

**Научный медицинский журнал
Кыргызской государственной медицинской академии
им. И.К. Ахунбаева**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ИМ. И.К.АХУНБАЕВА**

ОО «НАУЧНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ КР»

**МАТЕРИАЛЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92
КГМА,
Телефон: (312) 54 94 60
e-mail: vestnik_kgma@mail.ru

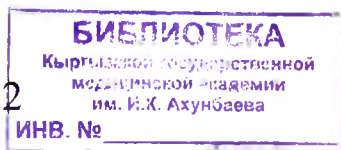
Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции Кыргызской Республики.

Регистрационное свидетельство №002564.

Журнал включен в список изданий, рекомендованных Президиумом ВАК КР для публикации материалов докторских и кандидатских диссертации в области медицины.

Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012



СОСТАВ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ:

Председатель научно-практической конференции «Актуальные вопросы оториноларингологии»	- министр здравоохранения Кыргызской Республики Сагинбаева Д.З.
Заместители председателя	- ректор КГМА им.Ахунбаева И.К., д.м.н., профессор, член корр. НАН КР, Зурдинов А.З. - председатель ЦК профсоюза работников здравоохранения Кыргызской республики Саалиев Н.С. - заведующий кафедрой оториноларингологии КГМА, д.м.н., профессор Насыров В.А.
Секретарь	- к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии КГМА Исмаилова А.А.

ЧЛЕНЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:

Фейгин Г.А. – д.м.н., профессор кафедры офтальмологии и оториноларингологии КРСУ
Кадыров М.М. – д.м.н., и.о. профессора, кафедры оториноларингологии КГМА
Сулайманов Ж.С. – д.м.н., и.о. профессора факультета усовершенствования
и переподготовки КГМИ
Уметалиева Н.Э – к.м.н., заведующая отделом науки Министерства Здравоохранения КР
Арзыкулова Г.С. – к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии КГМА
Исламов И.М. – к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии КГМА
Малаев Н.С. – заведующий отделением оториноларингологии Бишкекского научного
центра травматологии и ортопедии
Шалабаев Б.Д. – заведующий отделением оториноларингологии Национального Госпиталя
Министерства здравоохранения Кыргызской республики
Бегельдинова Н.К. – заведующая отделением оториноларингологии ЧООБ
Абдихаликов Ж.А - зав.отделением оториноларингологии Ошской областной детской больницы
Исаков А.Ы. – зав. отделением оториноларингологии ТГБ
Уразматов С.Г. - зав. отделением оториноларингологии ОМКБ
Багышев Э.М. - зав. отделением оториноларингологии ДООБ
Рыспаев К.К. – зав. отделением оториноларингологии Иссык-Кульской областной
объединённой больницы.

НАУЧНО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ КОМИТЕТ:

Красножен В.Н. (Россия, Казань)
Изаева Т.А. (Кыргызстан, Бишкек)
Жайсакова Д.Е. (Казахстан, Алматы)
Джаббаров Н.Д. (Узбекистан, Ташкент)
Хакимов А.М. (Узбекистан, Ташкент)
Буркутбаева Т.Н. (Казахстан, Алматы)
Тулбаев Р.К. (Казахстан, Астана)

СТАТЬИ НА КОНФЕРЕНЦИЮ:

ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА

Арифов С.С., Туляганов А.А., Халфина В.В. (Бишкек) «Нарушение слуха и результаты слухопротезирования у лиц пожилого и старческого возраста»	7
Арифов С.С., Туляганов А.А., Халфина В.В. (Бишкек) «Сенсоневральная тугоухость, стратегия слухопротезирования»	10
Джаббаров К.Д., Хушбаков А.Ч. «Совершенствование медицинской реабилитации больных хроническим гнойным средним отитом»	13
Хакимов А.М., Ботиров А.Ж., Исроилов «Морфологические результаты с применением ксенотрансплантата в экспериментальной мирингопластике»	17
Жайсакова Д.Э. «Опыт применения Кокарнита в лечении нейросенсорной тугоухости»	20
Жайсакова Д.Э. «Роль расширенного оториноларингологического обследования в топической диагностике кохлео-вестибулярных нарушений слуха»	25
Литовец Т.С., Литовец И.И., Красножён В.Н., Михайлов М.К. «Возможности трехмерной рентгеновской компьютерной томографии при диагностике пациентов с дисфункцией слуховой трубы»	29
Изаева Т.А., Байбориева А.А., Бейшеева Ч.К. «К лечению больных с отогенными внутричерепными осложнениями»	32
Сулайманов Ж.С., Орозобекова К.А., Эргешова А.М., Мурзакулов У. «Возможности применения кокарнита и медицинских пиявок в комплексной терапии хронической сенсоневральной тугоухостью»	36
Исмаилова М.Т., Пак В.В., Шабданбаева Н.Х. «Пути совершенствования хирургической помощи при отогенных внутричерепных осложнениях»	38
Морозова О.В. «Результаты микологического культурального исследования при отомикозах»	41
Насыров М.В. «Клиническая эффективность ушных капель «ципромед» при лечении воспалительных заболеваний среднего уха»	43
Ларионова М.В. «К оптимизации методов устранения и профилактики болезней оперированного уха»	45
Каримова Б.К., Пак В.В., Яковлева К.Г. «Менингоэнцефалит, как осложнение хронического холестеатомного среднего отита, случай из практики»	51
Маманов М.А. «Внутричерепные осложнения при хроническом среднем гнойном отите с холестеатомой»	53

ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА

Махмудов М.У., Джаббаров К.Д.	
«Показатели гуморального звена иммунитета хронических гайморитов сочетанных с хламидийной инфекцией»	56
Жайсакова Д.Э.	
«Антибиотикочувствительность клинических изолятов у больных с хроническим гнойным гайморитом»	59
Жайсакова Д.Э.	
«Микробиологический спектр возбудителей хронических гнойных воспалений верхнечелюстной пазухи и его влияние на мукоцилиарную активность эпителия слизистой оболочки полости носа»	63
Насыров В.А., Закиров Т.М.	
«Применение хитозанового геля «Васна» в раннем послеоперационном периоде при шейверной пластике гипертрофического ринита»	68
Арзыкулова Г.С.	
«Современные методы лечения аллергического ринита»	72
Расулов А.Б.	
«Применение комплексного метода в лечении вазомоторного ринита»	77
Расулов А.Б., Джаббаров К.Д.	
«Объективизация степеней нарушения носового дыхания по данным компьютерной ринопневмотахометрии у больных вазомоторным ринитом»	82
Гайсина А.Н., Красножён В.Н.	
«Оценка качества жизни больных хроническим ринитом»	84
Штанько Е.С., Красножён В.Н.	
«Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний околоносовых пазух носа с использованием трехмерной компьютерной томографии»	85
Ниязи Т.А., Мадаминова М.А., Коржов В.П.	
«К вопросу о сфеноидитах (обзор литературы)»	86
Кулиева Э.С.	
«Эффективность применения препарата «СПАЙЗЕФ» при острых и хронических синуситах»	90
Давлетбакова А.Н.	
«Лечение риносинусита с позиций доказательной медицины»	92

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

Абдихаликов Ж.А.	
«К хирургическому лечению хронического тонзиллита у детей»	98
Хакимов Р.А., Шамсиев Д.Ф.	
«Состояние резонаторного аппарата у больных с функциональными дисфониями»	101
Алиметов А.Х., Алиметов Х.А.	
«Сравнение клинической эффективности способов хирургического лечения срединных стенозов гортани»	104
Алиметов А.Х., Алиметов Х.А.	
«Способ хирургического лечения срединного стеноза гортани»	105

НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

Насыров В.А.

«Ангиофиброма основания черепа – диагностика и лечение» Кадыров М.М.	106
«Состояние психо-эмоциональной сферы у больных с новообразованиями ЛОР-органов до и после хирургического лечения» Шалабаев Б.Д.	112
«К рационализации методических основ удаления распространенных опухолей челюстно-лицевой области» Тажибаев А.Ю.	116
«Сосудистые опухоли челюстно-лицевой области» Шевчук В.Г., Илиаджиева Л.М.	122
«Ваготил в комплексном лечении детского папилломатоза гортани» Садырова Ш.С., Хасанова С.А., Карабаев Х.Е.	125
«The causal factors of laryngeal papillomatosis in children» Миненков Г.О.	128
«Наблюдение мягкой фибромы верхней челюсти у 15 месячного ребенка (клинико-диагностический случай)» Чупрынина Н.В., Шалабаев Б.Д., Жумабеков Ж.А.	131
«Варианты односторонней перевязки общей и внутренней сонной артерии при опухолях челюстно-лицевой области» Ниязалиева Д.А.	134
«О состоянии диагностической помощи больным раком гортани в Кыргызской Республике» Ягупова С.Н.	137
«Особенности лимфооттока при метастазах рака гортани и гортаноглотки при планировании хирургического лечения» Лопатин К.П.	141
«Уточняющие возможности компьютерной томографии в комплексной диагностике центрального, эндобронхиального рака легкого» Лопатин К.П.	144
«Компьютерно-томографическая семиотика центрального рака легкого и некоторых вторичных, внутрилегочных изменений, обусловленных его прогрессирующим ростом»	148

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Насыров В.А., Бакиев Б.А., Исламов И.М., Беднякова Н.Н. «Повышение эффективности хирургического лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов»	153
Насыров В.А., Исмаилова А.А., Беднякова Н.Н. «Пресбиакузис»	156
Насыров В.А., Раимжанов А.Р., Абдужамилов Н.А., Жумабеков Ж.А. «Состояние свёртывающей системы крови у ЛОР онкологических больных»	159
Насыров В.А., Ормокоева С.И. «Стратегия лечения при орофарингеальном воспалении»	164
Фейгин Г.А., Насыров М.В. «Современные представления об анатомии и физиологии небных миндалин и их роль в формировании иммунитета и патологии» Красножён В.Н.	168

«Акустический феномен носа» Буркутбаева Т.Н.	175
«Новые возможности в лечении инвазивных форм микотических поражений лор-органов» Мадаминова М.А., Коржов В.П.	176
«Состояние вкусового анализатора и его роль в адаптации организма человека к высокогорью» Хайдарова Г.С., Шайхова Х.Э., Шукуров Д.А.	181
«Исследование слухового анализатора у детей с заболеваниями центральной нервной системы» Хасанов С.А., Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К., Бобохонов М.Г.	184
«Способ диагностики искривления перегородки носа по хасанову и махсудову» Абасов П.Г., Василевский М.Г., «Алмена»	186
«Соматические заболевания, сопряженные с тугоухостью» Фейгин Г.А., Казначеева Т.В.	189
«Левоксимед в терапии оториноларингологических заболеваний» Тургумбеков А.З., Кочорбаев И.Р., Шарипова И.М.	193
«Опыт применения транексамовой кислоты в комплексной терапии при носовых кровотечениях» Миненков Г.О.	195
«Дифференциальная диагностика различных форм остеогенных сарком костей лицевого скелета и базокраниальной области по данным компьютерно-томографического исследования» Эркинбеков И.Б.	199
«Показания и противопоказания применения имплантатов в ортопедической стоматологии» Эшимбетова М.З., Давлетов И.А.	203
«Возможность применения современных технологий дистанционного обучения в постдипломном образовании» Статья фирмы «Бионорика»	207
«Плацебо-контролируемое двойное слепое рандомизированное клиническое исследование Синупрета в комбинации с основной терапией антибиотиками и назальными деконгестантами при остром синусите» Нарматова К.К.	210
«Новые подходы к лечению обонятельных дисфункций»	216

НАРУШЕНИЕ СЛУХА И РЕЗУЛЬТАТЫ СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Арифов С.С., Туляганов А.А., Арифова М.С., Орифов С.С.

Клиника «SHIFO-ZIYO PLYUS»

Ташкент, Узбекистан

Халфина В.В.

Бишкек Кыргызская Республика

Резюме: Обследованы 117 больных в возрасте от 60 до 91 лет с нейросенсорной тугоухостью. У 46 лиц выявлена тугоухость первой степени, 34 – второй, 23 – третьей, 9 – четвертой степени и 6 – глухота. В 65,8% был подобран слуховой аппарата моноаурально. В 54,5% случаях был подобран слуховой аппарат линейной, 24,7% – цифровой «триммерной» и 16 20,8% – цифровой программируемой обработкой звука. Из них 43% пользовались подобранным слуховым аппаратом постоянно, а 59% – периодически. 16,9% лиц эффективность от пользования слуховым аппаратом оценивали как отличное, 55,8% – как хорошее и 27,3% как удовлетворенное. У 40 (34,2%) больных попытки подбора слуховых аппаратов всеми способами обработки звука не были эффективными.

Ключевые слова: нарушение слуха, слухопротезирование, тугоухость, глухота.

HEARING IMPAIRMENT AND HEARING AID OUTCOMES IN ELDERLY AND SENIOR PATIENTS

Arifov S.S., Tulyaganov A.A., Arifova M.S., Orifov S.S.

Clinic «SHIFO-ZIYO PLYUS»

Tashkent, Uzbekistan

Resume: The study included 117 patients aged 60 to 91 years with sensor neural hearing loss. In 46 individuals identified hearing loss of the first degree, 34 - second, 23 - third, 9 - the fourth degree, and 6-deafness. In 65.8% of the unit was picked up hearing aid manually. In 54.5% cases were picked up by a linear hearing aid, 24.7% - a digital "trimmer" and 16 20.8% - a programmable digital audio processing. Of these, 43% used a hearing aid picked up all the time, and 59% occasionally. 16.9% of the efficiency of the use of hearing aids was evaluated as excellent, 55.8% - as good and 27.3% as satisfied. In 40 (34.2%) patients attempted selection of hearing aids in all ways sound processing have not been effective.

Key words: hearing impairment, hearing aid outcomes, deafness, sensor neural hearing loss.

Введение.

Пресбиакузис или возрастные изменения органа слуха охватывают все его отделы, от ушной раковины до коркового отдела слухового анализатора [3]. По современным понятиям пресбиакузис подразделяется на два самостоятельных вида: кондуктивный, обусловленный дегенеративными изменениями структур среднего уха и уменьшением эластичности костей черепа, и сенсоневральный, который, в свою очередь, подразделяется еще на четыре вида: сенсорный, невралгический, метаболический и механический. Первый связывается с дегенеративными изменениями волосковых клеток органа Корти; второй - с уменьшением количества нервных клеток спирального ганглия, слухового нерва и центральных структур слухового пути; третий - с атрофией сосудистой полоски, приводящей к ослаблению метаболических процессов в улитке;

четвертый - с дегенеративными изменениями основной мембраны улитки. В свою очередь развитие пресбиакузиса может быть обусловлено генетическими и физиологическими факторами, а также внешними факторами, вызывающими изнашивание различных структур слуховой системы и профессиональная шумовая тугоухость, обусловленная воздействием сильного промышленного шума [3,5].

Центральной нервной системе человека присуща пластичность, то есть, способность изменяться с течением времени в ответ на изменение поступающей сенсорной информации, в том числе в отношении звуковых раздражителей различной частоты и интенсивности. Пластичность зависит от возраста пациента, так у детей она более выражена, чем у взрослых, и эта способность мозга к пластичности уменьшается, чем старше пациент. Уменьшение пластичности мозга является фактором, отрицательно

влияющим на приспособление к новым звукам и новой акустической ситуации, понимать речь особенно при наличии тугоухости, отражается в затруднении адаптации к слуховым аппаратам и пользовании ими. Для понимания причин, приводящих к отказу от использования слуховых аппаратов необходимо ответить на вопрос, степень влияния в каждом конкретном случае на возрастные нарушения слуха поражения периферической (волосковых клеток внутреннего уха) и других (проводящих путей, коркового центра слуха) отделов слухового анализатора [4,5].

Герхард Гессе [2] у 50-75% пациентов старше 60 лет с нарушением слуха по типу звуковосприятия выявил поражение как периферического, центрального отделов слухового анализатора. Однако, имелась большая группа пациентов (21% лиц в возрасте от 60 до 70 лет и 11,5% лиц старше 80 лет), у которых функция внутреннего уха оставалась совершенно нормальной, а потеря слуха была обусловлена исключительно поражением центральных структур слухового анализатора. В отличие от этого, лишь у 3,8% лиц старше 80 лет центральная слуховая обработка была совершенно нормальной, то есть потеря слуха обуславливалась исключительно повреждением волосковых клеток внутреннего уха. В исследовании для определения ретрокохлеарного поражения использовался тест BMLD (бинауральная разность уровня маскировки), а для поражения органа Корти использовали отоакустическую эмиссию и тональную пороговую аудиометрию. Согласно результатам данного исследования превалировало нарушение слуха, обусловленное преимущественным поражением ретрокохлеарного отдела органа слуха. Этот фактор неблагоприятно отражается на результатах слухопротезирования, т.к., в данном случае отмечается выраженное нарушение разборчивости речи. Поэтому электроакустическая коррекция слуха пожилых людей имеет характерные особенности и не менее сложна, чем аналогичная процедура у детей. Это находить свое отражение и в наших наблюдениях по слухопротезированию лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Были обследованы 117 больных с нейросенсорной тугоухостью. Возраст пациентов был в пределах от 60 до 91 лет (средний возраст составил 69.7 ± 2.4 года). В разработку были включены лица с впервые выявленной нарушением слуха наступившим в пожилом возрасте и у всех была исключена патология звукопроводящей части органа слуха. Лица, работавшие ранее в контакте ототоксическими веществами, шумных условиях, получавшие ототоксические препараты в разработку не были включены.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

Всем больным клинический диагноз выставлялся на основе осмотра ЛОР-органов и исследование слуховой функции. При акуметрии проверяли остроту слуха шепотной и разговорной речью, камертонами C_{128} (по воздушной и костной проводимости), C_{2048} (по воздушной проводимости) проводили опыты Вебера, Ринне, Швабаха, Федеричи, Бинга. Тональная пороговая аудиометрия в обычном диапазоне частот, тест Lusher выполнена на аудиметре МА-31, нулевой уровень которой откалиброван по стандарту ISO. Для оценки функционирования рецепторного аппарата улитки применяли метод регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) на многофункциональном комплексе «Нейро-аудио», Нейрософт (Россия). В качестве стимула использовали широкополосный щелчок интенсивностью 80 дБ УЗД.

Интерпретацию результатов тональной пороговой аудиометрии проводили согласно таблице показателей возрастных особенностей изменения слуха [1,4].

Результаты и их обсуждение.

По данным акуметрии у всех больных выявлено нарушение слуха по типу звуковосприятия. У 80 (68,4%) больных имело место шум в ушах, из них 59 (73,8%) – двухсторонний, 21 (26,2%) – односторонний. В 62 (77,5%) случаях шум носил постоянный характер. Показатель восприятия разговорной речи составил $2,3 \pm 0,1$ м, шепотной речи – $1,1 \pm 0,05$ м (в контрольной группе соответственно – $6,0 \pm 0,02$ м; $3,8 \pm 0,1$ м). В таблице 1 представлены пороги слышимости воздушной и костной

Таблица 1.

Пороги слышимости воздушной и костной проводимости звуков
по данным тональной пороговой аудиометрии

Вид проводимости	Частоты исследования, Гц							
	250	500	1000	2000	4000	6000	8000	10000
воздушная	35,8±	46,2±	54,4±	62,6±	64,5±	68,7±	78,3±	81,0±
	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2
	15,2±	15,6±	20,3±	25,2±	64,8±	35,7±	55,8±	61,0±
	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2
костная	19,9±	25,4±	28,6±	36,7±	43,8±	50,6±	54,4±	—
	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	—
	10,4±	15,6±	18,7±	22,8±	30,5±	46,7±	52,5±	—
	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	—

проводимости звуков по данным тональной пороговой аудиометрии.

Примечание: в числителе показатели больных, в знаменателе – практически здоровых лиц

На тональной пороговой аудиограмме в 36 (30,7%) имело место горизонтальный, 38 (32,8%) – пологонисходящий, 20 (17,1%) – крутонисходящий, 14 (12%) – вогнутый, 5 (4,3%) выпуклый и 4 (3,1%) пологовосходящий кривые воздушного проведения. В 41 (35%) случаях констатирован обрыв кривой воздушного проведения.

У больных в 72% случаях показатель теста Lusher указывал на поражение структур органа Корти, т.е. она варьировала в пределах 0,2 – 0,6 dB/dL, 11% – проводящих путей и 17% – центрального отдела слухового анализатора.

ЗВОАЭ не регистрировался у 105 обследованных больных и 14 практически здоровых лиц.

С учетом возрастных показателей снижения слуха у 46 лиц выявлена тугоухость первой степени, 34 – второй, 23 – третьей, 9 – четвертой степени и 6 – глухота.

В процессе слухопротезирования у каждого больного были апробированы не менее по два модели слуховых аппаратов линейным и нелинейным обработкой звуков. В процессе слухопротезирования 52 (44,4%) лиц отметили неоспоримое преимущество цифровых программируемых слуховых аппаратов над слуховыми аппаратами линейной и цифровой «триммерной» обработкой звуков. Это

выражалось лучшей разборчивостью речи в различных звуковых ситуациях, комфортности слушания (отсутствие посторонних шумов, эффекта окклюзии). 31 (26,5%) случаях больные отдали предпочтение обеим классам цифровых, 13 (11,1%) линейным слуховым аппаратам. 21 (17,9%) лиц в процессе слухопротезирования одинаковое изменение параметров звуков слуховыми аппаратами как линейным так нелинейным усилением звуков.

Из 117 лиц пожилого и старческого возраста у 77, т.е., 65,8% удалось провести слухопротезирование. Во всех случаях проведено моноауральное слухопротезирование. В 42 (54,5%) случаях был подобран слуховой аппарат линейной, 19 (24,7%) – цифровой «триммерной» и 16 (20,8%) – цифровой программируемой обработкой звука. Одним из причин наиболее частого подбора слуховых аппаратов линейной обработкой звука было финансовая составляющая вопроса. Из числа слухопротезированных лиц 43% пользовались подобранным слуховым аппаратом постоянно и 59% – периодически. 13 (16,9%) лиц эффективность от пользования слуховым аппаратом оценивали как отличное, 43 (55,8%) – как хорошее и 21 (27,3%) отмечали удовлетворенность от слухопротезирования.

У 40 (34,2%) больных попытки подбора слуховых аппаратов как линейной, так нелинейной обработкой звуков не обвенчались успехом. У всех отсутствие улучшения разборчивости речи было основной причиной неудовлетворённости от пользования слуховыми аппаратами, 25 (62,5%) из них также указывали

на неблагоприятное воздействие «эндогенного» шума в ушах на результаты слухопротезирования.

Выводы

Процесс слухопротезирования лиц пожилого и старческого возраста должен включать в каждом случае оценку эффективности слуховых аппаратов различным способом обработки звука.

С целью своевременного выявления возможных недостатков лица пожилого и старческого возраста, которым был подобран слуховой аппарат должны быть под постоянным контролем врача-слухопротезиста.

Требуется детальный разбор каждого неудачного случая слухопротезирования лиц пожилого и старческого возраста.

Имеющиеся на сегодняшний день результаты слухопротезирования лиц пожилого и старческого возраста диктуют совершенствования медико-социальных реабилитационных мероприятий и поиска новых

путей решения данной проблемы.

Список литературы:

1. Базаров В.Г. Объем и методика исследования слуховой функции в аудиометрических кабинетах поликлиник и стационаров: Метод. рекомендации. – Киев. – 2006 – 21 с.
2. Гессе Герхард. Возрастная тугоухость // Horakustik. – 2004. – № 12. – С. 27.
3. Лопотко А. И., Плужников М. С., Атамуратов М. А. Старческая тугоухость. – Ашгабад. – год. – 1995 с.
4. Мануйлов О. Е., Павлов Н. В. Особенности обследования и лечения при тугоухости пожилых людей // Московский медицинский журнал. – год. – № 5. – С 34.
5. Нимейер Вольфхарт. Психология тугоухости и слухопротезирования: особенности возрастного снижения слуха и настройки слуховых аппаратов у пожилых людей // Horakustik. – 2005. – № 2. – С. 25.

СЕНСОНЕВРАЛЬНАЯ ТУГОУХОСТЬ, СТРАТЕГИЯ СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Арифов С.С., Туляганов А.А.*, Ташиев У.В., ТМА*

Ташкент, Узбекистан

Халфина В.В.

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе приводятся сведения о патологии слуха, в частности о сенсоневральной тугоухости, а также приведены возможные варианты слухопротезирования.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, варианты слухопротезирования.

SENSOR NEURAL HEARING LOSS, POSSIBILITIES OF HEARING AID OUTCOMES

Arifov S.S., Tulyaganov A.A., Arifova M.S., Orifov S.S.

Tashkent, Uzbekistan

Resume: In current work presents information about sensor neural hearing loss and possibilities of hearing aid outcomes.

Key words: sensor neural hearing loss, possibilities of hearing aid outcomes.

Патология слуха – это сложная патология слухового анализатора, имеющая как периферический так и центральный компонент. К тому же, проблемы восприятия не ограничены только ухудшением слышимости тихих и средних звуков, но связаны с сужением динамического диапазона, нарушением частотной и временной дифференциации звуков в слуховом анализаторе(2). Снижение слуха – это не просто снижение слуховой

способности, и повреждение слухового органа обычно ведет к ухудшению жизни и затруднению социальных отношений(1). Отдельные функции, осуществляемые слухом, взаимосвязаны, влияют друг на друга и даже частично друг друга обуславливают. В последние годы имеется тенденция увеличения количества больных с сенсоневральной тугоухостью, в свою очередь как нам известно консервативное лечение не позволяет в полной

мере реабилитировать данную категорию пациентов(3). Рассматривая слух через призму многофункциональности, важно помнить, что даже незначительное ограничение каких-либо возможностей слухового восприятия, могут иметь серьезные социально-психические последствия для человека.

Для реабилитации пациентов с слуха используют слухопротезирование. Однако, необходимо понимать, что даже самый лучший слуховой аппарат не может вылечить тугоухость и глухоту, не может совершить чуда, но может значительно улучшить возможности общения и социальной адаптации. Цель – выход на тот максимальный уровень разборчивости речи (при обязательном сохранении комфорта), который возможен у данного пациента с данным аппаратом(4).

Очень редко плохослышащий человек, впервые получивший слуховой аппарат (СА), может сразу же пользоваться всеми преимуществами усиленного слуха. Процесс слухопротезирования складывается из нескольких этапов: первоначальная настройка, адаптация и уточняющая настройка. Причем, больше всего времени требуется для адаптации, которая включает в себя целый ряд факторов. В последнее время часто стали использоваться программируемые цифровые слуховые аппараты, которые лишены традиционных настроечных тримеров. Вместо этого, его рабочие параметры настраиваются путем непосредственного подключения к персональному компьютеру (ПК) и программатору. Визуальное подтверждение производимых специалистом изменений выводится на экран ПК.

Отличительной чертой программируемого цифрового слухового аппарата является то, что он представляет собой часть системы, включающей в себя собственно слуховой аппарат, шнур, программный интерфейс и установленный в ПК настроечный модуль, предназначенный для изменения рабочих параметров аппарата. По завершении настройки слуховой аппарат отключается от системы и продолжает функционировать соответственно своим настройкам и возможностям.

Одним из фактор влияющим на более

точную настройку программируемых цифровых слуховых аппаратов является использование при программировании СА аудиограммы полученной с самого слухового аппарата, которая отличается по усилениям на различных частотах в аудиограмме. Это связано с тем, что усиление которое необходимо для пациента и создаваемое СА с вкладышем отличается от силы звука которое мы получаем при проведении тональной пороговой аудиометрии (ТПА) в наушниках. Дело в том, что при введении индивидуального или стандартного ушного вкладыша, уменьшается объем наружного слухового прохода, чем при использовании наушников аудиометра, соответственно при меньшем объеме необходимое усиление меняется.

Материалы и методы исследования. Были изучены и сравнены аудиограммы полученные при использовании тональной пороговой аудиометрии (ТПА) на аппарате SA 203 (ENDOMED-Швеция) и аудиораграммы полученные при программировании СА по воздушному проведению у 26 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет, со 2-3 степенью тугоухости по классификации ВОЗ с пологонисходящими типами кривых. Со 2 степенью было 15 больных и с 3 степенью тугоухости 11. Среди обследованных были 12 мужчин и 14 женщин. Все больные жаловались на понижение слуха, нарушение разборчивости речи. У всех больных была сенсоневральная тугоухость подтвержденная при помощи отоакустической эмиссии на продукте искажения, ТПА, определением порога дискомфорта, что проявлялась сужением динамического диапазона, в среднем от 20 до 50 дБ, на речевых частотах. Всем больным для исключения патологии среднего уха проводили тимпанометрию. При отоскопии изменений со стороны барабанной перепонки выявлено не было, контуры были обозримы.

В данные настройки вводили пороги по воздушной проводимости и пороги дискомфорта на частоте от 250 Гц до 7000 Гц.

При помощи вопросника оценивали комфортность при использовании программируемых цифровых слуховых аппаратов, после первого сеанса настройки.

Результаты и их обсуждение. У всех

больных отмечалась пологонисходящая кривая аудиограммы на ТПА. У больных тугоухости при сравнении аудиограмм полученных при помощи аудиометра и слухового аппарата мы получили различные значения дБ на различных частотах. Так на частотах 250 Гц- 1500 Гц порог слуха при использовании аудиометра на 10-15 дБ был выше, чем при снятии аудиограммы при помощи слухового аппарата, от 2000 Гц до 4000 Гц ответы отличались на 5 дБ или были одинаковыми, от 6000 Гц и выше пороги со слухового аппарата были выше на 10-20 дБ. При использовании при программировании цифрового слухового аппарата по ТПА, 19 больных (73%) отмечали неприятные шумы (шуршание бумаги, шум машины и компьютера, громкие низкочастотные звуки и т.д.), которые мешали разборчивости речи, неестественный собственный голос, эхо, 2 больных (7,7%) плохо различали буквы которые располагаются в высокочастотной области от 4000 Гц до 6000 Гц, что существенно понижало разборчивость речи, все эти больные испытывали дискомфорт в той или иной мере. 5 больных (9,3%) были довольны первичной настройкой и чувствовали себя комфортно. При использовании настройки со слухового аппарата 21 пациент (80,7%) отмечал комфорт при первичной настройке слухового аппарата, уменьшение или полное отсутствие посторонних шумов, естественное звучание собственного голоса, более лучшую разборчивость речи, чем при использовании порогов аудиограммы полученной с аудиометра. 5 больных (19,3%) отмечали недостаточную разборчивость речи и эхо.

Из полученных результатов можно сделать выводы, что избыточное усиление на 250 Гц до 1500 Гц при программировании слухового аппарата используя данные аудиометра приводит к таким жалобам как шумы, громкий собственный голос и т.д., недостаточное усиление на высоких частотах приводит к понижению разборчивости речи, что связано с недостаточным усилением который выдает слуховой аппарат.

Для более точной настройки слухового аппарата рекомендуется использовать аудиограмму, полученную со слухового аппарата и проводить разъяснительные работы с пациентами по поводу адаптации.

Литература:

1. Альтман Я. А., Таварткиладзе Г. А. Клиническая аудиология. - Москва: ДМК Пресс, 2003. - 359 с.
2. Таварткиладзе Г. А. Концепция развития и совершенствования системы комплексной реабилитации инвалидов по слуху и лиц с нарушениями слуха // V Международный симпозиум "Современные проблемы физиологии и патологии слуха" (Суздаль, 8-10 июня 2004 г.): Тез. докл. - Суздаль, 2004. - С. 180-182.
3. Саркисова Э.А. Разработка подхода к повышению эффективности метода электроакустической коррекции, основанная на определении реального усиления // Диссер. Москва 2004 г. стр. 23.//
4. Соколова О.В. Стратегия слухопротезирования // Тезисы к докл.- VII съезд оториноларингологов Украины.-Киев.- 1995.- Стр. 299-230.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Джаббаров К.Д., Хушбаков А.Ч.

Ташкентский институт усовершенствования врачей
Ташкент, Узбекистан

Резюме: Совместно с Институтом здоровья при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан за период с 1991 по 2008 гг. проанализированы статистические данные о частоте и распространенности ХГСО. Непосредственному наблюдению и лечению были подвергнуты 107 больных ХГСО и снижением слуха в возрасте от 3 до 70 лет, которым произведены различные варианты санирующих слухосохраняющих операции с мастоидопластикой. В результате исследования установлено, что частота ХГСО среди различных групп населения в разных регионах страны неоднородна. Заболевание чаще встречается у подростков. Медицинская реабилитация больных ХГСО, включающая модифицированное комбинированное лечение: хирургическое с консервативным, способствует улучшению слуха у 92,5% больных, что на 28,2% достоверно выше традиционной мастоидопластики ($P < 0,05$).

IMPROVING METHODS OF MEDICAL REHABILITATION THE PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT MIDDLE OTITIS

Jabbarov K.D., Khushbakov A. Ch.

Resume: The frequensis of appearing and whoul quantity of chronic otitis media were analized exemed by Health Institute, and Ministry of Health of Republic Uzbekistan for the period since 1991 untill 2008 year.

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) занимает одно из ведущих мест в структуре ЛОР - заболеваемости, являясь одной из основных причин тугоухости (до 20%), которая с каждым годом становится все более актуальной как в медицинском, так и в социальном плане [1]. Так, по данным некоторых авторов, распространенность ХГСО в разных странах колеблется от 1 до 7,9% [2, 3]. Медицинская реабилитация больных ХГСО имеет большое социальное значение, так как от 0,05 до 2,4% населения земного шара страдают этим заболеванием, и тенденции к их уменьшению не наблюдается [4]. К настоящему времени накоплен большой опыт по консервативному и хирургическому лечению заболевания среднего уха. Анализируя результаты диагностики и лечения больных с этой патологией, можно отметить как положительные, так и отрицательные моменты в процессе реабилитации. Так, нет единого мнения о виде трансплантата при замещении удаленного участка височной кости трансплантатом. Недостаточно разработаны этапы медицинской реабилитации больных ХГСО. В республике требует обновления сведения о частоте и распространенности ХГСО, отсутствует прогноз уровня заболеваемости. Необходимо совершенствование консервативных и хирургических методов лечения больных ХГСО в условиях стационара, разработка методов эффективной диспансеризации и реабилитации,

позволяющих сохранить слуховую функцию у больных ХГСО. Исходя из вышеизложенного, изучение распространенности и определение прогноза уровня заболеваемости ХГСО на ближайшие годы в Республике Узбекистан, а также разработка хирургических методов лечения с целью реабилитации тугоухости приобретают особую актуальность.

Цель: Провести прогнозирование уровня заболеваемости и усовершенствовать методы медицинской реабилитации больных хроническим гнойным средним отитом с клиника - функциональной оценкой их эффективности.

Материал и методы. Для решения поставленных задачи проведено оториноларингологическое исследование: отоскопия, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия, отомикроскопия, а также бактериологическое исследование, соматический статус, рентгенография височной кости, КТ, МРТ и статистические: прогностический – «Сплайн-аппроксимации» - при прогнозировании уровня изучаемой патологии до 2015 года., вариационная статистика- вычисление средних величин, определение корреляционно- ковариационных связей, анализ динамических рядов. При анализе собственных данных и данных официальной статистики Института здоровья при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, с помощью методики линейной регрессии

были получены расчетные величины уровня распространенности ХГСО по Республике Узбекистан, Ташкентской области и г. Ташкенту. При характеристике заболеваемости ХГСО была произведена оценка реальной динамики развития за базовый (1991-2008 гг.) и прогнозируемый периоды (до 2015 года). Уравнение линейной регрессии по анализу динамики заболеваемости ХГСО среди взрослого контингента населения Республики Узбекистан имело следующий вид:

$$Y_{\text{взр}} = 320 + x * - 7,64$$

где: Y – расчетная величина уровня ХГСО на прогнозируемый год; X – расчетный год прогноза; 7,64 – расчетное число данной модели.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что уровень заболеваемости ХГСО среди взрослого населения по Республике к 2015 году ежегодно снижается на 7-8 случаев. Расчетные величины уровня заболеваемости среди детей и подростков по Республике показывают, после всплеска заболеваемости в 2008 году наблюдается некоторое снижение в 2015 году ежегодно на 4-5 случаев. Эпидемиологическое районирование помогла нам выделить регионы разными уровнями риска заболеваемости ХГСО. В зоне высокого риска по отдельным параметрам частоты и распространенности заболевания хроническим гнойным средним отитом оказались Республика Каракалпакстан, Кашкадарьинская, Наманганская и Хорезмская области. По всем категориям населения показатели по региону намного превышают (от 2 до 4 раз и более) среднереспубликанские показатели.

Например, в Хорезмской области, в отличие от других областей, очень высокие показатели заболеваемости среди детей (1166,74-1323,76 на 100 тыс. населения) и подростков (1512 – на 100 тысяч населения) что превышает республиканские показатели в среднем в 3,9 раза. Известно, что хронизация заболевания отитом среди детей имеет достаточно выраженный характер, соответственно, в будущем они пополнят контингент подростков, оставляя высоким показатели на будущее среди них и взрослых.

Однако исследования, проведенные в зонах с пониженными показателями (Ташкентской, Сырдарьинской, Джизакской, Самаркандской, Навоинской, Андижанской, Ферганской областях),

особенно расположенных по соседству и имеющих достаточно выраженные различия не только по макросреде, но и по структуре организации системы здравоохранения, особенно специализированной службы, помогли обнаружить комплекс факторов риска заболеваемости, осуществить ее качественно-количественную оценку. Кроме того, разработки в области клинической оториноларингологии здесь намного выше, чем в других регионах.

Проведенные расчеты показали, что уровень заболеваемости ХГСО среди взрослого населения Ташкентской области к 2015 г. составит 142 случая на 100 тыс. населения, снижаясь ежегодно на 7-8 случаев. Динамика заболеваемости ХГСО среди подростков данного региона выглядела следующим образом: $Y_{\text{подр}} = 1,03E3 + x * - 31,3$, среди детей Ташкентской области: $Y_{\text{дети}} = 515 + x * - 26,8$.

Выраженного снижения заболеваемости не предвидится. Если учесть положительный прирост населения, то абсолютное число больных, возможно, даже увеличится. По городу Ташкенту наблюдается почти аналогичная картина, за исключением небольшого прироста показателя среди подростков. Вышеуказанные результаты эпидемиологического исследования свидетельствуют об актуальности совершенствования лечебно-профилактических мер при ХГСО, особенно среди детей и подростков. Поэтому нами было проведено исследование больных получившие стационарное лечение в ЛОР отделение I ГКБ. Непосредственному наблюдению и лечению подвергнуты 107 больных ХГСО, которым выполнены различные варианты saniрующих слухосохраняющих операций с мастоидопластикой. Среди наших больных 68 мужчин, 39 женщин. Преимущественно у больных длительность заболевания была от 5 до 10 лет. Понижение слуха у всех больных и почти у всех отмечалось гноетечение. При исследовании остроты слуха установлено, что шепотная речь в среднем 0,5м, а разговорная речь 2.5м, что соответствует 2-й степени нарушения слуха. Показатели тональной пороговой аудиометрии у больных ХГСО: по воздушной и костной проводимости достоверно превышали аналогичными показателями контрольной группы в 1,5-6.5 раза. Кривые тональной пороговой аудиометрии у больных

ХГСО показывает что, у наших больных наиболее часто встречался пологовосходящий (59%) и горизонтальный тип (23%).

Таким образом, аудиологические исследования показали что, у 35 (32,1%) больных имелась вторичная сенсоневральная тугоухость, которая в сочетании с уже имеющейся кондуктивной формой явилось причиной развития смешанной формы тугоухости, что нашло подтверждение при проведении теста Люшера и ЗВОАЭ.

Всем больным проведена регистрация задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ). У 35 (32,71%) из общего числа больных имела место смешанная тугоухость, у 72 (67,29%) была только кондуктивная тугоухость. Независимо от типа нарушения слуха ни у одного больного в больном ухе ЗВОАЭ не зарегистрирован. Отсутствие регистрации ЗВОАЭ у больных со смешанной формой нарушения слуха обусловлено в основном поражением наружных волосковых клеток кортиева органа и снижением слуха более 30 дБ. При наличии только кондуктивной тугоухости отсутствие регистрации ЗВОАЭ связано со вторым фактором. При исследовании проходимость слуховой трубы по Воячеку у 30% больных составили II-III степени нарушения проходимости, а по методу Н.В. Зберовской у 47% отмечали II-III степени нарушения проходимости. В процессе подготовки больного к санирующим операциям на среднем ухе проводили микробиологические исследования патологических выделений (гноя).

Среди выявленных микроорганизмов наибольший процент (49,2%) приходится на *Pseudomonas aeruginosa*. Так, большинство выявленных штаммов *Pseudomonas aeruginosa* оказались очень высоко чувствительными к цефтриаксону, чувствительными к ципрофлоксацину, резистентными к пенициллину. Чувствительность стафилококков к цефалоспорином составляло от 76,8-78,2 до 100%. Полученные данные мы учитывали при подготовке лоскута к мастоидопластике.

При рентгенологическом исследовании сосцевидных отростков по Шюллеру у преобладающего числа больных выявлен склероз сосцевидного отростка и смешанный тип. Для уточнения диагноза у 12 больных произведена КТ

и МРТ. У всех больных в течение суток после обследования были выполнены санирующие операции на среднем ухе.

Все 107 больных были разделены на две группы. 1-ю основную группу составили 93 (86,91%) больных, у которых после санирующей операции (антромастотомия, аттикоантромастотомия, антроадитусотомия) среднего уха закрытого типа, на втором этапе через 5-7 дней проводили мастоидопластику.

