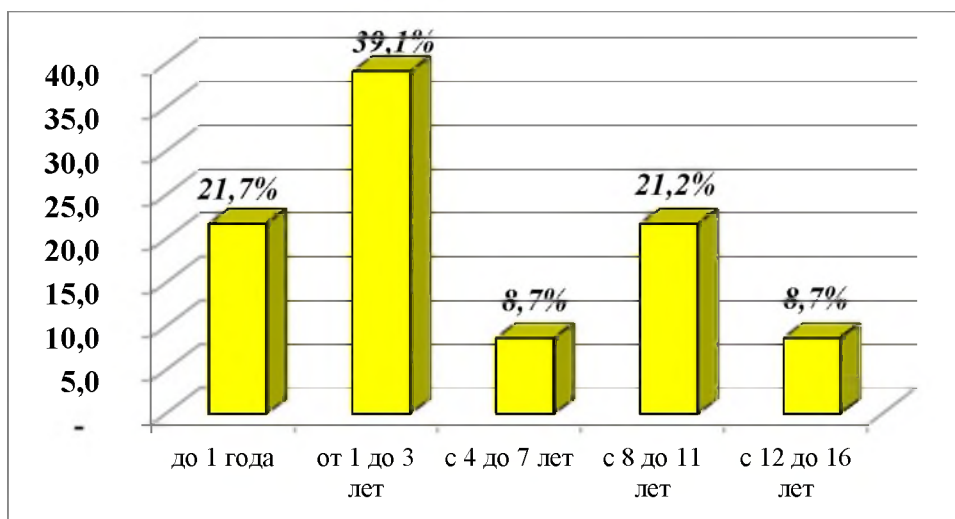


Рис. 3. Возраст детей с впервые выявленным циррозом печени.

В результате исследования также выявлено, что мальчиков с циррозом печени было почти в два раза больше, чем девочек – 65,22% и 34,78% соответственно.

Происхождение цирроза печени у детей имело неоднородную структуру и чаще всего носило врожденный характер.

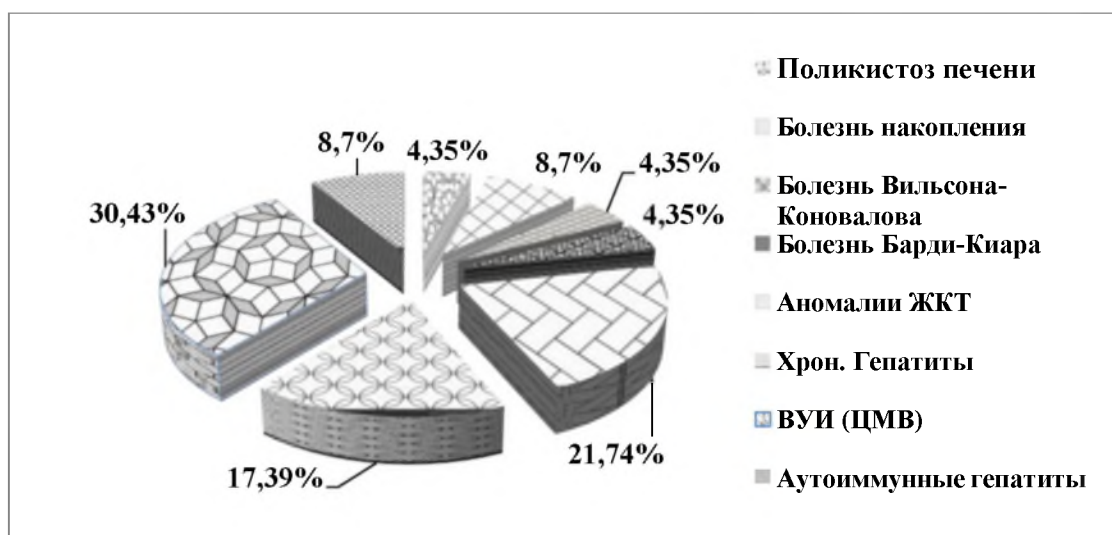


Рис. 4. Этиологическая структура циррозов печени у детей.

Как видно из рисунка 4, наибольший удельный вес в развитии цирроза печени у детей имеет, в первую очередь, внутриутробное инфицирование плода, в частности – ЦМВ-инфекция – 30,4%. Среди причин одинаково часто встречаются как врожденные пороки развития (аномалии сосудов печени - 21,7%, поликистоз печени и почек – 4,35%), так и наследственные заболевания в совокупности (болезнь накопления – 8,7%, болезнь Вильсона-Коновалова – 4,35%, болезнь Бадда-Киари – 4,35%, аутоиммунные гепатиты - 8,7%) у 25-26% детей и хронический гепатит В – 17,4%.