У 14 больных (вторая группа) после выполнения санирующей операции в системе среднего уха закрытым способом одномоментно производили мастоидопластику. У всех больных через 1, 3 и 6 месяцев проведено исследование остроты слуха. Сопоставление данных аудиологических исследований у пациентов основной группы до лечения и через 1, 3, 6 месяцев после операции позволили установить I степень нарушения слуха у 68 (73,1 $\pm$ 4,6%) лиц, ($p < 0,05$), т.е. пороги восприятия в основном по воздушной и частично костно-тканевой проводимости звуков после операции были достоверно лучше, чем до лечения. После лечения число больных ХГСО со II степенью нарушения слуха достоверно уменьшилось в 3 раза – 18 (16,8 $\pm$ 4,06%) ($P < 0,05$), с III степенью – в 2 раза – 5 (5,4 $\pm$ 2,2%) ($p < 0,05$) у последних значимой динамики аудиологических показателей не наблюдалось. 4-я подгруппа состояла из 2 (2,2 $\pm$ 1,5%) пациентов с исходной IV степенью нарушения слуха.

В группе сравнения I степень нарушения слуха наблюдалась у 6 (42,9 $\pm$ 13,2%) больных, что было в 1,7 раза достоверно меньше, чем в основной группе ($p < 0,05$). II степень отмечалась у 3 (21,4 $\pm$ 11,0%) пациентов, что было достоверно меньше чем, до лечения в 2,9 раза ($p < 0,05$) и не отличалось от этого показателя в основной группе ($p > 0,05$), III степень нарушения слуха была у 3 (21,4 $\pm$ 11,0%), IV - у 2 (14,2 $\pm$ 9,3%) больных, что было соответственно в 4 и 6,5 раза больше, чем в основной группе. Ухудшение слуха у 2 пациентов группы сравнения после операции можно объяснить продолжающимся в системе среднего уха воспалительным процессом.

Результаты исследования слуха у больных после операции 1-3-6 месяцев показали что, у 92,5 $\pm$ 2,7% основной группы отмечается

улучшение слуха. Неэффективность оперативного лечения в этой группе составила $7,5 \pm 2,7\%$. Разница этих показателей достоверна по отношению к аналогичным показателям группы сравнения ($64,3 \pm 12,8$ и $35,7 \pm 12,8\%$) и составила $28,2\%$ ($P < 0,05$). После выписки из стационара, т. е. после завершения стационарного этапа реабилитации, больной должен продолжать лечение в поликлинике (включая санаторно-курортное) - поликлинический этап медицинской реабилитации. Больные после санирующей операции, учитывая наличие перфорации, барабанной перепонки должны находиться под диспансерным наблюдением пожизненно.

При наличии тяжелой степени тугоухости больным рекомендовано слухопротезирование. Больным с элементами сенсоневральной тугоухости с целью стабилизации остроты слуха необходимо проведение нейростимулирующей терапии с включением нейропротекторов (нейромедин, галантамин, прозерин) по показаниям не менее двух раз в год. Нами разработан алгоритм обследования больного на этапе медицинской реабилитации.

Выводы:

1. На основании анализа данных эпидемиологических исследований установлено, что частота ХГСО среди различных групп населения в разных регионах страны неоднородна. Заболевание чаще встречается у подростков. Наиболее высокая заболеваемость ХГСО (1121-1295,70 на 100 тыс. населения), превышающая республиканский показатель в 1,44 и 1,67 раза, регистрируется в зонах высокого риска, к которым относятся Республика Каракалпакстан, Кашкадарьинская, Наманганская и Хорезмская области.

2. Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая отоакустическую эмиссию, позволили диагностировать почти у $2/3$ больных ХГСО кондуктивную тугоухость, а у $1/3$ – сочетание ее с вторичной сенсоневральной тугоухостью, реже – вестибулярную дисфункцию ($23,37\%$).

При ХГСО чаще всего отмечается II ($60,8\%$) и I ($26,2\%$) степень тяжести поражения слуха, реже – III ($11,2\%$) и IV ($1,9\%$).

3. При ХГСО преимущественно высевается *Pseudomonas aeruginosa* ($49,2\%$), часто в ассоциации, в основном со стафилококком (24%). Особенностью выявленных штаммов микрофлоры являлись их высокая чувствительность ($88,9-100\%$) к цефалоспорином III и IV поколений и низкая – к пенициллину (до 14%) и гентамицину ($76-82\%$).

4. Комбинированный аутоотрансплантат – мышечно-фасциальный-периостальный лоскут на питающей ножке, используемый при мастоидопластике, оказывает стимулирующее влияние на репаративные процессы в костном ложе трепанационной полости.

5. Медицинская реабилитации больных ХГСО, включающая модифицированное комбинированное лечение: хирургическое с консервативным, способствует улучшению слуха у $92,5\%$ больных, что на $28,2\%$ достоверно выше традиционной мастоидопластики ($P < 0,05$). Таким образом, реабилитация больных ХГСО носит многоплановый характер. Ведущий из этапов – медицинская реабилитация, которая в комплексе с психологической, профессиональной и социальной реабилитацией больных способствует ускорению выздоровления, восстановлению нарушенных функций, наиболее полной интеграции в общество больных ХГСО с нарушением слуха.

Литература

1. Хасанов С.А., Оманов Ш.Э. Результаты применения гетерофибромастоидопластики при хирургическом лечении хронического гнойного среднего отита // Вестн. оториноларингол. – 1997. – № 2. – С. 17-18.
2. Храбриков А.Н. Критерии оценки задержанной вызванной отоакустической эмиссии // Вестн. оториноларингол. – 2000. – № 6. – С. 43-45.
3. Холматов И.Б., Абдурахманов А.А., Джамолов Ф.А. Наш опыт мастоидопластики у детей при лечении хронического гнойного среднего отита // Актуал. пробл. науки и практ. оториноларингол.: Материалы науч.-практ. конф. – Ташкент, 2008. – С. 78-79.
4. Homoe P. Otitis media in Greenland. Studies historical, epidemiological, microbiological and immunological aspects // J. Circumpolar Health. – 2001. – № 60 (Suppl. 2). – P. 1-5.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТА В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МИРИНГОПЛАСТИКЕ

Хакимов А. М., Исроилов Р.И., Ботиров А.Ж., Худжанов Ш.Х.

Ташкентская Медицинская Академия

(Ректор- академик Ш.И. Каримов)

Резюме: До настоящего времени нет единого мнения в вопросе о том, какие ткани целесообразнее использовать для пластики барабанной перепонки. Мы решили изучить применение ксенотрансплантата из перикарда овцы при мирингопластике у кроликов в эксперименте с хроническим сухим мезотимпанитом. Экспериментально-морфологические исследования с применением ксенотрансплантата проведены у 28 кроликов. В эксперименте положительный результат получен у 25 (89,3%), отрицательный у 3 (10,7 %) кроликов.

Ключевые слова: ксенотрансплантат, мирингопластика, фасция височной мышцы, лоскут.

MORPHOLOGICAL RESULTS BY USING XENOGRAFT IN EXPERIMENTAL MYRINGOPLASTY

Hakimov A.M., Isroilov R.I., Botirov A.J., Hudjanov Sh. H.

Summary: There is still medical opinion varies on what tissue is better to use for eardrum plasty. We decided to study sheep pericardium xenograft usage in myringoplasty of rabbits with chronic dry mesotympanitis in the experiment. Experimental and morphological studies carried out in 28 rabbits by using xenograft. In the experiment positive results are obtained in 25 (89,3%) rabbits, negative results in 3 (10,7 %) rabbits.

Key words: xenograft, myringoplasty, temporal muscle fascia, flap.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в реконструктивно-восстановительной хирургии среднего уха за последние два - три десятилетия, проблема хирургического восстановления целостности барабанной перепонки по-прежнему остается актуальной. Не менее важной, является и проблема выбора эффективного пластического материала для формирования неотимпанальной мембраны.

Большинство отохирургов отдает предпочтение аутофасции височной мышцы, которая является близкой по природе барабанной перепонке и удобной в использовании [6,10]. Однако она, как и все мягкотканые трансплантаты нередко атрофируется, из-за чего возникает рецидив перфорации или превращается в дряблый рубец, что значительно снижает функциональный эффект операции [12]. По этой причине в последние годы стали применять более жесткие, как правило, многослойные трансплантаты, которые обеспечивают достижение лучших морфологических результатов.

Однако в силу использования нескольких разнородных тканей, сформированная неотимпанальная мембрана по своим физическим и акустическим свойствам отличается от естественной, что неизбежно отражается на функциональном результате мирингопластики.

Таким образом, современное состояние проблемы реконструктивно- восстановительной хирургии среднего уха, в частности пластики дефектов барабанной перепонки диктует настоятельную необходимость дальнейшего поиска, как более адекватных трансплантатов, так и совершенствования способов хирургических вмешательств.

Достижения реконструктивной хирургии и консервации тканей нашли свое выражение в применении лоскутов - гомотрансплантатов, главным образом из соединительной ткани [1] (перикард, аортальный клапан, твердая мозговая оболочка, склера, роговая оболочка глаза и др.). Наиболее популярна консервированная твердая мозговая оболочка, которая обладает малой антигенностью, хорошей реваскуляризацией, устойчивостью к инфекциям и быстро вступает во взаимодействие с воспринимающей ложей [4,9].

Так В.И. Родин и соавт.[5] используя консервированную твердую мозговую оболочку добились закрытия дефекта барабанной перепонки у 93% больных, но по мнению М. Tos[8] твердая мозговая оболочка достаточно ригидный, плотный и толстый материал, и в этом один из её основных недостатков. Также при мирингопластике применялись аллотрансплантаты: твердая мозговая оболочка взрослого и плода [7], барабанная перепонка

взрослого и плода. Аллотрансплантаты могут быть передатчиками таких опасных инфекций, как СПИД, гепатит, сифилис, а также генетических заболеваний.

Многолетний клинический опыт использования перечисленных трансплантатов при хирургических вмешательствах на среднем ухе выявил ряд недостатков: отторжение пластического материала, рецидив перфорации в неотимпанальной мембране, необходимость дополнительных операций для забора трансплантата, что негативно отражается на анатомических и функциональных результатах хирургического лечения больных. Поэтому в современной отохирургии разработка новых высокоэффективных трансплантатов для пластики дефектов барабанной перепонки является актуальной и важной проблемой.

В последнее время при мирингопластике многие зарубежные авторы применяют ксенотрансплантаты [11,12]. В нашей республике Р.О.Мухамадиевым создан ксенотрансплантат [2] из перикарда овец (авт. свид. № 002-03/145 от 28.03.2003), который использован автором экстрасклерально при различной патологии органа зрения. Ксенотрансплантат привлекает к себе внимание доступностью и практически неограниченным запасом пластического материала.

Целью нашего исследования является экспериментальное обоснование эффективности применения ксенотрансплантата из перикарда овцы при мирингопластике.

Экспериментально-морфологические исследования проведены на 28 кроликах с применением ксенотрансплантата из перикарда овцы при сухом мезотимпаните на правом ухе (основная группа). Контрольную группу составили эти же кролики (левое ухо), у которых смоделирован сухой мезотимпанит. Морфологические особенности приживления ксенотрансплантата у экспериментальных животных мы производили на 3-, 7-, 14-, 21- сутки, через 1 месяц и 3 месяца после операции. В сроки от 3 дней до 3 месяцев после операции животных усыпляли воздушной эмболией и подвергали патологоанатомическому исследованию. Извлеченный ксенотрансплантат

изучали макро- и микроскопически. Кусочки фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина. После промывания в проточной воде производилось обезвоживание в спирте и хлороформе, а затем заливались парафином с воском. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином-эозином. Коллагеновые волокна выявлялись методом Ванн-Гизона.

Результаты морфологического исследования:

На 3-й день после мирингопластики в зоне и окружности ксенотрансплантата отмечались дисциркуляторные изменения в виде полнокровия сосудов микроциркуляторного русла, диапедезного кровоизлияния в периваскулярную зону, расширения посткапиллярных венул и краевого расположения белых кровяных клеток. Непосредственно в окружности пересаженного перикарда эти изменения сопровождались кровоизлияниями, разрыхлением и фибриноидным некрозом наружной оболочки перикарда. Волокнистые структуры средних оболочек перикарда были подвергнуты отеку, разрыхлению и умеренному набуханию. Вышеуказанные морфофункциональные изменения мягких тканей среднего уха свидетельствуют о развитии острых дисциркуляторных, отечно-деструктивных изменений на операционное повреждение и ксенотрансплантат.

На 7-й день после мирингопластики в зоне и окружности ксенотрансплантата дисциркуляторные изменения переходят на ответные воспалительные процессы в виде гиперемии сосудов микроциркуляторного русла, истончения стенок их и миграции как полинуклеарных, так и мононуклеарных лейкоцитов в периваскулярные зоны. На границе перикарда и окружающей его ткани формируется воспалительный инфильтрат. Со стороны ксенотрансплантата отмечалось разрыхление и деструкция наружной оболочки его в виде фибриноидного некроза, в составе которого появляются активизированные лимфоидные и макрофагальные клетки. В средней оболочке перикарда на фоне разрыхления и гомогенизации волокнистых структур отмечалось появление активных клеток, как

собственно перикардиального, так и реактивного происхождения.

На 14 день после мирингопластики по краям ксенотрансплантата отмечается сращение тканевых структур перикарда с окружающей мягкой тканью и костной основой. При этом тканевые структуры перикарда полностью разрушены и перемешены с окружающими структурными элементами как мягкой, так и костной ткани. Со стороны кожи наружного слухового прохода также отмечалось полное сращение перикарда со структурными элементами кожи. Лишь в зонах операционного разреза наблюдается появление небольшой пролиферативной инфильтрации, состоящей из грануляционной ткани и воспалительных клеток.

21 день после мирингопластики. Отмечалось уменьшение объема деструктивных изменений в составе ксенотрансплантата. Наблюдалось созревание и дифференцировка юных гистиоцитарных клеток воспаленных очагов перикарда в зрелые гистиоциты и фиброциты с выработкой волокнистых структур, которые сливаясь с волокнистыми элементами перикарда формируют плотные и толстые фибриллярные структуры. Со стороны костной ткани определялось появление тонкого слоя, аналогичного надкостницы, состоящего из клеточно-волокнистой соединительной ткани. Со стороны кожи наружного слухового прохода также отмечалось формирование зрелой соединительной ткани из воспалительно-грануляционной ткани и слияние её с фиброзной тканью гиподермы и дермы.

Через 1 месяц после эксперимента отмечалось развитие в составе мирингопластики и окружающих тканей регрессивных явлений в виде исчезновения воспалительных клеток, созревания и дифференцировки камбиальных гистиоцитарных клеток в зрелые гистиоциты и фиброциты. Причем, такая регрессивная дифференцировка соединительнотканых клеток сопровождалась уменьшением их численности. Также уменьшилось количество тонкостенных сосудов со стабилизацией гемодинамических и отечных явлений. Волокнистые структуры в составе новообразованной соединительной ткани и перикарда также уменьшались в объеме,

превращались в отдельные пучки, которые плотно и тесно связывались с одной стороны костной тканью, а с другой с дермой кожи.

Через 3 месяца после мирингопластики перикардом в операционном поле мы видели полное исчезновение всех видов общепатологических, воспалительных и регенераторных изменений. Отмечалось полное сращение ткани перикарда с окружающими тканями и микроскопически как по составу, так и по зрелости не отличались от местной соединительной ткани. Лишь наблюдалось сохранение небольших участков с умеренно дифференцированными фиброцитарными клетками и признаками ангиоматоза.

Макроскопические изменения ксенотрансплантата оценили при помощи отоскопа и микроскопа. По результатам экспериментальных исследований отмечено: полное отторжение трансплантата 1 (3,57%) 3-день, выпадение трансплантата в барабанной полости 1(3,57%) 14-день, неполное заживление трансплантата 1(3,57%) 21-день. У остальных экспериментальных животных получен положительный макроскопический результат то есть заживления ксенотрансплантата из перикарда овцы при мирингопластике у 89,3% кроликов.

Вывод. Получен положительный макроскопический результат заживления ксенотрансплантата из перикарда овцы при мирингопластике у 89,3% кроликов. При анализе приведенных микроскопических данных можно отметить, что в ранние сроки в зоне и окружности ксенотрансплантата развиваются реактивные патоморфологические изменения защитного и восстановительного характера в виде дисциркуляции, отека и разрыхления тканевых структур. Эти изменения в ближайшие сроки эксперимента переходят в воспалительно-восстановительный процесс в виде формирования на границе ксенотрансплантата воспалительной грануляционной ткани с последующим сращением с тканевыми элементами перикарда, а со стороны наружного слухового прохода покрывается кожей.

Литература

1. Карпов В.П., Енин И.П. Новый материал

для пластики субтотальных дефектов барабанной перепонки: 6-й Международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха» Суздаль 2007. С.-116-117.

2. Мухамадиев Р. О. Разработка и внедрение ксенотрансплантата в клиническую офтальмохирургию: Автореф. Дис. на соиск. учен. степ. док. мед. наук: 14.00.04 МЗ РУ, ТМА. –Т, 2005. с. -4-5.

3. Нечипоренко В.П., Нечипоренко П.В. Вариант тимпаноластики с костным экранированием. //Журн. ушных, носовых и горловых болезней/. - 2000. - №6. - С. 87-8

4. Островский И.И., Островский А.И. Тимпаноластика: проблемы и реализация // Вестник оторинолар. - 2000. - № 1. - С.7-10.

5. Родин В.И., Боечко С.К., Ткач Ю.Н. Пластика барабанной перепонки с применением твердой мозговой оболочки эмбриона //Вестник оторинолар. -1990. - № 3. - С. 60-62

6.Семенов Ф.В., Волик А.К. К вопросу о тактике хирургического лечения больных хроническим гнойным отитом при различных формах патологического процесса в среднем ухе // Вестник оторинолар. -1998.-№5.-С. 15-17.

7. Ситников В.П., Бизунков А.Б.,

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОКАРНИТА В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

Жайсакова Д.Е., Джаркинбекова Г.К., Муканова Ж.Т., Кулиμβетов А.С.

Резюме: Данное исследование указывает на эффективность назначения «Кокарнит» в комплексном лечении болезней уха, обусловленных сосудистой патологией внутреннего уха.

EXPERIENCE USING OF “COCARNIT” FOR TREATMENT SENSONEURAL HEARING LOSS

Gaisakova D.E., Dgarkinbaeva Q.K., Mukanova G.T., Kulimbetov A.S.

Summary: This paper indicates the effect of prescribe the medicine “Cocarnit” in the complex treatment the disease of ear, which were developed by vascular pathology of internal ear.

Среди больных, страдающих тугоухостью, по данным зарубежных и отечественных ученых, на долю патологии звуковоспринимающего аппарата приходится от 78% до 85%. Развитие нейросенсорной тугоухости сосудистого генеза часто обусловлено системным атеросклерозом, особенно сосудов головного мозга. Такие нарушения дают грубые дегенеративные и склеротические изменения в улитке, особенно в наружных и внутренних волосковых клетках кортиева органа, и в меньшей степени в

Хусам Э.Р. Динамика акустических свойств двухслойного трансплантата в различные сроки после миринголастики // Вестник оторинолар. - 1998. - №3. -С. 21-22.

8.Тос. М., Руководство по хирургии среднего уха. В 4 томах. Том 1. Подходы: миринголастика, оссиклопластика и тимпаноластика Перевод с английского, под редакцией А. В. Старохи-Томск, 2004. С. -88-127.

9. Цурикова Т.В., Болгов Д.Ф., Бугаева Т.Э. Аллобредотимпаноластика при хроническом среднем отите у детей // Вестник оторинолар. -2004.-№3.-С. 27-28.

10. Indorewala S. Dimensional stability of free fascia grafts: clinical application /S: Indorewala // Laryngoscope. - 2005. - Vol. 115, N2. - P. 278-282.

11. Gйrard J.M, Gersdorff M. // The Tutopatch graft for transcanal myringoplasty. B-ENT. 2006;2(4):177-9.Department of Oto-Rhino-Laryngology, University Hospital Saint-Luc, Brussels.

12. Tos M., Everberg G, Henrichsen J Autologous tissue seal in myringoplasty // Laryngoscope. -1987. - Vol. 97, N3. - P. 370-371

рецепторном аппарате полукружных каналов и в отолитовом аппарате, т.е. в вестибулярном анализаторе [1].

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения препарата «Кокарнит» в комплексном лечении патологии слуха, обусловленный сосудистой патологией внутреннего уха[2].

Исследованием по изучению слуховой функции у больных с нарушениями мозгового кровообращения установлено, что патология

кохлео-вестибулярного аппарата занимает значительное место в клинике расстройств мозгового кровообращения[3]. Особенно важно отметить, что сосудистые нарушения в вертебро-базиллярном бассейне дают яркую, рано проявляющуюся кохлеовестибулярную симптоматику, которая нередко проявляется задолго до всех остальных симптомов заболевания. Такие сведения получены при ознакомлении работ[4,5].

Одной из причин недостаточной эффективности лечения слуховых нарушений сосудистого характера на современном этапе является вынужденная полипрагмазия фармакотерапии указанной патологии, что может оказаться повышенным риском развития осложнений от приема лекарственных средств при взаимодействии разных групп препаратов. На такую проблему указывает ведущие ученые отолгии [6,7]. Поэтому при выборе лечения слуховых нарушений при сосудистой патологии конкретных схем нет. Данное положение требует оптимизации лечебных комплексов, включающих минимальное количество медикаментозных средств, направленных на воздействие основных звеньев патогенеза заболевания и решение проблемы видится в использовании многоцелевой монотерапии основного заболевания с минимальной кратностью введения препарата.

Одним из таких лекарственных средств является препарат «Кокарнит». На фармацевтическом рынке РК препарат «Кокарнит» (Великобритания, Medicine) впервые зарегистрированный 2 декабря 2008 г, как препарат для лечения невритов, невропатий, невралгий различного генеза. Кокарнит зарекомендовал себя, как препарат применяемый при сосудистом поражении различных органов и систем [9,8,10].

Препарат состоит из никотинамида, кокорбоксилазы, цианокоболамида, динатрия аденозинтрифосфата тригидрата. При применении кокарнита происходит усиление окисления глюкозы, повышение синтеза АТФ, снижается образование свободных радикалов, недоокисленных продуктов обмена, уменьшается внутриклеточный ацидоз[11].

Создание лекарственных средств, способных прервать цепь не благоприятных метоболических процессов в тканях, вызванных ишемией и тем самым способствующий повышению защитных их свойств в условиях гипоксии. Препарат «Кокарнит» относится к перспективным направлениям клинической фармакологии.

Лечение кокарнитом проводится не менее 2-3 месяцев, так как длительное применение повышенных доз препарата особенно необходимо при лечении поздних стадий заболевания. После достижения терапевтического эффекта лечение следует продолжать с целью сохранения или усиления достигнутой ремиссии. Установлено, что эффективность кокарнита в отношении купирования и профилактики нейросенсорной тугоухости выше в случаях длительного и продолжительного курса лечения. Для оценки терапевтической эффективности кокарнита в комплексном лечении слуховых нарушений сосудистого генеза все наши клинические наблюдения были разделены на две сравнительные группы. Первая - 25 человек, получала базовую терапию+ кокарнит и вторая- 25 человек, только базовую терапию без кокарнита. Все больные до и после лечения, наряду с изучением у них клинко-функциональных проявлений нейросенсорной тугоухости, подвергались исследованию слуха по данным тональной пороговой аудиометрии, реографических показателей церебральной гемодинамики, (ЭЭГ, РЭГ) характеризующих тонус мозговых сосудов, отвечающих за кровоснабжение внутреннего уха и показатели биоэлектрической активности головного мозга. Исследования проводились в начале и после завершения курса лечения.

Препарат переносится хорошо, побочных эффектов, требовавших отмены препарата, в том числе аллергических реакций выявлено не было. Препарат вводился по 2,0 мл 1-2 раза в сутки.

В таблице №1 приведены средние показатели слуха (воздушная проводимость) у 50 больных с нейросенсорной тугоухостью до лечения, в дБ. Показаны степени снижения слуха на всем диапазоне частот от высоких, средних, и высоких. У больных с I степенью снижения слуха на низкие частоты потеря слуха составляет 32 дБ. На средние 33,3 дБ, на высокие 39 дБ.

Таблица №1
средние показатели слуха у больных с НСТ в дБ, М±m

Звуковые частоты Гц	Слуховые частоты		
	I (n25) M±m	II(n15) M±m	III (n10) M±m
125	35,0±1,2	40,0±6,1	50,0±8,3
250	30.0±2.7	45,0±5,1	55,0±7,1
500	30.0±2.7	50,0±3,5	55,0±7,1
1000	35,0±1,2	50,0±3,5	65.0±0
2000	40,0±2,5	55,0±2,1	70,0±5,6
4000	38.0±1,7	65,0±7,0	75,0±8,3
6000	40,0±2,5	65,0±5,7	80±10,4
8000	40,0±2,5	60,0±5,0	70,0±5,6

Проведенные аудиологические исследования у больных с II степенью снижения слуха на низкие частоты выявили потерю слуха до 47 дБ, на средние 52 дБ, на высокие 60 дБ. У больных показатели слуха аудиограмм у больных после проведенного лечения базовой терапией + препарат «Кокарнит», свидетельствующие об изменениях слуховой функции (улучшение

Таблица №2
Средние показания порогов слуха воздушной проводимости у больных с хроническими формами нейросенсорной тугоухости после лечения (базовая терапия), в дБ
* недостоверные данные.

Е Звуковые частоты Гц	Степень тугоухости					
	1 (n9)		2 (n10)		3 (n6)	
	M±m	P	M±m	P	M±m	P
125	24,5±4,3	<0,02	30,0±6,7	***	45,0± 10,6	***
250	25,3±4,1	***	35,0±5,9	<0,2	55,0±6,8	***
500	26,6±3,7	***	40,0±4,5	<0,1	55,0±6,8	***
1000	28,1±3,1	<0,05	45,0±0,0	<0,1	60,0±0,0	<0,001
2000	28,0±2,7	<0,01	45,0±0,0	<0,001	65,0±7,4	***
4000	36,2±4,4	***	50,0±5,0	<0,05	60,0±0,0	<0,01
6000	38,0±5,7	***	60,0±9,5	***	70,0±10,8	***
8000	36,0±4,8	***	55,0±7,4	***	70,0±10,8	***

с тугоухостью III степени средние показатели порогов слуха были еще значительнее, колебания восприятия слуха были в пределах от 50-80 дБ.
В таблице №2 отражена положительная динамика улучшения слуха у больных с НСТ в диапазоне низких и средних частот, которая определялась на аудиограммах у больных после лечения (базовая терапия) в среднем до 5-10 дБ. Улучшение слуха у больных со II и III степенью тугоухости незначительно – всего подъем определялся в пределах 5 дБ.
В таблице №3 отражены средние

слуха на 12 дБ; 18 и 4 дБ, 13.3 дБ).
Статистический анализ показал лучшую динамику восстановления слуха у больных, получавших базовую терапию + «Кокарнит», особенно в диапазоне низких и средних частот.
Следует отметить, что у больных пожилого возраста от 65 до 70 лет, у которых отмечен выраженный атеросклероз церебральных сосудов, в 32,4% случаев установлено полное отсутствие лечебного эффекта. Слух оставался на прежнем уровне, т.е без особых изменений. В отношении ушного шума можно отметить

Таблица №3

средние показания порогов слуха воздушной проводимости у больных с нейросенсорной тугоухостью после лечения, (базовая терапия + «Кокарнит»), в дБ (M±m).

* недостоверные данные.

Звуковые Частоты	Степень тугоухости								
	1 (n9)			2 (n10)			3 (n6)		
Гц	M±m	P1	P2	M±m	P1	P2	M±m	P1	P2
125	21,1±3,2	<0,01	***	25,0±6,1	<0,1	***	40,0±9,6	***	***
250	21,8±3,0	<0,2	***	25,0±6,1	<0,02	***	45,0±8,1	***	***
500	22,5±2,7	<0,2	***	35,0±4,2	<0,02	***	50,0±5,6	***	***
1000	22,9±2,6	<0,01	<0,2	35,0±4,2	<0,001	<0,02	50,0±5,6	<0,01	<0,1
2000	24,7±1,5	<0,001	<0,05	45,0±4,7	<0,001	***	60,0±7,9	***	***
4000	28,1±2,8	<0,1	<0,2	45,0±4,7	<0,01	***	60,0±7,9	<0,1	***
6000	30,5±4,1	<0,2	***	55,0±9,1	***	***	65,0±11,0	***	***
8000	32,5±5,0	***	***	55,0±9,1	***	***	60,0±7,9	***	***

следующее: он остался на прежнем уровне, или незначительно изменял свою интенсивность, тональность и продолжительность.

Хотелось бы отметить положительную динамику восстановления слуха на низкие и средние частоты у больных с НСТ I степени тугоухости, указывающие на улучшение восприятия речи, так как подъем аудиологической кривой произошел в тоншкале речевой зоны. В двух сравниваемых группах II и III степени НСТ больных получающих базовую терапию и базовую терапию + препарат кокарнит, улучшение слуха на высокие частоты (4000-8000Дб) практически не наблюдалось, так же как и больных получавших только базовую терапию. Лечение слуховых нарушений с применением кокарнита способствовали снижению субъективного шума в ушах. Оценка эффективности подавления шума проводилась согласно классификации шумограмм, предложенная О.П. Пятакиной, А.Н. Чканниковым [12] где каждый тип шумограммы типичен для определенной формы тугоухости. Прекращение ощущения субъективного ушного шума, почти одновременно с восприятиями порогового сигнала (5 дБ над порогом), независимо от частотной характеристики подаваемого сигнала, характеризовало начальную форму нейросенсорной тугоухости, проявлялись снижением кривой с кривой прикрытия до 1-5 дБ лишь в узком диапазоне частот. К I степени снижения эффективности

мы отнесли полное исчезновение шума или его сохранение до 25% от исходного уровня, ко 2 степени- снижение шума от 25 до 50 % от исходного уровня. К III степени- сохранение шума до 75% исходного уровня громкости или смена частоты шума на менее разрешающую при прежней его интенсивности- сохранение шума в неизменном виде. Так у лиц с НСТ I степени подавление субъективного шума, принимающие только базовую терапию произошло в 18,4± 5,0 % случаев (9 чел). У больных принимающих базовую терапию + препарат «кокарнит» подавление субъективного шума составило 24,5± 5,6 (12 чел).

Таким образом, включение препарата «Кокарнит» в лечебный комплекс, используемый для больных и с нейросенсорной тугоухостью, наряду с предупреждением развития слуховых нарушений и появления нейросенсорной тугоухости выраженной степени оказывает нормализующее влияние на кровообращение во внутреннем ухе. Результаты биоэлектрической активности головного мозга показали, что при поступлении больных в клинику в подавляющем большинстве случаев на ЭЭГ регистрировались выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. После завершения курса лечения они исчезали параллельно с нарастанием легких диффузных изменений и появлением нормальных ЭЭГ. Применение препарата «Кокарнит»

в комплексном лечении НСТ приводит к исчезновению умеренных диффузных изменений биопотенциалов мозга на 16,9 % чаще, чем у больных группы сравнения, что говорит о его нормализующем влиянии.

Результаты ЭЭГ подтверждают, что применения препарата «кокарнит» в комплексном лечении НСТ приводит к исчезновению умеренных и диффузных изменений на 16,9% случаев, чем у лиц с НСТ, получающих только базовую терапию. Анализ реографических показателей установил, что с включением в лечебный комплекс препарата «кокарнит» улучшаются показатели церебральной гемодинамики у больных с НСТ. Уменьшение частоты спастического с затруднением венозного оттока наступает в двух и более раз чаще, чем в группе больных, получивших кокарнит, за счет учащения случаев вариантов диастолического и спастического РЭТ без затруднения венозного оттока.

Таким образом, предложенная методика включения «Кокарнита» в базовую терапию больных НСТ оказывает нормализующее влияние на слух, на биоэлектрическую активность головного мозга, улучшает реографические показатели церебральной гемодинамики, что позволяет рекомендовать ее для широкого внедрения в практику ЛОР специалистов.

Полученный материал установил, что у больных НСТ развивается симптомокомплекс слуховых нарушений с присутствием субъективного ушного шума, на фоне которого лечение должно идти двумя путями – улучшение мозгового кровообращения и тем самым лабиринта и компенсация потери слуха за счет подавления ушного шума.

Появление нового препарата «Кокарнит», являющегося комплексом метоболических веществ и витаминов, оказывающих и нейропротекторное действие позволил проводить, лечение любых видов невритов, невралгии ЛОР органов и нейросенсорной тугоухости.

Включение препарата «Кокарнит» в лечебный комплекс, используемый для больных с нейросенсорной тугоухостью, наряду с предупреждением развития слуховых

нарушений и появления нейросенсорной тугоухости выраженной степени оказывает нормализующее влияние на кровообращение во внутреннем ухе.

Предложенная методика включения «Кокарнита» в базовую терапию больных НСТ оказывает нормализующее влияние на слух, на биоэлектрическую активность головного мозга, улучшает реографические показатели церебральной гемодинамики, что позволяет рекомендовать ее для широкого внедрения в практику ЛОР специалистов.

Литература:

1. Гусейнов Н.М, Худиева А.М., Мехдизаде Н.М, Байруллаева Т.Ш// Материалы V Всероссийской конференции «Наука и практика в оториноларингологии»- Москва.-2006 с 128-131.
2. Морозова С.В Комплексный подход к лечению острой нейросенсорной тугоухости сосудистого генеза «Южно Российский медицинский журнал-2001, №3-4 с 20-21»
3. Куниловская Н.Л. Кровообращение головного мозга и нейросенсорная тугоухость (Клиническая аудиология и ангиографическое исследование//Автор диссертации доктор медицинских наук-М-,1994, стр 98.
4. Верещагин Н.В К патогенезу и морфологии нарушений мозгового кровообращения при поражении сонных и позвоночных артерий// Архив патологии.- 1962, №8, с 18-25.
5. Джаркинбекова Г.К. Диагностика и лечение слуховых нарушений при малом ишемическом инсульте атеросклеротического генеза. Автореферат к.м.н 2009., 17 стр
- Лазарев Л.А. Алгоритмы диагностики и лечения нейросенсорной тугоухости; Методические рекомендации; Краснодар, 2009, стр 20
6. Е.В.Кочмарова, С.А.Панычева, Л.А.Лазарева. Опыт применения комплексного подхода в восстановлении и реабилитации пациентов с нейросенсорной тугоухостью в условиях санатория «Газпром-Ямас» . Материалы XVIII съезда оториноларингологии России том 2, стр 87-20.

7. Литвиненко Л.А., Короленко Г.Г. Использование кокарнита в комплексном лечении диабетической полинейропатии. Журнал «Медицинские новости» №3, 2009 с 67.

8. Трисветова Е.Л., Михайлов А.Е. Кокарнит- новый комплекс метаболитических веществ. Журнал «Медицинские новости», №10, 2008. с 55.

9. Еремина Н.В. Дифференцированный подход к назначению «Сосудистой терапии при патологии среднего уха». // Материал X Российского конгресса оториноларингологов

8-9 ноября 2011. Москва.

10. Абдулкеримов Х.Т., Карташева К.И. Состояние свертывающей системы крови у пациентов с нейросенсорной тугоухостью. Материалы XVIII съезда оториноларингологов. Россия 26-28 апреля 2011г. Стр 3-6

11. Пагякина О. П., Чканников А.Н. Классификация и дифференциально-диагностическая оценка шуммограмм// VI съезд оториноларингологов СССР: тезисный доклад.- М., Медицина,- 1975. С 333-334.

РОЛЬ РАСШИРЕННОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА

Жайсакова Д.Е., Джаркинбекова Г.К., Кулиббетов А.С., Муканова Ж.Т.

Резюме: Большая часть нарушений слуха зависит от состояния ЦНС и требует тщательного обследования слухового нерва на различных уровнях.

THE LOCAL EXAMINATION IS CONSISTED IN ENT DIAGNOSTIC METHODS OF SENSONEURAL AND VESTIBULAR DESTRUCTION OF HEARING

Gaisakova D.E., Dgarkinbaeva Q.K., Mukanova G.T., Kulimbetov A.S.

Summary: The main part of cochlear disorder in the internal ear depend on condition of central neural system and required the care examination all anatomy levels of cochlear nerve.

Топическая диагностика поражений слухового и вестибулярного анализаторов все еще остается сложной, а подчас и неразрешимой проблемой. Это объясняется тем, что в основе диагностики лежит определений локализации и распространенности патологического очага в нервной системе на основании оценки нарушений центральной и периферической нервной системы, выявленных при комплексном обследовании. Между тем как многие стороны процесса переработки слуховой информации на различных уровнях слуховой и вестибулярной систем до сих пор остаются неясными.

Поражение различных отделов головного мозга приводит к разной степени выраженности отоневрологической симптоматики, которая является большим подспорьем в топической диагностике поражений центральной нервной системы. Изучена отоневрологическая симптоматика при сосудистой патологии, черепно-мозговой травме, воспалительных процессах и др. (О.Г. Агеева-Майкова, А.В.

Жукович, 1960; А.В. Жукович 1966; Н.С. Благовещенская, 1972, 1981; Я.И. Альтман, Г.А. Таварткиладзе, 2003; Х.Т. Абдулкеримов, К.И. Родионова, Л.Н. Суворкина, 2008 и др). Это особенно необходимо, т.к. точная диагностика уровня поражения слухового и вестибулярного анализаторов способствует более раннему выявлению патологического очага в центральной нервной системе. Наиболее отчетливо эти нарушения функции органа слуха и равновесия проявляются при поражении задней черепной ямки. Выявление кохлео-вестибулярных нарушений на разных уровнях поражения слухо-вестибулярной системы может помочь установить топический диагноз, распространенность процесса, характер и течение заболевания, наметить соответствующее лечение.

В настоящее время повышаются требования к методам исследования слуховой и вестибулярной функций с точки зрения топической диагностики поражения органа

слуха (Э.И. Золотник, И.А. Склют, 1970; Н.С. Благовещенская, 1981; Б.С. Крылов с соавт., 1981; А.С. Розенблум, 1982; А.И. Лапотко, 2008; Е.А. Приходько, 2009).

Большое значение придается комплексному аудиологическому исследованию органа слуха с использованием определенного «набора» аудиологических тестов. Без широкого аудиологического обследования, без учета результатов оттого обследования невозможны ни точная, в особенности топическая, диагностика многих ушных заболеваний, ни решение вопросов о хирургическом вмешательстве на ухе, ни проведение профилактики и компенсации нарушений слуха слухопротезированием (А.С. Розенблум, 1982; Г.А. Налимова).

В комплекс исследований слуховой функции входят традиционные методы, такие как исследование шепотной и разговорной речью, камертонами, тональная и речевая аудиометрия, надпороговые методы исследования. Уже эти методы дают возможность установить характер поражения органа слуха и выявить его начальные формы.

Исследования отечественных и зарубежных авторов (В.Г. Базаров, Б.С. Мороз, 1975; С.Н. Хечинашвили, 1978; Б.М. Сагалович, 1978; В.В. Березнюк, А.В. Зайцев, 2011) подчеркивают диагностическую ценность регистрации акустического рефлекса, особенно его динамических характеристик. Авторы указывают на то, что акустический рефлекс (АР) целесообразно применять для дифференциации кохлеарных и стволомозговых поражений. По мнению Fowler и Wilson (1984) для ретрокохлеарных поражений характерно отсутствие АР на тоны 500, 1000 и даже 2000 Гц и аномальная адаптация, проявляющаяся на 500, 1000 Гц. Авторы подчеркивают, что обязательным условием для проведения этого исследования должно быть нормальное среднее ухо и потеря слуха, не превышающая 60 дБ.

Большое значение для дифференциальной и топической диагностики кохлеарных и ретрокохлеарных поражений придается адаптационным тестам, в частности, пороговой адаптации (ПА) или «тесту ниспадения порогового тона», а также долговременной и

кратковременной адаптации или остаточной маскировке (А.С. Розенблум, 1975, 1978, 1982; Г.А. Таварткиладзе, И.А. Белянцева, Г.И. Фроленков, 1995; Г.А. Таварткиладзе, 2004).

В последние годы работами авторов (А.С. Розенблум, 1971, 1978; Б.М. Сагалович, 1973; И.М. Белов с соавт., 1978 и др.) доказано, что механизм слуховой адаптации определенным образом связан с центральными отделами слухового анализатора.

А.С. Розенблумом (1982) впервые было установлено, что долговременная адаптация, вызванная умеренными уровнями звуковой стимуляции, возрастает у больных с поражениями ствола мозга и диэнцефалона, а также в тех случаях, когда имеется поражение мостомозжечкового угла, оказывающее воздействие на ствол головного мозга.

Появившаяся в последнее время возможность регистрации у человека слуховых вызванных потенциалов значительно расширила информативность современной диагностической аудиологии и вызывает большой интерес как физиологов, так и клиницистов (С.Н. Хечинашвили с соавт., 1972; И.М. Белов, Е.Ю. Глухова, К.А. Муравьева, 1978). к настоящему времени накопилось достаточно наблюдений по использованию аудиометрии по вызванным слуховым потенциалам в клинике, особенно при дифференциальной диагностике кохлеарных и ретрокохлеарных поражений.

Тем не менее, в исследованиях, проведенных Т.И. Терещук с соавт., (1982), показано, что в ряде случаев у больных с односторонней глухотой могут быть зарегистрированы КСВП, характеристика которых (увеличенная латенция волн и снижение их амплитуды) указывает на наличие ретрокохлеарной патологии. Отсутствие КСВП при наличии других положительных тестов также может быть признаком ретрокохлеарной патологии.

Большинство авторов сходятся во мнении, что компьютерная аудиометрия на основе регистрации КСВП помогает проводить дифференциальную диагностику кохлеарных и ретрокохлеарных форм поражения (С.Н. Хечинашвили, З.Ш. Кеванишвили, 1982,

1985; Пермякова Т.Н., 2010; Соколова Е.В., 2011). Установлено, что при кохлеарной форме тугоухости выявляется положительный феномен ускоренного нарастания громкости, проявляющийся в том, что латентный период V волны КСВП приближается к норме при большей интенсивности стимуляции. При ретрокохлеарной патологии латентный период V волны не достигает нормальных значений даже при значительных интенсивностях стимуляции.

В последние годы большое значение приобрела проблема объективизации исследований вестибулярной функции, тесно связанная с исследованиями слухового анализатора. Взаимодействие этих двух направлений необходимо в интересах топической диагностики кохлеарных и ретрокохлеарных поражений слухового органа. Особенно актуальным оно стало, главным образом, потому, что значительно расширилась сфера хирургических вмешательств при ряде заболеваний уха (слуховосстанавливающие операции, операции при болезни Меньера, опухолях слухового нерва и т.д.). Проблема объективного исследования функции вестибулярного аппарата важна сама по себе, в частности, для специалистов, занимающихся профессиональным отбором, профессиональной гигиеной, поскольку раннее выявление уже небольших отклонений от нормы со стороны вестибулярного аппарата, правильная оценка динамики нарушений, а также прогнозирование их развития имеют большое значение (М.Е. Левашов, 1984).

Характерным признаком, присущим патологическим процессам, локализующимся в области мосто-мозжечкового угла, является так называемая перекрестная асимметрия, при которой асимметрии субкортикального и кортикального ОКН имеют различные знаки. Нельзя утверждать, что этот признак является обязательным симптомом, однако частота его обнаружения при патологии мосто-мозжечкового угла явно превосходит таковую при патологических процессах иной локализации (Л.Н. Петрова, Г.М. Петрова с соавт., 1986; В.Е. Кузовков с соавт., 2011, Н.С. Храппо, 2011).

Все перечисленные методы исследования,

наряду с электрофизиологическими исследованиями, рентгено- и томографией, реоэнцефало- и пневмоэнцефалографией, позволяют с достаточной достоверностью определить уровень кохлеовестибулярных поражений. Для оториноларингологов, особенно отохирургов, это имеет весьма важное значение.

Комплексное обследование больного с кохлеовестибулярными нарушениями способствует дифференциальной диагностике таких заболеваний как опухоль слухового нерва, арахноидит мосто-мозжечкового угла, болезнь Меньера, сосудистые нарушения в вертебробазилярной системе и др.

Литература

1. Абдулкеримов Х.Т., Родтонова К.И., Суворкина Л.Н. Состояние функции равновесия у больных с различными формами сенсоневральной тугоухости // Сто лет Российской оториноларингологии: достижения и перспективы. — 2008. — Санкт-Петербург. — 17с.
2. Агеева-Майкова О. Г., Свиридова А. Е. Топическое значение нарушений би-наурального слуха при черепномозговых травмах // Труды АМН СССР, 1951, т. 14. — С. 68—73.
3. Агеева-Майкова О. Г., Жукович А. В. Основы отоневрологии. — М., 1960. — 299 с.
4. Альтман Я.И., Таварткиладзе Г.И. Руководство по аудиологии. — М.: ДМК Пресс, 2003. — 360с.
5. Бару А. В. Слуховые центры и опознавание звуковых сигналов. — Л. Наука. — 1983. — 191 с.
6. Белов И. М., Глухова Е. Ю., Муравьева К. А. К оценке функционального состояния слуховой системы методом компьютерной аудиометрии // Вестн. оторинолар. — 1978. — № 8. — С. 24—29.
7. Березнюк В.В., Зайцев А.В. Особенности кохлеарной имплантации при хронических заболеваниях уха. // Материалы XVIII съезда оториноларингологов России. — 2011. — Т. 2. — с.25-26.
8. Благовещенская И. С. Электронистагмография при очаговых поражениях головного мозга. — Л.: Медицина, 1976, — 392 с.
9. Благовещенская Н. С. Исследование слуха на различных уровнях слуховых путей. // Вестн. оторинолар. — 1962. — № 4. — С. 17—23.

- 10.Благовещенская Н. С. Отоневрологические симптомы и синдромы. — М.: Медицина, 1982. — 328 с.
- 11.Жукович А. В. Частная отоневрология. — Л.: Медицина. — 401 с.
- Злотник Э. И., Скют И. А. Невринома слухового нерва. — Минск, 1970. — 184 с.
- 12.Крылов Б. С., Ланцов А. А., Гурчин Ф. А. Височно-лабиринтный подход к хирургии невриномы VIII нерва// Невринома слухового нерва/Труды Московск. НИИ уха, горла и носа. М., 1984. — С. 70—72.
- 13.Крылов Б. С., Смирнова Н. А., Козлова З. В. Невринома слухового нерва // Невринома слухового нерва / Труды Московск. НИИ уха, горла и носа. М., 1984. — С. 3—11.
- 14.Кристостурьян С. Л., Куке Е. Н. Топическая обусловленность нарушений краткосрочной слуховой адаптации // Клинико-патогенетические аспекты ЛОР заболеваний/Под ред. М. С. Плужникова. — Л., 1975. — С. 30—39.
- 15.Кузовков В.Е., Левин С.В., Пудов В.И., Сугарова С.Б. телекоммуникационные технологии и кохлеарная имплантация. Материалы XVIII съезда оториноларингологов России. — 2011. — Т. 2.- с.99-104.
- 16.Лапотко А.И. Практическое руководство по сурдологии. — СПб., 2008. С.86-87.
- 17.Левашов М. М., Бедров Я. А. Модель формирования нистагменных реакций на комплекс калорических тестов//Косм. биол. и авиакосм, мед., 1981. — Т. 15.— № 2. —С. 87—92.
- 18.Левашов М. М. Нистагмометрия в оценке состояния вестибулярной функции: 14.00.04: Автореф. дисс. докт. / ВМедА им. С. М. Кирова. — 1983. — 48 с.
- 19.Левашов М. М. Существует ли субкортикальный оптокинетический нистагм у человека? //Ж. ушн., нос. и горл, бол.,— 1980. — № 2. — С. 25—31.
- 20.Левашов М. М. Нистагмометрические исследования в диагностике невриномы слухового нерва//Невринома слухового нерва / Труды Московск. НИИ уха, горла и носа. М., 1984.— С. 43—51.
- 21.Налимова Г.А. Диагностика вестибулярной дисфункции в поликлинических условиях работы // Сто лет Российской оториноларингологии: достижения и перспективы. — 2008. — Санкт-Петербург. — 17с.
- 22.Олисов В. С. Лабиринтопатии. — Л.: Медицина, 1973, — 294 с.
- 23.Пермякова Т.Н.
- 24.Приходько Е.А. Современный диагностический подход в процессе реабилитации пациентов с сенсоневральной тугоухостью. — Российская оториноларингология.- 2009. Приложение № 2, с.60-63.
- 25.Розенблюм А. С. Значение теста пороговой адаптации для топической диагностики поражений слуха//Ж. ушн., нос. и горл. бол.— 1975. — № 5. — С. 28—31.
- 26.Розенблюм А. С. Слуховая адаптация у больных с периферическими и центральными поражениями слуха//Вестн. оториолар. — 1978. — № 6. — С. 7—11.
- 27.Розенблюм А. С. Слуховая адаптация в норме и при нарушениях слуха: 14.00.04: Автореф. дисс. канд. / ВМедА им. С. М. Кирова. — 1982. — 37 с.
- 28.Розенблюм А. С., Поев А. В., Пудов А. И. и др. Новые методы аудиометрической диагностики невриномы VIII нерва//Невринома слухового нерва /Труды Московск. НИИ уха, горла и носа. М., 1984. — С. 32—43.
- 29.Сагалович Б. М., Мелкумова Г. Г., Итина Р. И. и др. Характеристика стволо-мозговых слуховых вызванных потенциалов при некоторых формах односторонней нейросенсорной тугоухости//Вестн. оториолар. — 1982. — № 6. — С. 47—53.
- 30.Соколова Е.В.
- 31.Солдате И. Б., Сущева Г. П., Храппо Н. С. Вестибулярная дисфункция. —М.: Медицина. 1980.— 288 с.
- 32.Таварткиладзе Г.А., Белянцева И.А., Фроленков Г.И. Показания к кохлеарной имплантации: методические рекомендации. № 95-209.М., 1995. 24с.
- 33.Таварткиладзе Г.А. Кохлеарная имплантация. М.- Святогорск Пресс. — 2004. — 84с.
- 34.Хечинашвили С. Н. Вопросы аудиологии. — Тбилиси, 1978. — 191 с.
- 35.Хечинашвили С. Н., Кеванишвили З. III. Слуховые вызванные потенциалы.—Тбилиси, 1986. —365 с.
- 36.Храппо Н.С. дифференциальная диагностика вестибулярных расстройств в амбулаторно-поликлинических условиях. Материалы XVIII съезда оториноларингологов России. — 2011. — Т. 2.- с.160-162.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРЕХМЕРНОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Литовец Т.С., Литовец И.И., Красножен В.Н., Михайлов М.К.

Резюме: В статье приведены возможности применения трёхмерной рентгеновской компьютерной томографии при диагностике пациентов с дисфункцией слуховой трубы.

Ключевые слова: трёхмерная рентгеновская компьютерная томография, дисфункция слуховой трубы.

THE POSSIBILITIES OF 3-SIDES X-RAY TOMOGRAPHY FOR TAKING DIAGNOSE OF PATIENTS WITH DISTURBES OF EUSTACHIAN TUBE

Litoves T.S., Litoves I.I., Krasnogen V.N., Michailov M.K.

Summary: In this paper the possibilities of 3-sides X-Ray tomography for taking diagnose of patients with disturbs of eustachian tube presents.

Key words: 3-sides X-Ray tomography, disturbs of eustachian tube.

Изучение патогенеза дисфункций слуховой трубы и связанных с ними заболеваний носа, носоглотки и среднего уха в течение длительного времени привлекает к себе внимание исследователей, но до настоящего времени многие вопросы остаются неясными. В частности, не всегда удается выявить причины тубарных расстройств. Среди большого разнообразия причин развития тубоотитов основное место отводится патологии полости носа и околоносовых пазух (Тарасов ДИ. и соавт., 1988; Солдатов И.Б., 1997; Mayer W., Krebs A., 1998; Doyle WJ, 2002, Бобошко М.Ю., Лопотко А.И., 2003; Дискаленко В.В., Виноградова И.В., 2004). Патология носа и околоносовых пазух, в том числе вирусной этиологии является причиной тубоотитов у 87.2% больных. Функция слуховой трубы во многом зависит от степени аэрации носоглотки и правильного прохождения воздушных потоков в полости носа (Лопатин А.С., 1998). Развитию дисфункции слуховой трубы способствует как воспалительные изменения в полости носа, околоносовых пазухах или носоглотке, так и механическая обструкция полости носа (Бобошко М.Ю. Лопотко А.И., 2003. Бобошко М.Ю. 2005). Таким образом, очевидно, для выяснения причины тубоотита необходима тщательная диагностика всех ЛОР органов.

Цель настоящей работы: определить сопутствующую патологию носа, околоносовых пазух, носоглотки у пациентов с дисфункцией слуховой трубы.

Материал и методы: нами было обследовано 82 пациента с дисфункцией слуховых труб в возрасте от 14 до 72 лет. Средний возраст 47 лет. Среди них 37 лиц мужского пола, 45 женского. Для диагностики были проведены: первичный осмотр, включающий сбор анамнеза, риноскопию, отоскопию, фарингоскопию. Всем пациентам проводилась эндоскопия носа, носоглотки, устьев слуховых труб с применением Эндоскопа Olympus, диаметром 4мм; 2,7 мм (широкоформатный). Угол зрения 0, 30, 70 градусов. Фиброскоп Olympus диаметром 5 мм с инструментальным каналом ENF Type T3. Проводилась: тимпанометрия (AT 235 h)с оценкой данных по классификации А.И. Лопотко (1980). За нормальное внутрибарабанное давление принималось давление от – 50 daPa до 0 daPa. Аудиометрия (АС 40) по стандартной методике. Исследование носового дыхания проводили риноманометром (ATMOS «PC 300») по стандартной методике в точке фиксированного давления 150 Па. Для детальной диагностики состояния носа, околоносовых пазух проводилась 3D РКТ – трёхмерная компьютерная томография. Исследование осуществлялась трёхмерным цифровым стоматологическим томографом Veraviewerocs 3D P-40 1700 (J. Morita, Япония). Преимуществами данного метода являются крайне маленькая толщина среза (от 0,08мм), при лучевой нагрузке всего 0,02 мЗв.

Результаты: Всем пациентам был поставлен диагноз дисфункция слуховых труб (трубы). Основным показателем

функционального состояния слуховой трубы по данным тимпанометрии (основной метод диагностики, является уровень внутрибарабанного давления. Степень проходимости слуховой трубы оценивалась по классификации М.Ю. Бобошко, А. И. Лопотко (2003) от I до IV степени. Проведенный комплекс клинико-диагностических мероприятий выявил наличие сопутствующей патологии со стороны верхних дыхательных путей (носа,

пациентов(65,3% случаев);

в) низкое положение – у 20 пациентов (26,6% случаев).

Выраженная асимметрия обонятельной ямки (разница в 2–3 мм между правой и левой сторонами полости носа) была выявлена у 8 пациентов (10,6). Также была выявлена разница в глубине и ширине обонятельной ямки в передней, средней и задней третях. Ширина обонятельной щели варьировала от 0 до 3,5 мм и

Нозология	Количество пациентов,
Верхне-челюстной синусит	37 (46,8%)
Увеличение нижних носовых раковин	29 (36,7%)
Этмоидит	26 (32,9%)
Искривление перегородки носа	23 (29,1%)
Киста околоносовых пазух w	15 (18,9%)
Буллезно измененная средняя носовая раковина	13 (16,4%)
Полисинуситы	12 (15,1%)
Сфеноидит	11 (13,9%)
Фронтит	7 (8,8%)
Аденоидные вегетации	7 (8,8%)
Инородные тела верхне-челюстной пазухи	2 (2,5%)
Остеома околоносовой пазухи	1 (1,2%)

околоносовых пазух, носоглотки) у 79(96,3%) из 82 пациентов(100%) человек. Затруднение носового дыхания по данным риноманометрии – у 49(62%). Односторонняя дисфункция слуховой трубы у 47 человек, двухсторонняя у 32 чел. Итого было выявлено 183 нозологии у 79 пациентов. В среднем по 2,31 нозологии на 1 пациента. Только у 12 пациентов из 79 была выявлена изолированная патология(15,1%): искривление перегородки носа 1 пациент, гипертрофия нижних носовых раковин 5 пациентов, киста околоносовой пазухи(верхне-челюстной) – 4 пациента, верхне-челюстной синусит – 2 пациента, сфеноидит – 1 пациент. У остальных 67 пациентов(84,9%) патология носа, ОНП, носоглотки сочеталась в разнообразных сочетаниях.

Кроме того, были выявлены: клетки Галера у 4 пациентов(5%), клетки Оноди -5 пациентов(6,3%). Также, оценивалось положение ситовидной пластины относительно крыши решетчатого лабиринта по классификации Кероса. По нашим данным:

а) высокое положение – у 9 пациентов (в 12% случаев);

б) среднее положение – у 49

в среднем составляла 1 мм.

Обсуждение: Не всегда причину затруднения носового дыхания можно увидеть во время осмотра. Серьезным подспорьем для качественной диагностики является эндоскопия носа, и при возможности ОНП. Рентгенография ОНП(трехмерная денальная РКТ) позволяет, как выявить патологию пазух, так и четко установить размеры, степень распространения и топографо-анатомическое взаимоотношение патологического процесса с окружающими тканями. Крайне малая толщина срезов позволяет образования размером менее 1 мм. Полученные результаты диагностики выявили сочетание патологии носа, околоносовых пазух, носоглотки с дисфункцией слуховой трубы в 96%, преимущественно благодаря данному высокоинформативному методу лучевой диагностики, при этом с минимальной лучевой нагрузкой.

Полученные цифры позволяют с высокой долей достоверности говорить о том, что при тубоотите необходимо искать возможную причину поражения в полости носа, околоносовых пазухах, носоглотке. Выявленная же патология позволяет подойти к лечению

пациента комплексно, при необходимости решать хирургические задачи симультанно. При этом ликвидируется как сама проблема, так и ее возможная причина, что, несомненно, повышает уровень жизни пациента.

Цифровая объёмная томография зоны ситовидной пластины является важной составляющей предоперационной подготовки у пациентов с заболеваниями носа и околоносовых пазух. Недостаточное знание анатомии этой области может привести к повреждению ситовидной пластинки и окружающих структур с развитием соответствующих осложнений. По нашим данным у 34 пациентов из 75 патология локализовалась в том числе и в области ситовидной пластинки. У 20 (26,6%) пациентов из 75(100%) наблюдалось низкое положение ситовидной пластины, среди них 13 пациентов с патологией клеток решетчатого лабиринта, что создает предпосылки к возникновению ятрогенных ошибок у 17,3% пациентов.

Выводы

У 96,3% пациентов с дисфункцией слуховых труб выявляется сопутствующая патология околоносовых пазух, полости носа и носоглотки.

Трёхмерная компьютерная томография Veraviewerocs 3D P-40 1700 (J. Morita, Япония) благодаря высокой разрешающей способности позволяет дифференцировать анатомические образования размером менее 1 мм, что несомненно повышает уровень диагностики.

Литература

1. Зберовская, Н.В. К методике определения проходимости евстахиевой трубы Н.В.Зберовская //Материалы 1 Всеросс. съезд оториноларингологов.: тез.докл. Волгоград. 1962 -М., 1963. - С.372-374.
2. Зберовская, Н.В. Значение контрастной рентгенографии в комплексном обследовании слуховой трубы перед тимпанопластикой / Н.В.Зберовская, В.Г.Абозин //Вестн. оториноларингологии. -1965. №6. - С.48-52.
3. Зберовская, Н.В. О слухоулучшающих операциях у больных хроническим гнойным средним отитом: автореф. дис. д-ра мед.наук./ Н.В.Зберовская М., 1967. - 27 с.

4. Агаджанова, С.Н. Особенности физического и психического развития детей, страдающих аденоидно-тонзиллярной патологией / С.Н. Агаджанова, Э.А. Цветков // Новости оториноларингологии и логопатологии 2002. - №2 /30/. -С.3-7.

5. Hagan, W.E. Surface Tension Lowering Substance in Eustachian Tube Function / W.E.Hagan. // Laryngoscope / St. Louis /. 1977. - Vol.87, №7. -P.1033-1045.

6. Kujawski. Laser Eustachian Tuboplasty / LETP/ / O. Kujawski // Proc. 4th Europe Congr. of oto- rhinolaryngology head and neck surgery, Berlin, 2000. -Bologna, 2000. -Vol.2. -P.835-842.

7. Цуканова, Н.В. Динамическая импедансометрия и ее диагностическое значение / Н.В.Цуканова // Актуальные вопросы оториноларингологии: тез. докл. Алма-Ата., 1979. - С.356-357.

8. Ульянов, Ю.П. Нормограмма аэродинамики носа. / Ю.П.Ульянов //Рос. ринология. 1996. - № 5. - С. 15-16.

9. Бобошко, М.Ю. Состояние слуховой трубы у больных хроническим гнойным средним отитом по данным компьютерной томографии / М.Ю. Бобошко, С.В.Брызгалова, А.И.Лопотко // Вестн. оториноларингологии. 2003. - № 4.- С.16-19.

- 10.БабиякВ.И. Нейрооториноларингология / В.И.Бабияк, В.Р.Гофман, Я.А.Накатис. - СПб.,- 2002. - 727с.

11. Te G.O. Pediatric tympanoplasty of iatrogenic perforations from ventilation tube therapy / G.O. Te, F.M.Rizer, A.G.Schuring // Ami. Otol.- 1998.-Vol.19, № 3. P.301 - 305.

12. Вишняков, В.В. Коррекция внутриносковых структур в процессе подготовки к слухоулучшающим операциям / В.В.Вишняков // Рос.ринология. -2001 -№ 1. -С.20.

13. Гаращенко Т.И. Эндоскопическая хирургия носоглотки / Т.И.Гаращенко, О.А.Денисова // Рос.ринология. 2005.- №2. - С. 179 - 180.

14. Моги. Г. Связь между болезнями носа, аденоидами и экссудативным средним отитом / Г.Моги, М.Сузуки // Росс. ринология . 1998. - № 2. - С.74-74.

15. Гаджимирзаев Г.А. О показаниях к аденомотомии у детей / Г.А.Гаджимирзаев // Росс.

Ринология. 2005. - №2. - С. 177-177.

16. Дроздова М.В. Оптимизация хирургической тактики при сочетании аденоидов и секреторного отита / М.В.Дроздова, И.А.Тихомирова. // Рос. оториноларингология. 2005. - №4 /17/. - С. 71 - 74.

17. Mauk, G.W. Historical, Political and Technological Context associated with early identification of hearing loss / G.W.Mauk, Th.R.Bechrens // Semin.Hear. -1993.-Vol.14, №1.- P.1-17.

18. Давидян Е. Д. Автореферат на соискание кандидата медицинских наук. Клинико-аудиологические особенности тубоотита при накачивающем эффекте слуховой трубы.

19. Черных Н. М. Автореферат на соискание кандидата медицинских наук. Особенности функционального состояния слизистой оболочки носа в различные периоды

беременности

20. Теодор И.Л., Чумаков Ф.И., Шатохина С.Н., Михайлова Г.Е. Цитологическая диагностика заболеваний ЛОР-органов. – М., 1995. – С.13-22.

21. Mccafrey T.V., Kern E.B. Clinical evaluation of nasal obstruction. Arch otolaryngol 1979 vol105,№9 P 542-545

22. P.A.R. Clement and F. Gordts. Consensus report on acoustic rhinometry and rhinomanometry. Rhinology, 43, 169-179, 2005

23. М.Ю. Бобошко, А. И. Лопотко. Слуховая труба. СпецЛит. Санкт-Петербург, 2003.

24. Я.А.Альтман, Г.А. Таварткиладзе. Руководство по аудиологии. Москва, 2003г

25. Т.Ш. Мchedлидзе, М.К. Касумова, М.А. Чибисова, А.Л. Дударев. Трехмерный дентальный томограф 3DX ACCUITOMO/FPD.

К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОТОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Изаева Т.А., Байбориева А.А., Бейшеева Ч.К.

Резюме: Высокая смертность при отогенных внутричерепных осложнениях заставляет искать новые методы лечения. Применение непрямой лимфостимуляции и регионарной лимфотропной антибиотикотерапии в комплексном лечении больных с ОВЧО повышает эффективность лечения больных с ОВЧО в результате создания необходимых терапевтических концентраций лекарственных препаратов в очаге воспаления.

Ключевые слова: отогенные внутричерепные осложнения, лимфостимуляция, лимфотропная антибиотикотерапия, цитограмма.

TO TREATMENT OF PATIENTS WITH OTOGENIC INTRACRANIAL COMPLICATIONS

Izaeva T.A., Baiborieva A.A., Beisheeva Ch.K.

Summary: High mortality in otogenic intracranial complications makes the search for new methods of treatment. Applying of indirect lymphostimulations and regional lymphotropic antibiotic therapy in complex treatment of patients with otogenic intracranial complications increases the efficacy of the treatment of patients with OIC as a result of creating the necessary therapeutic concentrations of drugs in the centre of inflammation.

Keywords: Otogenic Intracranial Complications, Lymphostimulation, Lymphotropic antibiotic therapy, Cytogramma

Несмотря на успехи фармации, диагностики и эндоуральной хирургии отогенные внутричерепные осложнения (ОВЧО) продолжают занимать большой удельный вес в ЛОР-патологии (1-5%) [1,2,3]. Летальность при этом достигает 58% и практически не зависит от сроков выполнения хирургической санации очага воспаления [4,5].

В нашем исследовании поставлена цель – обосновать применение непрямой лимфостимуляции и регионарной лимфотропной

антибиотикотерапии в комплексном лечении больных с ОВЧО [6,7].

В процессе выполнения работы под нашим наблюдением находилось 230 больных с ОВЧО, верифицированные во время обследования и операций на среднем ухе по поводу острого и хронического гнойного среднего отита в ЛОР-отделениях Национального госпиталя МЗ КР, Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии, областной больницы г. Ош и г.Нарын в период с 1998 по 2010гг.

Таблица №1

Осложнение	НГ		БНИЦТиО		г.Ош		г. Нарын	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ограниченный пахименингит	16	12	3	12	7	17,5	8	25
Экстрадуральный абсцесс	10	7,6	5	20	8	20	6	18,7
Перисинуозный абсцесс	5	3,8			1	2,5		
Тромбоз сигмовидного синуса	24	18	1	4	3	7,5	2	6,2
Гнойный менингит	57	42,8	10	40	9	22,5	7	21,8
Абсцесс мозга	13	9,8	6	24	10	25	8	25
Арахноидит	8	6			2	5	1	3,1
Всего:	133	100	25	100	40	100	32	100

Среди них мужчин было 138, женщин – 92. Возраст больных колебался от 3 до 84 лет. От 3 до 15 лет наблюдалось 29 больных (12,6%), от 15 до 60 лет – 196 (85,2%), и свыше 60 лет – 5 человек (2,2%). Из общего количества больных 76 пациентов были представителями трудоспособного возраста (20-40 лет).

Распределение диагнозов у данных пациентов представлено в таблице 1.

Группы	Кол-во больных	Метод лечения
I группа	N=148	Хирургическое лечение и антибактериальная терапия по общепринятым методикам, симптоматическая по показаниям.
II группа	N=82	Хирургическое лечение, непрямая лимфостимуляция и антибактериальная терапия (системно и лимфотропно), симптоматическая терапия по показаниям.

Частота различных отогенных внутричерепных осложнений

В зависимости от полученного метода лечения, все пациенты были распределены на следующие клинические группы (табл.2).

Распределение больных на группы в зависимости от полученного метода лечения.

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 заушную область на стороне процесса

дозе.

Наряду с традиционными методами исследования больных с ОВЧО мы использовали дополнительно ЭЭГ, гистологическое исследование операционного материала, бактериологическое исследование отделяемого из уха с определением чувствительности к антибактериальным препаратам и цитологическое исследование отделяемого из уха на 1-е, 2-е и 14-е сутки после операции.

Одним из важных критериев динамики течения воспалительного процесса в среднем ухе является изучение цитологического состава патологического отделяемого у больных с ОВЧО. С помощью исследования цитологии экссудата в нативном препарате нами прослежена динамика воспалительного процесса и эффективность сравниваемых методов лечения.

Как видно из таблицы 3, на 4 сутки после оперативного вмешательства при заборе материала из среднего уха уровень лейкоцитов

Таблица 3

Типы клеток	1 сутки лечения	7 сутки после операции	14 сутки после операции
Лейкоциты	34,1±0,6	23,5±0,6*	17,6±0,1*
Нейтрофилы	73,0±1,7	70,3±1,5	68,1±0,6
Лимфоциты	18,1±0,2	19,8±0,1	21,8±0,3
Эозинофилы	3,1±0,2	2,9±0,2	2,4±0,1

снижается в среднем на 31,1% и составляет в среднем 23,5 в поле зрения, а на 14-е сутки снижается еще на 25,1%.

Цитограмма содержимого барабанной полости у обследуемых больных I группы (M+m)

Однако уменьшение количества нейтрофилов происходит значительно медленнее, и соответственно увеличение количества лимфоцитов так же носит пассивный характер. Данная картина, вероятно, обусловлена недостаточной концентрацией антибактериальных препаратов в очаге оперируемой области. Процессы раневого заживления в этом случае, на наш взгляд, имеют более затяжное течение с выраженным отеком слизистой оболочки среднего уха и фибринообразованием. Это в значительной степени приводит к подавлению физиологических механизмов самоочищения, угнетению местного

достоверное снижение лейкоцитов: на 7-е сутки происходит в среднем на 74,7%, а к 14-м суткам их количество составляло всего 19,2% от первоначального уровня. Динамика числа нейтрофилов в этой группе показало более яркую тенденцию к снижению, нежели в I группе, что, вероятно, объясняется мощным детоксикационным действием лимфостимулирующей терапии и адекватной концентрацией антибиотика в очаге поражения.

Цитограмма содержимого барабанной полости у обследуемых больных II группы (M+m)

Таким образом, применение не прямой лимфостимуляции и лимфотропной антибактериальной терапии в комплексе с традиционными методами этиопатогенетической терапии вызывало заметное снижение местного воспалительного процесса и способствовало

Таблица 4

Типы клеток	1 сутки лечения	7 сутки после операции	14 сутки после операции
Лейкоциты	37,5±0,8	9,2±0,3*	7,2±0,2*
Нейтрофилы	69,9±1,3	54,5±1,2	31,5±1,4
Лимфоциты	17,9±0,14	31,9±0,1	40,2±0,2
Эозинофилы	3,3±0,14	2,4±0,1	2,0±0,1

иммунитета, которые и проявляются медленным нарастанием уровня лимфоцитов.

Во второй группе (табл.4) больным проводилась радикальная санирующая операция на среднем ухе, по показаниям широкое обнажение твердой мозговой оболочки, вскрытие абсцессов, сигмовидного синуса и т.д., а также интенсивная этиопатогенетическая терапия с проведением лимфостимулирующей и лимфотропной антибактериальной терапии ОВЧО.

При данном виде лечения отмечалось

развитию гипосенсибилизации.

Также нами была прослежена динамика высеваемости возбудителей из барабанной полости при исследуемых методах терапии. Изменение бактериологической картины барабанной полости при различных методах лечения в динамике отражены в приведенном рисунке.

Как видно из рисунка на 3-и сутки лечения у больных, получавших регионарную лимфотропную антибиотикотерапию, наличие патогенной флоры обнаружилось в 85,4%

случаев, в то время как у пациентов первой группы этот показатель составлял 94,4%. 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 первой группе эта цифра равнялась 41,7%.

Таким образом, выявленная нами динамика показала, что при лечении отогенных внутричерепных осложнений лимфотропная

2. Гвак Г.В., Сергеева А.П., Еременко В.Г. и др. Алгоритм интенсивной терапии отогенных интракраниальных осложнений у детей // Новости оториноларингологии и логопатологии – 2000. – №1. – С.33-35.

3. Пальчун В.Т. Неврологические осложнения в оториноларингологии. – М.: Медицина. 1977. – 200с.

4. Левит А.Л. и др. Шкала оценки полиорганной дисфункции у хирургических больных //Анестезиология и реанимация. –2000.

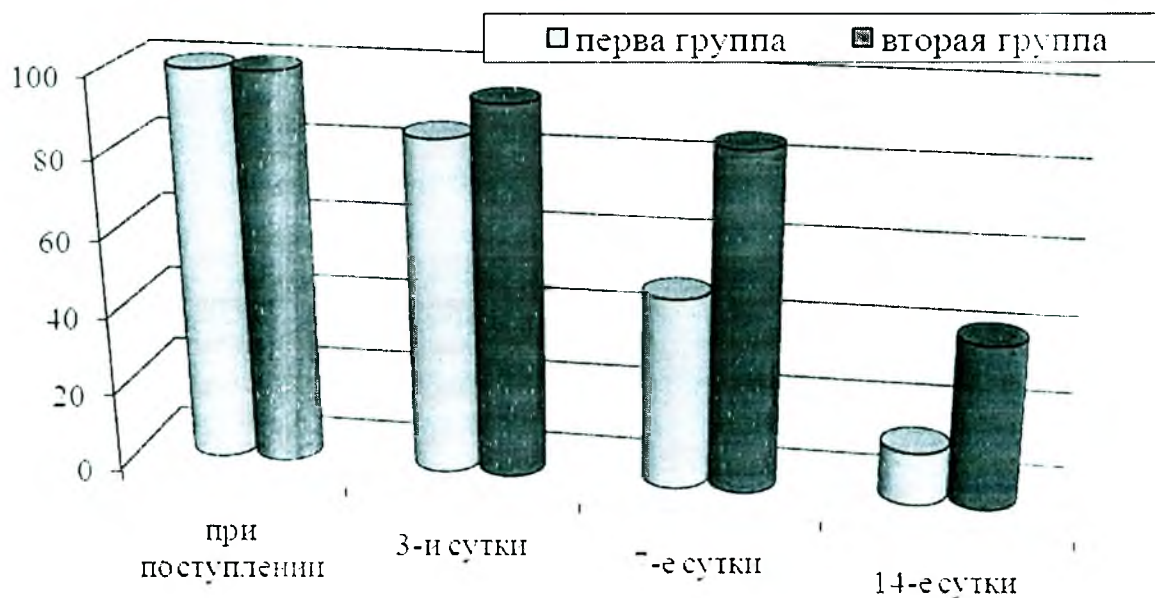


Рис. 1

Динамика изменения бактериологической картины барабанной полости при различных методах лечения

регионарная антибактериальная терапия является более эффективной в результате создания необходимых терапевтических концентраций лекарственных препаратов в очаге воспаления.

Литература:

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей. – М.:Антидор, 2000.- 586с.

–№3–.С.26-28.

5. Талышинский А.М. Патогенез, клиника и лечение отогенного сепсиса и внутричерепных осложнений: автореферат дис. ...док.мед.наук. –М., 1985. –26с.

6. Шевченко Т.И. Клинико-лабораторные показатели и принципы интенсивной терапии при отогенных и риногенных внутричерепных осложнениях и сепсисе: Автореф.дис. ...канд. мед.наук. –Киев.1988. –20с.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОКАРНИТА И МЕДИЦИНСКИХ ПИЯВОК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Сулайманов Ж.С., Орозобекова К.А., Эргешова А.М., Мурзакулов У.Т.

Курс оториноларингологии – хирургии головы и шеи Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации

Резюме: В работе приведены результаты комбинированной терапии хронической сенсоневральной тугоухости, включающие использование, как лекарственных, так и немедикаментозных методов лечения. Оно позволило в большинстве случаев уменьшить интенсивность ушного шума и улучшить параметры слуха.

Ключевые слова: хроническая сенсоневральная тугоухость, ушной шум, комплексная терапия.

THE USING POSSIBILITIES OF COMBINATION TREATMENT OF CHRONIC SENSORINEURAL HEARING LOSSES

Sulaimanov G.S., Orozbekova K.A., Ergeshova A.M., Murzakulov U.T.

Summary: This paper presents the results of combination therapy sensorineural hearing loss, including use as a medicinal and non-drug treatments. It is possible in most cases, reduce the intensity of tinnitus and hearing loss improved parameters.

Key words: chronic sensorineural hearing losses, a medicinal and non-drug treatments, the intensity of tinnitus.

В оториноларингологии одной из актуальных проблем ранней диагностики, лечения и реабилитации больных является сенсоневральная тугоухость (СНТ). Доля СНТ среди тугоухих составляет до 90% [1,2]. Заболевание имеет тенденцию к омолаживанию и поражает все более молодой возраст. У большинства больных страдающих СНТ выявляется шум в ушах, причиняющие значительно больше страдания, чем снижение слуха. Несмотря на успехи в лечении СНТ, медикаментозная терапия остается недостаточно эффективной (3).

Выбор лекарственных препаратов индивидуален для каждого больного и зависит от этиологии заболевания, его длительности, стадии патогенеза, уровня поражения слухового анализатора.

Большую роль в патогенетических механизмах развития прогрессирующей СНТ играет нарушение гемодинамики, окислительно-восстановительных процессов, способность к регенерации, а также реологических свойств внутреннего уха.

Нарушение периферических нервных структур кохлеарного аппарата носит частично обратимый характер, в результате чего оправдано применение препаратов, улучшающих гемодинамику, окислительно-восстановительные процессы, нейропротекторные, реологические свойства

крови и повышающие нейротрофическую активность. Наиболее эффективна комбинированная терапия, включающая использование, как лекарственных препаратов, так и немедикаментозных методов лечения.

Кокарнит - комбинированный препарат, предназначенный для метаболической терапии. Кокарнит - нейропротектор, оказывающий активирующее действие на процессы аэробного окисления глюкозы. Препарат состоит из никотинамида, кокарбоксилазы, цианкобаламина, динатрия аденозинтрифосфата тригидрата.

Кокарбоксилаза представляет собой кофермент тиамина. Кокарбоксилаза способствует образованию ацетил-кофермента А, регулирует углеводный обмен, улучшает трофические свойства нервной ткани.

Цианкобаламин обладает высокой биологической активностью и участвует в углеводном, белковом и липидном обменах. Цианкобаламин, таким образом, является регулятором р-окисления жирных кислот, предотвращает накопление недоокисленных жирных кислот в матриксе митохондрий, обеспечивая уменьшение удельного веса процессов (3-окисления жирных кислот в условиях ишемии.

Никотинамид, как и никотиновая кислота, относится к простетическим компонентам фермента кодегидразы I (НАДН) и кодегидразы

II (НАД-НФ), являющихся переносчиками водорода и участвующих в окислительно-восстановительных процессах.

Динатрия аденозинтрифосфата тригидрат относится к веществам, напоминающим по биологическому действию витамины и ферменты. Динатрия аденозинтрифосфата тригидрат улучшает кислородный обмен в ишемизированном органе.

При применении кокарнита происходит усиление окисления глюкозы и повышение синтеза АТФ, снижается образование свободных радикалов, недоокисленных продуктов обмена, нормализуются трансмембранные ионные потоки, уменьшается внутриклеточный ацидоз.

Эффекты кокарнита повышают устойчивость мембран к гипоксическому повреждению.

Лечение пиявками - одно из направлений нетрадиционной медицины.

Метод лечения пиявками - гирудотерапия - неоднократно предавался забвению. Однако, все более очевидна недостаточность фармакотерапии. Огромное число побочных эффектов и ряд осложнений от применения лекарств, заставили вновь вернуться к исследованию и применению гирудотерапии.

Установлено, что секрет пиявки обладает такими сильнодействующими эффектами, как антикоагулирующим, тромболитическим, гипотензивным, сосудорасширяющим, противовоспалительным, иммуностимулирующим, седативным, бактериостатическим и болеутоляющим и этот список можно продолжать. Недаром называют пиявок фармацевтической мини-фабрикой.

Кроме этого, и это научно подтверждено, пиявка является великолепным биоэнерготерапевтом - обеспечивает коррекцию биоэнергетического поля человека, "латание энергетических дыр".

Цель исследования - оценить эффективность кокарнита и медицинских пиявок в комплексном лечении сенсоневральной тугоухостью и субъективного ушного шума.

Под нашим наблюдением находились 14 больных с хронической сенсоневральной тугоухостью, госпитализированных для

лечения в Национальный госпиталь Минздрава Кыргызской Республики. Возраст больных в пределах 15 до 61 лет, средний возраст составил 38 лет. Давность заболевания варьировал от 6 месяцев до 15 лет. Снижение остроты слуха отмечали 14 человек. Субъективный шум в ушах был у 12 больных, в том числе без субъективного снижения слуха 2.

Всем пациентам проводили обследование, включающее осмотр ЛОР-органов, акуметрию, тональную пороговую аудиометрию. По данным тональной пороговой аудиометрии, у всех больных выявлена сенсоневральная тугоухость с повышением порогов костной проводимости в речевом диапазоне частот в среднем на 19 дБ. При этом одностороннее поражение отмечено у 3 (21,4%) человек, двустороннее - 11 (78,6%).

В план обследования включали также общий анализ крови, коагулограмму, общий анализ мочи, ЭКГ. По показаниям производили МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника.

В первые 10 дней применяли традиционную лекарственную терапию: кавинтон внутривенно капельно, актовегин и ноотропил внутривенно струйно, церебролизин и кокарнит внутримышечно, а также медицинские пиявки, которые прикладывали в заушную область.

В результате проведенного лечения, по данным тональной пороговой аудиометрии, зарегистрирована положительная динамика слуха. Уменьшение интенсивности ушного шума отметили 12 (85,7%) больных у 2 (14,3%) было констатировано полное исчезновение шума. Все больные отметили улучшение общего самочувствия, побочных явлений и аллергических реакций зарегистрировано не было.

Таким образом, полученные нами результаты лечения свидетельствуют о том, что использование гирудотерапии и кокарнита в комплексном лечении больных с сенсоневральной тугоухостью в большинстве случаев позволяет добиться положительного клинического эффекта, существенно уменьшить интенсивность ушного шума и улучшить параметры слуха. Достоинством гирудотерапии

можно считать практически полное отсутствие противопоказаний, безопасность и хорошую переносимость.

Литература:

1. Полякова С.Д., Батенева Н.Н., Попова Е.А., Родинко Я.П. Комплексная терапия сенсоневральной тугоухости. Вестн. оторинолар., 2010, 5, 58-59.

2. Сичкарева Т.А., Вишняков В.В., Кутепов Д.Е. Роль плазморефа в лечении пациентов с сенсоневральной тугоухостью. Вестн. оторинолар., 2009, 3, 36-38.

3. Тролль В.Г., Вишняков В.В. Баротерапия и интервальная гипоксическая тренировка в лечении сенсоневральной тугоухости. Вестн. оторинолар., 2009, №3, 39-41.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Исмаилова М.Т., Пак В.В., Шабданбаева Н.Х.

Национальный госпиталь, г.Бишкек.

Резюме: Проблема внутричерепных воспалительных заболеваний ЛОР - органов требует постоянного внимания. Для успешного ее решения необходимо всемерное улучшение методов исследований, совершенствование и рациональное использование всех лечебных мероприятий.

Ключевые слова: хронические средние отиты, отогенные внутричерепные осложнения, абсцесс мозга, пролапс головного мозга.

THE WAYS OF IMPROVEMENT THE SURGICAL AIDS OF INTRACRANIAL OTOGENIC COMPLICATION

Ismailova M.T., Pak V.V., Shabdanbaeva N.X.

Resume: The problem of intracranial complication diseases of ENT needs the constantly improvement for investigation, examination and optimal using all treatment methods.

Keywords: chronic otitis media, otogenic intracranial complications, abscess cerebri, protrusion cerebri.

В структуре ЛОР- патологии большой удельный вес продолжают занимать отогенные внутричерепные осложнения (1-5%). Последние возникают как при острых гнойных средних отитах, так при обострении хронических процессов и относятся к крайне тяжелым и жизненно опасным заболеваниям. Смертность при отогенных менингитах и абсцессах мозга колеблется от 10% до 50 %.[1,9]

Как при острых, так и при хронических отитах гнойный процесс из среднего уха может распространиться на окружающие части и вызвать опасные осложнения. При переходе процесса на оболочки мозга и на мозг возникают так называемые внутричерепные осложнения, при проникновении токсинов или гноя во внутреннее ухо - лабиринтиты, а при поражении венозных синусов наблюдаются септикопиемические процессы. Переход воспалительного процесса за пределы совершается либо по продолжению, либо по путям, связывающим полости уха с черепом (кровеносные и лимфатические сосуды, периневральные пути, водопроводы, щели и отверстия в костях).