Наследственные заболевания печени были выявлены у детей, рожденных от родственных браков, преимущественно из

Баткенской области и с заболеваниями печени у одного из родителей.

В клинической картине (рис. 5) в 20,0% случаев наблюдалось отставание в физическом развитии. Печеночный синдром в виде желтухи отмечен у 8%, зуд кожных покровов и насыщенный цвет мочи – у 5%, ахоличный стул у 2% детей. Явления портальной гипертензии проявлялись в виде варикозного расширения вен пищевода у 15%, асцита у 15%, спленомегалии у 3%, безбелковые отеки у 2% пациентов с циррозом печени. Геморрагический синдром выявлен у 3% больных, а телеангиэктазии у 2% детей. Гепатомегалия в чистом виде наблюдалась у 6%, а в сочетании со спленомегалией - у 7% детей.

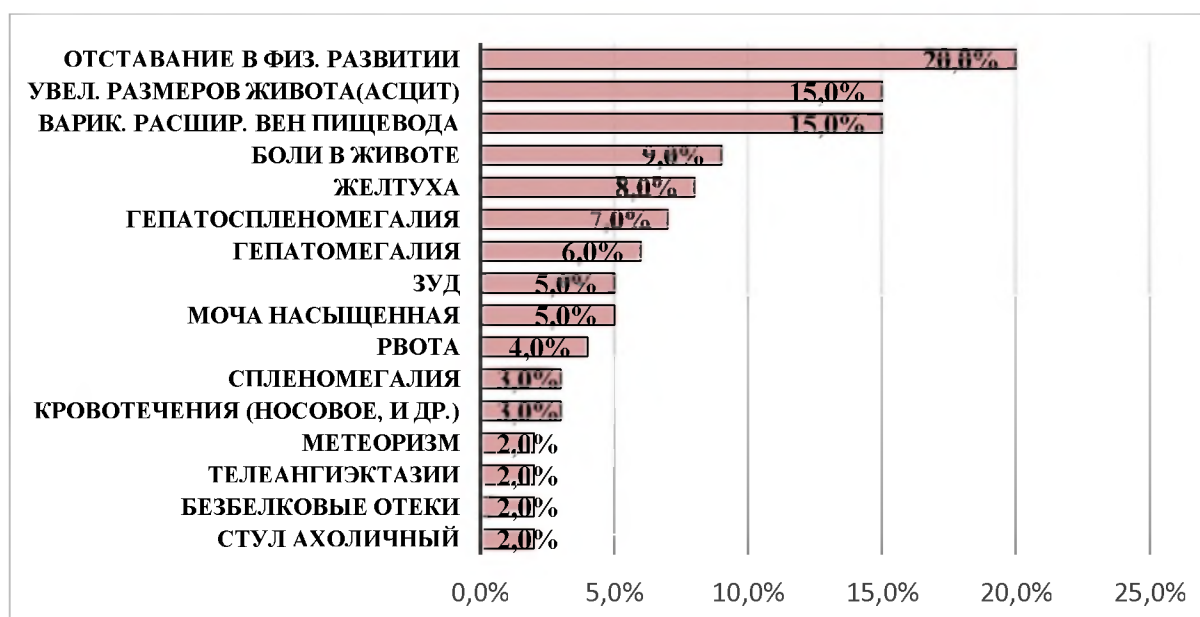


Рис. 5. Клинические проявления цирроза печени у детей.

Фактически у всех детей имелись явления астеновегетативного синдрома в виде слабости, быстрой утомляемости, сниженного аппетита. У части детей наблюдалась рвота (4,3%), как проявление интоксикации, также имели место боли в животе (9,7%) и явления метеоризма (2,2%).

Всем детям проводился комплекс обязательных лабораторных и инструментальных методов исследования.

В первую очередь, для проверки функционального состояния печени прово-

дилось биохимическое исследование крови (рис. 6). В результате выявлено, что у 37,78% детей отмечалось повышение уровня билирубина, повышение тимоловой пробы - у 11,1% пациентов, и стабильно умеренное повышение АЛТ, АСТ, ГГТ практически у всех детей, что свидетельствует о синдроме цитолиза у обследованных детей с циррозом печени. Изменение белкового обмена проявлялось гипопротеемией (24,4%) и диспротеинемией (6,67%).