Среди основных видов ОВЧО на первом месте по частоте стоит вторичный гнойный менингит, на втором - абсцесс мозга и мозжечка, на третьем - синустромбоз и отогенный сепсис. [2, 6, 8]

В настоящее время в связи с малой доступностью специализированной помощи в отдаленных районах, ограниченной осведомленностью врачей общей практики, дороговизной медикаментов и транспортных расходов для значительного слоя населения, высокая частота ОВЧО и их исходы приобретают в нашем регионе.

Не подлежит сомнению, что летальность при отогенных абсцессах мозга зависит от многих обстоятельств: тяжести и давности заболевания, общего состояния и возраста больного, своевременности диагностики и госпитализации. Но значительную роль, по нашему мнению, в исходе заболевания и методика лечения больных.

Как известно, одной из причин летальных исходов при внутричерепных отогенных и риногенных осложнениях являются отек

головного мозга и внутричерепная гипертензия. Результатом этих патологических состояний являются нарушения со стороны стволовых структур головного мозга, которые часто бывают несовместимыми с жизнедеятельностью. В связи с чем борьба с чрезмерной интракраниальной гипертензией является первостепенной задачей при лечении таких состояний и использование хирургического пролапса головного мозга как крайнее реанимационное мероприятие позволяет выиграть время для лечения больного и уменьшении отека головного мозга.

Этот метод лечения, иногда применяемый у крайне тяжелых больных, до сих пор остается спорным, мнения разных авторов резко расходятся. Одни, преимущественно, нейрохирурги считают пролапс неблагоприятным фактором, так как он ведет к дальнейшим нарушениям кровообращения, которые уже усиливают существующий энцефалит. Другие же, главным образом отоларингологи, считают пролабирование положительным моментом, ибо оно ведет к снижению повышенного внутричерепного давления вследствие декомпрессии, а также благодаря экстракраниальному расположению воспаленной мозговой ткани и лучшему ограничению ликворных пространств.

Т.И. Гордышевский считает, что пролапс головного мозга при тяжелых формах отогенного менингита со значительным повышением внутричерепного давления не является осложнением, которого следует опасаться, а целью, к которой нужно стремиться, производя разрез твердой мозговой оболочки. Выпячивание мозговой ткани, по мнению этого автора, снижает чрезмерное внутричерепное давление как путем общего снижения давления, так и вследствие уменьшения внутри черепа той части мозга, которая содействует развитию блока. [3, 7, 11]

Несмотря на это, хирургическое пролабирование при лечении угрожающих интракраниальных гипертензий и дислокаций не получила распространения. Такое сдержанное отношение к предложению не лишено основания. Пролапс мозга принято к тяжелым осложнениям хирургического лечения отогенных

менингоэнцефалитов. Эта точка обоснована: во-первых, пролабированное мозговое вещество, как правило, некротизируется, во - вторых, после пролапса мозгового вещества нередко формируются мозговые грыжи и повышается вероятность рецидива внутричерепного осложнения.[4, 5, 10]

Учитывая, что данный метод лечения до сих пор остается спорным, было решено поделиться своими наблюдениями при ведении такой категории больных.

Ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных ЛОР- отделения Национального госпиталя за 1992-2007 год показал, что растет количество внутричерепных осложнений заболеваний ЛОР органов.

Всего пролечено 84 больных, из них 56 больных с отогенными осложнениями. Обращает на себя внимание такой факт, что увеличилась частота комбинированных осложнений и клиническое течение внутричерепных осложнений. Всем этим больным проведено лечение с терапевтическим максимализмом и расширенная элиминация гнойного очага. Хирургическое лечение сводилось к расширенной радикальной санирующей операции, при необходимости со вскрытием передней, средней и задней черепных ямок.

Среди наших больных пролабирование головного мозга было произведено у 4 пациентов как крайняя мера реанимации. Причиной проведения пролапса головного мозга послужило то, что несмотря на проводимое медикаментозное лечение с расширенной терапевтической программой и хирургической элиминацией гнойного очага со вскрытием передней, средней и задней черепных ямок, поиском и дренированием абсцессом, состояние больных оставалось крайне тяжелым, на лицо были расстройства со стороны стволовых структур головного мозга, проявляющиеся острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью. Прогноз заболевания у этих больных оставался очень сомнительным, и скорее всего завершился бы летальным исходом. Учитывая все это выше изложенное, было решено провести хирургическое пролабирование головного мозга как крайнее

мероприятие реанимации, так как другие методы лечения полностью были исчерпаны.



Рис1. Отогенный абсцесс мозга.

У всех 4 больных диагностированы сочетанные внутричерепные осложнения. У 3 из них абсцесс височной или лобной доли головного мозга (рис.1) сочетался с другими внутричерепными осложнениями, в том числе у 1 с базальным гнойным менингитом, у 2 с абсцессом мозжечка, и 1 больной с опухолью лобных пазух с проращением в переднюю черепную ямку.

Хирургическое пролабирование головного мозга осуществляли путем широких крестообразных разрезов твердой мозговой оболочки, прилегающий к трепанационным отверстиям в области чешуи височной кости или в области заднего края сосцевидной части и прилегающей к ней затылочной кости, расположенной позади сигмовидного синуса.

Во всех случаях пролапса головного мозга после разрезов твердой мозговой оболочки вещество головного мозга начинало пролабировать в образовавшийся дефект. При этом отмечалось некоторое улучшение состояния больных, в последующие сутки прояснялось сознание, улучшалась деятельность сердечнососудистой и дыхательной систем, начинала санироваться спинномозговая жидкость, восстанавливалась деятельность центральной нервной системы, улучшались показатели неврологического статуса. Выпавшее мозговое вещество в ближайшие дни теряло свой характерный вид, поверхность его покрывалась налетом бело-желтого цвета, местами

некротизировалась и постепенно отторгалась. На мозговом веществе определялись признаки нарушенного кровообращения- явления венозного стаза и кровоизлияния различной степени. После отхождения некротизированных участков, исчезновения гноя в полости гнойников, поверхность пролабированного мозгового вещества покрывалось грануляциями, а затем эпидермизировалось от краев раны.

В результате у 3 наших больных пролабирование головного мозга дало хорошие результаты, состояние улучшилось, они выписаны с выздоровлением. У всех 3 был диагностирован абсцесс височной доли головного мозга и из них - у 2 абсцесс мозжечка, которые были вскрыты и продренированы. У 1 больного данный метод лечения не дал благоприятного эффекта, больной скончался в раннем постоперационном периоде.

Учитывая вышеизложенное, можно прийти к выводам:

1. Данный метод лечения может быть предложен для практического применения, как крайняя реанимационная мера, но только при агональных состояниях, когда исчерпаны все возможные другие методы лечения.

2. Проведение хирургического пролапса головного мозга позволяет выиграть время для лечения больного и уменьшает чрезмерную интракраниальную гипертензию.

3. Не стоит опасаться обнажения вещества головного мозга и возникновения мозговой грыжи, так как, те осложнения, которые могут возникнуть на фоне данных состояний, не могут быть сравнимы с ситуацией, когда стоит вопрос о спасении жизни больного.

Литература:

1. Воронкин В.Ф. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения отогенных внутричерепных осложнений. Автореф.дисс. канд.мед.наук- М, 1995.37 с.
2. Гаршин М.И. Отогенные абсцессы мозжечка. Вестник оториноларингологии.- 1991-№6.с.44-47.
3. Изаева и соавт. Отогенные и риногенные осложнения. Клиника, диагностика, лечение. – 2008, Бишкек. 192с.
4. Насыров В.А. и соавт. К вопросу

о реабилитации больных с отогенными внутричерепными осложнениями. Материалы 2 съезда оториноларингологов КР. – 2004, Бишкек. – с.8-12.

5. Фейгин Г.А., Свирский Р.П. Хирургическая протрузия мозга как крайняя мера реанимации при отогенных внутричерепных осложнениях. Вестник оториноларингологии. № 9. - 1978. - с.59-62.

6. Шпотин А.Г. Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. №3. – с. 106-108.

7. Alaani A, Coulson C, McDermott AL, Irving RM. Transtemporal approach to otogenic brain abscesses. Acta Otolaryngol. 2010 Nov;130(11):1214-9.

8. Chang AE, O TM. Otogenic cerebral

abscess: an unusual complication of otitis media. Ear Nose Throat J. 2011 Nov;90(11):E11-2.

9. Morwani KP, Jayashankar N. Single stage, transmastoid approach for otogenic intracranial abscess. J Laryngol Otol. 2009 Nov;123(11):1216-20. Epub 2009 Jul 16.

10. Wana GB, Dharamsi LM, Moss JR, Bennett ML, Thompson RC, Haynes DS. Contemporary management of intracranial complications of otitis media. Otol Neurotol. 2010 Jan;31(1):111-7.

11. Yang H, Chen XW, Gao ZQ, Ni DF, Jiang H, Xu CX, Liu ZY, Zhou BT, Yang DH. Clinical analysis of otogenic intracranial complications. Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2008 Nov;43(11):801-5.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКОЛОГИЧЕСКОГО КУЛЬТУРАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОТОМИКОЗАХ

Морозова О.В.

Кафедра оториноларингологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России
(зав. проф. В.Н.Красножен)

Резюме: В работе приведены результаты микологического культурального исследования при отомикозах.

Ключевые слова: микологическое исследование, микозы.

RESULTS OF MYCOLOGY CULTURE INVESTION OF OTOMICOSIS

Morozova O.V.

Summary: In this work presents the results of mycology culture investion of otomycosis.

Key words: mycology culture investion, otomycosis.

В последние десятилетия по данным статистики отмечен значительный рост заболеваний, вызванных грибковой флорой. В практике врача-оториноларинголога микотическое поражение ЛОР-органов встречается у 6-10% пациентов (Аравийский Р.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В., 2004; Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б., Мачулин А.И., 2007).

Микотическое поражение ушей – отомикоз является распространенным заболеванием, наблюдающимся во всех странах мира. Большую роль в патогенезе отомикоза играют климатические условия. Развитию отомикоза, так же, как и микотическому поражению других органов способствует состояние локального или системного иммунодефицита, нарушение углеводного обмена (сахарный диабет), длительное применение антибиотиков,

кортикостероидных препаратов, причем, как системных, так и местных в виде капель и мазей.

Микотическое поражение может затрагивать различные отделы уха. Исследованиями В.Я.Кунельской и др. (2007) установлено, что у 58% больных отомикозами отмечается микотический наружный отит, у 15% - микотический средний отит, у 27% - микоз послеоперационной полости среднего уха.

В настоящее время известно более 150 видов патогенных грибов, которые могут являться причиной отомикоза, но наиболее часто встречаются плесневые грибы рода *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor* и дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

Основными факторами патогенности дрожжеподобных грибов признаны

внеклеточные аспарагиновые протеиназы, максимум активности которых проявляется в кислой среде (рН около 4), у плесневых грибов основными раздражающими факторами служат выделяющиеся в процессе жизнедеятельности органические кислоты, а также другие низкомолекулярные метаболиты, включая микотоксины (Куцевалова О.Ю., Вагнер В.П., Хабарова Т.Л., 2005).

Лабораторная культуральная диагностика грибковых поражений представляет известные трудности, связанные, с одной стороны, с особенностями забора материала, с другой – с интерпретацией результатов. При отомикозах часто выявляются грибы, широко распространенные в окружающей среде, поэтому особенно важно разграничить истинного возбудителя от случайного контаминанта.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики отомикозов с использованием культурального микологического исследования.

Материал и методы исследования. Обследовано 350 пациентов с диагнозом «отомикоз» и «отит» со сложным течением заболевания в возрасте от 14 до 75 лет, 23 мужчин и 52 женщин с длительностью заболевания от 3 недель до 5 лет.

Для верификации возбудителей отомикоза были использованы следующие приемы: забор материала проводился только у предварительно подготовленных больных непосредственно из очага в стандартизованных условиях; посев и выращивание грибов проводились в помещениях, исключающих контаминацию сапрофитными видами грибов и бактерий; одновременный посев на бактериальную микрофлору проводился для выявления микст-инфицирования, а также определения содержания нормальной микрофлоры. При необходимости проводились повторные исследования. Посев производился на питательные среды: агаризованная обогащенная среда Сабуро; агаризованная среда Сабуро с добавлением антибиотиков (стрептомицин+левомицетин по 70 ед/мл) для подавления роста бактерий; среда Чапека для плесневых грибов; тиогликолевая среда для бактерий. Выращивание грибов проводили при Т 28-30°С в течение 7 суток до полного образования

вегетативных спорангиев плесневыми грибами. Бактериальную микрофлору инкубировали 48 часов при Т 37°С.

Результаты и их обсуждение

В результате исследования у 227 пациентов (64,8%) были обнаружены грибы, способные вызывать клинические проявления отомикоза: грибы рода *Candida* (*C. albicans*, *C. krusei*, *C. parakrusei*, *C. tropicalis*) - 45,4% случаев. Плесневые микромицеты, представленные, в основном, *Aspergillus* spp., встречались в 30,8%, грибы рода *Penicillium* – в 9,7% случаев. Ассоциации дрожжеподобных грибов с бактериальной флорой обнаруживались, в целом, у 19,8 % больных. Среди бактерий-ассоциантов наиболее часто высевались стрептококки, нейссерии и синегнойная палочка. Плесневые микромицеты в сочетании с бактериальной микрофлорой встречались в 26 случаях (11,5%), а в ассоциациях с дрожжеподобными грибами – в 18 случаях (6,7%). При этом чаще всего выделялись грибы рода *Aspergillus*: *Asp. niger* (13,7%), *Asp. fumigatus* (3,5%), *Asp. flavus* (3%), *Asp. terreus* (1,3%), а также *Penicillium* spp. (9,7%).

Выводы.

Таким образом, микологическое культуральное исследование показало, что наряду с плесневыми грибами, наиболее часто упоминающимися в литературе в качестве возбудителей отомикозов, существенную роль играют и дрожжеподобные грибы, а также грибковые и бактериально-грибковые ассоциации. Такие ситуации требуют более тщательного подхода к назначению препаратов с учетом их активности по отношению как к плесневым, так и дрожжеподобным грибам, а также бактериальной флоре.

Литература

1. Аравийский Р.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов. СПб, Изд. Дом СПбМАПО, 2004.-186 с.
2. Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б., Мачулин А.И. Проблемы и перспективы развития современной ЛОР-микологии. Успехи медицинской микологии. М.:Национальная Академия Микологии. 2007; Том X:218-220
3. Naglik J.R., Challacombe S.J., Hube B.

Candida albicans secreted aspartil proteinases in virulence and pathogenesis.// *Microb.Molec.Biol. Rew.* 2003; V67:400-428.

4. Rippon J.W. Medical mycology / Pathogenic fungi and pathogenic actinomyces. W.B. Saunders company. London, 1988; P.797.

5. Куцевалова О.Ю., Вагнер В.П., Хабарова

Т.Л. Микробиота наружного и среднего уха. Проблемы медицинской микологии. 2005; Том 7:2: 83.

6. Билай Т.И. Термофильные грибы и их ферментативные свойства. Киев: Наукова думка. 1985. 170 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УШНЫХ КАПЕЛЬ «ЦИПРОМЕД» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДНЕГО УХА

Насыров М.В.

Кафедра Офтальмологии и отоларингологии КРСУ,

Бишкек, Кыргызстан.

Резюме: цель данного исследования оценка клинической эффективности ципрофлоксацина (ушные капли «Ципромед») при лечении воспалительных заболеваний среднего уха.

Ключевые слова: антибактериальная терапия, средний отит.

CLINICAL EFFECTS OF EAR DROPS “CIPROMED” IN CUREMENT MIDDLE EAR DISEASES

M.V.Nasirov

Summary: the purpose of this research is to estimate clinical effectiveness of ciprofloxacin (“Cipromed” ear drops) in otitis media.

Key words: antibacterial therapy, otitis media.

Введение

Несмотря на значительные успехи отоларингологии вопросы лечения хронических средних отитов до настоящего времени остаются актуальными, так требуют комплексного этиотропного лечения с применением местных антибактериальных препаратов.

Среди воспалительных заболеваний среднего уха выделяют:

- острый средний отит (ОСО), протекающий в форме катарального и гнойного воспаления

- хронический средний отит, который подразделяют на: сухой перфоративный, экссудативный, мукозит и гнойный средний отит.

Наиболее распространенными возбудителями острого среднего отита у взрослых и детей является пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) и гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*), реже – мараксела (*Maraxella catarrhalis*), пиогенный стрептококк (*Streptococcus pyogenes*), золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), микоплазма (*M. pneumoniae*), хламидии (*C. trachomatis* и *C. pneumoniae*).

Выбор правильной тактики лечения определяет судьбу пациента, так как развитие осложнений (мастоидит, тугоухость, переход в хроническую форму) может привести к ограничению его трудоспособности и снижению качества жизни. Поэтому терапия ОСО должна быть комплексной и включать: ушные капли, топические деконгестанты и при необходимости – системные антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, дезинтоксикационные средства.

При хроническом гнойном среднем отите (ХГСО) чаще обнаруживаются ассоциации возбудителей, среди которых чаще всего выявляются *Pseudomonas*, *S.aureus*, *Proteus*, *E.coli*, *Klebsiella*, *S.pneumoniae*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, *Lactobacillus*. При длительном течении часто высеиваются грибы (*Candida*, *Aspergillus*, *Mucor*).

Для ХГСО характерно наличие постоянной перфорации барабанной перепонки, снижение слуха (которое может в различной степени прогрессировать в зависимости от течения заболевания), периодическое гноетечение из уха (как проявление обострения

Таблица 1.

Число пациентов, получивших местно ципрофлоксацин (ушные капли «Ципромед»)

Пациенты с обострением хронического гнойного мезотимпанита		Пациенты с острым гнойным перфоративным отитом	
мужчины	женщины	мужчины	женщины
10	4	6	5
Всего: 14		Всего: 11	

воспалительного процесса).

Тактика ведения больных ХГСО имеет некоторые отличия от лечения ОСО, так как при ХГСО чаще обнаруживаются ассоциации возбудителей о чем было указано выше. При этом целесообразно использовать антибактериальные средства фторхинолонового ряда. В этой ситуации незаменимым и единственным в настоящее время на рынке Кыргызстана препаратом местного использования являются ушные капли «Ципромед», содержащие антибиотик группы фторхинолонов ципрофлоксацин. Действие ципрофлоксацина обусловлено ингибированием фермента ДНК-гиразы бактерий, и как следствие нарушение репликации ДНК и синтеза клеточных белков бактерий. Ципрофлоксацин действует как на размножающиеся микроорганизмы, так и находящиеся в состоянии покоя, тем самым оказывая бактерицидный эффект. Ушные капли «Ципромед» за счет содержания в своем составе пропиленгликоля обладают большей, по сравнению с другими препаратами этого ряда, вязкостью, что обеспечивает длительное нахождение препарата в месте его введения, то есть в очаге воспаления.

Материалы и методы

Было обследовано 25 пациентов, которые находились на амбулаторном и стационарном лечении в ЛОР отделении национального госпиталя при министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Из них 11 пациентов с обострением хронического гнойного мезотимпанита и 14 пациентов с острым гнойным перфоративным отитом. Клиническое исследование эффективности и безопасности препарата при лечении воспалительных заболеваний среднего уха было проведено в период с апреля по ноябрь 2009 г. Возраст пациентов варьировал от 16 до 71 года, из них 16 мужчин (10 с обострением хронического гнойного мезотимпанита и 6 с

острым гнойным перфоративным отитом) и 9 женщин (4 с обострением хронического гнойного мезотимпанита и 5 с острым гнойным перфоративным отитом).

Всем пациентам наряду с бактериологическими проводились общеклинические обследования: анализы крови, мочи и аудиологическое исследование. Также проводилось промывание наружного слухового прохода и барабанной полости раствором фурациллина и закапывание в ухо ушных капель «Ципромед» (по 5 капель 3 раза в день) с последующим транстимпанальным нагнетанием. Все пациенты наряду с местным антибактериальным лечением получили антибиотики (системно), гипосенсибилизирующие средства, сосудосуживающие капли в нос, физиолечение.

Результаты исследования

У пациентов с острым гнойным средним отитом после 4-5 дней вышеуказанной терапии с применением ушных капель «Ципромед» наблюдалось уменьшение боли и гноетечения. Длительность всего курса лечения составляла 6-8 дней.

Для стихания воспалительных явлений в ухе при обострении хронического гнойного мезотимпанита потребовалось от 7 до 14 дней. Гноетечение из уха прекратилось у 4 больных через 7 дней после начала лечения, у 9 больных через 10 дней и у 3 – через 14 дней.

Все больные хорошо переносили местное лечение «Ципромедом». Аллергических и других побочных реакций не наблюдалось.

Контрольную группу составили 12 пациентов с обострением хронического гнойного мезотимпанита. Местное лечение в контрольной группе проводилось с применением традиционных средств: 1% раствор диоксидина и 3% спиртовой раствор борной кислоты. Субъективные ощущения и воспалительные

явления в контрольной группе сохранялись в процессе лечения значительно дольше чем в мспытуемой. У 9. пациентов из 12 гноетечение из уха прекратилось на 14-16 день после начала лечения, у 3 пациентов через 16 дней после начала лечения гноетечение лишь уменьшилось.

Заклучение

Обобщая вышеизложенное можно прийти к выводу, что использование ушных капель «Ципромед» в терапии острых и хронических воспалительных заболеваний среднего уха позволяет нам выявить ряд положительных моментов:

- снижение сроков нахождения в стационаре;
- отсутствие побочных явлений;
- удобство применения;
- экономичность;

Полученные в результате исследования данные свидетельствуют, что ушные капли «Ципромед» являются высокоэффективным препаратом при лечении острых и хронических воспалительных заболеваний среднего уха.

Клинический эффект был достигнут в 100% случаев при длительности терапии 7-14 дней. Препарат хорошо переносится пациентами, удобен в применении и может быть рекомендован как препарат выбора для местного лечения воспалительных заболеваний среднего уха.

Литература

1. Богомильский М.Р., Минасян В.С. «Острый средний отит. Методические указания» 2002г.
2. Страчунский Л.С. Спорные вопросы антибактериальной терапии среднего отита./ Л.С. Страчунский/ Мат.междунар.конф. «Антибактериальная терапия в педиатрической практике». Москва, 1999 г.-С.32-35.
3. Тарасова Г.Д. Ципромед в рациональной терапии среднего отита./Г.Д. Тарасова, В.М. Зайцев/ Рос.оторинолар., 2006.-№2 (21).- С.65-82.
4. Antibiotic treatment in acute otitis media: "in vivo" demonstration of antibacterial activity./ R. Dagan, D.M. Fliss, E. Leibovitz / Clin. Microb. Infect. 1997.- №3.-p. 43-48.

К ОПТИМИЗАЦИИ МЕТОДОВ УСТРАНЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО УХА

Ларионова М. В.

Кафедра оториноларингологии и офтальмологии, КРСУ

Бишкек, Кыргызстан

Резюме: Проведено обследование больных, перенесших радикальную операцию уха и страдающих продолжающимся и возобновившимся гноетечением из оперированного уха. Проведено бактериологическое исследование содержимого послеоперационной полости. Изучены причины продолжающегося гноетечения из оперированной полости, предложены методические разработки по их устранению.

Ключевые слова: радикальная операция на среднем ухе, болезни оперированного уха, гноетечение из оперированного уха.

TO IMPROVING OF CARRING OUT AND TREATMENT OF OPERATED MIDDLE EAR

Larionova M.V.

Resume: The examination of patients in certain postoperative period, which are sustained the radical surgery of ear, and suffer from continued and renewable purulent discharge from ear after surgery was carried out. Bacteriological research of cavity after surgery contents were carried out.

Key words: radical surgery of middle ear, ear operated disease, purulent discharge from ear after surgery.

Введение

В лечении хронического гнойного воспаления среднего уха современная отохирургия достигла значительных успехов. По поводу названной патологии производятся оперативные вмешательства, завершающий этап которых . отличается максимально

щадящим подходом к содержимому барабанной полости и реконструкцией звукопроводящего аппарата. Однако возможности такой хирургии среднего уха иногда бывают неприемлемы. Такая ситуация складывается при отогенных внутричерепных осложнениях, некоторых гнойно-воспалительных заболеваниях

внутреннего уха, поражениях лицевого нерва и значительных деструктивных изменениях при обширных холестеатоме и кариесе.

При перечисленных изменениях показана санирующая хирургия, направленная на ликвидацию гнойно-воспалительного процесса в среднем ухе.

Такая задача реализуется выполнением радикальной (общеполостной) операции уха [1,2,3,4,5,16,17].

К сожалению, этот вид хирургического пособия не лишен недостатков. Его выполнение может осложниться травмой лицевого нерва и лабиринта, но чаще после радикальной операции на среднем ухе больных беспокоит продолжающееся гноетечение, а также гноетечение, возникшее в отдаленном периоде после операции. В связи с этим и с целью добиться более эффективных мер борьбы с продолжающимся после операции или вновь возобновившимся гноетечением, мы решили исследовать роль факторов, отрицательно влияющих на состояние эпидермального покрова, нарушенной физиологии полости среднего и наружного уха и микрофлоры. Что касается последней, то нас интересовали их видовой состав, а также ассоциации, наиболее часто вегетирующие в послеоперационной полости с гноетечением. Также мы поставили задачу определить чувствительность микроорганизмов к различным антибактериальным препаратам. Эти исследования мы считаем целесообразными, так как подобного рода данных, имеющих отношение к Кыргызстану, в доступной литературе мы не нашли.

Материалы и методы

Для решения поставленной задачи мы обследовали 68 пациентов, перенесших радикальную операцию в различные периоды после операции от трех месяцев до 40 лет. Возраст пациентов варьировал в пределах от 12 до 70 лет. Так как у четверых больных операция была проведена с обеих сторон, в итоге было исследовано 72 уха. Критерием отбора пациентов, взятых на обследование, послужило упорное гноетечение из ранее оперированного уха, продолжающееся не менее трех месяцев после операции и признаки хронического воспаления в полости после радикальной

операции (гнойное отделяемое, грануляции, кариес, холестеатома.) У этих больных мы осуществляли осмотр радикальной полости с фиксированием размеров наружного слухового прохода, размеров полости, высоты «шпоры» лицевого нерва, наличия карманов и выступов. Материалом для бактериологического исследования служило содержимое радикальной полости. Его мы дополняли цитологическим анализом отделяемого из уха с определением чувствительности микрофлоры к различным антибактериальным средствам. Результаты этих исследований и данные литературы, имеющие отношение к затронутой проблеме, послужили материалом для написания данной статьи.

Результаты и их обсуждение

Продолжающееся или появляющееся гноетечение из уха после радикальной операции уха во многом связано с изменением структуры среднего уха. Это непременно сказывается не только на механизме звукопроводения, но и на других физиологических процессах, имеющих отношение к эвакуаторной функции и питанию эпидермального покрова.

Ведь известно, что барабанная перепонка и наружный слуховой проход хотя и медленно, тем не менее, достаточно надежно, освобождает наружный слуховой проход от слущенного эпидермиса, секрета серных желез и попадающих в него пыли и других инородных частиц. Кожа с ее своеобразной гистоморфологической структурой имеет развитое кровообращение. Оно обеспечивает ей полноценное питание и устойчивость по отношению к попадающей в нее инфекции. В результате она обсеменена обычной микрофлорой, в частности *Staphylococcus epidermidis*, с которой складывается не антагонистический, а муталистический симбиоз.

Полость после радикальной операции может быть покрыта эпидермисом, нарастанным на костную поверхность со стороны краев рассеченного наружного слухового прохода или в результате покрытия оголенной кости пересаженным пластическим материалом. Их устойчивость, без всякого сомнения, уступает таковой нормального слухового прохода, поскольку основой, на которой они находятся, может быть представлена костью, зачастую склерозированной, а следовательно

с обедненным кровообращением [7,8,9,10]. Поэтому не удивительно, что ее устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов бывает мало надежной, что особенно усугубляется нарушенной эвакуацией содержимого. В результате в полости после радикальной операции накапливаются серно-эпидермальные корки, которые покрывают ее стенки. Это заставляет больных находиться под постоянным наблюдением отоларинголога, который вынужден освобождать полость. Если это не осуществляется, то под ними, как правило, появляется гной, в котором вегетирует не только аэробная, но и анаэробная флора. Развивающийся гнойный процесс обуславливает мацерацию эпидермального покрова с развитием

в полости сохраняются карманы, которые не визуализируются при отоскопии. Они могут оставаться в аттике, под высокой «шпорой» лицевого нерва в *savum thympani* и в любой части сосцевидного отростка височной кости [1,3,15].

В этих случаях сохраняется вегетация микроорганизмов, в том числе и тех, которые при качественно сделанной общеполостной операции спонтанно исчезают (*E. Coli*, *Proteus vulgaris*, анаэробы), что, к сожалению, не регистрируется в отношении других представителей микромира, к числу которых прежде всего относится золотистый стафилококк, *Pseudomonas aeruginosae*, особенно из числа тех штаммов, которые являются представителями внутрибольничной инфекции [12,13,14].

Таблица №1.

Чувствительность выделенных микроорганизмов в антимикробным и противогрибковым препаратам.

(в) – высокочувствительные штаммы,

(ч) – чувствительные штаммы,

(н) – нечувствительные штаммы.

№	Наименование микроорганизма	Название препарата																	
		Бензилпенициллин	Ампициллин	Ампициллин+сульбактам	Амоксициллин	Амоксициллин+клавуланат	Цефазолин	Цефуроксим	Цефтриаксон	Эритромицин	Мидекамин	Спиромидин	Рокситромицин	Кларитромицин	Гентамицин	Амикацин	Рифампицин	Линкомицин	Хлорамфеникол
1	Staph. Aureus	н	н	в	ч	в	ч	в	в	н	н	ч	ч	ч	ч	ч	в	ч	ч
2	Pseud. Aeruginosae	н	н	н	н	н	н	н	в	н	н	н	н	н	ч	в	в	н	н
3	Candida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Proteus sp	н	н	в	н	в	ч	в	в	н	н	н	н	н	ч	ч	ч	н	н
5	Klebsiella sp.	н	н	в	н	в	в	в	в	н	н	н	н	н	в	в	в	н	н
6	Aspergillus sp.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Staph. Epidermidis	н	н	в	ч	в	н	н	в	н	н	н	в	ч	н	ч	в	ч	н

на нем продуктивного воспаления – грануляций и гноетечения, поддерживаемых нередко внутрибольничной инфекцией [12,13,14,18]. Такое нежелательное состояние после радикальной операции, особенно в случаях, когда после названной операции гноетечение не имеет тенденции к прекращению, нередко связано с дефектами выполнения хирургического вмешательства. Так бывает в случаях, когда

Учитывая отмеченное, нас интересовал состав микрофлоры и ее чувствительность к антибактериальным препаратам.

Материал для бактериологической диагностики был получен из 72 ушей.

Staphylococcus aureus идентифицирован в 42 (38,89%) случаях, *Pseudomonas aeruginosae* – в 26 (24,07%), *Candida* – в 21 (19,44%), *Proteus sp.* – в 10 (9,25%), *Klebsiella sp.* – в 5 (4,63%),

Таблица №2.

Причины, вызывающие болезни оперированного уха и рекомендуемые мероприятия по их устранению.

	Возможные причины болезней оперированного уха	Рекомендуемые терапевтические мероприятия
Дефекты выполнения оперативного вмешательства	Наличие необозримых карманов в области пещеры сосцевидного отростка, аттика	Полное вскрытие всех структур барабанной полости и сосцевидного отростка с формированием гладкостенной обозримой полости
	Наличие высокой шпоры лицевого нерва, прикрывающей <i>cavum thuyani</i>	Максимально возможное сглаживание шпоры лицевого нерва
	Недовскрытие клеток сосцевидного отростка и оставление слизистой оболочки, кариозной кости и грануляций	Полное вскрытие всех структур барабанной полости и сосцевидного отростка с формированием гладкостенной обозримой полости и выскабливанием слизистой оболочки и всех патологических образований
	Отсутствие или неэффективное проведение пластики наружного слухового прохода	Адекватная пластика наружного слухового прохода
Болезни среднего уха	Использование в качестве пластического материала высокодифференцированной ткани	Использование в качестве пластического материала низкодифференцированной ткани, фасции, хряща
	Хронический евстахиит	Транстубарное введение лекарственных средств и другие мероприятия, направленные на восстановление функции слуховой трубы
Неправильное ведение послеоперационного периода	Нарушение эвакуаторной функции послеоперационной полости с образованием серно-эпидермальных корок и грануляций	Своевременное удаление серно-эпидермальных наслоений из послеоперационной полости путем диспансеризации больных, перенесших радикальную операцию среднего уха
	Устойчивая флора, вегетирующая в полости после радикальной операции и включающая представителей внутрибольничной инфекции	Комплексное общее и местное лечение, основанное на определении чувствительности вегетирующей флоры к антимикробным препаратам
	Нерациональное использование лекарственных средств	Комплексное общее и местное лечение, основанное на определении чувствительности вегетирующей флоры к антимикробным препаратам

Aspergillus sp. – в 2 (1,85%) и *Staphylococcus epidermidis* – в 2 (1,85%) случаях.

Из представленных данных следует, что в гнойном экссудате из полости оперированного

в прошлом уха чаще высевались представители, которые отличаются устойчивостью по

отношению к большинству антимикробных и антимикотических препаратов. К таковым

относится золотистый стафилококк, палочка синезеленого гноя, представителя группы протей и клебсиеллы. Чтобы убедиться в важности отмеченного, мы сочли целесообразным провести соответствующие данные в таблице 1.

Из данных, представленных в таблице, следует, что чаще всего высеивались те микроорганизмы, которые отличаются наибольшей устойчивостью к приведенным антибиотикам и которые чаще всего встречаются в составе представителей микромира, относящихся к внутрибольничной инфекции [4,11,12]. А это, несомненно, создает определенные трудности по ликвидации гнойного воспаления в полостях после радикальной операции. При этом необходимы определенные, не всегда простые методы для ликвидации развившегося гнойно-воспалительного процесса.

Для того чтобы обосновать их, необходимы сведения, которые помогли бы наметить методические основы их выполнения.

Возможные причины, связанные с продолженным или возобновляющимся гнойно-воспалительным процессом в оперированном ухе, которые мы попытались установить по данным анамнеза, осмотра полости после радикальной операции, патоморфологического и бактериологического обследования наших пациентов представлены в таблице 2.

Как следует из данных, представленных в таблице 2, причины непрекращающегося или вновь возобновившегося гноетечения в полости после радикальной операции можно условно разделить на три группы: 1- дефекты оперативного вмешательства, 2- болезни среднего уха, 3- неправильное ведение послеоперационного периода как раннего, так и в отдаленные сроки после операции.

А также при необходимости использовать пластический материал, представленный низкодифференцированной тканью. В раннем послеоперационном периоде предлагается сведение к минимуму количества манипуляций в оперированном ухе и использование антибактериальных капель с целью предотвращения заноса внутрибольничной инфекции. А также назначение комплексной терапии, включающей этиологическое,

патогенетическое, симптоматическое лечение, и мероприятия, направленные на восстановление общей резистентности организма и иммунной системы. В отдаленном периоде после операции необходим диспансерный учет прооперированных больных, с целью своевременного удаления накапливающихся серно-эпидермальных масс. При выявлении дерматоза полости и гнойного воспаления в ней целесообразно взятие мазка из полости для верификации возбудителя и чувствительности последнего к антимикробным препаратам.

Заключение

Непрекращающееся гноетечение из полости после общеполостной операции среднего уха может быть связано с дефектами выполнения хирургического вмешательства. К ним можно отнести высокую шпору лицевого нерва, наличие нераскрытых для достаточного обзора карманов в области *cavum tympani*, аттика и не освобожденные от мукоперистоа клетки или участки пещеры, слишком большой или малый размер полости, узкий наружный слуховой проход, препятствующий ее надежному визуальному контролю.

Появление гноетечения в полости после радикальной операции на среднем ухе в отдаленные сроки обусловлено нарушением эвакуаторной функции уха в результате измененной анатомии, ведущее к образованию серно-эпидермальных корок. Несвоевременное их удаление вызывает развитие гранулирующего дерматоза или дерматита, обусловленном вегетацией микроорганизмов, принадлежащим к внутрибольничной инфекции, которые отличаются высокой устойчивостью к стандартному набору антибиотиков.

Лечение больных с продолжающимся гноетечением из полости после радикальной операции на среднем ухе требует диспансерного подхода, использование комплексных мероприятий по ликвидации гнойного очага поражения полости, а при неэффективности консервативных мероприятий показана реоперация с устранением дефектов предшествующего оперативного вмешательства.

Список литературы

1. Быстренин В.А., Быстренина Л.В.

Обеспечение полного и стойкого saniрующего эффекта - основное требование к операциям, выполняемым при эптитимпаните // Вестн. оторинолар.- 1999.- № 3.- С. 31-32.

2. Зберовская Н.В., Рябова В.В., Гунько И.А., Цветкова В.П. Хронический гнойный средний отит и его осложнения: Труды МОНИКИ. М 1969; 113-118.

3. Руководство по оториноларингологии. / Под ред. И.Б. Солдатов. - М.: Медицина, 1983. - 608 с.

4. Фейгин Г.А. Лечение хронического воспаления среднего уха при постоянном или часто рецидивирующем гноетечении / Г.А. Фейгин // Вестник оторинолар.-2000. -- № 1. - С. 15 - 17.

5. Шахов А.В. Выбор метода хирургической санации среднего уха при хроническом гнойном среднем отите с холестеатомой : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1990.

6. Зберовская Н.В., Рябова В.В., Гунько И.А., Цветкова В.П. Хронический гнойный средний отит и его осложнения: Труды МОНИКИ. М 1969; 113-118.

7. Коледа А.А. Некоторые актуальные вопросы морфологического среднего уха в отдаленном периоде после общеполостной операции: Дис. ... канд мед наук. Гродно 1976.

8. Семенов Ф.В. Анализ некоторых причин рецидива хронического гнойного среднего отита в послеоперационном периоде / Ф.В. Семенов, В.А. Ридненко, С.В. Немцева // Вестник оторинолар. -- 2005. - № 3. - С. 48 - 49.

9. Волошина И.А., Миронов А.А. Послеоперационное воспаление в трепанационной полости височной кости.

Вестн. оторинолар. 2004, 2: 56-58

10. Дубинец И.Д., Куренков Е.Л., Кофанов Р.В. Влияние характера морфологических изменений слизистой оболочки среднего уха на течение репаративных процессов в неотимпанальной мембране при реконструктивно-санирующей операции у больного с хроническим средним отитом. Вестн. оторинолар. 2007, 5: 11-13

11. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология. / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. - С.-П.: Гиппократ, 2005. -- 799 с.

12. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей. - М.: Боргес, 2001. - 432 с.

13. Гуров А.В., Гусева А.Л. Микробиологические особенности хронического гнойного среднего отита и их влияние на течение заболевания. Вестн. оторинолар. 2007, 2: 7-10.

14. Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. М 1988.

15. Сидорина Н.Г. Опыт реконструктивной хирургии у больных после общеполостной операции уха/ Н.Г. Сидорина // Вестн. оторинолар. -1998-- № 3. -С. 37-38.

16. Преображенский Ю.Б. Очерки по истории радикальной операции уха (за 100 лет ее развития) // Вестн. оторинолар.- 1992. - № 4. - С. 39-42.

17. Gerhardt J. Vademakum fur Ohren-Nasen- und Kehlheilkunde. Studhart 1978.

18. Blakley B., Kim S., VanCamp M. Preoperative hearing predicts postoperative hearing // Otolaryngol. Head and Neck Surg. - 1998. - Vol. 119. - № 6. - P. 559 - 563.

МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕСТЕАТОМНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА, СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Каримова Б.К., Пак В. В., Яковлева К.Г.

ЛОР отделение НГ МЗ КР

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приведены данные клинического случая из практики с диагнозом: Менингоэнцефалит как осложнение хронического холестеатомного среднего отита и результаты, полученные в ходе его лечения.

Ключевые слова: хронический средний отит, отогенные осложнения, менингит.

MENINGITIS IS LIKE COMPLICATION OF CHRONIC MIDDLE OTITIS WITH CHOLESTEATOME, PRACTIS CASE

Karimova B.K., Pak V.V., Yakovleva K.G.

Summary: This article shows one clinical case with a diagnosis: the eight as a complication of chronic Middle otitis media holesteatomnogo and the results obtained in the course of his treatment.

Key words: chronic otitis media, otogenic complications, meningitis.

Актуальность

Внутричерепные осложнения возникают в связи с наличием гнойного воспаления среднего уха и относятся к жизненно опасным заболеваниям. При отогенных внутричерепных осложнениях, основной причиной, приводящей к разрушению верхней стенки барабанной полости является холестеатома, которая приводит к обнажению твердой мозговой оболочки до 32% случаев, сигмовидного синуса в 39%, разрушает костную стенку горизонтального полукружного канала в 20% случаев, лицевой нерв в 9% [8]. Неоспоримы достижения в их комплексном изучении, однако, успехи отечественной и зарубежной медицинской науки оказались пока недостаточными, чтобы устранить опасность возникновения этой грозной патологии.

Введение

Вторичные гнойные менингиты являются одним из наиболее тяжелых осложнений воспалительных заболеваний уха. Количество их не снижается, лишь колеблется из года в год. После открытия антибиотиков частота внутричерепных осложнений сократилась с 2,3% до 0,04% [2, 5]. Однако, в настоящее время, уровень смертности от отогенных осложнений составляет 36-58%. [1, 3, 4].

Приводим наше наблюдение

Больной А. 19 лет, поступил 12.09.12г. в ЛОР отделение Национального Госпиталя МЗ КР в тяжелом состоянии без сознания. Со слов родственников жалуется на боль в

левом ухе, гноетечение из левого уха, сильную головную боль. Гноетечением из левого уха слева страдает в течение нескольких лет. 4 дня назад появилась сильная головная боль, гноетечение из левого уха. Спустя 3 дня потерял сознание, госпитализирован в стационар по месту пребывания. В этот же день доставлен и госпитализирован в ЛОР отделение.

При поступлении: общее состояние тяжелое, сознание отсутствует. ЧД 24/мин, пульс 86 уд/мин, АД 100/60 мм.рт.ст, температура тела в норме.

В неврологическом статусе: выраженные менингеальные симптомы, положительный симптом Бабинского с двух сторон, ригидность затылочных мышц. Гемипарез слева. Фотореакции вялые, взгляд фиксирован влево.

При ЛОР-осмотре AS: ушная раковина обычной формы и положения, область козелка и сосцевидного отростка при надавливании безболезненна. Наружный слуховой проход обычных размеров, в просвете имеется гнойное отделяемое в небольшом количестве с неприятным запахом. Барабанная перепонка тотально перфорирована. Слизистая барабанной полости отечная, застойно гиперемирована. АД-без видимой патологии. Другие ЛОР-органы без особенностей.

При исследовании крови лейкоциты $7,2 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 43 мм/ч. Анализ спинномозговой жидкости: слабомутная, цитоз 1250 клеток, белок 2,97%, реакция Панди +++++, нейтрофилы 950,



Рис. 1



Рис. 2

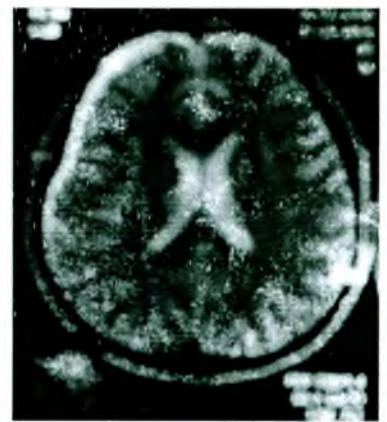


Рис. 3

сахар 1,3 ммоль/л.

(Рис 1) МРТ-картина очаговой ишемии в бассейне задних мозговых артерий ($s>d$).

(Рис 2) В проекции барабанной полости слева – дефект, размером 25 x 35 мм, с наличием геморрагического компонента.

На основании клинических и параклинических данных поставлен предоперационный диагноз:

Обострение хронического гнойного среднего отита слева (эпимезотимпанит).

Гнойный менингоэнцефалит с формированием субдуральной эмпиемы справа. Левосторонний гемипарез. Произведена операция в экстренном порядке: Радикальная санирующая операция на левом среднем ухе со вскрытием средней и задней черепных ямок и вскрытием экстрадурального абсцесса височной доли.

Медикаментозное лечение заключалось в антибактериальной терапии: (Пенициллин по 3млн x 6 раз в сутки, Роцефин 1,0 x 2 раза в день в/в, Линкомицин 30%-1,0 x 2 раза в день в/м), дезинтоксикационной терапии.

Состояние больного оставалось тяжелым, без значительной положительной динамики.

Через 2 недели произведено повторное обследование МРТ (Рис. 3):

срединные структуры смещены влево на 2,5 мм.

В конвекситальном пространстве лобно-теменной области справа определяется гигрома шириной до 7 мм. Гигрома лобно-теменной области справа.

Произведена операция: Резекционная трепанация черепа справа с удалением

субдуральной гигромы.

Состояние больного постепенно улучшалось.

Всего больной провел в госпитале 40 дней.

На момент выписки из стационара больной находился в сознании, ригидность затылочных мышц фактически отсутствовала, обращенную речь понимал, простые команды выполнял. Рекомендовано продолжить лечение у оториноларинголога и невропатолога по месту жительства.

Заключение

Несмотря на современные достижения в медицине, отогенные внутричерепные осложнения продолжают оставаться опасными для пациентов, уровень смертности достаточно высокой. Необходим высокий уровень настороженности, для своевременной диагностики и адекватного лечения. Хронический холестеатомный средний отит является основной причиной отогенных внутричерепных осложнений в нашей стране и должен быть подвергнут хирургическому лечению для предотвращения осложнений [1, 6, 7].

Литература:

1. Пшеничникова В.В. Особенности течения и критерии прогноза вторичных гнойных менингитов // автореф. дисс.канд.мед наук. Москва, 2006.
2. Doves JD. Complications of infections of the middle ear. In: Scott-Brown WG, Ballantyle, Groves.

3. Eaton DA, Murray AE. Complications of otitis media. eMedicine Journal 2001;2:1–10.

4. Mauricio S. Miura, Rita C. Krumennauer, Jose F. Lubianca Neto. Intracranial complications of chronic suppurative otitis media in children. Rev Bras Otorrinolaringol. V.71, n.5, 639-43, sep./oct. 2005.

5. Palva T, Virtanen H, Marine J. Acute and latent mastoiditis in children. J Laryngol Otol 1985 Feb; 99(2): 127-36.

6. Wetmore RF. Complications of otitis media. Pediatric Ann 2000;29:637–47.

7. Yeoh T. Long, Ridzo Mahmud, A. Sani and Lokman Saim. Complications of Otitis Media Requiring Surgical Intervention. Asian journal of surgery V.25, №2, 170-174, April 2002.

8. Артемьев М.Е. Антибиотикотерапия при острой гнойной патологии ЛОР органов // автореф. дисс.канд.мед наук. Москва, 2003.

ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СРЕДНЕМ ГНОЙНОМ ОТИТЕ С ХОЛЕСТЕАТОМОЙ

Маманов М.А.

Кафедра оториноларингологии, хирургии головы и шеи медицинского факультета Джеррахпаша Стамбульского Университета.

Резюме: Холестеатома является одной из причин деструкции в среднем ухе, которая нередко выявляется у больных ХГСО различной локализации перфорации барабанной перепонки. При холестеатоме могут возникнуть интракраниальные и экстракраниальные осложнения.

Ключевые слова: Хронический гнойный средний отит, врожденная холестеатома, осложнения, абсцесс височной доли мозга.

TO INTRACRANIAL COMPLICATIONS OF CHRONIC OTITIS MEDIA WITH CHOLESTEATOMA.

Mamanov M.A.

Abstract: Cholesteatoma, which can be different localization in patients with chronic otitis media, may be one of the reasons of middle ear destructions. At cholesteatomas there can be intracranial and extracranial complications.

Key words: Chronic otitis media, congenital cholesteatoma, complications, temporal lobe abscess.

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) – заболевание среднего уха, характеризующееся наличием перфорации барабанной перепонки, периодическими выделениями из среднего уха, шумом в ухе и снижением слуха [1]. ХГСО с частыми обострениями является причиной отогенных осложнений, которые в настоящее время возникают у 3,2% больных: у 1,97% - наблюдаются интракраниальные (менингит, абсцесс мозга и др.), у 1,35% - экстракраниальные (субпериостальный абсцесс, лабиринтит и др.) осложнения. Смертность от осложнений при ХГСО составляет 16,1% [2]. Одной из причин развития деструкции в среднем ухе является холестеатома, которая выявляется у 24-63% больных ХГСО при любой локализации перфорации барабанной перепонки [3]. Холестеатома представляет собой скопление концентрически наслаивающихся друг на

друга эпидермальных масс и продуктов их распада, главным образом холестерина, чем и обусловлено название этого образования. Впервые холестеатома была описана Крувельхьер (Cruveilhier) как “жемчужное новообразование” [4]. Костная резорбция при холестеатоме выявляется в 78,8-97% случаев (без неё – в 8,2%) и обусловлена не особой активностью матрикса, а воспалительной реакцией подэпителиальной ткани (за счёт активности ферментативных процессов) [5,6]. Разрушая костные стенки своими химическими компонентами она может быть причиной ряда осложнений таких, как свищ (фистула) полукружных каналов, канала лицевого нерва и может привести к развитию лабиринтита и парезу лицевого нерва. Характерными для холестеатомы являются слизисто-гнойные выделения с неприятным (ихорозным) запахом [7].

Эрнст Мюллер (Ernst Müller) основываясь

на патогенетических теориях образования разделил холестеатомы на эптитимпанические, мезотимпанические и пантимпанические [8]. Холестеатомы в зависимости от этиологии также делятся на врожденные и приобретенные. Врожденная холестеатома височной кости выявляется при неперфоративной барабанной перепонке, как правило, при КТ височных костей, так как длительное время не проявляет себя клинической симптоматикой. Отсутствует в анамнезе острый средний отит, хорошо развита клеточная система сосцевидного отростка. Клинические проявления обусловлены ростом холестеатомы и деструкцией лабиринта.

Диагностика ХГСО с холестеатомой основывается на жалобах больного, анамнезе заболевания, данных отомикроскопии, аудиологических и рентгенотомографических и магнитнорезонансных исследованиях. Для определения распространения процесса и наличия костной деструкции при ХГСО раньше использовалась рентгенография височных костей по Шюллеру и Маейрсу. Однако на данный момент высокоразрешающая компьютерная томография (КТ) височных костей шагом 1-2 мм в аксиальной и коронарной проекциях, даёт нам более детальную информацию о состоянии структур среднего и внутреннего уха и окружающих образований височной кости.

При лечении за рубежом у 73% больных ХГСО с холестеатомой проводятся закрытые операции, у 27% - открытые, в том числе только у 1,3% больных выполняется радикальная saniрующая операция на ухе [9]. В зависимости от распространения холестеатомы в среднем ухе используются различные подходы: трансканальный, эндауральный, ретроаурикулярный или комбинированный под общей анестезией с использованием операционного микроскопа.

Отогенные осложнения делятся на внечерепные и внутричерепные. В эпоху до антибиотиков внутричерепные осложнения составляли 6,4%, смертность 76,4%, которые после появления антибиотиков упали до 0-6%. Этот показатель в развивающихся странах до сих пор достигает 18,4% [10]. К внутричерепным осложнениям относятся

менингит, тромбоз венозного синуса, эпидуральный абсцесс, субдуральный абсцесс, абсцесс мозга, гидроцефалия. Отогенный абсцесс мозга наиболее часто поражает височную долю. Далее следуют абсцессы мозжечка и теменной доли. При внутричерепных осложнениях наблюдаются высокая температура, головная боль, тошнота, рвота, судороги и слабость. Лечение внутричерепных осложнений заключается в антибиототерапии высокими дозами продолжительностью, как минимум, в 3-4 недели, консультации невропатологов и нейрохирургов, а также оперативном вмешательстве совместной оториноларингологической и нейрохирургической бригад.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни.

Больной М.Б., 32 лет, поступил в ЛОР-клинику медицинского факультета Джеррахпаша Стамбульского университета 10.02.2012 с жалобами на полное отсутствие слуха в правом ухе, гноетечение из уха, головную боль, повышение температуры тела до 39,0°C, тошноту и головокружение, асимметрию лица, невозможность закрытия правого глаза. Примерно 1 месяц до поступления в нашу клинику больной лечился амбулаторно по месту жительства, но, несмотря на лечение, жалобы увеличились и больной обратился к нам. С диагнозом "Острый лабиринтит" пациент госпитализировался в ЛОР-отделение клиники медицинского факультета Джеррахпаша.

Состояние больного при поступлении удовлетворительное, температура повышена до 39,0°C, тоны сердца чистые. Больной несколько возбужден, в контакт вступал неохотно. Глазное дно не изменено. При ЛОР-осмотре: мягкие ткани правого слухового прохода инфильтрированы, отечны, задневерхняя стенка нависает, в просвете гной с запахом. При пальпации в области левого сосцевидного отростка ощущает болезненность. В крови отмечается небольшой лейкоцитоз (21,76•10⁹/л), СОЭ 18 мм/ч. Предварительный диагноз: острый лабиринтит, обострение осложнения острого гнойного отита, лицевой паралич справа по периферическому типу 5-степени по Хаус-Брэкмену. На компьютерной томографии (КТ) височной кости (09.02.2012)

отмечается мягкотканное образование в барабанной полости с дефектом верхней стенки.

Больной оперирован под общим наркозом 10.02.2012 нейрохирургическим подходом, вскрыты полости среднего уха, где обнаружены холестеатома, гной и грануляции, перешедшие внутрь черепа и обнаружена деструкция верхней стенки барабанной полости. Удален абсцесс височной доли мозга, оказавшийся однокамерным. Послеоперационный период протекал без осложнений, больной выписан домой 12.03.2012 в удовлетворительном состоянии.

В послеоперационном периоде состояние вполне удовлетворительное, температура от 36,4 до 37,3 °С, активный. Получал цефтриаксон и метронидазол, дезинтоксикационную, дегидратационную и симптоматическую терапию. В последующие дни наблюдений состояние больного постепенно улучшилось. На контрольной КТ от 11.03.12 признаков локального абсцесса височной доли мозга не обнаружено. Больной был выписан 12.03.12 с нормальными показателями анализов крови и мочи и параличом лицевого нерва справа по периферическому типу 3-степени по Хаус-Брэкмену. Через 2 месяца после выписки (30.05.2012) при контрольном осмотре состояние хорошее, жалоб нет, в неврологическом и оториноларингологическом статусах нарушения не выявляются.

Особенностью данного наблюдения является разрешение отогенного внутричерепного осложнения в виде абсцесса височной доли головного мозга после оперативного вмешательства совместной нейрохирургической и оториноларингологической бригад и под влиянием интенсивной противовоспалительной терапии.

Таким образом, диагностика и лечение отогенного внутричерепного осложнения, особенно абсцесса мозга, является нелегкой задачей и в условиях внедрения в клиническую

практику высокотехнологичных методов обследования, таких как высокоразрешающая компьютерная томография в корональной и аксиальной проекциях, магнитнорезонансная томография и применения нового поколения антибиотиков широкого спектра действия. Вся программа курации подобных больных требует четкой слаженной работы специалистов ряда клинических дисциплин (невропатолог, нейрохирург, рентгенолог и др.), координированной оториноларингологом.

Литература:

1. Крюков А.И., Гаров Е.В. Современная тактика лечения больных хроническим гнойным средним отитом.
2. Gacek R. Ear surgery. - Springer -Verlag, Berlin, Heidelberg, 2008:120 s.
3. Загайнова Н. С., Бродовская О. Б. О хирургическом лечении хронического гнойного среднего отита // Российская оториноларингология. - 2008. - Прил. 2. - с. 247–249.
4. Cruveilhier J Anatomie pathologique du corps humain Paris, Bailliere. (1829).
5. Тарасов Д.И., Фёдорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. - М.: Медицина, 1988. – 185 с.
6. Tos M. Pathology of the assicular chain in various chronic middle ear diseases // J. Laryngol. - 1979. - V.93. - P. 769-780.
7. Солдатов. Лекции по оториноларингологии. Москва, 1990. стр.82.
8. Müller E Zwanglose Abhandlungen aus dem Gebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Stuttgart, Thieme. (1960)
9. Fisch U. Tympanoplasty, mastoidektomy and stapes surgery. — Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1994: 292 s.
10. Koç C. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve baş-boyun cerrahisi. Güneş Kitabevi, Ankara. 2004:p.202.

ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ХРОНИЧЕСКИХ ГАЙМОРИТОВ СОЧЕТАННЫХ С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Махмудов М.У., Джаббаров К.Д.

Кафедра оториноларингологии Ташкентского института усовершенствования врачей,
Ташкент, Узбекистан.

Резюме: Представлен сравнительный анализ результатов клинико-лабораторных исследований больных с хроническими заболеваниями носа и его придаточных пазух, ассоциированных и неассоциированных с хламидийной инфекцией. Показано, что у лиц с хламидийным инфицированием наряду с однонаправленными патологическими изменениями со стороны иммунной системы, характерными для всех больных независимо от наличия или отсутствия хламидий, имеют место некоторые особенности иммунного ответа на инфекционный агент. При хламидиозах носа и его придаточных пазух не отмечается активации параметров гуморального звена иммунитета, которая наблюдается у больных с неверифицированной хламидийной инфекцией.

THE CONDITION OF IMMUNITY HUMORAL LINK OF CHRONICAL MAXILLARY SINUSIS ASSOCIATED WITH CHLAMYDIA INFECTION

Mashmudov M.U., Dgabbbarov K.D.

Summary: We show comparative analysis of clinical laboratory study in nose and nasal sinus chronic diseases (chronic rhinitis and maxillary sinusitis), associated and non-associated with Chlamydia infection. In patients with Chlamydia infection we found one-direction pathological disturbances from the side of immune system, typical for the patients with or without Chlamydia. The disturbances were combined with some peculiarities of immune response to infection agent. In nose and nasal sinus Chlamydia infection disease we didn't mark the activation of immunity humoral link, found in non-verified Chlamydia infection.

Оценка состояния гуморального звена иммунитета верхнечелюстной пазухи при хроническом гайморите представляет клинический и научный интерес. В последнее время инфицированность хламидиями у взрослого населения во всем мире заметно увеличивается [2,5-6]. Это обусловлено изменением инфекционной структуры основных возбудителей воспалительных заболеваний, в том числе и верхних дыхательных путей. Повышение этиологической значимости хламидий обусловлено многими причинами: значительным ухудшением экологической обстановки, увеличением количества стрессовых ситуаций, ведущих к снижению иммунитета человека, частым и бесконтрольным применением антибиотиков, нарушающих эубиоз естественной микрофлоры слизистых оболочек. В последние годы накапливается все больше сведений о ключевой роли иммунной системы в развитии инфекционных патологических процессов, в том числе хламидийного генеза. В основном активно изучаются иммунопатологические аспекты при урогенитальном хламидиозе [1-3]. Поэтому цель нашего исследования состояла в изучении эпидемиологических и иммунологических характеристик у взрослых лиц с хроническими

воспалительными заболеваниями носа и его придаточных пазух, ассоциированных с хламидийной инфекцией

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 94 больных в возрасте 16-48 лет (39 мужчин 55 женщин) находящихся на стационарном лечении с обострением хронического гайморита находящихся на стационарном лечении. Группу контроля составили соматически здоровые лица в количестве 50 человек, не имеющие лор заболеваний. Для верификации хламидийных структур: применялся прямой иммунофлюоресцентный метод (ПИФ) с использованием тест-систем "ХлаМоноСкрин" ("Ниармедик", Россия). С целью определения специфических антител классов М и G к Chlamydia trachomatis и классов А и G к Chlamydia pneumoniae в сыворотке крови применялся иммуноферментный анализ. Клиническим материалом для прямого диагностирования хламидийной инфекции носа и его придаточных пазух служили мазки-соскобы со слизистой оболочки общего и среднего носовых ходов, а также мазки-отпечатки с биоптатов (полипов, грануляций и т. д.), взятых из гайморовых пазух во время

Таблица № 1

Примечание. Количественные показатели представлены в виде Ме и ИКИ, р – статистически значимые различия между показателями групп I, II и III.

Показатель	Больные с хламидийной инфекцией, n=48 (I группа)	Больные без хламидийной инфекцией, n=46 (II группа)	Группа контроля, n=50 (III группа)
Ig A, г/л	2,1 (1,3-3,3)	2,9(1,7<3,5) P1-2<0,05	1,4 (1,3-2,7) P2-3<0,001
Ig M, г/л	1,3 (1,0-1,9)	1,8(1,3-2,2) P1-2<0,01	1,25(0,5-2,0) P2-3<0,01
Ig G, г/л	11,5 (7,8-15,0)	12,7 (9,5-14,4)	10,3 (8,6-12,1) P2-3<0,05
Ig E, г/л	22 (14-42)	49(29-55) P1-2<0,001	
Ig A/CD72+, нг/клетку	5,2 (2,5-11,8)	10,3(5,0-16,1) P1-2<0,01	6,4(3,6-11,1) P2-3<0,05
Ig M/CD72+, нг/клетку	3,4 (1,9-6,4)	6,5 (3,5-10-1) P1-2<0,05	3,5(1,7-8,2) P2-3<0,05
Ig G/CD72+, нг/клетку	31,7 (17,4-64,2)	46,92(30,3-65,3) P1-2<0,05	37,4 (26,2-51,3)
ЦИК, о.е.	18,0 (8,0-42,0)	22,5 (12,0-46,0)	26,8 (13,5-2,0)

операции. Концентрацию иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови оценивали методом радиальной иммунодиффузии в геле. Содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови изучали методом селективной преципитации в полиэтиленгликоле. Всем больным проводился микробиологический анализ носовой слизи. Идентификацию микроорганизмов осуществляли по общепринятым методикам. Описание выборок проводили с помощью вычисления медианы (Ме) и интерквартильного интервала (ИКИ).

Результаты исследования и обсуждение: проведенные исследования показали высокую частоту выявления хламидийной инфекции в ассоциации других микроорганизмов у больных с хроническими синуситами. Так, хламидийные структуры были верифицированы у 31% больных. Специфические иммуноглобулины класса М не были обнаружены ни у одного больного с подтвержденной прямыми методами исследования хламидийной инфекцией. Противохламидийные антитела класса А в недиагностических титрах (1:10) определились у 12 человек. Антитела класса G были выявлены у 27 больного, из них диагностический

уровень IgG (титр >1:40) определялся только у 8 больных. При исследовании состояния гуморального иммунитета были обнаружены более выраженные различия в группах больных.

Так, у лиц с неподтвержденной хламидийной инфекцией относительно больных с верифицированной хламидийной инфекцией имело место статистически значимое повышение уровня концентрации IgA, IgM, IgE и величины относительного синтеза IgA, IgM, IgG. Относительно контрольных уровней у больных без хламидийного инфицирования были выше абсолютные показатели IgA, IgM, IgG и величины относительного синтеза IgA и IgM. Но при сравнении контрольной группы с больными, у которых была обнаружена хламидийная инфекция, различий не наблюдалось. Таким образом, у больных с хроническими заболеваниями носа и его придаточных пазух независимо от инфицирования хламидиями имеют место Т-иммунодефицитные состояния. Но у лиц с хламидийной инфекцией, в отличие от больных с неподтвержденным хламидиозом, не наблюдается активации гуморального звена иммунитета. Этому мы находим следующее объяснение. Иммунный ответ на внеклеточную бактериальную инфекцию обеспечивается

гуморальным иммунным звеном, связанным с активацией CD4+Th2 с последующей стимуляцией В клеток, продуцирующих иммуноглобулины и развитием эффекторных реакций немедленного типа. Главными факторами иммунного ответа на хламидии, находящиеся внутри клеток-мишеней, являются CD4+Th1, NK-клетки, активированные макрофаги и их цитокины, обеспечивающие реакции цитолиза инфицированных клеток и гиперчувствительности замедленного типа. Различиями в иммунном ответе организма объясняется и повышенное содержание эозинофилов у больных с неинфицированной хламидийной инфекцией, продукция которых увеличивается под влиянием активированных CD4+Th2 и тучных клеток.

Выводы

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что для диагностики хламидийной инфекции верхнего респираторного тракта иммуносерологические методы из-за слабой антигенной нагрузки и формирования недостаточно напряжённого общего гуморального иммунитета являются вспомогательными.

Высокая частота выделения хламидийного возбудителя у стационарных больных с хроническими заболеваниями носа и околоносовых пазух обусловлена тем, что госпитализировались лица, у которых лечение в амбулаторных условиях было неэффективным, вследствие того что хламидии не были вовремя идентифицированы и не проводилась противохламидийная терапия. Другой причиной является то, что у части больных первоначальным этиологическим агентом мог быть любой другой микроорганизм, а эмпирически назначаемая противомикробная терапия, уничтожая непосредственных возбудителей инфекционного воспалительного процесса, могла способствовать истреблению представителей нормальной микрофлоры, определяющих колонизационную резистентность слизистой оболочки.

Таким образом, нерациональная этиотропная терапия зачастую устраняет один из важнейших факторов защиты слизистой

оболочки, что в свою очередь приводит к колонизации несвойственных для ее нормального микробиоценоза внутриклеточных микроорганизмов, в том числе хламидий. Участие хламидий в этиопатогенезе заболеваний ЛОР-органов подтверждают и наши данные. Так, у больных с обострением хронического гайморита ассоциированных с хламидийной инфекцией, помимо наличия местной клинической объективной симптоматики наблюдаются качественные и количественные иммунопатологические нарушения, отличающиеся от таковых у больных с неподтверждённой хламидийной инфекцией. Обнаружение хламидий в слизистой оболочке верхних дыхательных путей всегда указывает на активный или латентно протекающий инфекционный процесс.

Литература

1. Бугрова О. Г. Клинико-иммунологическая характеристика урогенитальной хламидийной инфекции у женщин: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 2000. – 40 с.

Гавалов С. М. Хламидиоз – дисбактериоз. Интегральные взаимоотношения / С. М. Гавалов. – Новосибирск, 2003.

Евсюкова И. И., Королева Л. И., Савичева А. М. и др. Особенности клинического состояния и персистенция *Chlamidia trachomatis* у детей, перенесших внутриутробную хламидийную инфекцию // Рос. вестн. перинатологии. – 2000. – № 1. – С. 14-17.

Лобзин Ю. В. Хламидийные инфекции / Ю. В. Лобзин, Ю. И. Ляшенко, А. Л. Позняк. – СПб., 2003.

Roblin P. M., Hammerschlag M. R. Microbiologic efficacy of azithromycin and susceptibilities to azithromycin of isolates of *Chlamydia pneumoniae* and children with community acquired pneumonia // Antimicrobial Agents and Chemotherapy. – 1998. – Vol. 42, – № 1. – P. 194-196.

World Health Organization Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections. Overview and Estimates. – Geneva: «WHO», 2001.

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ

Жайсакова Д.Е., Джаркинбекова Г.К. Муканова Ж.Т., Калтаева М.Б

ANTIBACTERIAL ANTIBIOTICS CLINICAL ISOLATION IN A PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE INFLAMMATION OF MAXILLAR SINUSITIS

Gaisakova D.E., Dgarkinbaeva Q.K., Mukanova G.T., Kaltaeva M.B.

В настоящее время в мировом здравоохранении накоплено большое число данных о многих известных заболеваниях и выявлены их связи с различными микроорганизмами [2,4,7].

Широкое применения антибиотиков в лечение патологии верхних дыхательных путей создает условия эволюционных изменений микроорганизмов, которые выражаются в формировании полирезистентности к антибактериальным препаратам, повышению вирулентности патогенных микроорганизмов и даже приобретении патогенности микроорганизмами, ранее считавшимися облигатными сапрофитами человека [5].

Растущая агрессия инвазивных диагностических и лечебных процедур (многочисленных инъекций, дренирований, катетеризаций, пункций и др.), повторные курсы антибактериальной терапии в лечении патологии околоносовых пазух способствуют изменению состава и количества микроорганизмов [1,8,9]

Поскольку главным в терапии острого и рецидивирующего хронического гайморита является эрадикация возбудителя инфекции и восстановление стерильности синуса, большое значение для терапевтического исхода имеет чувствительность клинических изолятов к назначаемым антибактериальным средствам [2,3].

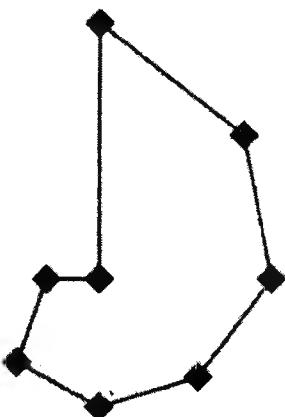
Чистые культуры выделенных из пунктатов гайморовой пазухи микроорганизмов исследовали на чувствительность к 8 антибактериальным препаратам из группы пенициллинов, цефалоспоринов, хинолонов и макролидов, рекомендуемым для лечения гнойных гайморитов в современной профессиональной литературе: азитромицину (At), амоксиклаву

(Ac), кларитромицину (Cw), метициллину (M), левофлоксацину (Le), линкомицину (L), моксифлоксацину (Mo), ципрофлоксацину (Cf).

Из таблицы 1 видно, что микрофлора при хроническом процессе более резистентна, чем при остром. Препаратом выбора, согласно полученным данным, может являться ципрофлоксацин, к которому проявляла чувствительность как грамположительная, так и грамотрицательная микрофлора - $92,3 \pm 2,0\%$ исследованных микроорганизмов. $73,1 \pm 3,6\%$ были чувствительны к моксифлоксацину, $61,5 \pm 4,0\%$ - к левофлоксацину, $50 \pm 3,7\%$ микроорганизмов - к амоксиклаву, $46,2 \pm 4,1\%$ - к азитромицину, $42,3 \pm 4,0\%$ - к кларитромицину, $19,2 \pm 4,5\%$ - клинкомицину. Ни один из выделенных штаммов не проявил чувствительности к метициллину.

Поскольку наличие микрофлоры в норме не характерно для гайморовой пазухи, то просто присутствие микроорганизмов уже указывает на патологический процесс. Тем не менее, мы поставили себе задачу исследовать наличие факторов вирулентности у микроорганизмов, выделяемых при остром и хроническом процессе и установить зависимость характера течения патологического процесса от степени экспрессии признаков вирулентности.

Условно-патогенные микроорганизмы могут продуцировать большое количество разнообразных эктоферментов: гиалуронидаза, эластаза, коагулаза, фибринолизин, нейраминидаза, лецитиназа, нуклеазы, дезаминазы, декарбоксилазы и другие, оказывающие деполимеризующее или конформационное действие на свободные или входящие в состав клеток молекулы. Перечисленные факторы вирулентности

Штамм	При остром гайморите	При хроническом гайморите
ГРАМ+ КОККИ		
<i>Enterococcus faecalis</i>	At,Ac,Cw,Le,L,Mo,Cf	At,Le,Cw,Cf
<i>Streptococcus pneumonia</i>	At,Ac,Cw,Le,L,Mo,Cf	Ac,Le,Cf
 <i>Streptococcus pyogenes</i>	At,Cw,L,Mo,Cf	
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	At,Ac,Le,Mo,Cf,Cw	Le,Mo,Cf
<i>Staphylococcus aureus</i>		Le,Mo,Cf
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>		Le,Mo,M, Cf
<i>Micrococcus nishinomyensis</i>	At,Ac,Cw,Le,L,Mo,Cf	
<i>Gemellahaemolysans</i>		At,Ac,Le,L,Mo,Cw
ГРАМ+ ПАЛОЧКИ		
<i>Corynebacterium pseudodiphtheria</i>		At,Le,Cf
<i>Bacillus anthracoides</i>	At,Cw,Le,Mo,Cf	
<i>Nocardioideisalbus</i>	At,Cw,Le,Mo,Cf	
ГРАМ- ПАЛОЧКИ		
<i>Escherichia coli</i>	Cf	Cf
<i>Klebsiella pneumonia</i>	Ac,Mo,Le,Cf	Ac,Mo,Le,Cf
<i>Xantomonasmaltophilia</i>		Cf
<i>Eikenellacorrodens</i>		Cf
ГРАМ- КОККИ		
<i>Neisseria subflava</i>	At, Ac, Mo, Cw	
<i>Moraxella catarrhalis</i>	At,Ac,Mo,Cw,Le,Cf	Ac,Mo,Cf
<i>Branchamellacatarrhalis</i>		Ac,Mo,Cf
<i>Morococcuscerebrosus</i>		Ac,Mo,Cf
<i>Alcaligenesfaecalis</i>		Mo,Cf

выявляются у условно - патогенных бактерий в неполном и разном комплекте.

Нами были исследованы у клинических изолятов адгезивность, гемолитическая активность, плазмокоагулаза, фибринолитическая активность, лецитиназа.

Все штаммы клинических изолятов в количестве 54 шт. были изучены на степень адгезивности и наличие гемолитической активности.

Определение адгезивности проводили по методу В.И. Брилиса и соавт. (1986) с последующим расчетом индекса адгезивности (ИАМ). Как видно из таблицы 13 все взятые в опыт клинические изоляты обладали адгезивностью.

Среднее значение ИАМ для штаммов составило $5,5 \pm 0,2$ при остром течении и $4,7 \pm 0,1$ при хроническом течении гайморита. Эти значения характеризуют выделенные от больных штаммы микроорганизмов как высокоадгезивные. Этот факт свидетельствует о потенциальной патогенности данных микроорганизмов и зависимости развития клинически выраженных форм патологии от сочетанного взаимодействия ряда факторов патогенности.

гемолитическим действием, вызывая лизис эритроцитов и лейкоцитов крови /Коротяев/. Главные биохимические процессы, приводящие к гемолизу, изменяют клетку таким образом, что становится возможным самопроизвольный лизис. При определении гемолитической способности микроорганизмов *in vitro* зависимости от типа секретируемого мембраноповреждающего токсина различают 3 типа гемолиза: α -гемолиз (просветление кровяного агара с позеленением участка под ростом культуры и вокруг него), β -гемолиз (просветление кровяного агара вокруг культуры и под ней) и «подожженный» (просветление кровяного агара под микробным ростом) гемолиз. О характере действия гемолизина на макроорганизм известно, что гемолизины обладают цитотоксическим и кожно-некротическим действием. (1)

Результаты исследования показали, что из 54 штаммов клинических изолятов гемолитической активностью обладали $69,6 \pm 6,3\%$ культур, выделенных при остром гайморите и $29,0 \pm 6,1\%$ культур, выделенных у больных с хроническим гайморитом. Наиболее характерным типом гемолиза для выделенных культур был Р-гемолиз.

Таблица №2

Наличие факторов вирулентности у клинических изолятов при гайморите (количество штаммов в абс. и %)

Факторы вирулентности	Острый гайморит		Хронический гайморит	
	Абс.	М $\pm$ ш (%)	Абс.	М $\pm$ ш (%)
Гемолитическая активность: п=54	16	$69,6 \pm 9,6$	9	$29,0 \pm 8,1$
- α -гемолиз	7	$30,4 \pm 9,6$	3	$9,7 \pm 5,3$
- β -гемолиз	9	$39,1 \pm 10,2$	6	$19,4 \pm 7,1$
Плазмокоагулаза п= 13			6	$46,1 \pm 13,8$
Фибринолитическая активность п=54	13	$86,7 \pm 4,6$	12	$38,7 \pm 8,7$
Лецитиназа п= 13	-	-	6	$46,1 \pm 13,8$
Адгезивность п= 54	23	$100,0 \pm 0,0$	31	100,0

Гемолитическую активность микроорганизмов определяли путем посева чистых культур на кровяной агар. Известно, что белки многих видов микроорганизмов обладают

Фактором вирулентности является фермент плазмокоагулаза. Плазмокоагулаза защищает микробные клетки от фагоцитоза и переводит протромбин в тромбин, который

вызывает свертывание фибриногена, в результате чего каждая клетка покрывается белковой пленкой, защищающей от фагоцитов. Синтез плазмокоагулазы является дифференцирующим признаком для стафилококков, собственно, определение фермента проводили у 13 штампов стафилококков.

Фермент фибринолизин выполняет важную патогенетическую функцию, растворяя фибрин, ограничивающий местный воспалительный очаг, чем приводит к распространению инфекции. Определение фермента производили у 54 шт. Аналогичным действием обладает фермент лецитиназа, расщепляющий лецитин клеточных мембран макроорганизма, обуславливая высокую инвазивность микроорганизмов и их способность к преодолению тканевых и клеточных барьеров на пути распространения инфекции. Как признак, характерный главным образом для патогенных стафилококков, лецитиназную активность определяли у 13 штаммов стафилококков.

Таким образом, из исследованных факторов вирулентности свойственной для всех клинических изолятов была высокая адгезивность. Большинство выделенных штаммов проявляли фибринолитическую и гемолитическую активность, плазмокоагулаза и лецитиназа обнаруживались преимущественно у стафилококков. Микрофлора, выделяемая при остром гайморите, чаще характеризовалась наличием факторов вирулентности, чем микрофлора, выделенная при обострении хронического гайморита и отличались более высоким индексом адгезивности.

Список используемой литературы:

1. Пониделко С.Н Клиника, диагностика и лечение воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух, ассоциированных с хламидийной инфекцией.- автореферат диссертации к.м.н.,-ВМА. Санкт-Пет. 2002.-18с/
2. Ваксман З.А Антогонизм микробов и антибиологические вещества//М., 1977.-С.27-34.
3. Бондаренко В.М., Петровская В.Г., Пататуркина-Нестерова Н.И Проблема патогенности клебсиелл.-ульяновск, 1996.-130с.
4. Шагинян И.А Идентификация и типирование патогенных бактерий: современные подходы// Вестник РАМН.-2000.-№1.-С22-28.
5. Азнабаева Л.Ф., Арефьева Н.А, Хафизова Ф.А Экология и иммунология слизистых оболочек верхних дыхательных путей.// Российская ринология.-1998.-№2 2-3. С 14-15.
6. Сидоренко С.В Антибактериальная терапия: кризис жанра или свет в конце тоннеля?// Русский медицинский журнал. Т.11 №18 (190).- 2003, с 997-1001.
7. Под редакцией Ковалевой Е.П., Семиной Н.А., Семененко Т.А., Справочник госпитального эпидемиолога. М., 1999.С.6-7.
8. Страчунский Л.С Каманин Е.И Антибактериальная терапия синусита.// Антибиотики и химиотерапия-1999. Том 44, №9. С. 24-28.
9. Исабаева Ж.С Диссертация- Диагностика и лечение ассоциированной инфекции у больных с гнойным воспалением верхнечелюстной пазухи РК г.Алматы 2009г.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛЕНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА МУКОЦИЛИАРНУЮ АКТИВНОСТЬ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА

Жайсакова Д.Е., Кудайбергенова С.Ф., Оспанова М.А., Захарова Н.О

Кафедра оториноларингологии КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан

MICROBIOLOGICAL SPECTR OF CHRONIC SUPPURATIVE INFLAMOTORY OF MAXILLARY SINUSIS AND WITH INFLUENCE ON THE MUCOSILIAR ACTIVITY MUCOUS EPITELLIAN CAVUM NASI

Gaisakova D.E., Kudaibergenova S.F., Ospanova M.A., Zaxarov N.O.

Проблема хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух продолжает привлекать внимание клиницистов и микробиологов широким кругом нерешенных вопросов. Это связано с ростом числа больных данной патологией: до 30 - 40 от общего числа синуситов развитием орбитальных и внутричерепных осложнений, отличающихся тяжелым течением [1,2,3].

Подавляющее большинство авторов ведущим этиологическим фактором в развитии хронических синуситов признают бактериальную флору, и все большее значение в развитии гнойной патологии околоносовых пазух придает инфекциям верхних дыхательных путей, частота выделения которой, по данным разных источникам, колеблется от 14% до 57% [5,6].

Так же недостаточно изученным является состояние мукоцилиарной системы при хронических синуситах и особенно влияние на ее функции определенных бактериальных агентов [4].

Целью нашего исследования стало изучение особенностей микробного спектра при острых и хронических синуситах. Бактериологическое исследование 50-ти проб патологического материала, взятого у больных при пункции гайморовой пазухи, дало положительный результат в 35 (70,0±6,5%) случаях. У 8 (32,0±6,6%) больных с острым гайморитом и у 7 (28,0±6,35%) больных с хроническим гайморитом посев клинического

материала роста на питательных средах не дал. Это объяснимо, возможно, тем, что больные до момента обращения применяли химиопрепараты, либо тем, что воспалительный процесс имел не бактериальную этиологию.

Как следует из данных таблицы 1- у 57,1±8,4% (от числа больных с микробоконтаминированным отделяемым) больных с гнойным гайморитом из патологического материала были выделены микроорганизмы в монокультуре. Монокультуры высевали, главным образом, у больных с острым гайморитом - у 70,6±7,7%. При хроническом процессе чаще высевались микробные ассоциации - у 55,6±8,4%. Микробные ассоциации включали от 2 до 4 микробных компонентов, чаще других встречались 2- компонентные ассоциации, реже - 3-х компонентные, лишь раз - 4-х компонентная. Увеличение числа контаминирующих инфекционных агентов в процессе хронизации воспалительного процесса, вероятно, происходило на фоне ослабления иммунитета и снижения местной колонизационной резистентности.

Двухкомпонентные ассоциации состояли из: Стафилококки+стрептококки-2, Бациллы+стафилококки-1, Микрококки+моракселлы-1, Нейссерии+нокардииды-1, Эйкинеллы+бранхамеллы-1, Эшерихии+алкалигенисы-1, Эшерихии+стафилококки-1, Эшерихии+бациллы-1, Стафилококки+моракселлы-1.



Рисунок 2

Структура выделенных бактериальных штаммов в монокультуре и микробных ассоциациях из гнойного содержимого гайморовой пазухи.

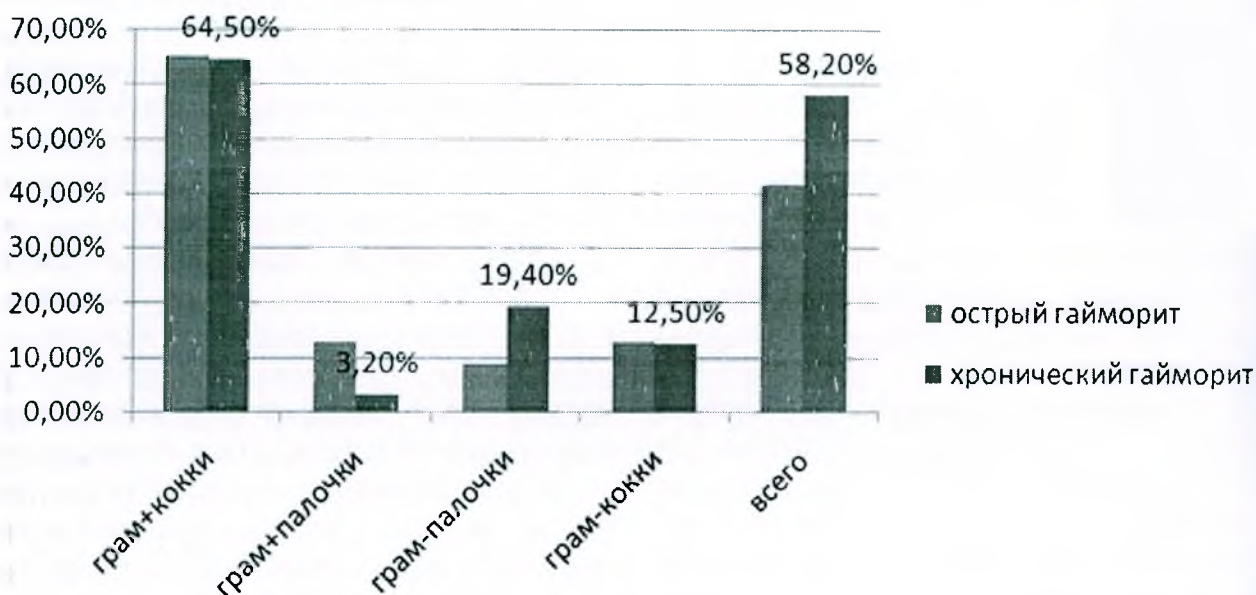


Рисунок 3

сравнительный анализ микрофлоры при остром и хроническом гнойном воспалении ВЧП.