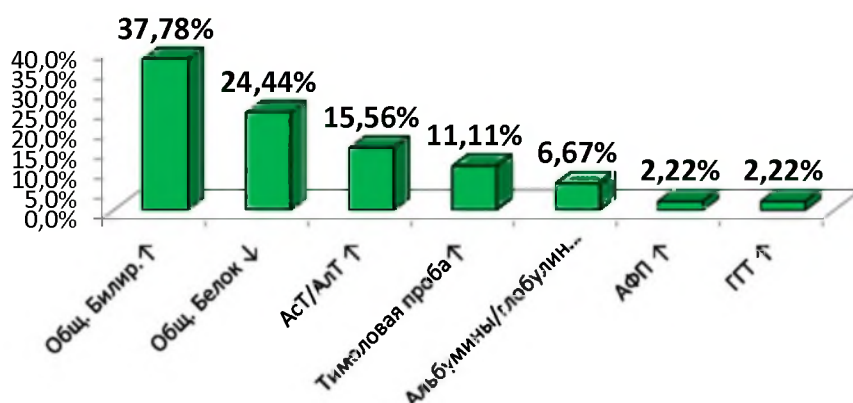


Рис. 6. Биохимический анализ крови на печеночные тесты.

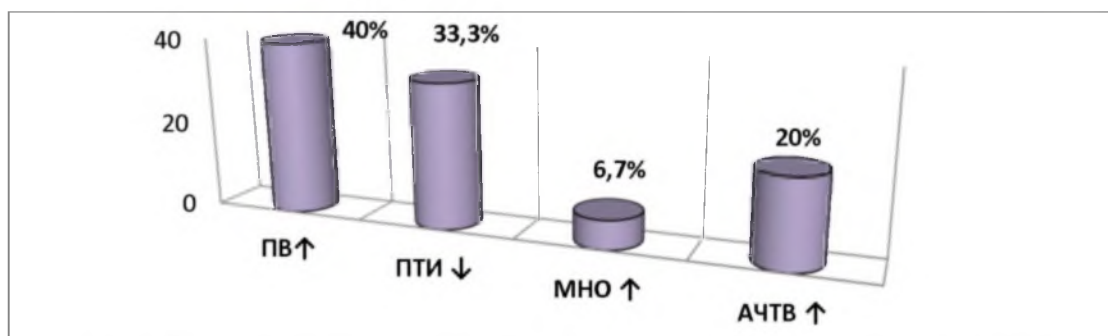


Рис. 7. Показатели свертывающей системы крови у детей с циррозом печени.

При циррозе печени одним из основных критериев диагностики является изменение со стороны свертывающей системы крови (ССК) (рис. 7). В данном исследовании показатели менялись следующим образом: повышение протромбинового времени и международного нормализованного отношения наблюдалось у

40% и 6,7% детей соответственно, снижение протромбинового индекса и активированного частичного тромбопластинового времени у 33,3% и 20% детей с циррозом печени соответственно.

Показатели ССК дают возможность прогнозирования течения заболевания и определения долговременной тактики лечения.

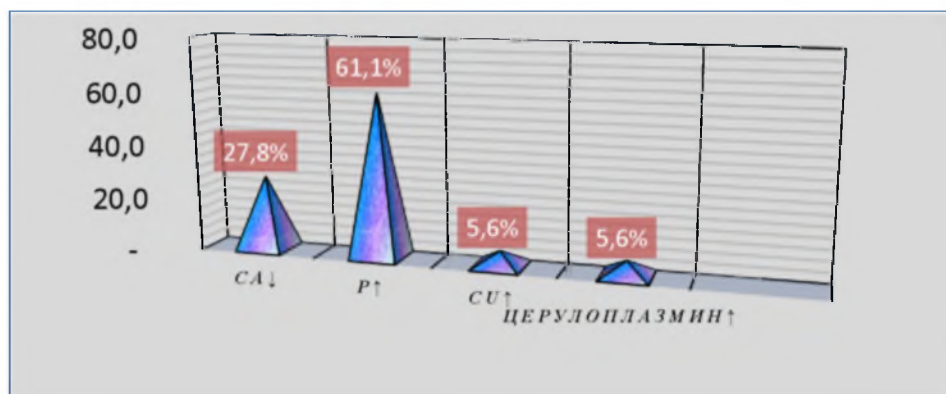


Рис. 8. Показатели электролитного состава крови у детей с циррозом печени.

Как видно из рисунка 8, достоверные изменения в электролитном составе крови отмечены лишь в отношении уровня кальция и фосфора: в 27,8% зарегистрировано снижение Ca, а в 61,1% - повышение фосфора. Повышение уровня меди и церулоплазмينا, как важнейших диагностических критериев болезни Вильсона-Коновалова, выявлены у 5,6% детей.

Как видно из рис. 9, всем детям было проведено одно из современных исследований фибросканом 502 Touch. При этом установлено, что более трети детей (34,8%) поступили к нам в стадии F4 по METAVIR, что еще раз подтверждает позднюю обращаемость за медицинской помощью.

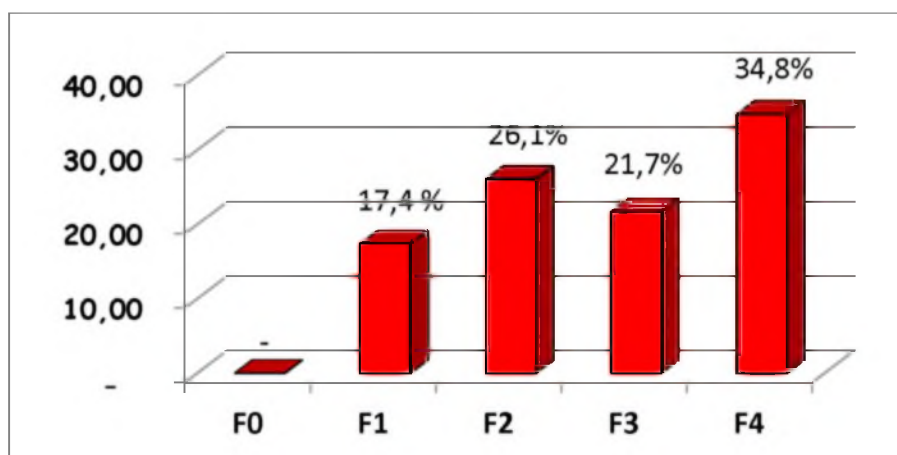


Рис. 10. Данные фибросканирования печени у детей.

Таким образом, констатируя вышеизложенное, были сделаны следующие **выводы**:

1. В 60% случаев цирроз печени впервые был диагностирован у детей раннего возраста, что мы связывали как с перестройкой печени на дольчатое строение с относительным снижением васкуляризации и развитием междольковой соединительной ткани к концу 1го года жизни и полным установление к 4 годам, так и с ВПР, и ВУИ.

2. Причинными факторами развития цирроза печени у детей раннего возраста явились ВУИ, врожденные пороки развития и наследственные заболевания печени, в совокупности - у 81,4% детей.

Наследственные заболевания печени наблюдались у детей, рожденных от

родственных браков, преимущественно встречающиеся в Баткенской области, и с заболеваниями печени у одного из родителей.

3. В клинической картине на передний план выступали отставание в физическом развитии, признаки портальной гипертензии и желтушный синдром. Далее по значимости – геморрагический и астеновегетивный синдромы.

Рекомендации к практическому здравоохранению:

1. Оздоровление женщин репродуктивного возраста;

2. Своевременный скрининг беременных женщин;

3. Проведение профилактических работ на участке с каждой женщиной репродуктивного возраста;

4. Желательно расширить объем исследования с использованием новейшего метода диагностики таким, как фибросканирование с датчиком размера С, специально предназначенных для детей от 1 мес до 14 лет.

Литература

1. Шифф, Ю. Р. *Болезни печени по Шиффу* / под ред. Тарасовой А.Ф., Клетиковой И.А. / Ю.Р. Шифф, М.Ф. Соррел, У.С. Мэддрей. – М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 592 с.

2. *Цирроз и другие заболевания печени* / под ред. Поляковой Е. – М.: Издательство «Слог», 2012. - 160 с.

ИЗМЕНЕНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 6-18 ЛЕТ г. БИШКЕК

Т.В. Насыров

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детской стоматологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: apendy_x@mail.ru

Резюме: в статье приведены результаты исследования 945 детей школы-гимназии №37 г. Бишкек в возрасте от 6 до 18 лет. Дети были разделены на 4 возрастные группы в соответствии с этапами формирования прикуса временных и постоянных зубов. В результате исследования, показано, что в ортодонтическом лечении нуждаются 445 человек (47,09%). Выявлен крайне низкий уровень гигиены полости рта при скученности зубов.

Ключевые слова: состояние пародонта, скученность, кровоточивость десен, мягкий налет, зубной камень.

БИШКЕК ШААРЫ БОЮНЧА 6-18 ЖАШТАГЫ ОСИҮРҮМ БАЛДАРДЫН ПАРОДОНТ ООРУУЛАРЫ ЖАНА ЖЫШ ЖАЙГАШКАН ТИШТЕРДИН АБАЛЫ

Т.В. Насыров

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Балдар стоматологиясы кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макала 945, №37 мектеп-гимназиясы 6-18 жашка чейинки балдардын изилдөөдөн кийинки жыйынтыгы. Балдардын тиштерин убактылуу жана туруктуу тиштөө түзүү тепкичи боюнча, курагына карап төрт топко бөлүндү. Аныкталды: муктаж болгондор ичинен ортодонтикалык дарылоо боюнча 445 (47,09%) бала аныкталган жана жыш жайгашкан тиштер эн томонку корсоткучту корсоткон.