Трехкомпонентная ассоциации были представлены: Пневмококки+энтерококки+стафилококки, пневмококки+энтерококки+ксантомонасы-1. Четырехкомпонентная ассоциация микроорганизмов была высеяна лишь однажды у больной с хроническим гайморитом и включала гемолитическую кишечную палочку+эпидермальный стафилококк+пиогенный стрептококк +пневмококк у пациентки Б., 21 года, госпитализированной с обострением хронического гнойного гайморита справа.

Анализ видового состава гнойного отделяемого у больных показал, что преобладающей по суммарной частоте высеваемости микрофлорой при гайморите являются грамположительные кокки (64,8%), главным образом, энтерококки (24,1%),

стафилококки (24,1%), стрептококки (13,0%). На втором месте - грамотрицательные палочки (14,8%), преимущественно энтеробактерии (11,1%). На третьем месте - грамотрицательные кокки и коккобактерии (13,0%), чаще нейссерии и моракселлы. Редко из гнойного отделяемого выделялись грамположительные палочки (7,4%).

На рис.3 видны статистически значимые различия по частоте встречаемости отдельных видов микроорганизмов при остром и хроническом процессах. Так, при хроническом гайморите грамотрицательные палочки высевались в 4,1 раза чаще ($P < 0,05$), а грамположительные - в 4,1 раза реже ($P < 0,001$), чем при остром.

Хотя при данной патологии значим сам по себе факт обнаружения любого микроорганизма,

№		Штамм	При остром гайморите, n=17		При хроническом гайморите, n=18		Всего, n= 35	
		ГРАМ+ КОККИ	15	65,2±7,8	20	64,5±8,1	35	64,8±8,15
1	1	Enterococcus faecalis	7	30,4±7,7	6	19,4±6,7	13	24,1±7,2
2	2	Streptococcus pneumonia	1	4,3±3,4	5	16,1 ±6,2	6	11,1±5,3
3	3	Streptococcus pyogenes	1	4,3±3,4	-	-	1	1,9±1,9
4	4	Staphylococcus epidermidis	5	21,7±6,9	1	3,2±2,9	6	11,1±5,3
5	5	Staphylococcus aureus	-	-	5	16,1 ±6,2	5	9,3±4,9
6	6	Staphylococcus saprophyticus	-	-	2	6,4±4,1	2	3,7±3,1
7	7	Micrococcus nishinomyensis	1	4,3±3,4	-	-	1	1,9±1,9
8	8	Gemellahaemolysans	-	-	1	3,2±2,9	1	1,9±1,9
		ГРАМ+ ПАЛОЧКИ	3	13,0±5,7	1	3,2±2,9	4	7,4±4,4
10	1	Corynebacterium pseudodiphtheria	-	-	1	3,2±2,9	1	1,9±1,9
11	2	Bacillus anthracoides	2	8,7±4,8	-	-	2	3,7±3,1
12	3	Nocardioideis albus	1	4,3±3,4	-	-	1	1,9±1,9
		ГРАМ- ПАЛОЧКИ	2	8,7±4,8	6	19,4±6,7	8	14,8±6,0
13	1	Escherichia coli	1	4,3±3,4	3	9,7±5,0	4	7,4±4,4
14	2	Klebsiella pneumonia	1	4,3±3,4	1	3,2±2,9	2	3,7±3,1
15	3	Xantomonasmaltophilia	-	-	1	3,2±2,9	1	1,9±1,9
16	4	Eikenellacorrodens	-	-	1	3,2±2,9	1	1,9±1,9
		ГРАМ- КОККИ	3	13,0±5,7	4	12,5±5,6	7	13,0±5,7
17	1	Neisseria subflava	2	8,7±4,8	-	-	2	3,7±3,1
18	2	Moraxella catarrhalis	1	4,3±3,4	1	3,2±2,9	2	3,7±3,1
19	3	Branchamellacatarrhalis	-	-	1	3,2±2,9	1	1,9±1,9
20	4	Morococcuscerebrosus	-	-	1	3,2±2,9	1	1,9±1,9
21	5	Alcaligenesfaecalis	-	-	1	3,2±2,9	1	1,9±1,9
		ВСЕГО:	23	41,8±8,3	31	58,2±8,3	54	100,0
		МИКРОБНЫЕ АССОЦИАЦИИ	5	29,4±7,7	10	55,6±8,3	15	42,9±8,3
		2-компонентные	4	23,5±7,2	7	38,9±8,2	11	31,4±7,8
		3-х компонентные	1	5,9±3,9	2	11,1±5,3	3	8,6±4,7
		4-х компонентные	-	-	1	-	1	2,9±2,8

Таблица 2

Количественное содержание отдельных видов микроорганизмов в гнойном отделяемом при гнойном гайморите (КОЕ в 1 мл)

Штамм	При остром гайморите, n=17	При хроническом гайморите, n=18	Достоверность различий Р
ГРАМ+ КОККИ	—	—	—
Enterococcus faecalis	10 ⁶	10 ³ - 10 ⁴	P<0,001
Streptococcus pneumonia	10 ⁵	10 ³	P<0,001
Streptococcus pyogenes	10 ⁶	—	—
Staphylococcus epidermidis	10 ⁴	10 ³	P<0,001
Staphylococcus aureus	—	10 ³	—
Staphylococcus saprophyticus	—	10 ³	—
Micrococcus nishinomycensis	10 ⁴	—	—
Gemellahaemolysans	—	10 ³	—
	—	—	—
ГРАМ+ ПАЛОЧКИ	—	—	—
Corynebacterium pseudodiphtheria	—	10 ²	—
Bacillus anthracoides	10 ³	—	—
Nocardioidealsbus	10 ³	—	—
	—	—	—
ГРАМ-ПАЛОЧКИ	—	—	—
Escherichia coli	10 ⁵	10 ² - 10 ³	P<0,001
Klebsiella pneumonia	10 ⁵	10 ³	P<0,001
Xantomonasmaltophilia	—	10 ⁴	—
Eikenellacorrodens	—	10 ³	—
	—	—	—
ГРАМ- КОККИ	—	—	—
Neisseria subflava	10 ³	—	—
Moraxella catarrhalis	10 ⁴	—	—
Branchamellacatarrhalis	—	10 ⁴	—
Morococcuscerebrosus	—	10 ³	—
Alcaligenesfaecalis	—	10 ³	—

независимо от его количественного содержания, тем не менее нами проведено сравнительное изучение микробной концентрации выделенных микроорганизмов при остром и хроническом гайморите.

Как видно из таблицы 2, концентрация микробных клеток в 1 мл гнойного отделяемого при остром гайморите превышала таковую при обострении хронического процесса, как минимум на порядок.

Таким образом, обобщая бактериологические исследования гнойного отделяемого гайморовой пазухи у 50 больных гайморитом, следует заключить:

В 30% случаях бактериологический посев гнойного отделяемого положительных результатов не дает, что указывает на небактериальную этиологию синусита или бесконтрольный прием химиопрепаратов пациентами.

Доминирующей микрофлорой при гайморитах являются грамположительные кокки (66,7%), встречаются грамотрицательные палочки (14,8%), кокки (13,0%), грамположительные палочки (7,4%).

Этиологическая структура микрофлоры гнойного отделяемого гайморовой пазухи различается при остром и хроническом процессе, характеризуясь более частым высевам грамотрицательных палочек при хроническом гайморите ($P < 0,05$) и грамположительных палочек при остром гайморите ($P < 0,001$).

Микроорганизмы высеивались при остром

процессе значительно чаще в монокультуре, а при хроническом - в виде 2-4-компонентных микробных ассоциаций ($P < 0,05$).

Количественное содержание микроорганизмов в гнойном отделяемом при остром процессе, как правило, выше, как минимум, на порядок, чем при обострении хронического.

Список литературы:

1. Оториноларингология. Национальное руководство/Волков А.Г [и др.]. М.: Медицина, 2008. 475-491с.
2. Андреева И.В Инфекции дыхательных путей: новый взгляд на старые проблемы/ Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. -2009-Т.11. №2.-С. 1-8.
3. Пискунов Г.З Клиническая ринология/ Г.З Пискунов, С.З Пискунов.-М.: Миклош, 2002.-390с.
4. Петровская В.Г Проблема вирулентности бактерий. -М., «Медицина» 1967.- 263с.
5. Моделирование движения ресничек мерцательного эпителия верхних дыхательных путей человека для оценки скорости мукоцилиарного транспорта/ Захарова Г.П [и др.].//Рос. Оторинолор. – 2005.-№3.-С. 27-31.
6. Райцелис И.В Клиническое значение биологических свойств микроорганизмов для прогнозирования течения и лечения больных гнойным гайморитом: автореф. дисс. ...канд. мед.наук. Оренбург, 2000.-27с.

ПРИМЕНЕНИЕ ХИТОЗАНОВОГО ГЕЛЯ «ВАСНА» В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ШЕЙВЕРНОЙ ПЛАСТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА

Насыров В.А., Закиров Т.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра болезней уха, горла и носа КГМА, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье авторами приводятся данные по поводу впервые используемого в Кыргызстане метода эндоскопической малоинвазивной риносинусохирургии, а также результаты применения шейверной пластики при гипертрофическом рините в сравнении с контрольной группой с применением хитозанового геля.

Ключевые слова: риносинусохирургия, вазоконхотомия, полисинусотомия, хитозан.

APPLICATION OF CHITOSAN GEL «VASNA» IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN SHEIVER PLASTICS OF HYPERTROPHIC RHINITIS

Nasyrov V.A., Zakirov T.M.

The I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Chair of Ear, Nose, and Throat Diseases, KSMA, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The authors present the data of the endoscopic low-invasive rhinosinusitis surgery used for the first ever time in Kyrgyzstan, and also the results of the Sheiver plastics application for hypertrophic rhinitis in comparison with the control group with Chitozan gel application.

Keywords: rhinosinusitis surgery, vasoconchotomy, polysinusotomy, Chitosan

Введение

В связи со сложившейся за последние десятилетия увеличением экологического прессинга на организм человека, также необоснованное применение различного медикаментозных средств привело к значительному росту заболеваний хроническими формами ринита [3]. В структуре заболеваний ЛОР органов по данным ряда авторов, гипертрофический ринит составляет от 6 до 16%.

Тенденция к увеличению численности больных воспалительным заболеванием в полости носа является показателем актуальности данной проблемы.

Обструкция носовых путей, вызванная гипертрофией носовых раковин не только ухудшает качество жизни пациента [5], но также может привести к серьезным патологическим состоянием со стороны верхних и нижних дыхательных путей, сердечно-сосудистым нарушениям и заболеваниям ЦНС.

Хронический гипертрофический ринит характеризуется увеличением носовых раковин (преимущественно нижних), которое сопровождается изменением оптимальной архитектоники полости носа, приводящим

к затруднению носового дыхания, а также к угнетению различных других функций носа [4].

В зависимости от морфологических изменений произошедших в структуре носовых раковин различают следующие формы гипертрофического ринита:

Кавернозная (сосудистая, гипervasкулярная, ложная) форма встречается часто и, как правило, бывает диффузной. При кавернозной форме гипертрофического ринита происходит возрастание артерий замыкательного типа, утолщение стенок венозных синусов за счет мышечных компонентов располагающиеся под эндотелием.

Фиброзная форма характеризуется большим количеством соединительной ткани. Бывает диффузной и ограниченной. В гипертрофическом процессе нередко вовлекается костная основа носовых раковин.

Костная форма.

Отечная (полипозная, сосочковая) форма проявляется полипозным перерождением слизистой оболочки в среднем и верхнем носовых ходах, отекающая жидкость скапливается в области задних концов носовых раковин.

Комбинированные формы (смешанные) сочетают в себе признаки свойственные другим

формам гиперплазии носовых раковин [4,6].

Для лечения гипертрофического ринита предложено много способов: различные виды коагуляций, криовоздействие, использование лазерных лучей, различные хирургические методы [5], ультразвуковая дезинтеграция, что говорит о неудовлетворенности полученными результатами. Каждый метод наряду с положительными свойствами имеет определенные недостатки.

Хирургическое лечение, направленное на уменьшение размера носовых раковин, часто подразумевает повреждение наиболее важного в функциональном отношении эпителиального слоя. В это же время по данным ряда авторов, щадящая хирургическая тактика при этой патологии не всегда приводит к ожидаемому клиническому эффекту, что зачастую требует повторного хирургического вмешательства. В концепции современной риносинусохирургии предполагающей щадящее отношение к слизистой оболочке носа и носовых структур представляет интерес выбор оптимального хирургического метода лечения гипертрофического ринита на основе этиопатогенеза и клинико-морфологических форм заболевания, сохраняет принцип щадящего хирургического вмешательства в полости носа при хроническом гипертрофическом рините, и дает возможность для реабилитации только многофункционального органа, как слизистая оболочка.

Метод шейверной пластики при гипертрофии носовых раковин, включающий в себя процессы кавернотомии, пересечения сосудов и одномоментного удаления крови из раненого канала по средствам отсоса отвечает требованиям малоинвазивной хирургии и максимально сохраняет целостность слизистой оболочки полости носа в лучших традициях подслизистой вазотомии.

В данной работе дается описание методики проведения оперативного вмешательства, результаты хирургического лечения и эффективности применения хитозанового геля «Васна» в раннем послеоперационном периоде.

Характеристика хитозанового геля

Государственном научном центре

вирусологии и биотехнологии «Вектор» (Россия) разработана уникальная технология получения модифицированного хитозанового геля на основе натурального полисахарида, вырабатываемого их панцирей камчатских крабов.

Модификации хитозана производили обработкой биофункциональными реагентами получив при этом микрогранулированной поперечношитый полимер, легко образующий устойчивый гель, содержащий около 2% хитозана и 98% влаги включая 1% бензойной кислоты в качестве стабилизатора.

Благодаря структурным особенностям (поликатион с высокой плотностью заряда), хитозан обладает сродством к веществам белкового происхождения, полисахарида и микроорганизмам, является эффективным агмотинирующим агентом, противогрибковым и противовирусным препаратом (Масычев В.И., Василенко С.К., 1998), способствующего активации макрофагов, хитозан может быть использован в качестве адьюванта для иммуностимулирующих веществ с целью повышения выработки антител организмом (OkamotoVetal, 1995) [2].

Исследование ранозаживляющего действия хитозана показало, что он является основой, на которой организуется нормальная тканевая архитектура. Структурными основами стимулирующего эффекта хитозана в ранние сроки лечения являются: полноценное восстановление защитного барьера, ускорения новообразования грануляционной ткани, в первую очередь микрососудов, а также образования регенерата, по своим морфологическим свойствам приближающегося к интактной ткани (Масычев В.И., Василенко С.К., 1998, Shepherdetal, 1997).

Материалы и методы

В ЛОР отделении медицинского центра Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева оперативное вмешательство по поводу хронического гипертрофического ринита были произведены 135 больным. Возраст пациентов варьировал от 16 до 60 лет, из них лиц женского пола – 78 чел., мужского – 57 чел.

больные жаловались на постоянное выраженное затрудненное носовое дыхание,

головные боли, расстройства сна, утомляемость, нарушения обоняния и слуха, гнусавость и т.д. При риноскопии: выявлялось резкое увеличение носовых раковин, суженные носовые ходы, ---явление слизистой оболочки полости носа бледно-розового с синошным оттенком. Преимущественно преобладала гиперплазия нижних носовых раковин.

Все больные получили хирургическое лечение с помощью эндоскопической технологии. Последняя позволила провести максимальную коррекцию патологических изменений анатомических структур без ненужных «эктомий» и излишней радикальности.

Кроме того для проведения оперативного лечения использованы специальные наборы инструментов. Эндоскопические внутриносые операции проводились в положении лежа на спине, обычно под местной анестезией, с предварительным введением анальгезирующих, седативных средств, и анемизация проводилась местная инфильтрация раствора анестетика. Инструменты вводились в полость носа параллельно эндоскопу, и все манипуляции проводились под зрительным контролем.

Анестезия, проведена инъекциями 1% раствора новокаина, который вводился под надкостнично в латеральную стенку полости носа.

Хотелось бы отметить преимущество шейверных систем при хирургическом лечении вазомоторного и гипертрофического ринитов, полипозных риносинуситов и т.д. [1]

Шейвер представляет последнее поколение риносинусохирургических инструментов, наконечник которого состоит из полый неподвижной части и вращающегося внутри ее лезвия. К одному из каналов ручки подключается отсос и подлежащая к удалению ткань измельчается вращающимся лезвием и аспирируется в резервуар отсоса [1].

При проведении подслизистой вазоконхотомии, полисинусотомии и микрогайморотомии в качестве основного инструмента использовались именно вышеуказанная техника, которая позволяла удалить полипы, измененную слизистую оболочку, расширить естественные соустья

верхнечелюстной пазухи. После проведенного лечения пациенты находились под наблюдением в стационаре в среднем 1-3 суток, после чего с рекомендациями выписывались домой. Контрольный осмотр назначался на 5-10 сутки лечения.

Следует отметить, что в наших клинических наблюдениях для остановки носового кровотечения в послеоперационном периоде были применены тампоны с хитозановым гелем «Васна» на слизистую оболочку полости носа вдоль носовых раковин. Техника наложения последней заключалась в следующем: вдоль раневой поверхности слизистой оболочки нижней носовой раковины укладывались сложенные в несколько слоев с хитозановым гелем марлевые салфетки «сигарообразно» и равномерно прижимались к слизистой оболочке и на следующий день удалялся из полости носа. Контрольную группу составили 25 больных с хроническим гипертрофическим ринитом, которым была проведена канхотомия с тотальным удалением нижней носовой раковины по традиционной общепринятой методике. Остановку кровотечения проводили передним марлево-мазевым тампоном. Для оценки эффективности используемых методов использовались данные визуального осмотра (риноскопия, отофарингоскопия) и оценка общего состояния (жалобы, температура тела).

Результаты и их обсуждения

У всех больных, оперированных по поводу хронического гипертрофического ринита, в ЛОР отделении МЦ КГМА им. И.К. Ахунбаева исход лечения расценивался как успешный, так как патологический процесс был элиминирован и восстанавливались основные функции носа. В послеоперационном периоде в целях профилактики возможных осложнений проведена медикаментозная, этиопатогенетическая, иммуномодулирующая терапия.

Стабильное улучшение носового дыхания в основной группе наблюдалось уже впервые сутки после операции у 80 больных, у 12 больных полная нормализация носового дыхания наступила на 2-4 сутки. В то время как в контрольной группе у всех пациентов

заложенность носа имела место еще в течение 7-12 дней. Данное обстоятельство в достаточной мере объясняется проявлением реактивного восстановления тканей в послеоперационном периоде, что и подтверждалось риноскопической картиной. Незначительные проявления местной отечности и более ранняя эпителизация операционной раны у больных, перенесших шейверную пластику, позволили сократить время пребывания больных в стационаре в среднем на 3-4 дня. Следует отметить, что представители контрольной группы в связи с наличием в полости носа марлево-мазевых тампона, впервые двое суток с большим постоянством отмечали такие жалобы как распирающие боли в носу, головные боли, общий дискомфорт. В течение всего послеоперационного периода эти больные получали обезболивающие препараты 2-3 раза в сутки, чего не потребовалось пациентам основной группы. Необходимо констатировать, что после помещения марлевого тампона с хитозановым гелем, гемостатический эффект достигался благодаря проявлениям антикоагулянтной активности, обладанием способностью поддерживать перенос и освобождение лекарственных веществ, ускорению заживления ран и передвижения фибробластов к месту повреждения в начальной фазе заживления, обладанием антибактериальной активностью, в конечном счете приводило к остановке кровотечения.

После завершения терапевтического действия, удаление образовавшейся аморфной массы и полости носа происходило без повреждения раневой поверхности.

В послеоперационном периоде лица, получившие лечение по «традиционной», общепринятой методике, также отмечали жалобы на сухость в носу, образование корки и периодическое чувство жжения в полости носа.

При осмотре больных на 7-14-е сутки после стационарного лечения стойкий эффект от проведенного хирургического вмешательства выражается в отсутствии жалоб, удовлетворительном носовом дыхании, подтвержденных данными риноманометрии, наблюдается у всех пациентов как основной, так и контрольной группы.

Заключение

Таким образом, методы эндоскопической риносинусхирургии с использованием шейвера при хроническом гипертрофическом рините, такие подслизистая шейверная конхотомия и шейверная частичная конхотомия под эндоскопическим контролем, отвечая требованиям принципа малоинвазивности оперативного вмешательства и максимального сохранения целостности слизистой оболочки с присущими ей свойствами являются достаточно эффективными для коррекции патологических измененных анатомических структур носа и околоносовых пазух. Кроме того, они облегчают работу ринохирурга и сокращают время хирургического вмешательства. Сроки стационарного лечения сокращаются в среднем до 2-3 дней.

Проведенные клинические исследования и динамическое наблюдение в раннем послеоперационном периоде показало, что использование хитозанового геля после шейверной пластики ранозаживляющего действия и антикоагулянтной активностью показало, что является основой, на которой организуется нормальная тканевая архитектура. Хитозан стимулирует физиостатические репарационные процессы, ангиогенез и в определенной степени подовляет фиброгенез. При оперативных вмешательствах в полости носа у больных хроническим гипертрофическим ринитом является безопасным и высокоэффективным методом остановки носового кровотечения в раннем послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Красножен В.Н. Эндоскопические методы диагностики и лечение воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух// г. Казань, 2004, стр. 4,5
2. Голикова Е.И. Структурная характеристика регенераторных процессов роговицы и конъюнктивы глаза при применении хитозановых производных Автореферат канд. дисс. // г. Новосибирск, 2002.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. Руководство для врачей

// 2-е издание, 2006 – 110-212

4. Исламов И.М., Исмаилова А.А., Сыздыкова А.О. Эндоскопическая малоинвазивная микрохирургия при лечении гипертрофического ринита .Методическая рекомендация // г. Бишкек, 2006, стр. 8-9

6. Hoi M.K., Huizing E.H. Treatment of interior turbinate pathology: a review and critical

evaluation of the different techniques // Rhinology, 2000 – v.38 (4) – p. 157-166

7. Морозова О.Г. Клинико-морфологическое обоснование выбора метода хирургического лечения хронического гипертрофического ринита Автореферат канд. дисс., 2005, стр.1-5

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Арзыкулова Г. С.

Кафедра ЛОР болезней КГМА

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлен обзор современных методов лечения одного из распространенных заболеваний человека – аллергического ринита, подтверждена необходимость комплексного лечения данной патологии.

Ключевые слова: аллергический ринит, методы лечения.

THE MODERN METHODS OF THE TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS

Arzyculova G.S.

Chair of ENT KSMA

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The author in this state report about the modern methods of the treatment of allergic rhinitis. The treatment of allergic rhinitis must be only is complex .

Key words : allergic rhinitis, methods of treatment.

Аллергический ринит (АР) – одно из наиболее распространенных заболеваний человека, связанное с различными ограничениями в физических, психологических и социальных аспектах жизни, являющееся причиной существенного снижения качества жизни, нарушений сна и в тяжелых случаях создающее проблемы в обучении и профессиональной карьере больного.

В настоящее время по данным ВОЗ более 40% населения планеты страдают различными аллергическими заболеваниями – бронхиальной астмой (БА), атопическим дерматитом (АД), аллергическим ринитом (АР), конъюнктивитом, поллинозом, различными проявлениями пищевой и лекарственной аллергии. В соответствии с научными прогнозами, ожидается дальнейший рост числа аллергических заболеваний, т.е. речь уже может идти о неинфекционной пандемии. Согласно Европейской белой книге по аллергии, в Европе аллергией в целом страдает каждый третий ребенок, а каждый десятый – бронхиальной астмой (European Allergy

White Paper: Research, Epidemiology, Public health, Brussels, 1999).

Аллергические заболевания верхних дыхательных путей являются одной из наиболее острых проблем в педиатрической практике. Их широкая распространенность, ранняя манифестация, большое число осложнений, резистентность к базисной терапии, а также большие экономические затраты на лечение вывели аллергические заболевания в число наиболее значимых социальных болезней. Одним из самых распространенных является аллергический ринит. Аллергический ринит – заболевание, возникающее после контакта сенсibilизированного организма с аллергеном и обусловленное IgE- опосредованным воспалением слизистой оболочки носа с характерными симптомами (ринорея, назальная обструкция, зуд носа, чихание), обратимыми спонтанно или под влиянием лечения. Как известно, аллергическая реакция является вторичной иммунной реакцией, развивающейся после попадания в организм антигена

(аллергена). Иммунологическая стадия, в ходе которой аллерген соединяется с антителом или с сенсibilизированными лимфоцитами, представляет собой первую стадию аллергической реакции. Вторая стадия – патохимическая – запускается после этого взаимодействия и сопровождается выделением медиаторов из клеток. Третья стадия аллергической реакции называется патофизиологической или стадией клинических проявлений. В этой стадии медиаторы повреждают органы и ткани, что ведет к нарушению их функции.

Чрезвычайно важную роль в развитии АР играют липидные медиаторы аллергии – лейкотриены (ЛТ). Лейкотриены, как сейчас установлено занимают ключевое место в патогенезе широкого спектра воспалительных заболеваний, включая БА, АР, АД, крапивницу, аллергический конъюнктивит, атеросклеротические поражения сердечно-сосудистой системы, воспалительные заболевания кишечника, рассеянный склероз и рак и др.

Аллергический ринит как сезонный (САР), так и круглогодичный (КАР) является классическим примером IgE- опосредованной аллергической реакции. Главными участниками аллергического воспаления в слизистой оболочке носа являются тучные клетки, эозинофилы, лимфоциты, а также базофилы и эндотелиальные клетки. Участие этих клеток определяет раннюю, а затем и позднюю фазы аллергической реакции. При круглогодичном АР, когда имеет место длительное воздействие низких концентраций аллергена, наблюдается персистирующее воспаление в слизистой оболочке носа. Концепция минимального персистирующего воспаления («Minimal Persistent Inflammation») является одним из ключевых понятий в аллергологии. Согласно этой концепции, аллергический воспалительный процесс имеет место постоянно (даже при полном отсутствии симптоматики) у пациентов с аллергией, подвергающихся воздействию аллергенов. Такие заболевания как БА, АР и АД, даже в период клинической ремиссии характеризуются наличием хронического воспалительного процесса. При аллергическом

рините цистеиниловые лейкотриены в большей степени, чем гистамин способствуют гиперплазии слизистой полости носа.

Современные методы лечения АР включают в себя элиминационные мероприятия по устранению контактов с причинно-значимыми аллергенами, рациональную фармакотерапию, аллерген-специфическую иммунотерапию и обучение пациентов. Если элиминация аллергенов не приводит к уменьшению выраженности симптоматики, начинают активную лекарственную терапию. Фармакотерапия АР должна быть эффективной, доступной, безопасной, учитывать тяжесть и характер симптомов, продолжительность заболевания, предпочтение пациентов, быть направленной на достижение контроля над симптомами АР, профилактику осложнений, улучшения сна и качества жизни пациентов и их родителей.

С позиций рациональной фармакотерапии, прежде чем назначить лечение любого заболевания, врач должен ответить на следующие вопросы:

- Конкретно каких изменений в состоянии больного он хочет добиться?
- Какие лекарственные средства могут оказать желаемое действие?
- Какой препарат будет наиболее эффективным и более подходит больному?
- Какие побочные реакции может вызвать препарат?
- Какова фармакоэкономика лечения, что немаловажно для больного?

Современная программа рациональной фармакотерапии АР включает применение интраназальных глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов 2-го поколения, топических кромонов, антилейкотриеновых препаратов, деконгестантов и увлажняющих средств (проведение ирригационной терапии)

Принципы лечения у детей такие же как у взрослых, однако, необходимо соблюдать особую осторожность, чтобы избежать побочных эффектов, типичных для этой возрастной группы. У детей симптомы АР могут отразиться на когнитивной функции и учебе в школе. Интраназальные ГКС (ИнГКС) являются

эффективными средствами лечения АР, однако вызывает беспокойство возможное влияние некоторых из этих препаратов на рост у детей. Показано, что флутиказона фуруат и мометазона фуруат в рекомендуемых дозах интраназально не влияют на рост у детей с аллергическими риноконъюнктивитами. Кромогликат натрия часто используют для лечения аллергического риноконъюнктивита у детей, учитывая его безопасность.

С позиций клинической фармакологии следует подчеркнуть, что при проведении лечения АР необходимо учитывать важные принципиальные моменты:

- у детей и взрослых эффективнее использование антигистаминных препаратов 2-го поколения, не обладающих седативным эффектом и не взаимодействующих с цитохромом Р 450;

- интраназальные ГКС рекомендуются для лечения АР у взрослых и детей как наиболее эффективные лекарственные средства;

- топические кромоны могут применяться для лечения АР. Они характеризуются высоким профилем безопасности, но сомнительной эффективностью;

монтелукаст рекомендуется для лечения САР и КАР у детей, начиная с 2-х летнего возраста;

- интраназальный ипратропия бромид рекомендуется для лечения ринореи при АР;

- интраназальные деконгестанты могут использоваться в комплексе с другими препаратами коротким курсом (не более 5-7 дней) у взрослых пациентов с выраженной назальной обструкцией.

Местные ИнГКС - являются препаратами выбора в лечении АР; они эффективно уменьшают выраженность таких симптомов как зуд, чихание, ринорея, заложенность носа. ИнГКС обычно хорошо переносятся. К преимуществам препаратов этой группы относится возможность их применения 1 раз в сутки и минимальная системная абсорбция, благодаря выраженному противовоспалительному действию они более эффективны по сравнению с интраназальными кромоны и системными антигистаминными препаратами. Для повышения эффективности

ИнГКС рекомендуют очищение носовой полости от слизи перед введением препаратов, а также использование увлажняющих средств (ирригационная терапия) или предварительное использование деконгестантов. В педиатрической практике предпочтительными являются флутиказона и мометазона фуруаты, являющиеся одними из наиболее мощных ГКС по выраженности средства и связывания с ГКС-рецепторами. а также обладающие максимальной липофильностью. Высокая липофильность обеспечивает быстрое проникновение препарата в слизистую оболочку полости носа, достижение ГКС-рецептора, длительное удержание в слизистой оболочке носа, быстрое наступление клинического эффекта и возможность применять препарат 1 раз в сутки.

Назначение ИнГКС при легких формах полипоза носа позволяет уменьшить размер полипов, при всех формах – уменьшить отек, ринорею, улучшить носовое дыхание. Назначение ИнГКС после оперативных вмешательств существенно снижает риск рецидива заболевания, а значит -необходимость в повторных операциях. Согласно Европейским рекомендациям по лечению риносинусита и полипоза носа (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps – EPOS), принятым ведущими экспертами в области ринологии применение ИнГКС рекомендовано в качестве базисной терапии с полипозом носа.

Многочисленные исследования показали, что применение современных ИнГКС в терапевтических дозах не влияют на рост и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему у детей. Следует отметить, что длительное лечение флутиказона фуруатом в терапевтических дозах не сопровождается развитием атрофии слизистой оболочки полости носа. Исключительной особенностью флутиказона фуруата (Авамис) является устройство доставки: благодаря новой форме выпуска препарат равномерно распределяется в носовой полости, не имеет запаха и вкуса, а также эффекта стекания по задней стенке глотки. Наличие боковой кнопки является весьма удобным, физиологичным и эргономичным.

Из антигистаминных препаратов в настоящее время в терапии АР широко используют лекарственные средства «нового», т.е. 2 поколения. Благодаря липофобности и плохому проникновению через гематоэнцефалический барьер антигистаминные препараты 2-поколения не имеют седативного и снотворного -эффектов. Они оказывают

их физиологического действия невозможно осуществить с помощью ГКС и антигистаминных препаратов. Отсюда вытекает непреложное условие новой стратегии рациональной патогенетической терапии АР на современном этапе – использование ингибиторов рецепторов лейкотриенов (монтелукаста). Доказана эффективность монтелукаста в отношении всех

Таблица №1

Эффективность разных препаратов в лечении аллергического ринита

Препарат	Зуд/ чихание	Выделение из носа	Заложен- ность носа
Интраназальные кортикостероиды	+++	+++	++
Кортикостероиды (per os)	+++	+++	++
Антигистаминные препараты	+++	++	+/-
Стабилизаторы мемб- ран тучных клеток	+	+	+/-
Деконгестанты	-	-	+++

селективное действие, важным является отсутствие привыкания к ним (тахифилаксии) даже при длительном применении. Существенным отличием их является наличие у них не только Н-1-блокирующего действия, но и противоаллергического и противовоспалительного эффектов. Антигистаминные препараты могут применяться как в режиме монотерапии, так и в сочетании с ИнГКС, кромонами, антилейкотриенами (монтелукаст). Наиболее эффективно профилактическое применение антигистаминных препаратов. Добавление их к терапии ИнГКС оправдано при тяжелом течении АР, сопутствующем АД и аллергическом конъюнктивите.

Следует подчеркнуть, что с позиций клинической фармакологии подавление синтеза лейкотриенов, как важнейших липидных медиаторов аллергии и блокаду

назальных и глазных симптомов, особенно у больных сезонным АР. Комбинированная терапия монтелукастом и антигистаминами 2-поколения оказалась эффективной в профилактике симптомов АР. В связи с блокадой CysLT-1 рецептора и ингибированием активного образования оксида азота монтелукаст, уменьшая аллергическое воспаление и гиперплазию слизистой оболочки полости носа широко применяется в оториноларингологической практике при состояниях, связанных с гиперпластическими процессами в слизистой полости носа (полипоз, аденоиды, риносинусит) с целью уменьшения активности процесса. Монтелукаст (нотта-сановель) является эффективным для лечения сочетанной АР и БА. В педиатрической практике Монтелукаст применяется 1 раз в сутки независимо от приема пищи при БА, а также при САР и КАР начиная с 2-х летнего возраста.

Препараты, снимающие заложенность носа относятся к симпатомиметикам. Они стимулируют симпатическую нервную систему и вызывают сужение сосудов носа и кавернозных тел, улучшая дыхание. В клинике применяют местные альфа-2 адренергетики: ксилометазолин, нафазолин, адреналин, норадреналин, псевдоэфедрин и другие. Топические деконгестанты эффективны для снятия назальной обструкции, уменьшают отек и гиперемию слизистой оболочки полости носа.

Группа кромогликатов применяется только местно. Они предотвращают аллергические реакции I типа, т.е. обладают профилактическим действием, например, кромоглин. Кромоны широко применяются при лечении АР, к ним относятся: дизодиум кромогликат, кромоглициевая кислота, недокромил натрия (ингал, кромоглин, тайлед). Преимущество этих препаратов – безопасность и отсутствие побочных действий. Кромоны не являются главными при лечении АР, применяют их только при легких формах АР, а также для профилактики.

Специфическая иммунотерапия – введение специфического аллергена в минимальных, но постоянно возрастающих дозах, считается в настоящее время единственным методом противоаллергического лечения. Воздействующим на все патогенетически значимые механизмы аллергического процесса и обладающий длительным профилактическим эффектом после завершения курсов. Аллерген может быть применен местно (пероральная, сублингвальная иммунотерапия) или в виде подкожных инъекций. Сит проводится в период ремиссии, доза аллергена подбирается индивидуально. Своевременно проведенная специфическая иммунотерапия помимо угнетения клинической симптоматики ринита, позволяет уменьшить потребность больных в фармакологических средствах и снизить вероятность трансформации АР в бронхиальную астму.

Важным направлением лечения АР является организация обучения пациентов и членов их семей. В задачи такого обучения

входят: ознакомление с образом питания и жизни, а также с наиболее частыми причинами аллергии, основными механизмами их развития, принципами диагностики, лечения, профилактики, а кроме того с возможными осложнениями этого заболевания, воспитание сознательного отношения к лечебному процессу, повышение дисциплины и налаживание сотрудничества между врачом и пациентом. Показано, что использование обучающих программ способно улучшать течение аллергического ринита, эффективность проводимого лечения и качество жизни пациентов.

Таким образом, современная терапия аллергического ринита является комплексной и включает различные методы, эффективность которых доказана при этом заболевании. Информация о современных методах лечения одного из распространенных аллергических заболеваний – аллергического ринита, представленная в данном обзоре, представляет интерес как для врачей аллергологов и оториноларингологов, так и для врачей – педиатров, терапевтов и семейных врачей.

Литература:

1. Аллергология и иммунология / под ред. А.А.Баранова и Р.М.Хаитова.-М.:М-Студио,2008.
2. Аллергический ринит у детей: Научно-практическая программа-М.:2002
3. Клиническая аллергология: Руководство для практических врачей/ Под ред. Р.М.Хаитова.- М.:МЕД-пресс-информ.,2002-06-05
4. Аллергический ринит: современные подходы к терапии/Левина Ю.Г., Намазова-Баранова Л.С., Торшхоева Р.М. и др./ Вопросы современной педиатрии.-2010.-№6.-с.45-51.
5. Berger W.E. Allergic rhinitis in children// Curr.Allergy Astma Rep.-2001.-v.6.-P.498-505.
6. Hu W. Allergic Rhinitis. Practical management strategies// Aust Fam Physician.-2008.-V.37.-P.214-220.
7. Haberal I. Corey J.P. The role of leicotrienes in nasal allergy//ngol.Head Neck Surg.-2003.-V/-129.-P.-274-279.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Расулов А.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Узбекистан

Резюме: Состояние полости носа — транспортная, всасывательная, дыхательная, обонятельная функции, доплерографические показатели кровотока в сосудах, pH — нарушаются при вазомоторном рините. Степень ухудшения объективных показателей функций носа при вазомоторном рините зависит от длительности заболевания, времени использования назальных деконгестантов, состояния вегетативной нервной системы. Лечение больных вазомоторным ринитом сочетанием коррекции исходного вегетативного тонуса и эндоназальных блокад препаратом «Дидинон» приносит клинический эффект, что подтверждается нормализацией функций носа, показателей доплерографии и состояния вегетативной нервной системы.

AN INTEGRATED METHOD IN THE TREATMENT OF VASOMOTOR RHINITIS

Rasulov A.B.

Summary : State of the nasal cavity - transport, absorptive, respiratory, olfactory function, dopplerographic blood flow in the vessels, the pH - violated in vasomotor rhinitis. The degree of deterioration of the objective measures of nasal function in vasomotor rhinitis depends on the duration of the disease, time of use of nasal decongestants, state of the autonomic nervous system. Treatment of patients with vasomotor rhinitis correct combination of initial autonomic tone and the endonasal blockades preparation "Dicynone" brings a clinical effect, as evidenced by normalization of the functions of the nose, Doppler parameters and the state of the autonomic nervous system.

Изучение заболеваемости населения болезнями носа и околоносовых пазух показало, что первое место по частоте занимает вазомоторный ринит [7, 5]. Он является наиболее частой формой хронического насморка неаллергического, неинфекционного происхождения [9].

Вазомоторный ринит является широко распространенным заболеванием и в детском возрасте [10]. Наблюдаясь во всех возрастных группах населения, вазомоторный ринит все же в основном встречается среди лиц работоспособного возраста и нередко сопровождается снижением и даже потерей трудоспособности. Росту распространённости вазомоторного ринита способствует, прежде всего, создававшаяся экологическая нагрузка на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, особенно в городах, а также бесконтрольное использование сосудосуживающих средств [7].

Общеизвестно, что медикаментозные препараты, влияющие на тонус сосудов, постепенно приводят к тому, что сосуды слизистой оболочки носовых раковин и кавернозные тела теряют тонус и переполняются кровью.

У подавляющего большинства пациентов, страдающих вазомоторным ринитом, в основе

патогенеза заболевания лежат общие и местные нарушения деятельности вегетативной нервной системы.

У детей при вазомоторном рините отмечаются глубокие изменения микроциркуляторного русла слизистой оболочки носа; функциональные сдвиги микроциркуляторных процессов преобладают над структурными изменениями вследствие нарушения сосудистого тонуса из-за патологии иннервационного аппарата микрососудов [11].

Рост числа больных вазомоторным ринитом, сложность его этиологии и патогенеза, многообразие методов лечения, часто отсутствие желаемых результатов терапии дают основание считать, что вазомоторный ринит продолжает оставаться сложной и во многом нерешенной проблемой. Большое количество лекарственных препаратов и методов, предложенных для лечения больных с указанной патологией только за последние 10 лет [3, 12, 1, 2, 10, 9, 4, 6], уже само по себе говорит об их недостаточной эффективности; традиционные методы не всегда удовлетворяют больного и врача. Поэтому изыскание новых методов лечения этого заболевания остается актуальной проблемой и диктует необходимость дальнейших поисков

действенных средств.

Цель работы:

Изучить результаты применения комплексного метода сочетания коррекции ИВТ и препарата «Дицинон» в лечении больных вазомоторным ринитом.

Материал и методы:

В ЛОР-клинике ТашИУВ за период 2005–2006 гг. и 2008–2010 гг. обследовано 60 больных вазомоторным ринитом (по классификации Дайняк Л.Б., 1966г.) в возрасте 14 – 68 лет (средний возраст $22,8 \pm 1,3$ года), из них мужчин было 26, женщин – 34. Средний возраст наблюдаемых мужчин составил $22,3 \pm 0,8$ года, женщин – $23 \pm 1,2$ года. Больных с искривлением носовой перегородки в группу наблюдаемых не включали.

Для объективизации результатов лечения мы наблюдаемых больных вазомоторным ринитом разделили на 2 группы:

I группа – 23 больных, которые получали вегетотропные препараты парентерально, исходя из состояния ИВТ и местную терапию в виде субмукозного введения «Дицинона» в передний конец каждой нижней носовой раковины.

II группа – 37 больных, которые получали лечение в виде субмукозного введения «Дицинона» в передний конец каждой нижней носовой раковины без коррекции состояния ИВТ.

До начала лечения проводили следующее обследование больных: изучали общий статус, гемограмму, выясняли собственный и семейный аллергологический анамнез, проводили осмотр лор-органов, акцентируя внимание на передней, задней риноскопии, рентгенографию околоносовых пазух в двух проекциях, исследовали отделяемое полости носа и периферическую кровь на наличие эозинофилии, состояние вегетативной нервной системы, проводили ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) общих, наружных, внутренних сонных артерий и сосудов полости носа, исследовали всасывательную, транспортную функции слизистой оболочки полости носа, pH полости носа, обоняние.

У больных было исследовано состояние исходного вегетативного тонуса (ИВТ) и вегетативного обеспечения деятельности

(ВОД). Результаты исследования ИВТ и ВОД больных определялись по данным анамнеза, по «Вопроснику для выявления признаков вегетативных нарушений», «Схеме исследования для выявления признаков вегетативных нарушений», по данным ортоклиноостатической пробы, пробы Даныни-Ашнера и индексу Кердо.

Для проведения УЗДГ общих, наружных, внутренних сонных артерий и сосудов полости носа мы использовали аппарат «Directional Doppler» - модель 806 (США) с датчиком 2МГц. При исследовании линейной скорости кровотока (ЛСК) в сонных артериях мы использовали общепринятую методику; для определения скорости кровотока в сосудах нижних носовых раковин датчик аппарата, с нанесенным на него специальным гелем для проведения ультразвуковых волн, приставляли к нижней носовой раковине; исследовали ЛСК в указанных сосудах с обеих сторон.

Получаемые данные УЗДГ при вазомоторном рините сравнивали с ЛСК в сосудах нижних носовых раковин 24 здоровых людей с нормальным состоянием полости носа в возрасте 17 – 55 лет.

Транспортную функцию (мукоцилиарный клиренс) определяли регистрацией времени перемещения цветного индифферентного индикатора – порошка активированного угля – по слизистой оболочке полости носа по направлению к носоглотке; индикатор готовился на основе крахмально-агарового геля, размещался на нижней носовой раковине, отступая от её переднего конца на 0,5 см.

Всасывательную функцию слизистой оболочки полости носа определяли регистрацией времени учащения сердцебиения после помещения турунды с атропина сульфатом 0,1% на слизистую полости носа.

pH носового секрета определяли лакмусовой бумагой, определяющей кислотно-щелочное равновесие.

Получаемые данные мукоцилиарного клиренса и всасывательной функции у больных вазомоторным ринитом сравнивали с данными исследования 32 здоровых людей с нормальным состоянием полости носа в возрасте 17 – 55 лет; в контрольной группе мукоцилиарный клиренс

равнялся в среднем $17,8 \pm 0,9$ минут, время всасывания в среднем составило $38,5 \pm 0,7$ минут; pH носового секрета практически не менялось и равнялось в среднем 7,8.

После установления диагноза проводили консервативное лечение. Учитывая, что большая часть больных с целью улучшения носового дыхания использовали сосудосуживающие средства, основой лечения был отказ от использования данных препаратов.

Лечение проводили путем субмукозного введения 1 мл препарата «Дицинон» (действующее вещество – Etamsylatum, 12,5% раствор) подслизисто в передний конец каждой нижней носовой раковины ежедневно. Курс лечения включал 5-6 блокад.

Инъекции препарата при субмукозном введении негативными субъективными ощущениями не сопровождалась; местной реакции в месте инъекции не наблюдалось.

Лечение вегетативной дисфункции проводилось дифференцированно, вегетотропные препараты назначались в зависимости от исходного вегетативного тонуса и других показателей состояния ВНС.

Из лекарств, применяемых для выравнивания состояния ВНС, мы выделили те вегетотропные средства, которые обладают наибольшей эффективностью и дифференцированностью действия на нарушенные адрено- и холинорецепторные структуры.

Эффективность при комбинированном применении вегетотропных препаратов обусловлена сочетанием местного улучшающего микроциркуляцию и общего вегетостабилизирующего воздействия на вегетативные и сосудистые образования различного уровня.

Курс лечения проводился с учетом индивидуальных особенностей каждого больного, зависел от степени клинических проявлений заболевания и общего состояния больных.

Результаты исследования:

Общее состояние наблюдаемых больных было удовлетворительным. Предъявляемые жалобы: затруднение носового дыхания

попеременного характера, головная боль, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, плохой сон. У 12 больных эти жалобы наблюдались 1 год, у 38 – 1-3 года, у 10 – более 3 лет.

При передней риноскопии отмечалось выраженное набухание слизистой оболочки полости носа, синюшный её цвет с пятнистым рисунком за счет неравномерного расширения сосудов; процесс наиболее выражен на нижних носовых раковинах; пробы Мука и адреналиновая положительные.

При задней риноскопии – увеличенные задние концы нижних носовых раковин. Носовое дыхание было затрудненным, выраженность респираторной гипосмии зависела от степени затруднения носового дыхания. Рентгенограммы околоносовых пазух констатировали пристеночное утолщение слизистой оболочки пазухи или её гомогенную вуаль, как следствие отека слизистой оболочки – чаще верхнечелюстных пазух. В небольшом проценте случаев рентгенограммы околоносовых пазух были хорошо пневматизированы.

Степень затруднения носового дыхания и выраженность вазомоторных изменений в полости носа зависели и от срока использования деконгестантов.

Из 12 больных, болевших до 1 года, употребляли назальные деконгестанты 3 человека сроком 6 – 10 месяцев. Из 37 больных со сроком заболевания 1 – 3 года 26 использовали назальные деконгестанты от 2 месяцев до 2,5 лет. Все 10 больных, болевших более 3 лет, использовали назальные деконгестанты на протяжении 2 – 4 года.

Собственный и семейный аллергологический анамнез у больных отрицателен. Гемограммы были в пределах возрастной нормы. В периферической крови, в мазках отделяемого из носа выраженная эозинофилия не отмечалась.

Из 46 больных вазомоторным ринитом у 39 пациентов (84,8%) ИВТ был в состоянии ваготонии, у 4 (8,7%) – симпатикотонии и лишь у 3 больных (6,5%) выявлена эйтония.

Результаты исследования ИВТ у наблюдаемых больных вазомоторным

ринитом показали, что по мере увеличения продолжительности вазомоторного ринита у больных отмечается развитие вегетативной дисфункции, характеризующейся преобладанием парасимпатической направленности исходного вегетативного тонуса.

УЗДГ констатировала, что в общих, наружных, внутренних сонных артериях скорость кровотока была в пределах возрастной нормы; в единичных случаях регистрировались небольшие отклонения, не имеющие существенного значения. Кровоток в аа. nasalis posterior у больных был равен в среднем в аа. nasalis posterior dextra $1,38 \pm 0,02$ см/сек, в аа. nasalis posterior sinistra $1,5 \pm 0,03$ см/сек, в то время как у лиц контрольной группы доплерографические показатели ЛСК равны в аа. nasalis posterior dextra $0,7 \pm 0,1$ см/сек, в аа. nasalis posterior sinistra $0,8 \pm 0,2$ см/сек.

У части пациентов основной группы кровотоки в аа. nasalis posterior был одинаковым слева и справа, у большинства – усилен на стороне более выраженного вазомоторного состояния нижней носовой раковины, в результате проводимой терапии параметры кровотока приближались к норме.

В результате лечения динамику претерпевали и показатели функций слизистой оболочки полости носа. Сопоставление показателей функционального состояния слизистой оболочки полости носа до и после лечения достоверно различались.

У больных I группы дыхательная функция восстанавливалась у большинства: 20 человек (87%), оставалась нарушенной I степени у единичных пациентов – 2 человека (8,7%).

Обонятельная функция стала нормальной у 19 больных (82,6%), оставалась нарушенной I степени у 4 пациентов (17,4%).

Всасывательная функция слизистой оболочки полости носа нормализовалась у 19 больных (82,6%), улучшалась у 4 (17,4%).

У больных II группы положительная динамика была выражена менее показательно.

Дыхательная функция нормализовалась у 25 больных (67,6%), обонятельная – у 26 (70%), всасывательная – у 24 (65%).

Претерпел изменение и мукоцилиарный

клиренс: у больных I группы улучшился у 21 больного (91%), у больных II группы улучшился у 24 больных (65%).

Использование комплексной терапии в виде субмукозного введения «Дипиона» в передние концы каждой нижней носовой раковины в сочетании с коррекцией ИВТ больных имеет выраженный клинический эффект: набухание слизистой оболочки полости носа, величина нижних носовых раковин уменьшились, носовое дыхание и обоняние улучшились. Большинству больных было достаточно проведение 5 – 6 блокад, поскольку эффект отмечался уже после первых введений препарата. Учитывая местное применение «Дипиона» в виде инъекций, не исключен положительный терапевтический эффект и от рефлекторного воздействия блокад. Наибольший эффект получен у больных с длительностью заболевания до 2 лет и с меньшей продолжительностью приема сосудосуживающих средств.

Отдаленные результаты лечения подтвердили положительный эффект применения комплексной терапии. В случаях улучшения состояния удлинялся период ремиссии. Лечение таким методом можно проводить повторными курсами; эффективность их обычно большая, чем при первом курсе.

Обсуждение результатов:

Наблюдение над больными вазомоторным ринитом, пролеченными описанным комплексным методом, констатирует клинический эффект терапии: после первых же блокад на фоне коррекции ИВТ улучшалось носовое дыхание в результате улучшения состояния полости носа. Улучшение носового дыхания приводило к уменьшению, а затем исчезновению головной боли, улучшению общего статуса больных, нормализации обоняния и функций слизистой оболочки носа.

Изменение скорости кровотока в сосудах полости носа, выявленные УЗДГ, подтверждают такие клинические симптомы вазомоторного ринита как выраженная ложная гипертрофия нижних носовых раковин за счет кровенаполнения кавернозной ткани и слизистой оболочки.

Комплексная терапия, уменьшив или

нормализовав риноскопические симптомы заболевания и дав тем самым клинический эффект, изменила и показатели УЗДГ в сторону нормы.

Показатели транспортной и всасывательной функций слизистой оболочки полости носа после комплексного лечения также подтверждают его эффективность.

Выводы:

Коррекция ИВТ в сочетании с субмукозным введением «Дизинона» в передние концы каждой нижней носовой раковины – эффективный метод лечения вазомоторного ринита как в условиях стационара, так и поликлиники.

УЗДГ магистральных артерий в сочетании с УЗДГ артерий полости носа, позволяет объективно определить или подтвердить клинический характер патологии и оценить эффективность лечения.

По степени угнетения всасывательной и транспортной функций слизистой оболочки полости носа можно судить о характере патологии и объективно оценить эффективность проведенной терапии.

Длительное применение назальных деконгестантов, при давности заболевания вазомоторным ринитом более 2 лет снижает эффективность лечения.

Литература:

1. Катинас Е.Б., Лавренева Ч.В., Марченко В.Н. «К вопросу о комплексном лечении нейровегетативной формы вазомоторного ринита». Росс. ринология, 1997, № 2, с.40–41.
2. Лавренева Г.В., Глухова Е.Ю. «Биологически активные препараты фирмы ENRICH в комплексном лечении вазомоторного ринита». ЖУНГБ, 1997, № 5, с.9–11

3. Лопатин Б.С., Дьяченко Т.В., Лопатин С.Б. «О некоторых тенденциях лечении вазомоторного ринита». Росс. ринология, 1996, № 2-3, с.128

4. Лучихин Л.А., Полякова Т.С. «Траумель С в лечении нейровегетативной формы вазомоторного ринита». ВОРЛ, 2000, № 2, с.31 – 33.

5. Никулин М.И. «Хирургическое лечение вазомоторного ринита». Росс. ринология, 1997, № 2, с.60.

6. Нурбаев М.Ш. «Лазерная терапия вазомоторного ринита у детей». Материалы II Национального конгресса ринологов Казахстана и Международной конференции молодых оториноларингологов. «Патология респираторного тракта». Казахстан. Астана–Шымкент. 2005, с. 268–270.

7. Пискунов Г.З. с соавт. «Внутриносая лазерная коагуляция в лечении вазомоторного ринита у больных старших возрастных групп». ВОРЛ, 1991, № 2, с.60– 62.

8. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. «Классификация ринитов», Росс. ринология, 1997, № 2, с. 12-13.

9. Пухлик С.М. «Вазомоторный ринит – роль вегетативной нервной системы в патогенезе». Методы диагностики и лечения. Росс. ринология, 1999, № 3, с.23–29.

10. Рябинин А.Г., Архангельская И.И., Рябинин В.А. «Комплексное лечение вазомоторного ринита». Росс. ринология, 1997, № 2, с.45.

11. Фениксова Л.В., Рыбалкин С.В., Пекли Ф.Ф. «Изменения микроциркуляторного русла у больных вазомоторным ринитом детей по данным биомикроскопии сосудов конъюнктивы глаза». ВОРЛ, 1990, № 4, с.42–44.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ СТЕПЕНЕЙ НАРУШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ РИНОПНЕВМОТАХОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ

Расулов А.Б., Джаббаров К.Д.

Кафедра оториноларингологии

Ташкентского института усовершенствования врачей.

Ташкент, Узбекистан

Резюме: Проблема объективизации нарушений носового дыхания остается острой и не до конца решенной. Приборы измеряющие только носовое дыхание не учитывают возможность нахождения проблемы вне полостей носа и носоглотки. Проведен анализ носового дыхания при вазомоторном рините до и после лечения в сравнении с легочным дыханием и определены степени нарушения носового дыхания и их динамика.

OBJECTIFICATION OF DEGREES OF NASAL BREATHING DISORDERS ACCORDING TO A COMPUTER RINOPNEVMOTACHOMETRII PATIENTS WITH VASOMOTOR RHINITIS

Rasulov A.B., Jabbarov K.D.

Summary : The problem of objectification of nasal breathing disorders remains a serious and not completely solved. Devices which measure only the nasal breathing does not take into account the possibility of finding out the problem of the nasal cavity and nasopharynx. Analysis of nasal breathing with vasomotor rhinitis before and after treatment in comparison with pulmonary respiration and determined the degree of nasal breathing disorders and their dynamics.

Одним из важных вопросов современной ринологии является определение параметров дыхательной функции носа. Актуальность изучения способов измерения проходимости носовых ходов в норме и при различных патологических состояниях организма и проблема объективизации результатов исследования носового дыхания не вызывает сомнений и сохраняет свою актуальность до настоящего времени [1, 2].

Для исследования функции внешнего дыхания используется метод пневмотахометрии. Форсированные пробы с последующим анализом потоковых показателей дают представление об изменении скорости воздушного потока во времени [1, 3].

Исследование отношений "поток-объем-время" в процессе форсированных дыхательных маневров позволяет выявить изменение механических свойств аппарата вентиляции (в частности полости носа).

Вывод об изменении вентиляции легких обоснован, если он делается не только на основе результатов пробы форсированного выдоха, а так же на изменениях остальных изучаемых параметров вентиляции легких, то есть степени возможного ограничения вентиляции.

Обструкцию полости носа можно рассматривать как форму дыхательной недостаточности, так как этим термином можно характеризовать формы изменений анатомо-физиологических свойств аппарата вентиляции. Дыхательная недостаточность – понятие достаточно широкое, оно включает в себя недостаточность и других звеньев транспортной цепи переноса газов между атмосферой и тканями организма. Изменения свойств аппарата вентиляции являются важным, но не единственным патофизиологическим механизмом в сложном комплексе расстройств, свойственных дыхательной недостаточности, развивающейся при вазомоторном рините. Поэтому заключение о степени дыхательной недостаточности у больного нельзя вынести только из результатов исследования параметров форсированного выдоха, необходимо комплексное исследование всех возможных параметров и сравнение параметров носового и «легочного» - ротового дыхания.

Окончательное заключение о степени дыхательной недостаточности должен сделать лечащий врач, используя весь комплекс клинических и клинко-физиологических данных наряду с результатами исследования

механических свойств аппарата вентиляции легких. В тех случаях, когда необходимо получить инструментальные количественные данные, подтверждающие наличие или степень дыхательной недостаточности, следует прибегнуть к исследованию с функциональными физическими нагрузками.

Цель исследования: исследование носового дыхания, его объективная оценка у больных вазомоторным ринитом с разделением по степеням.

Материал и методы исследования.

В ЛОР-клинике ТашиУВ за период

Получаемые данные компьютерной пневмотахометрии у больных вазомоторным ринитом сравнивали с данными исследования 32 здоровых людей с нормальным состоянием полости носа в возрасте 17 – 55 лет. Эти данные статистически обработанные, равнялись: $ОФВ_1=86,5\pm 2,6$; $ПСВ=75\pm 1,2$; $МОС_{25}=74,7\pm 1,3$; $МОС_{50}=80\pm 1,2$; $МОС_{75}=90,2\pm 2$; $ЖЕЛ=99,5\pm 1,2$; $ФЖЕЛ=101,7\pm 1$.

Компьютерная ринопневмотахометрия у обследованных больных вазомоторным ринитом констатировала снижение воздушного потока через полость носа при вдохе и выдохе.

Таблица №1

Исследуемые параметры	Вазомоторный ринит (n=38)	Контрольная группа (n=22)
ФЖЕЛ	92,9±1,3	101,7±1
ОФВ1	75±2,2	86,5±2,6
ЖЕЛ	89,4±1,3	99,5±1,2
ПСВ	48,3±2,3	75±1,2
МОС25	48,9±3	74,7±1,3
МОС50	56,7±3,6	80±1,2
МОС75	86,7±4,5	90,2±2

2008–2010 гг. дыхательная функция полости носа исследована у 38 больных вазомоторным ринитом в возрасте 17-48 лет (средний возраст $22,8\pm 1,3$ года), из них мужчин – 17, женщин – 21. Средний возраст наблюдаемых мужчин составил $22,3\pm 0,8$ года, женщин – $23\pm 1,2$ года. Больных с искривлением носовой перегородки в группу наблюдаемых не включали.

Обследованные предъявляли жалобы на нарушение носового дыхания в течение 1-3 лет. При исследовании учитывались возраст, пол, рост и вес людей. Исследование проводилось на аппарате Masterlab фирмы Erich Jaeger (Германия).

Оценивалась жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха (ОФВ1), пиковая скорость выдоха (ПСВ), максимальная объемная скорость выдоха на уровне бронхов различного калибра (МОС 25%, МОС 50%, МОС 75%). Полученные результаты регистрировались в % по отношению к показателям, рассчитанным компьютером в зависимости от пола, возраста, роста и веса исследуемого.

Результаты исследования.

Показатели носового дыхания, статистически обработанные, равнялись: $ОФВ_1=75\pm 2,2$; $ПСВ=48,3\pm 2,3$; $МОС_{25}=48,9\pm 3$; $МОС_{50}=56,7\pm 3,6$; $МОС_{75}=86,7\pm 4,5$; $ЖЕЛ=89,4\pm 1,3$; $ФЖЕЛ=92,9\pm 1,3$. Показатели орального дыхания у исследуемых больных были в пределах нормы, что говорит о наличии причин нарушения дыхания в полости носа.

Сравнительные данные показателей пневмотахометрии приведены в таблице.

О проходимости носовых ходов мы судили по отношению определяемого при исследовании фактического объема воздуха, проходящего через нос, к должному, выраженному в процентах, по формуле:

Нормальная дыхательная функция носа составляет 80-100%; I, легкая степень затруднения носового дыхания – 60-79%; II, средняя степень затруднения носового дыхания – 40-59%; III, выраженная степень затруднения носового дыхания – менее 40%.

I степень нарушения носового дыхания

выявлена среди обследованных больных вазомоторным ринитом констатирована у 21 человек, II степень – у 12, III степень – у 5. Степень нарушения носового дыхания зависела от длительности вазомоторного ринита.

Анализируя взаимосвязь степени нарушения носового дыхания и результатов консервативной терапии вазомоторного ринита, можно сделать вывод об эффективности применяемого способа лечения. Так, при I степени проводимое нами консервативное лечение было эффективным у 15 пациентов (76%), при II степени – у 7 человек (58%) и не имело сколько либо значимого эффекта у больных с III степенью нарушения носового дыхания.

Выводы:

Компьютерная ринопневмотахометрия является ценным объективным методом определения состояния носового дыхания.

На основании объективной оценки степени затруднения носового дыхания возможно прогнозирование эффективности предполагаемого метода лечения вазомоторного ринита.

Литература:

1. Пискунов С.З. О хирургическом воздействии на сосуды слизистой оболочки носовых раковин (к 10-летию операции подслизистой вазотомии) // ВОРЛ – Москва, 1999. – № 2. – С. 19.
2. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Физиологическая и патофизиологическая роль перегородки носа // Российская ринология – Москва, 2003. – № 4. – С. 6-8.
3. Эргашев У.М. Совершенствование диагностики и оптимизация лечения больных с хроническими ринитами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Т.: 2006. – 22с.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Гайсина А.Н., Красножен В.Н.

ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия

EVALUATION OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC RHINITIS

Gaisina A.N., Krasnogen V.N.

Хронический ринит (ХР), сопровождающийся различной степенью носовой обструкции, является причиной значительного снижения качества жизни (КЖ) человека. Актуальным остается вопрос оценки степени предъявляемых жалоб и их влияния на общее состояние пациентов.

Цель исследования – оценить КЖ больных ХР (при сочетании вазомоторной и гипертрофической форм) до и после операции с использованием анкет-опросников.

Материалы и методы исследования: Анкетирование проведено 62 пациентам в возрасте от 18 до 58 лет на этапе подготовки к хирургическому вмешательству и спустя 3 месяца после него. Применялись опросник SNOT-20 (Sino-nasal Outcome Test-20) и анкета ВАИИ (Визуально-аналоговая шкала).

Анкета SNOT-20 содержала 20 вопросов,

включающих проявления заболевания по 4 разделам: 1 - носовые симптомы (чихание, заложенность, необходимость сморкаться, кашель, стекание секрета в носоглотку, густые выделения), 2 - ушные-лицевые симптомы (заложенность в ушах, головокружение, боль в ушах, боль и давление в области лица), 3 - нарушение сна (затрудненное засыпание, частое просыпание ночью, короткая продолжительность сна, отсутствие чувство отдыха после сна), 4 - психо-эмоциональные нарушения (утомляемость, низкая работоспособность, снижение концентрации, раздражительность, подавленное настроение, неуверенность в себе. Отсутствие симптомов оценивалось 0 баллов, максимальное проявление - 5 баллов.

По опроснику ВАИИ определяли тяжесть ХР по субъективным ощущениям больных (состояние в повседневной жизни и оценка

состояния сна), которые отмечали на 10 сантиметровой шкале, при этом один сантиметр являлся 1 баллом ощущений. 0-3 балла соответствует легкой степени заболевания, 3-7 – средней степени, 7-10 баллов – тяжелому заболеванию.

Результаты. По 1 разделу опросника SNOT-20 пациенты набрали до оперативного вмешательства 3,9 балла и после него 0,9 балла, по второму разделу – 1,3 и 0,2; по 3 разделу – 3,2 и 0,4; по 4 разделу – 4,2 и 0,1 баллов

соответственно.

По анкете ВАШ больные ХР до лечения оценивали свое состояние в повседневной жизни 7,6 балла, после лечения – 1,2 балла. По оценке состояния сна 7,1 и 0,3 баллов соответственно.

Заключение. Проведенные исследования позволяют объективно оценить улучшение КЖ больных ХР после оперативного лечения по шкале субъективных ощущений SNOT-20 и ВАШ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НОСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕХМЕРНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Штанько Е.С., Красножен В.Н.

Казанская государственная Медицинская Академия,
кафедра оториноларингологии.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF INFLAMATION DISEASES PARANASAL SINUSIS WITH USE C.T.

Shtanko E.S., Krasnogen V.N.

Цель: Оценка информативности трехмерной компьютерной томографии 3DX РКТ при дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний околоносовых пазух носа. Определение частоты синуситов одонтогенной природы.

Материалы и методы: Клинические исследования проведены на базе «КОРЛ», стоматологической клиники «Апломб» г. Казань.

Было произведено обследование 216 пациентов (127 мужчин, 89 женщин) в возрасте от 18 - 76 лет с воспалительной патологией околоносовых пазух и полости носа при помощи дентального компьютерного томографа 3DX Accuitomo/FPD(J. «Morita», Япония) в период с 2009 -2011 г.г.

Результаты: При обработке данных трехмерной компьютерной томографии у 176 пациентов (81,48%) было выявлено поражение одной или нескольких околоносовых пазух носа воспалительного генеза. Из сопутствующих заболеваний полости носа было выявлено: искривление носовой перегородки у 140 пациентов (64,82%), кисты верхнечелюстных и клиновидных пазух – 49 пациентов (22,67 %) у

16 женщин и 33 мужчин, bulla etmoidalis – 27 пациентов (12,5%) у 15 женщин и 12 мужчин, гипертрофические изменения носовых раковин – 27 пациентов (12,5%), гиперпластические процессы в околоносовых пазухах – 10 пациентов (4,63%), посттравматическая деформация верхнечелюстной пазухи – 1 пациент (0,46%), аденоидные вегетации – 3 пациента (1,4%), щелевидная верхнечелюстная пазуха – 1 пациент (0,46%).

Одонтогенный характер поражения верхнечелюстных пазух составил 42,59 % (92 пациента) от всех обследованных, в группе «женщины» и «мужчины» по 46 пациентов соответственно. Причиной развития одонтогенных гайморитов являются осложнения эндодонтического лечения: перфорации дна верхнечелюстных пазух в области верхушек зуба – 33 пациента (35,9 %); выведение пломбировочного материала за верхушку зуба – 15 пациентов (16,3%); резорбция костной ткани в области верхушки зуба с образованием гранулемы – 5 пациентов (5,4%); одонтогенные кисты -12 пациентов (13%); неоднородная и некачественная пломбировка корневых каналов

-14 пациентов (15,2%); развитие мицетом
- 3 пациента (3,3%); инородные тела (отломки
металлических инструментов, фрагменты
зуба, коронок, пломбировочный материал)
-12 пациентов (13%). При этом у некоторых
пациентов были обнаружены одномоментно
несколько причин, predisposing к
развитию одонтогенного процесса в
околоносовых пазухах.

Заключение: Метод трехмерной
компьютерной томографии является наиболее
информативным методом диагностики
воспалительных процессов в околоносовых

пазухах на современном этапе. Информация,
полученная данным методом диагностики,
позволяет провести точную дифференциальную
диагностику между воспалительными
процессами околоносовых пазух риногенной
и одонтогенной природы, уменьшить время
для постановки окончательного диагноза,
выбрать оптимальную технику хирургического
лечения патологии околоносовых пазух,
определить показания и противопоказания к
выполнению симультанных операций, сократить
длительность заболевания и устранить причины
рецидивирования заболевания.

К ВОПРОСУ О СФЕНОИДИТАХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ниязи Т.А., Мадаминова М.А.

Кафедра ЛОР-болезней КГМА им. И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе приводятся общие сведения об анатомических особенностях строения основной пазухи, трудностях в диагностике сфеноидитов.

Ключевые слова: околоносовые пазухи, клиновидная или основная пазуха, сфеноидит, диагностика.

IN A QUESTION ABOUT SFENOIDITIS

Niazi T.A., Madaminova M.A.

Resume: In this work presents information about anatomical particular of sinus sfenoidales.

Key words: paranasal sinus, sinus sfenoidalis, sfenoiditis, diagnostics.

Воспалительные заболевания
придаточных пазух носа остаются одной
из основных проблем клинической
оториноларингологии, что объясняется
частотой заболеваемости и стойкой тенденцией
к росту числа воспалительных заболеваний
верхних дыхательных путей. Актуальность
проблемы воспалительных заболеваний
клиновидной пазухи связана с её топографо-
анатомическими особенностями и трудностями
диагностики, а также скудностью клинических
проявлений со стороны носа и превалированием
неврологической симптоматики [1].

Околоносовые пазухи развиваются путем
врастания в боковую стенку полости носа
слизистой оболочки носовых ходов на 8-10 неделе
гестационного периода. Зачаток клиновидной
пазухи появляется на 9-10 неделе гестационного
периода в виде слепого мешочка, вырастающего
кзади от задневерхнего угла полости носа
и окруженного хрящевой капсулой. Зачаток

развивается и увеличивается очень медленно,
в тесной взаимосвязи с нижним придатком
мозга — гипофизом. Клиновидные пазухи
оказываются как бы отшнурованными клетками
решетчатого лабиринта, располагающимися в
теле клиновидной кости. У новорожденного
клиновидные пазухи отсутствуют, пневматизация
кости начинается в 3-4 года, наиболее интенсивно
происходит от 6 до 15 лет [2]. Относительная
стабильность строения пазухи достигается к 25 годам.
Основная пазуха расположена в теле основной
кости, кади от носовой полости. Пазуха
разделена костной перегородкой на две
неравные части весьма разнообразной формы.
Слизистая оболочка основной пазухи тонка и
почти не содержит слизистых желез. Клиновидная
пазуха, парная, лежит в теле клиновидной
кости. Имеет форму усеченной четырехгранной
пирамиды, ширина основания которой колеблется
от 0,8 до 3 см, а высота — от 0,5 до 2 см. В
пазухе различают 6

стенок: переднюю, верхнюю, нижнюю и боковые – медиальную и латеральную [3]. Верхняя стенка тонкая (1,5-3 мм), является дном турецкого седла, представлена нижней поверхностью турецкого седла; к этой стенке сверху, кроме гипофиза, прилежит часть лобной доли мозга с обонятельными извилинами. Нижняя более толстая (3-4 мм) составляет заднюю часть верхней стенки полости носа. Нижняя стенка пазухи частично составляет свод носоглотки. Передняя стенка также относительно толстая, прилежит к верхнезадней части полости носа и к задним ячейкам решетчатой пазухи. Задняя стенка пазухи представлена скатом клиновидной кости, эта стенка наиболее толстая и переходит в базилярный отдел затылочной кости. Медиальная стенка – перегородка между двумя клиновидными пазухами, или внутренняя стенка, разделяет пазухи; каждая пазуха имеет в передней стенке выводное отверстие, ведущее в верхний носовой ход. Такое сообщение пазухи с полостью носа обуславливает отток отделяемого из неё в носоглотку. Медиальная стенка продолжается кпереди к перегородке носа, толщина её в зависимости от степени развития пазух может составлять от 0,1 до 1 мм. Латеральная стенка представлена боковой поверхностью турецкого седла, она наиболее изменчива по толщине. Латеральная стенка основной пазухи чаще всего тонкая (1-2 мм); с ней граничат внутренняя сонная артерия и пещеристая пазуха; здесь проходят глазодвигательный, первая ветвь тройничного, блоковой и отводящий нервы (III, IV, V, VI пары черепных нервов). Отверстие пазухи – апертура клиновидной пазухи, находится в передней стенке и открывается в клиновидно-решетчатое углубление. Нередко пазуха сообщается с задними ячейками пазухи решетчатой кости. Кровоснабжение осуществляется ветвями верхнечелюстной, восходящей глоточной и глазной артериями, а также средней и задней менингеальными артериями. Венозный отток идёт в вены носовой полости, вены твердой оболочки, глотки и позвоночное венозное сплетение. Между венозными сетями верхнечелюстной пазухи, лица, глаза, крыловидным сплетением и венами основной пазухи, существует тесная связь. Лимфатические

сосуды образуют в слизистой оболочке сети, от которых отводящие сосуды несут лимфу к сосудам полости носа и далее в заглочные узлы. Возможно сообщение лимфососудов пазухи с субарахноидальным пространством. Иннервация пазухи осуществляется задним



Рис. 1. Латеральная стенка полости носа

решетчатым нервом и ветвями крылонебного узла [7].

1-лобная пазуха; 2-устье лобно-носового канала; 3-булла этмоидалис; 4-полулунная складка; 5-устье носослезного канала; 6-путь, проходящий от перекреста через отросток верхней челюсти в гайморову пазуху и

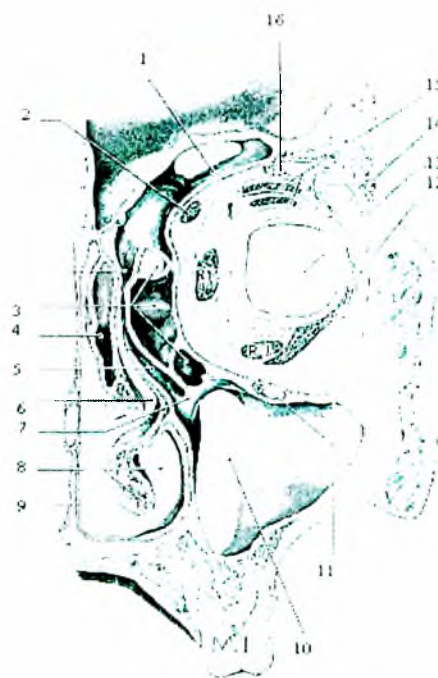


Рис. 2. Взаиморасположение придаточных пазух носа

проникающий во внутренний слуховой проход; 7-клиновидная пазуха; 8-путь, проходящий от сфеноидального синуса к сфеноэтноидальному углублению; 9-задние клетки решетчатого лабиринта

Придаточные пазухи носа заложены в костях лицевого скелета. Околопосовые пазухи представляют собой заполненные воздухом пространства, выстланные тонкой слизистой оболочкой, бедной сосудами и железами, играющей роль надкостницы и являющейся продолжением слизистой оболочки носовой полости. К передним пазухам относятся лобные, верхнечелюстные синусы и передние решетчатые ячейки. К задним – средние и задние решетчатые ячейки, а также основная пазуха. Взаиморасположение придаточных пазух в большей степени определяется направлением их дренирования, чем анатомической целесообразностью. Расположение пазух во время роста меняется так сильно, что деление на передние и задние может стать весьма условным [4].

1–лобная пазуха; 2-верхняя косая мышца глаза; 3-клетки решетчатого лабиринта; 4-основная пазуха; 5-полулунная щель; 6-средний носовой ход; 7-верхнечелюстная кость; 8-нижняя носовая раковина и нижний носовой ход; 9-нососепальная перегородка; 10-верхнечелюстная пазуха; 11-нижняя косая мышца глаза и нижняя глазничная вена и нерв; 12-наружная прямая мышца глаза; 13-глазное яблоко; 14-слезная железа; 15-мышца, поднимающая верхнее веко; 16-надглазничная артерия и нерв.

Особенности строения основных пазух в совокупности с другими факторами, оказывают отрицательное влияние на слизистую оболочку полости носа, околоносовых пазух и служат условиями их вовлечения в патологический процесс [9]. К этим факторам относятся склонность к частым острым респираторно-вирусным заболеваниям, физиологическая, иммунологическая незрелость и аллергизация организма у лиц подросткового возраста. Этиопатогенетическое значение имеют также индивидуальные анатомо-топографические особенности строения полости носа, гипертрофия лимфаденоидного кольца глотки, наличие

латентной инфекции [6]. Значительная роль в развитии синуситов принадлежит естественным соустьям пазух. Бактериологические исследования показали, что флора клиновидных пазух мало чем отличается от возбудителей, обнаруживаемых при заболеваниях других околоносовых пазух, в основном, это кокковая флора. Средний объем клиновидных пазух, по данным различных авторов, находится в пределах от 2,88 до 6,5 мл. Увеличение их объема, практически не прекращающееся на протяжении всей жизни человека, сопровождается истончением стенок клиновидной пазухи с образованием дегисценций, бухт, карманов, неполных перегородок, что больше способствует задержке в них гноя [8].

Нормальное функционирование основной пазухи обеспечивается в первую очередь аэрацией пазухи через естественное соустье, которое зависит от состояния архитектоники носовых структур. Соответственно, изменения анатомического строения полости носа, остеомеатального комплекса, приводят к нарушению аэрации основной пазухи, что создаёт благоприятные условия для её инфицирования и развития воспаления. Достаточно сложное анатомическое строение клиновидной пазухи и её топография, т.е. локализация в центре основания черепа, отделяющая полость черепа от полости носа, во многом предопределяют, как клинические проявления сфеноидита, так и характер осложнений [11].

При диагностике сфеноидита, как и любого другого заболевания, используются классические правила. Это сбор анамнеза, жалобы больного, оцениваются результаты объективных исследований. Для диагностики сфеноидита эндоскопические исследования наиболее важны, они сводятся к осмотру передней стенки основной пазухи, оценки состояния соустья, характера патологического отделяемого и состояния слизистой носоглотки [10]. Наиболее распространённым методом диагностики сфеноидитов остаётся рентгенография [9]. Компьютерная томография также актуальна при диагностике заболеваний основной пазухи. До внедрения компьютерной томографии (КТ) придаточных пазух носа (ППН),

сфеноидит практически не диагностировался, что обусловлено неврологическим характером его клинических проявлений. Однако с появлением КТ выяснилось, что воспалительные поражения основной пазухи встречаются чаще, чем диагностируются [5].

Диагностические мероприятия должны быть комплексными и поэтапными с оценкой не только изменений воздухоносности просвета пазухи, но и выявления изменений архитектоники полости носа и задних клеток решетчатого лабиринта, способствующих развитию воспалительных изменений в основной пазухе. Клиническое течение сфеноидитов таково, что оно редко диагностируется обычными ринологическими исследованиями, что обусловлено анатомо-топографическим расположением клиновидной пазухи в центре черепа, близким расположением жизненно-важных структур головного мозга. Чаще всего сфеноидит может протекать бессимптомно [7].

Несмотря на большой интерес оториноларингологов к проблемам воспалительных поражений клиновидной пазухи, остаются до конца не ясными вопросы частоты поражения основной пазухи, как при острых, так и при хронических процессах, а также проблемы изолированного поражения основной пазухи. На сегодняшний день можно считать, что методы эндоскопической хирургии основной пазухи достаточно известны, но показания к их выполнению и объём сопутствующих оперативных вмешательств по устранению факторов, способствующих развитию сфеноидита, изучены сравнительно мало. Всё это определяет актуальность изучения воспалительных процессов клиновидной пазухи.

Таким образом, несмотря на общепринятое мнение о том, что клинические проявления сфеноидита скудны, при прицельном обследовании больного выявляется достаточно специфический симптомокомплекс, характерный для течения воспалительного поражения клиновидной пазухи. Особенностью поражений основной пазухи является тяжесть и разнообразие осложнений, которые несравнимо

тяжелее, чем осложнения со стороны передней группы околоносовых пазух. Поэтому своевременная диагностика поражений и санация основной пазухи является актуальной задачей оториноларингологии на настоящее время.

Литература:

1. Бучацкий М.В. К диагностике и лечению сфеноидитов: Автореф. дис. ... канд. мед. Наук. – Харьков, 1984. – 16 с.
2. Гринёва А.А. Клинико-микробиологические аспекты в диагностике и лечении сфеноидитов. // Рос. ринология. – 1997. - №3. – С.15-18.
3. Киселёв А.С. Диагностика сфеноидитов. // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 1997. - №3 (11). – С.28-33.
4. Лопатин А.С., Пискунов Г.З. Основные принципы функциональной внутриносовой хирургии околоносовых пазух. // Вестник оториноларингологии. – 1995. - №6. – С.35-40.
5. Овчинников Ю.М., Добротин В.Е. Компьютерная томография при заболеваниях полости носа, околоносовых пазух, носоглотки и уха. // Атлас. – Т. 1. – М. – 1997.
6. Пальчун В.Т., Устьянов Ю.А., Дмитриев Н.С. Параназальные синуситы. – М. – 1982. – 151 с.
7. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. // М.: Миклош. – 2002. – 390 с.
8. Пискунов С.З., Пискунов И.С., Лудин А.М. Изолированные поражения клиновидной пазухи. // Курский Государственный Медицинский Университет. – 2004. – 152 с.
9. Счастликова Г.П. Клиника, диагностика и лечение сфеноидитов: Метод. рекомендации. – 1972. – 29 с.
10. Танабаева М.Д. оценка эффективности комплексного лечения сфеноидитов методом эндоскопической катетеризации и шунтирования основных пазух. Автореф. дис. канд. мед. наук. – Астана. – 2009.
11. Gibson W. Sphenoid sinus revised // Laryngoscope. 1984. – Vol.94, - №2. – P.185-191.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «СПАЙЗЕФ» ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТАХ

Кулиева Э.С., Исмаилова А.А., Беднякова Н.Н.

Кафедра ЛОР болезней КГМА

Бишкек, Кыргызстан

Резюме: целью данного исследования была оценка клинической эффективности, переносимости цефуроксима (препарата «СПАЙЗЕФ») при лечении острого и хронического синусита.

Ключевые слова: антибактериальная терапия, микроорганизмы, острые и хронические синуситы.

THE USING EFFECTIVE OF "SPIZEF" FOR TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC SINUSITIS.

Kulieva E.S., Ismailova A.A., Bednakova N.N.

Summary: the purpose of this research is too estimate clinical effectiveness, clinical portability of cephiroxime («СПАЙЗЕФ») in acute and chronic sinusitis.

Key words: antibacterial therapy, microorganisms, acute and chronic sinusitis.

Введение

Несмотря на очевидные успехи в лечении синуситов, данное заболевание остается частым и по данным некоторых авторов составляет 25-30% от всех оториноларингологических заболеваний среди стационарных больных [3].

Широкое применение антибактериальных препаратов создало благоприятные селективные условия для распространения антибиотикорезистентных штаммов микробной

цефалоспоринового ряда.