Негизги создор: пародонттун абалы, жыш жайгашкан тиштер, тиш эриндердин канашы, налеттун женил түрү, тиштердин таштары.

THE CHANGES OF PERIODONTAL TISSUE AT CROWDED TEETH IN CHILDREN AGED 6 TO 18 YEARS OF BISHKEK CITY

T.V. Nasyrov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Pediatric Dentistry
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: the article presents the results of a study of 945 children of school-gymnasium №37 aged 6 to 18 years. Children were divided into 4 age groups according to the stages of bite formation of temporary and permanent teeth. Revealed: 445 people (47.09%) and extremely low level of oral hygiene with crowded teeth require orthodontic treatment.

Keywords: periodontal condition, crowding, bleeding gums, soft plaque, tartar.

Актуальность. Современная задача лечения воспалительных заболеваний тканей медицины вообще и стоматологии в частности пародонта у больных со скученностью зубов – предотвращение, проведение превентивных мер по профилактике заболеваний. Одной из значимость проблемы заключается в том, что данная патология может достигать 85% [1]. актуальных проблем в стоматологии является Скученность постоянных зубов имеет разработка методов профилактики и наибольшее распространение среди

школьников при различных видах зубочелюстно-лицевых аномалий [2,3]. По данным Г. И. Саблиной и соавт. [4] скученность зубов на верхней челюсти у детей в период смены зубов диагностирована в $22,5 \pm 3,0\%$, а на нижней челюсти - в $50,7 \pm 2,2\%$ случаев.

Скученные зубы нарушают эстетический вид больного, способствуют возникновению кариеса, вызывают функциональные расстройства и патологические изменения в тканях пародонта [5,6,7].

Одной из причин неравномерной нагрузки на пародонт являются наличие аномалий прикуса и изменение положения отдельных зубов, прежде всего, их скученность. В этих случаях развитие воспалительных процессов связано с нарушением нормального функционирования пародонта, которое заключается в перегрузке одних участков зубных рядов и функциональной недогрузке других. Скученность зубов обуславливает патологию пародонта, и проблемы лечения этих состояний оказываются связанными друг с другом.

Обследование детей от 6 до 18 лет показало неодинаковую распространенность зубочелюстных аномалий. Распространенность зубочелюстных аномалий детей и подростков составила 46%, аномалии прикуса - 3,2%, аномалии положения зубов - 32,4%. По возрастам в сменном прикусе (6-14 лет) преобладает скученность зубов верхней и нижней челюстей.

Из имеющих зубочелюстные аномалии школьников получают ортодонтическое лечение лишь 0,7%; 0,8% из учащихся нуждаются в ортопедическом лечении. С возрастом распространенность зубочелюстных аномалий увеличивается, наибольшее число наблюдается в 17 лет - 63,6%. За пять лет показатели гигиены полости рта изменились в лучшую сторону, но распространенность заболеваний пародонта (легкой формы) повысилась в Ошской области до 88,4%, в Чуйской - до 94,3%. Уровень оказания стоматологической помощи во всех регионах недостаточный [8].

Цель работы. Изучение распространенности скученности зубов и заболеваний пародонта, а также оценка нуждаемости в ортодонтической помощи у детей школы-гимназии №37 города Бишкек.

Материалы и методы исследования. Обследованные дети были разделены на 4 возрастные группы в соответствии с этапами формирования прикуса временных и постоянных зубов в связи с имеющимися рекомендациями 6-9 лет - ранний сменный прикус; 10-12 лет - поздний сменный прикус; 13-15 лет - начало формирования прикуса постоянных зубов; 16-18 лет.

Исследование проводилось с применением специально разработанных нами индивидуальных клинико-статистических карт. Нами было осмотрено 945 детей в возрасте от 6 до 18 лет из них мальчиков - 446, девочек - 499. По данным осмотра выявлено, что в ортодонтическом лечении нуждаются 445 человек (47,09%) (рис. 1).

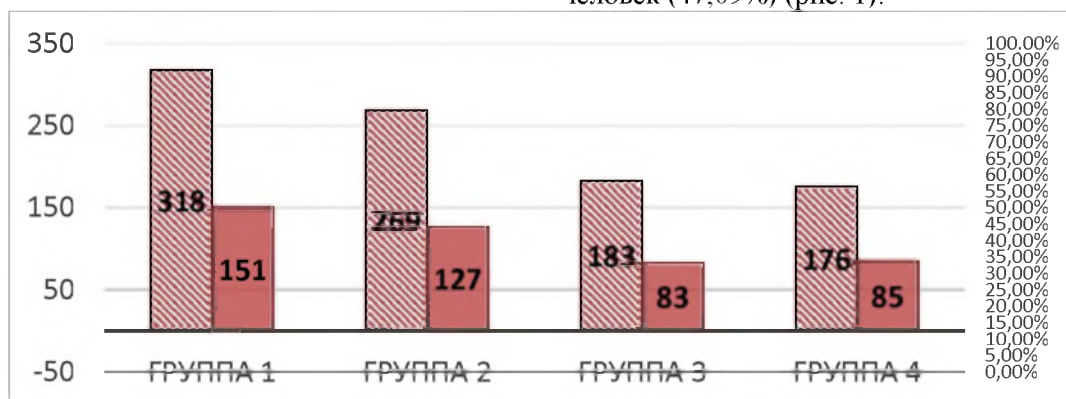


Рис. 1. Нуждаемость в ортодонтическом лечении в обследуемых группах.

Как видно из рис. 1, в первой группе (6-9 лет) из 318 детей необходимость в проведении ортодонтического лечения выявлена у 151 (47,5%), во второй группе (10-12 лет) - у 127 (47,2%) из 269, в третьей группе (13 - 15 лет) - у 83 (45,35%) из 183, в четвертой группе (16-18

лет) отмечен наибольший показатель - 85 (48,3%) из 176 чел.

Результаты собственных исследований. По данным исследования скученность зубов нижней челюсти (СНЧ) выявлена у 145 из 945 (15,34 %) (Рис.2-5).

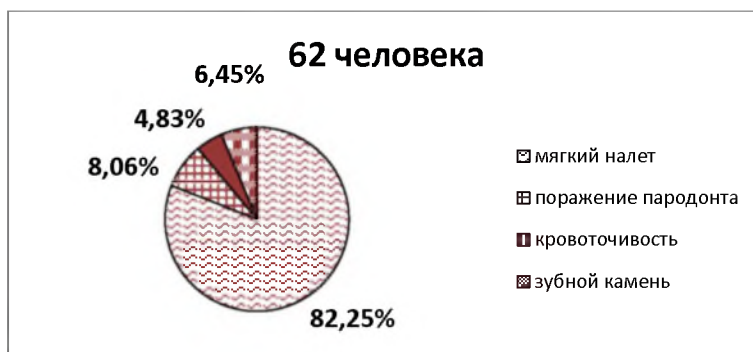


Рис. 2. Заболевания пародонта, выявленные в первой группе обследованных при СНЧ (возраст 6-9 лет).



Рис. 3. Заболевания пародонта, выявленные во второй группе обследованных при СНЧ (возраст 10-12 лет).



Рис. 4. Заболевания пародонта, выявленные в третьей группе обследованных при СНЧ (возраст 13-15 лет).



Рис. 5. Заболевания пародонта, выявленные в четвертой группе обследованных при СНЧ (возраст 16-18 лет).

Наибольшее число скученности зубов приходится на первую группу возраст 6-9 лет (62 чел.), во второй группе 10-12 лет СНЧ выявлена у 33-х, в третьей группе 13-15 лет – у 27 чел. и в четвертой (16-18 лет) – у 23 чел. Среди заболеваний пародонта при СНЧ в первой группе преобладало наличие мягкого налета на зубах, составив 82,25%, поражение пародонта отмечено в 8,06%, кровоточивость десен - 4,83%, зубной камень - 6,45%. Во второй группе мягкий налет составил 75,75%,

поражение пародонта - 6,06%, кровоточивость десен - 12,12%, зубной камень - 6,06%. В третьей группе мягкий налет составил 92,59%, поражение пародонта - 3,7%, кровоточивость десен - 3,7%, зубной камень - 22,2%. В четвертой группе мягкий налет составил 73,9%, зубной камень - 8,69%, поражение пародонта и кровоточивость десен не выявлены.

Скученность зубов верхней челюсти (СВЧ) из 945 обследуемых детей выявлена у 54 (5,71%) (Рис. 6 - 9).



Рис. 6. Заболевания пародонта, выявленные в первой группе обследованных при СВЧ (возраст 6-9 лет).



Рис. 7. Заболевания пародонта, выявленные во второй группе обследованных при СВЧ (возраст 10-12 лет).



Рис. 8. Заболевания пародонта, выявленные в третьей группе обследованных при СВЧ (возраст 13-15 лет).



Рис. 9. Заболевания пародонта, выявленные в четвертой группе обследованных при СВЧ (возраст 16-18 лет).

Наибольшее количество скученности зубов верхней челюсти приходится также на первую группу детей в возрасте 6-9 лет (26 чел.), во второй группе (10-12 лет) эта патология отмечена у 14 чел., в третьей группе 13-15 лет - у 6 чел. и в четвертой (возраст 16-18 лет) – у 8 чел. В первой группе наличие мягкого налета на зубах составило 76,9%, поражение пародонта и зубной камень - 7,69%, кровоточивость десен не выявлена. Во второй группе мягкий налет составил 78,57%,

кровоточивость десен - 21,4%, зубной камень - 7,14%, поражение пародонта не выявлено. В третьей группе мягкий налет составил 50%, поражение пародонта - 16,6%, зубной камень - 16,6%, кровоточивость десен не выявлена. В четвертой группе мягкий налет составил 87,5%, кровоточивость десен - 12,5%, зубной камень - 25%, поражения пародонта не выявлено.

Скученность обеих челюстей (СОЧ) также выявлена у 54 детей из 945, что составило 5,71% (Рис. 10-13).



Рис. 10. Заболевания пародонта, выявленные в первой группе обследованных при СОЧ (возраст 6-9 лет).



Рис. 11. Заболевания пародонта, выявленные во второй группе обследованных при СОЧ (возраст 10-12 лет).



Рис. 12. Заболевания пародонта, выявленные в третьей группе обследованных при СОЧ (возраст 13-15 лет).



Рис. 13. Заболевания пародонта, выявленные в четвертой группе обследованных при СОЧ (возраст 16-18 лет).

Наибольшее количество скученности зубов обеих челюстей выявлено в первой (возраст 6-9 лет) и в четвертой (16-18 лет) группах обследованных детей – по 16 чел., во второй группе (10-12 лет) их было 15 чел., в третьей группе (13-15 лет) – 7 чел. В первой группе наличие мягкого налета на зубах составило 68,75%, кровоточивость десен – 12,5%, зубной камень – 12,5%, поражения пародонта не выявлено. Во второй группе мягкий налет составил 86,6%, кровоточивость десен – 6,66%, поражение пародонта и зубной камень не выявлены. В третьей группе мягкий налет выявлен у всех детей (100%), при этом поражения пародонта, кровоточивости десен и зубного камня не обнаружили. В четвертой группе мягкий налет составил 81,25%, кровоточивость десен – 6,25%, зубной камень – 18,75%, поражения пародонта не выявлено.

Закключение

Таким образом, результаты наших исследований показали высокую частоту распространенности зубочелюстных аномалий (47,09%) у детей 6-18 лет г. Бишкек, в частности скученности зубов (верхней челюсти – 5,71%, нижней челюсти – 15,34%, обеих челюстей – 5,71%). При этом выявлен крайне

низкий уровень гигиены полости рта при скученности зубов (до 100% мягкого налета). Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения плановых осмотров в школах и детских дошкольных учреждениях с целью проведения гигиенических мероприятий, более активно выявлять детей и подростков, нуждающихся в ортодонтическом лечении, а не работать только по обращаемости, что снизит процент перехода патологии в более тяжелые формы. Также необходимо проводить активную санитарно-просветительную работу по улучшению гигиены полости рта и обучение младших школьников и дошкольников методам чистки зубов.

Литература

1. Орехова, Л.Ю. Иммунологические механизмы в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дис. . д-ра мед. наук. — СПб., 1997.-42 с.
2. Кулаженко, Т.В. Изучение эффективности профилактики и лечения болезней пародонта у подростков с применением индекса СРITN / Т.В. Кулаженко // Стоматология. 1986. - Т. 65, № 5. - С. 13-18.

3. Jasser, N. Periodontal findings in cases of incisor cross-bite / N. Jasser, H. Hashim // *J. Clin. Pediatr. Dent.* 1995. - Vol. 19, № 4. - P. 285-287.

4. Татаринов, В.Ф. Использование прополиса при лечении стоматитов / В.Ф. Татаринов, Р.А. Хасанов, Т.И. Никитина // *Продукты пчеловодства и лекарственные растения в стоматологии.* - Уфа, 1992. - С. 26-27.

5. Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. Э.М. Кузьминой. - М.: Информэлектро, 1999. - 228 с.

6. Смердина, Л.Н. Использование ортодонтических методов в комплексном лечении больных с заболеваниями пародонта / Л.Н. Смердина, Ю.Г. Смердина // *Клинич. Стоматология.* - 2002. - № 2. - С. 20-21.

7. Терапевтическая стоматология / под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского. - М.: Медицина, 1998. - 736 с.

8. Чолокова, Г.С. клинко-эпидемиологическое обоснование Национальной программы профилактики стоматологических заболеваний у детей и школьников в Кыргызской Республике / Г.С. Чолокова. - Бишкек, 2014. - 204 с.

***Кадыров Мавлянджан
Момунович***

***доктор медицинских наук,
профессор кафедры
оториноларингологии
КГМА им. И.К. Ахунбаева***



Кадыров Мавлянджан Момунович родился 21 декабря 1948 года в г. Пржевальск (ныне г. Каракол) Иссык-Кульской области в семье рабочего. В 1964 году после окончания школы поступил в Пржевальское медучилище и закончил его в 1968 г. После чего работал фельдшером в Ак-Шийракской участковой больнице. В том же году был призван в Советскую Армию и после демобилизации в 1970 г. поступил в КГМИ на факультет “Лечебное дело”, который закончил с отличием в 1976 г. и был принят клиническим ординатором, а затем аспирантом кафедры ЛОР-болезней КГМИ. В 1982 г. защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: “Бесканюльная трахеостома при некоторых заболеваниях гортани”.

С 1981 г. работал ассистентом, в 1990г. стал доцентом кафедры ЛОР – болезней КГМА. В 2009 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Клинико-функциональные нарушения психоэмо-циональной сферы и органов чувств у больных с новообразованиями головы и шеи и методы их коррекции». С того же года стал исполняющим обязанности профессора кафедры ЛОР – болезней КГМА.

Основные научные труды посвящены хирургическому лечению, послеоперационному ведению и профилактике ЛОР-онкологических больных. Одним из первых

для лечения хронических ринитов применил ультразвук.

Многие годы основную должность совмещал с практическим здравоохранением. Организовал медицинский центр в свободной экономической зоне г. Бишкек, ДСК “Азат”, медпункт в Кумторе.

Активное участие принимал в общественной жизни КГМА. Работал в комитете комсомола, профсоюзной организации студентов и сотрудников КГМА, был председателем совета общежитий, начальником зонального студенческого отряда. На сегодняшний день является секретарем аттестационной комиссии по оториноларингологии, членом факультетского и спец. советов при КГМА.

За активное участие в общественной жизни КГМА, врачебную деятельность был удостоен почетной грамоты ЦКЛКСМ Киргизии, путевки за границу (Германия, Польша), удостоен звания “Отличник здравоохранения Кыргызской Республики”, врач высшей категории, имеются грамоты КГМА, МЗ КР, ЦК профсоюзов медицинских работников КР.

В данное время занимается педагогической, лечебной и научной работой.

Автор 58 печатных работ, свыше 10 методических рекомендаций, 2 монографий, 1 очерка, 7 рационализаторских предложений и 1 авторского свидетельства.

**Сулайманов
Жумабек Сулайманович (1949)**

**доктор медицинских наук,
и.о. профессора кафедры специали-
зированной хирургической помощи
КГМИПипК**



Место рождения: Чуйская область,
Кеминский район, с. Жаны-Алыш

**Основные этапы трудовой
деятельности:**

Окончил КГМИ по специальности
«Лечебное дело» (1978)

КГМИ: ассистент, доцент кафедры
ЛОР-болезней

КГМИПипК: заведующий доцентс-
ким курсом ЛОР-болезней

Национальный госпиталь МЗ КР:
заведующий отделением ЛОР-болезней

ВАК КР: член экспертной комиссии

КГМИПипК: и.о. профессора кафедры
СХП

В 1985 г. защищена **кандидатская
диссертация** на тему: «Фасциально-
фулярная лимфонодулэктомия с ауто-
тампонадой раневого ложа кивательной
мышцей при раке гортани».

В 2008 г. защищена **докторская
диссертация** на тему:
«Органосохраняющая и

реконструктивная хирургия шейного
отдела трахеи»

**Краткое резюме докторской
диссертации:**

Наряду с общепринятой методикой
выполнения циркулярной резекции
пораженного отдела трахеи представлены
модифицированные варианты позволя-
ющие расширить возможности реконструк-
тивной хирургии шейного отдела
респираторного тракта. Разработан новый
вариант выполнения реконструктивного
хирургического вмешательства, позво-
ляющий ликвидировать трахеопищевод-
ный дефект.

Награды:

1. Отличник здравоохранения (1999 г.)
2. Почетная грамота Кыргызской
Республики (2006 г.)
3. Почетная грамота Жогорку Кенеш
(2009 г.)

Публикации: всего 54 научных работ, 1
монография, 2 патента.

***Научное объединение оториноларингологов
Кыргызской Республики поздравляет наших юбиляров
с 70-летием и желает здоровья, успехов в творческой
деятельности!***

***Председатель ОО «Научное объединение
оториноларингологов Кыргызской Республики»
д.м.н., профессор***

Насыров В.А.

Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Объем 15,87 п.л. уч.-изд.л.
Печать офсетная.
Отпечатано в типографии И.П. «А.Б.Аязбеков»
г. Бишкек пр. Чуй 215.
тел.:(+996554) 74-74-67, 0700 48-42-71.