Материалы и методы

В исследование включали амбулаторных и госпитализированных пациентов ЛОР-клиники Национального Госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и медицинского центра при КГМА. Возраст пациентов варьировал от 17 до 63 лет. В исследование было включено примерно равное число мужчин и женщин с диагнозами: острый

Таблица 1

Число пациентов, получивших цефуроксим аксетил, и позологические группы

Диагноз	Число пациентов
Острый синусит	15
Обострение хронического синусита	33
Всего:	48

флоры и способствовало значительным изменениям ее характера. Повсеместное увеличение резистентных штаммов микроорганизмов и нарастание патогенных свойств сапрофитных и потенциально патогенных микроорганизмов требует периодического пересмотра ряда стратегических и тактических принципов проводимой антибактериальной терапии [1, 2, 4]. Вышеизложенное свидетельствует о значимости правильного выбора антибактериального препарата уже при первом обращении больного к врачу, что определяет результат лечения.

Следует отметить, что ситуация с лечением инфекции околоносовых пазух резко изменилось в положительную сторону с внедрением в клиническую практику препаратов

синусит, обострение хронического синусита. Общее число пациентов составило 48.

У всех пациентов регистрировали анамнез, предшествующую неэффективную антибактериальную терапию (препарат, дозы, длительность), данные физикального обследования. Динамику основных симптомов заболевания регистрировали в процессе терапии, и после ее окончания.

Цефуроксим аксетил «СПАЙЗЕФ» назначали внутримышечно в дозе 1,5 г. 2 раза в сутки в течении 5-х дней. Одновременное с цефуроксимом применение других антибактериальных препаратов не допускалось.

Результаты лечения оценивал лечащий врач, определяя как выздоровление, без эффекта, невозможно оценить.

Таблица 2

Антибиотик	Число больных	Дни неэффективной терапии указанными препаратами		
		min	max	в среднем
Ампициллин	4	Острые синуситы 1, хронические 3	Острые синуситы 9, хронические 14	Острые синуситы 5,6, хронические 6,8
Амоксицилин	3			
Амоксиклав	2			
Гентамицин	1			
Цефазолин	2			
Ципрофлоксацин	1			

Критериями эффективности лечения $7,0 \pm 1,8$ дня) (рис. 1).
 служили: нормализация общего состояния. На фоне применения цефуроксима
 Восстановление носового дыхания и аксетила у большинства пациентов отмечена
 прекращение патологического отделяемого из быстрая положительная динамика основных
 носа, купирование боли, давления в проекции симптомов заболевания. Боль, тяжесть, давление в

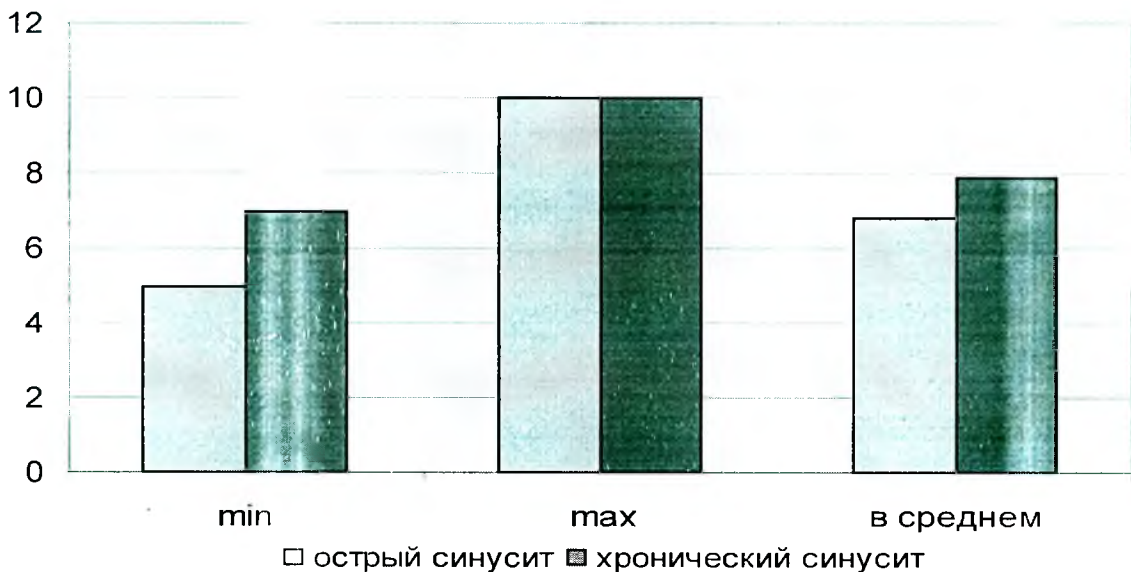


Рисунок 1. Длительность терапии цефуроксимом аксетилом (дни лечения)

пазух, восстановление риноскопической картины, также проводилась оценка лечения самими пациентами.

Клиническое исследование эффективности и безопасности препарата при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух проведено в период с ноября 2011 г. по июнь 2012 г. в г. Бишкек.

Результаты исследования

Перечень антибактериальных препаратов, при применении которых не был получен клинический эффект, длительность предшествующей неэффективной антибактериальной терапии приведены в таблице 2.

Длительность применения цефуроксима аксетила составила от 5 до 10 дней (в среднем

области пазух купировались к 3-4 дню (в среднем через $3,2 \pm 0,5$ дня) приема препарата. Гнойные выделения из носа прекратились в среднем через $5,2 \pm 0,39$ дней у больных с острым синуситом и у пациентов с обострением хронического – через $6,7 \pm 0,33$.

По оценке самих пациентов с воспалительным поражением околоносовых пазух окончательный результат признан как выздоровление у 45 (93,75%) больных, отсутствие эффекта отмечено только у 2-х пациентов (4,17%) и невозможно было оценить результат лечения у 1-го человека (2,08%) (рис.2).

Результаты исследования свидетельствуют о хорошей переносимости и безопасности цефуроксима и очень низкой частоте нежелательных явлений в процессе терапии.

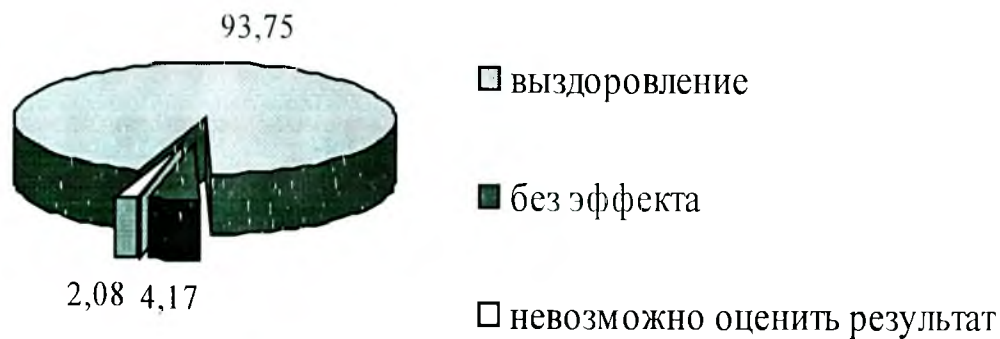


Рисунок 2. Клиническая эффективность цефуроксима аксетила при синуситах

Заключение

Полученные в результате исследования данные свидетельствуют, что антибактериальный препарат «СПАЙЗЕФ» является высокоэффективным при лечении воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Клинический эффект в среднем был достигнут в 93,75% случаев при длительности терапии от 5 до 10 дней. Препарат хорошо переносится пациентами, удобен в применении и может быть рекомендован в качестве антибиотика выбора для широкого применения в условиях стационара и в амбулаторной практике.

Литература

1. Исламов И.М., Кадыров М.М., Арзыкулова Г.С. Рациональная антибиотикотерапия синуситов.- Бишкек.- 2004.- 16 с.
2. Крюков А.И., Шубин М.Н. Адекватная антибиотикотерапия острого и вялотекущего риносинусита.- 2001.- Т.3.- №8.- С. 358-361.
3. Насыров В.А., Исламов И.М., Исмаилова А.А. Синусит в эксперименте и клинике: Клинико-экспериментальное исследование.- Бишкек.- 2005.- 204 с.
4. Страчунский П.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. и др. Антибактериальная терапия синусита. Антибиотики и химиотерапия.- 1999.- 44(9).- С.23-24.

ЛЕЧЕНИЕ РИНОСИНУСИТА С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Давлетбакова А.Н.

Лечебно-оздоровительное объединение Управления делами Президента
Кыргызской Республики (директор- д.м.н., проф. М.А. Сагымбаев)

Резюме: В свете бурно развивающихся технологий и достижений современной науки возникает настоятельная необходимость применения принципов доказательной медицины. Использование результатов контролируемых рандомизированных клинических исследований на основе собственного клинического опыта представляется оптимальным решением. Сохраняющаяся высокая частота заболеваемости риносинуситом (РС) имеет социальное значение. Прогнозируя вероятность риногенных осложнений, следует своевременно использовать компьютерное и эндоскопическое обследование. В соответствии с нормативным документом EP³OS (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. A summary for otorhinolaryngologists), представлены варианты неинвазивной терапии РС. Обоснована методика долгосрочной терапии (свыше 3х месяцев) хронического риносинусита (ХРС) кларитромицином в сочетании с интраназальными кортикостероидами и муколитиками. С позиций доказательной медицины представлены варианты назального душа-ирригационная терапия физиологическим раствором.

Ключевые слова: риносинусит, кларитромицин, интраназальные кортикостероиды, ирригационная терапия.

EVIDENCE BASED TREATMENT FOR SINUSITIS.

Davletbakova A. N.

Summary: When bored developing technology and achievements of the modern science appears imperative need the Evidence Base Statements. Using Clinical Evidence systematic overviews and training materials on base of the own clinical experience introduces optimum solution. The high frequency to diseases sinusitis has social importance. Forecasting probability rhinogenic

complications, follows in good time to use computer and endoscopic examination. In accordance with normative document EP³OS (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. A summary for otorhinolaryngologists), are presented variants of noninvasive treatment for rhinosinusitis. The long-term antibiotic therapy clarithromycin (over 3x months) for chronic rhinosinusitis in combination with topic corticosteroids and mucolytics has presented. The variants of nasal irrigation therapy in the context of evidence-based medicine are also presented.

Key words: rhinosinusitis, clarithromycin, intranasal corticosteroids, nasal irrigation therapy.

Введение.

Риносинуситы (РС) занимают одно из лидирующих мест в структуре ЛОР-заболеваемости. Удельный вес больных, госпитализированных по поводу болезней околоносовых пазух, увеличивается ежегодно на 1,5-2% и составляет примерно 2/3 от общего числа пациентов специализированных стационаров [6]. Несмотря на достижения современной медицины, сохраняется актуальность данной патологии в свете вероятности риногенных орбитальных и внутричерепных осложнений. По данным литературы летальность составляет 15%, занимая второе место в структуре смертности

доказательной медицины в терапии РС.

Материал и методы.

В настоящую работу включены результаты обследования и лечения 37 пациентов с патологией околоносовых пазух носа, в возрасте от 6 до 75 лет, госпитализированных в отделение хирургического профиля ЛООУДПКР. Помимо стандартного общеклинического обследования проведены: обзорная рентгенография придаточных пазух в 30 случаях (81%), компьютерная томография у 6 больных (16,2%), эндоскопическое обследование полости носа и придаточных пазух у 4-х больных (10,8%). Проведено

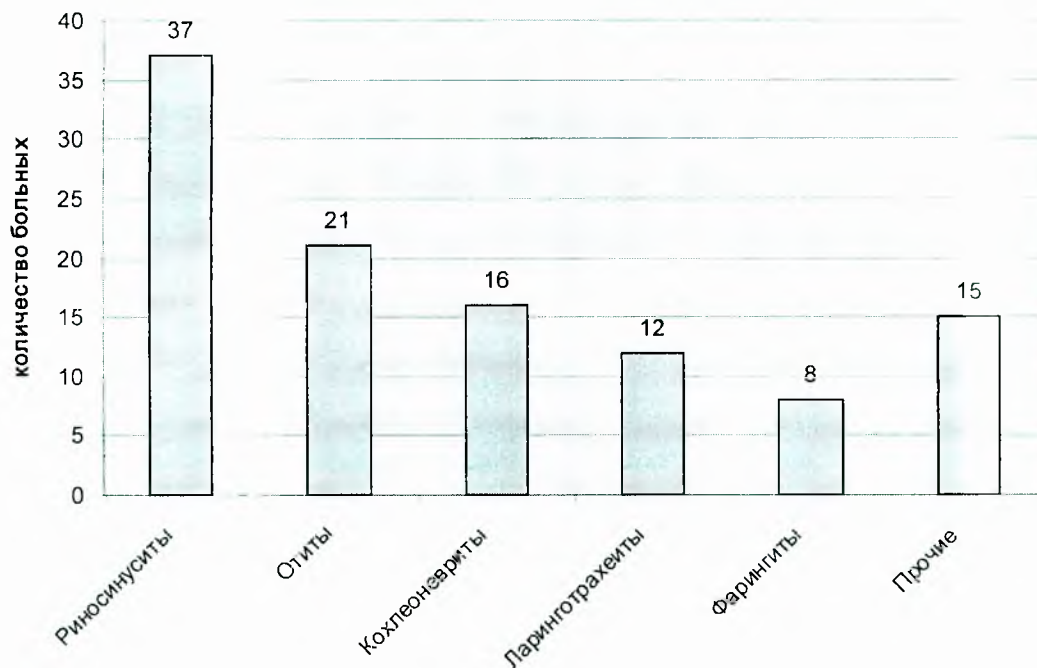


Рис.1. Диаграмма. Структура ЛОР-заболеваемости.

в отоларингологии. [9]. Кроме того, отмечается тенденция к затяжному течению РС, быстрому распространению инфекции на нижние дыхательные пути и развитию осложнений: отита, бронхита [4,8]. Немаловажное значение имеет растущая аллергизация населения вследствие ухудшения экологической обстановки (задымленность мегаполисов), табакокурения. Неудовлетворенность результатами лечения диктует необходимость применения позиций

бактериологическое обследование носоглотки, пунктата - содержимого гайморовой пазухи, назоцитограмма, Ig E- в случае аллергической риносинусопатии. При подозрении на атипичные возбудители обследование крови на антитела к хламидиям и микоплазме, ПЦР-диагностика. В порядке профилактического осмотра все больные осмотрены терапевтом, пульмонологом и неврологом, по показаниям – аллергологом. Дополнительно были

назначены анализы мокроты, обзорная рентгенография органов грудной клетки, ФВД, иммунологическое обследование - уровень общего IgE, бронхоскопия, РЭГ и ЭЭГ. Проведено комплексное лечение с включением антибактериальной, противовоспалительной и симптоматической терапии. Параллельно все больные (100%) получили курс физиотерапии в том или ином объеме. Ирригационная терапия проведена у 35 больных (94,5%). Пункция гайморовой пазухи проведена у 6 пациентов (16,2%), гальванокаустика носовой раковины у 2 больных (5,4%). По показаниям проведено оперативное лечение 5 больным (13,5%) на

головная боль. У 4-х больных с рецидивирующим бронхитом, пневмонией синусит обнаружен как первичный очаг инфекции. Воспалительные заболевания носоглотки и придаточных пазух являются важным фактором в возникновении рецидивирующего бронхолегочного процесса, особенно у детей, в связи с попаданием инфицированного секрета в бронхолегочное дерево [8]. Этот путь инфицирования более вероятен при нарушении функции мукоцилиарного дренажа и измененных неспецифических и специфических механизмах защиты.

Бактериологическое обследование

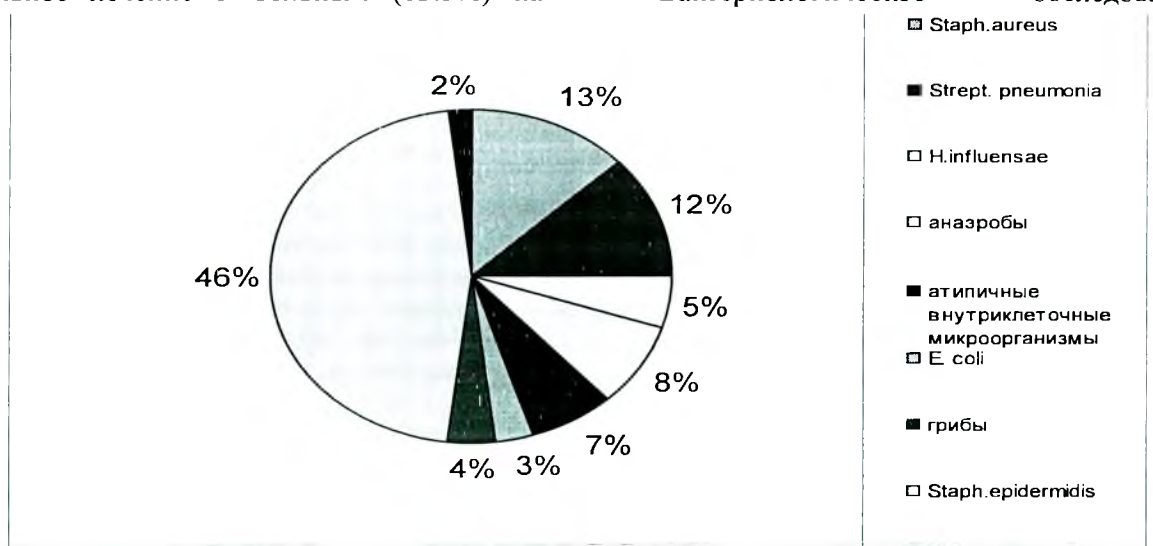


Рис.2. Диаграмма. Основные бактериальные возбудители риносинусита.

придаточных пазухах, перегородки носа и носовых раковинах в специализированных учреждениях.

Результаты и обсуждение.

В структуре ЛОР-заболеваемости острые и хронические РС занимают лидирующее положение (рис. 1). Так, в 2011 г. из 109 госпитализированных с ЛОР-патологией - у 37 больных выявлен РС. Пусковым моментом в подавляющем большинстве случаев явилась вирусная инфекция - у 25, общее переохлаждение - у 12 больных.

Диагноз РС был подтвержден данными обзорной рентгенографии в 28 случаях, у 2-х беременных - по данным диафаноскопии. У 7 больных патология пазух выявлена КТ-обследованием, проведенным по сопутствующей патологии, где ведущей жалобой явилась

выявило микробный пейзаж, несколько отличный в количественном и качественном соотношении, от данных Российских клиник, Американской ассоциации отоларингологии (рис. 2). Основными возбудителями РС явились S.aureus, Streptococcus pneumonia, Klebsiellae pneumonia, H.influenzae, M.catarrhalis, в единичных случаях Proteus mirabilis, E. Coli в ассоциациях, атипичные внутриклеточные возбудители - хламидии и микоплазма, а также грибы Aspergillus, Candida. Несмотря на обычную частоту встречаемости S.aureus в носоглотке, как условно-патогенную микрофлору, последний вызывает тяжелые случаи назокомиальной и госпитальной инфекции. По другим современным данным, суперантигены золотистого стафилококка играют одну из ключевых ролей в развитии респираторной аллергии и осложненного

течения аллергических РС. В то же время *Streptococcus pneumoniae* чаще приводит к внутричерепным осложнениям, менингиту [6,9]. Присутствие *H.influenzae* является фактором риска бронхиальной астмы у детей. Микозы при хронических РС стоят на 2 месте по частоте при поражении верхних дыхательных путей после ротоглотки.

В соответствии с нормативным документом ЕР³ОС острый риносинусит (ОРС) подразделяется на вирусный и бактериальный. При бактериальном ОРС антибактериальная терапия должна быть проведена в соответствии с данными бактериального обследования. Хронический риносинусит (ХРС) делят на два типа-полипозный ХРС и ХРС без полипоза носа [2].

В результате мультицентровых клинических испытаний с доказанной терапевтической эффективностью, степень А1, рекомендовано три основных направления в лечении ХРС. Таковыми являются: долгосрочная терапия макролидами, ирригационная терапия и топические кортикостероиды. Причем макролиды применяются в качестве препаратов, модулирующих иммунный ответ. Согласно исследованиям, макролиды способны уменьшать продукцию провоспалительных цитокинов, подавлять избыточную секрецию слизи респираторным эпителием и улучшать мукоцилиарный клиренс. Важным фактором является также воздействие макролидов на внутриклеточные микробы. Доказано, что некоторые формы пневмококка и золотистого стафилококка способны проникать в эпителиальные клетки околоносовых пазух и продуцировать суперантигены. Последние рассматривают как наиболее мощный триггерный фактор ХРС. [3]. Таким образом, для лечения ХРС нами успешно применялся препарат Меристат 500 мг (Сановель). У всех больных отмечалась положительная динамика, что проявилось уменьшением назальной обструкции и улучшением обоняния.

В случае бактериального синусита стартовая терапия антибиотиком начиналась с применения препаратов выбора-Амоксициллина, Амоксициллин/клавуланата, макролидов

– Кларитромицин (Меристат- Сановель). Альтернативные препараты –цефалоспорины II-III поколения назначались в случае применения антибиотиков в предшествующем данному случаю лечению. Респираторные фторхинолоны II поколения (Левифлоксацин, авелокс, моксифлоксацин), антибиотики резерва – Цефтриаксон, цефоперазон и даже глубокого резерва Цефалоспорины IV поколения – Сульперазон, Цефепим назначались в случаях тяжелого течения заболевания, а также при аллергии к пенициллинам. Преимуществом назначения Цефоперазона и Сульперазона является их воздействие, в том числе и на синегнойную палочку и анаэробную микрофлору. В ряде случаев получения отрицательного результата бактериологического обследования подразумевается анаэробная микрофлора, подавляющая рост других микроорганизмов, бактерий.

Клинические рекомендации предписывают назначать антибиотикотерапию только в случаях, длительности заболевания свыше 7 дней, выраженных симптомов: боль от умеренной до выраженной, температура свыше 38,5С, а также при наличии сопутствующих заболеваний. При легком течении заболевания альтернативным лечением являются местные антибиотики, такие как Биопарокс (Фузафунжин), Октенисепт, Полидекс. Как правило, в комплексную терапию синуситов мы включали муколитики, такие как карбоцистеин, Гвайфеназин, амброксол, Синуфорте, Синупрет, Ринофлуимуцил. В фармакотерапии синуситов необоснованно малая роль отводится муколитикам. В то время как существует целый ряд препаратов, влияющих на реологические свойства слизи, мукоцилиарный транспорт, что в конечном итоге в комплексной терапии способствует скорейшему выздоровлению больных. Добавление муколитиков к антибиотикотерапии повышает эффективность последней на 30%. Кроме этого, муколитики обладают иммунорегулирующими свойствами.

Напротив, антигистаминные препараты назначаются необоснованно часто, за исключением случаев аллергической риносинусопатии. Хотя их применение

ограничено первыми 3-4 днями вирусной инфекции, когда блокада H_1 -рецепторов предупреждает действие гистамина, выделяемого под воздействием респираторно-синцитиального и парамиксовирусов. В этом смысле оправдано назначение комбинированных препаратов, содержащих фенилэфрин и парацетамол. При аллергических риносинуситах применялись антигистаминные препараты, такие как Фексофен (Сановель), ингибиторы лейкотриенов-монтелукаст-Нотта (Сановель).

Монтелукаст, проявляя высокий аффинитет, селективно связывается с рецепторами CysLT1 (вместо других фармакологически значимых рецепторов дыхательных путей, таких как рецепторы простаноидов, холино- или β -адренорецепторы) и, таким образом, ингибирует физиологическое действие LTD4.

В европейских позициях ведущая роль при лечении воспалительных заболеваний носоглотки отводится топическим кортикостероидам. Терапия которыми патологически измененной носоглоточной миндалины приравнивается к "аденотомии без ножа". Рандомизированные контролируемые исследования продемонстрировали существенную эффективность эндоназальных кортикостероидов в уменьшении обструкции и в сокращении размеров аденоидов [1]. С этой целью применялся нами, в частности, эндоназальный спрей Флютиказона фуорат.

Среди неинвазивных методов лечения ведущее место принадлежит ирригационной терапии, подтвержденной принципами доказательной медицины. Документ EPOS обосновал каждую позицию по рекомендациям к лечению РС (с полипозом и без такового). Согласно документу промывание носовой полости соответствует Ib степени доказательства, что позволяет отнести этот вид терапии к значимым, т.е. эффективным. Как вариант ирригационной терапии РС применяется промывание носоглотки при помощи хирургического отсоса под манометрическим контролем. Опыт показывает, что наилучшим способом удаления назального секрета у пациента любого возраста является отсасывание его с помощью

аспиратора [5]. Применяемая нами методика промывания носоглотки в варианте Parkinson заключается в следующем. В горизонтальном положении пациента, при котором ось головы образует с плоскостью ложа угол в 45 градусов, лечебная жидкость попадает в задние этмоидальные клетки. При наклоне головы под углом в 20 градусов жидкость попадает в передние этмоидальные клетки. В соответствии с требованиями Stiewe и Vorr активное вещество должно быть водорастворимым, атоксичным, не повреждающим реснитчатый цилиндрический эпителий слизистой оболочки. Для ирригационной терапии применялись физиологические растворы, предварительно подогреты до температуры тела, в ряде случаев, в комбинации с антибиотиком, кортикостероидом и адреномиметиком, последний снижает резорбцию активного вещества. Как вариант ирригационной терапии использованы также спрей Аква-Марис на основе морской соли, а также устройства Dolphin, содержащие 30 монодозных упаковок с изотоническим раствором минерально-растительного состава. Элиминация микробных возбудителей из полости носа и носоглотки снижает потребность в медикаментозной терапии; другим положительным моментом является безопасность и удобство применения Dolphin для самостоятельного промывания полости носа в амбулаторной практике.

В тоже время пункция верхнечелюстных пазух явилась ведущим методом лечения у 3 больных с одонтогенным гайморитом. В последующем одному пациенту произведено хирургическое лечение с одновременной операцией на верхнечелюстной пазухе по классической методике в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии НГ. Большим подспорьем явилось эндоскопическое обследование носоглотки при уточнении диагноза, дальнейшей тактике лечения пациентов с хронической патологией. Так, 2 больным проведена консервативная терапия синусита по результатам эндоскопического обследования. В 1 случае произведена эндоскопическая операция на основной пазухе, клетках решетчатого лабиринта с полипотомией. В комплексную

терапию синусита включены были также средства, улучшающие регенерацию и трофику тканей - препарат Кокарнит, солкосерил.

Обследование 109 больных выявило патологию носа и придаточных пазух в 37 случаях. Обнаружены искривление перегородки носа с различной степенью тяжести затрудненного носового дыхания у 15 больных (40,5%); полипы у 2 (5,4%); кисты гайморовых пазух – 3 (8,1%), гиперплазию аденоидной ткани у всех 3 детей (100%). По результатам обследования проведено комплексное лечение, включающее неинвазивные, и при необходимости, инвазивные вмешательства, в т.ч. в режиме функциональной эндоскопической ринохирургии в специализированных подразделениях.

Анализируя результаты, следует отметить эффективность углубленного обследования и комплексного лечения пациентов с острым и хроническим РС. Помимо медицинской реабилитации это привело к уменьшению риска хронизации инфекции, частоты повторных госпитализаций с данной патологией, а также явилось экономически значимым, позволившем избежать дополнительных материальных затрат.

Выводы:

Антибактериальная терапия РС должна строиться в строгом соответствии с результатами бактериологического обследования. Для лечения гнойно-полипозных форм ХРС использовать макролиды (кларитромицин, азитромицин и рокситромицин).

Ирригационная терапия позволяет существенно повысить клинический результат неинвазивной терапии РС. Элиминация микробных возбудителей носоглотки путем орошения или аспирации уменьшает антигенную нагрузку, тем самым снижая потребность медикаментозной терапии.

Эндоназальные кортикостероиды продемонстрировали существенную эффективность в уменьшении обструкции и в сокращении размеров аденоидов.

Абсолютные показания к аденотомии при наличии апноэ или кардиореспираторного

синдрома. В менее серьезных случаях рассматриваются нехирургические вмешательства.- топические кортикостероиды и антигистаминные препараты.

Лечение патологии верхних дыхательных путей в соответствии с доказательными нормативами клинических руководств, способствует оптимизации лечения, прогнозируя вероятность риногенных осложнений, ведет к скорейшему выздоровлению.

Список литературы:

1. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD006286. DOI: 10.1002/14651858.CD006286.pub2
2. EP³OS Primary Care Guidelines(European Position Paper on the Primary Care Diagnosis and Management of Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007-a summary. Prim Care Respir J 2008; 17;2; 79-89.
3. Мокроносова М.А. Долгосрочная терапия кларитромицином больных с хроническим полипозным синуситом. Вестник оториноларингологии 2011;4;61.
4. Гаращенко Т.И. Затрудненное носовое дыхание у детей: диагностика и принципы лечения. Педиатрия 2008; 87;5; 68- 75.
5. Кюлев А.И. Ирригационная терапия верхних дыхательных путей. Пер.с болгарского-М 1997.
6. Лопатин А.С. Острые воспалительные заболевания околоносовых пазух. Consilium medicum 2005.
7. Мокроносова М.А. Ирригационная терапия полости носа с позиций доказательной медицины. Вестник оториноларингологии 2009;41; 52.
8. Палсеев Н.П. Хронические неспецифические заболевания легких. М 1985.
9. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А. Лечение синуситов. Consilium medicum 2008.
10. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух 1991.

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ

Абдихаликов Ж.А., Анамбаев А.А., Кутбаев С.К. Исаков А.Ы., Одуров Н.К.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
ЛОП отделение (Директор Анамбаев А.А. канд. мед наук., доц.),
ФПМО ОшГУ,

Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: В работе даны результаты исследования и хирургическое лечение 290 больных детей с диагнозом хронического тонзиллита у детей, оценка эффективности операции тонзилэктомии.

Ключевые слова: Хронический тонзиллит у детей, показания, тонзилэктомия.

TO THE ISSUE ON INDICATION OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS IN CHILDREN

Abdihalikova Zh.A., Anarbaev A.A., Kutbaev S.K., Isakov A.I., Odurov N.K.

Osh interoblast infant clinical hospital, ENT department (Anarbaev A.A –director, candidate of medical science, associate professor),

FPME “Faculty of Post Diploma Medical Education” OshSU,

Osh, Kyrgyz Republic.

Summary: Results of research and surgical treatment of 290 infants with chronic tonsillitis diagnosis presented in this work, measurement of effectiveness of tonsillectomy.

Key words: Infant’s chronic tonsillitis, indication, tonsillectomy.

Актуальность:

Заболеваемость хроническим тонзиллитом составляет по разным оценкам от 5 до 40%.

Проблема патологии миндалин сохраняет свою актуальность не только из-за высокой распространенности у лиц детского возраста, но и возможности инвалидизации из-за осложнений хронического тонзиллита.

Актуальность проблемы определяется сложностями проведения профилактических мероприятий, трудностями диагностики, лечения и несвоевременное направление на операцию тонзиллэктомии. На первичном уровне.

Целью данной работы явилось оценка эффективности операции тонзилэктомии и предотвращение метатонзиллярных осложнений.

Введение.

Роль миндалин как исходного очага патологических импульсов и токсико-инфекционных влияний на другие системы и органы хорошо известна. Хронический тонзиллит вызывает ряд тяжелых осложнений (местных – паратонзиллит, парафарингит и др., и общих – ревматизм, инфекционный полиартрит, острый и хронический тонзиллогенный сепсис, приобретенные заболевания сердца, мочевыделительной системы, суставов и др.).

Б.С. Преображенский считает, что в практической работе приходится нередко встречаться с определенными комплексами заболеваний, а именно: 1) заболевание небных миндалин – сердца – суставов; 2) заболевание небных миндалин – желчного пузыря – червеобразного отростка (хронический тонзиллит – холецистит – аппендицит); 3) заболевание небных миндалин – почек или почечных лоханок. [4]

Смысл санации очага инфекции заключается в предупреждении развития метатонзиллярных процессов, и мудрость врача как раз заключается в предупреждении в своевременном принятии решению о хирургическом лечении, именно в этом случае тонзиллэктомия будет носить профилактический характер, предотвращать развитие осложнений.

Уменьшение плановых тонзилэктомий в наше время связано и с изменениями социальной сферы, в том числе изменениями качества диспансерного наблюдения в поликлиниках. Это способствовало увеличению осложненных случаев хронического тонзиллита. Например, в нашей работе, за период многолетних наблюдений уменьшение количества плановых тонзиллэктомий привело к увеличению количества больных с паратонзиллярными

абсцессами. Даже успешное лечение паратонзиллярного абсцесса при нормализации самочувствия и эндоскопической картины не приводит к нормализации ряда иммунологических показателей, что свидетельствует о продолжении воспаления в миндалинах. [2,3]

В.Т. Пальчун, помимо очевидной декомпенсации хронического тонзиллита (когда решение о хирургическом лечении принимает явно с опозданием), считает целесообразным проводить тонзиллэктомию при неэффективности повторных, тщательно проведенных курсов консервативной терапии.

Таким образом, в настоящее время продолжают дискуссии о показаниях к тонзиллэктомии, а количество больных с осложненными формами хронического тонзиллита возрастает. [1]

Материал и методы исследования. В нашей работе проведен анализ историй болезни пациентов, подвергшихся тонзиллэктомии в ЛОР отделении Ошской межобластной детской клинической больницы во главе с директором больницы А.А. Анарбаевым.

Выявлено, что с января 2010 г. по декабрь 2010 г. по поводу хронического декомпенсированного тонзиллита было прооперировано 290 пациентов в возрасте от 1 до 15 лет. Из них больных мальчики – 97, девочки – 193, что составляет 33,5% и 66,5% соответственно.

Необходимо отметить, что показанием к тонзиллэктомии у пациентов явился один из следующих факторов, либо их сочетания:

Отсутствие стойкого эффекта от консервативного лечения хронического тонзиллита, проводимого в течение от 1 до 5 лет (курсы промывания лакун небных миндалин, физиотерапевтическое лечение, курсы антибиотикотерапии), частые ангины (от нескольких раз в месяц до 2-3 раз в год) – у 28 пациентов из 34 (82%);

Сопутствующий длительный субфебрилитет – у 14 пациентов (41%);

Присоединение суставного синдрома к клинической картине заболевания – у 14 пациентов (41%);

Изменения в сердечно-сосудистой

системе: появление аритмий тонзиллогенного характера – у 5 пациентов (15%), возникновение тахикардии – у 1 пациента (3%), миокардит – у 1 пациента (3%), ревматизм – у 1 пациента (3%);

Частые паратонзиллярные абсцессы (5 раз за 5 лет) – у 5 пациента (15%);

Сочетание клиники токсико-аллергической формы хронического тонзиллита с синдромом обструктивного сонного апноэ и синдром дисфагии – у 50 пациентов;

Парез голосовой складки, имеющий тонзиллогенный характер – 1 пациента (3%).

Заболевание внутренних органов, возникающие в связи со стрептококковой инфекцией (ангина или обострение хронического тонзиллита), представлены двумя основными группами:

Токсико-дистрофические и нервно-трофические поражения внутренних органов (миокардиодистрофия, расстройства функций печени, почек и др.);

Развитие в органах очагов хронического воспаления, в основном, токсико-иммунологического характера (ревматизм, острый гломерулонефрит и др.). [5,6]

При анализе метатонзиллярной патологии у исследуемой группы пациентов старше 7 лет выявлено, что у 14 (41%), детей из 34 имелись проявления суставного синдрома, у 4 (12%) – патология желчевыводящих путей (холецистит), у 6 (18%) – нарушения в деятельности мочевыделительной системы в виде пиелонефрита, изолированной протеинурии, мочевого синдрома, у 9 (27%) – изменения в сердечно-сосудистой системе.

Таким образом, большинство из исследуемой группы больных в возрасте старше 7 лет (82%) к моменту выполнения тонзиллэктомии уже страдали от развития метатонзиллярной патологии. Поскольку оперативное вмешательство при хроническом тонзиллите проводится с целью санации очага хронической инфекции и профилактики развития возможных осложнений, очевидно, что выполнение тонзиллэктомии при уже имеющихся заболеваниях, этиологически связанных с хроническим тонзиллитом, является запоздалым и нередко свидетельствует о переоценке

оториноларингологами возможностями консервативного лечения при данной патологии.

Группу сравнения составили 20 человек с хроническим тонзиллитом в возрасте от 18 до 36 лет, подвергнутые хирургическому лечению.

При анализе историй болезни группы сравнения выявлено, что у пациентов молодого возраста в структуре метатонзиллярной патологии реже встречаются тонзиллогенные поражения сердца (15%), которые также представлены как функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы (10%), так и органическими (5%) в виде миокардиодистрофии у 1 больного. Значительно реже у больных моложе 40 лет встречаются суставной синдром (5%) и патология желчевыделительной системы (0%). При анализе распространенности изменений в деятельности мочевого выделительной системы тонзиллогенного характера среди больных разных возрастных групп, значительных отличий выявлено не было. Необходимо отметить, что к моменту выполнения тонзилэктомии у только у 35% больных контрольной группы имела метатонзиллярная патология.

Показанием к тонзилэктомии у больных группы сравнения явился один из следующих факторов, либо их сочетание: в 50% случаев – отсутствие стойкого эффекта от консервативного лечения и частые ангины; в 45% – сопутствующий субфебрилитет; в 5% – суставной синдром; и в 15% случаев – изменения в сердечно-сосудистой системе.

При анализе анамнестических данных выявлено, что у большинства больных (82%) показания к тонзилэктомии были сформулированы задолго до госпитализации в ЛОР стационар (в среднем, за 2,75 года).

Интересно, заметить, что старшей возрастной группе во всех случаях инициатива в плане хирургического лечения исходила от пациентов, в беседе с врачом при обсуждении противопоказаний и факторов риска, связанных с возрастом, сопутствующим медикаментозным лечением, больные проявляли настойчивость, готовность преодолеть любые препятствия. Эта тенденция наблюдалась и в процессе лечения: больные спокойно вели себя при проведении операции под общей анестезией,

в послеоперационном периоде, что во многом связано со сформированной мотивацией к хирургическому лечению хронического тонзиллита.

Выводы:

В группе пациентов старше 1 года у 82% больных выявлена метатонзиллярная патология, что свидетельствует о запоздалом выполнении оперативного вмешательства.

К моменту выполнения тонзилэктомии большая часть пациентов в исследуемой возрастной категории (97%) имела широкий спектр сопутствующей патологии, которая увеличивает риск интра- и послеоперационных осложнений.

Показаниями для тонзилэктомии не должно являться развитие осложнений, в этом случае можно говорить об «опоздании», ошибочной врачебной тактике. Для реализации именно профилактической роли тонзилэктомии необходимо оценивать результаты консервативного лечения не столько по непосредственным результатам, сколько по отдаленным. При кратковременном улучшении самочувствия или необходимости регулярных повторных курсов лечения, особенно, если имеется тенденция к сокращению интервалов между ними, необходимо принимать решение о тонзилэктомии.

Литература:

1. В.Т.Пальчун. Воспалительные заболевания глотки / В.Т.Пальчун, Л.А.Лучихин, А.И.Крюков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 288с.
 2. М.С.Плужников. Ангина и хронический тонзиллит / М.С.Плужников, Г.В.Лавренова, К.А.Никитин. – СПб.: Изд-во Диалог, 2002. – 152с.
 3. В.А.Попа. Хронический тонзиллит / В.А.Попа. – Кишинев: Штиинца, 1984. – 252с.
 4. Б.С.Преображенский. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями / Б.С.Преображенский. – М.: Медгиз, 1954. – 207с.
 5. И.Б.Солдатов. Лекции по оториноларингологии: Учеб. Пособие / И.Б.Солдатов. – М.: Медицина, 1990. – 288с.
- Руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б.Солдатов. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1997. – 608с.

СОСТОЯНИЕ РЕЗОНАТОРНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ДИСФОНИЯМИ

Р.А.Хакимов, Д.Ф.Шамсиев

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан

Резюме: Всего было обследовано 85 пациентов с различными, наиболее часто встречающимися формами дисфоний: гипотонусной дисфонии, фонастении и рецидивирующей функциональной афонии. Сопутствующая патология носовой полости и околоносовых пазух была обнаружена у 72,9% больных с функциональными дисфониями. Голосовые нарушения на фоне заболеваний полости носа и околоносовых пазух требуют комплексного подхода к лечению. Необходимо провести полное восстановление носового дыхания, санацию очагов инфекции, а также включение схему лечения дыхательных и фонопедических упражнений.

Ключевые слова: дисфония, гипотонусная дисфония, фонастения, функциональная афония, стробоскопия.

CONDITION OF RESONATOR APPARATUS IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPHONIA.

Khakimov R.A. , Shamsiyev D.F.

Tashkent medical academy, Republic of Uzbekistan

Resume: Examined 85 patients with various most frequently occurring forms of dysphonia: hypotonic dysphonia, phonasthenia and recidivating functional aphonia. Among functional hoarseness patients concomitant diseases of nasal and paranasal cavities were identified in 72,9% cases. Voice disorders which combined with nose and paranasal diseases require comprehensive medical treatment. Full restoration of nasal breathiness, sanation of pocket of infection, also inclusion breath and phonopedic exercises are necessary as special scheme of treatment.

Key words: dysphonia, hypotonus dysphonia, phonasthenia, functional aphonia, stroboscopy.

Резонаторная система голосового аппарата представлена верхними резонаторами (полость носа, околоносовые пазухи, полость глотки, носоглотка) и нижними резонаторами (трахея, бронхи, легкие) (Ермолаев В.Г., Морозов В.П., Лебедева Н.Ф.1970; Иванченко Г.Ф., 1991).

Из физиологии носового дыхания известно, что при вдохе воздушный поток, пройдя преддверие носа, разделяется на три струи, которые проходят в нижний, средний и верхний носовой ход. При этом основная масса вдыхаемого воздуха при нормальном строении носового клапана, перегородки носа и носовых раковин идет через общий носовой ход вдоль средней носовой раковины, состояние носового клапана определяет степень сопротивления воздушному потоку. В области носового клапана происходит завихрение воздушного потока, что приводит к оседанию на слизистой оболочке передних отделов полости носа различных частиц и микрофлоры. Поэтому в этой области на участке 1-1,5 см движение ресничек направлено к входу в нос. Носовой полости отведена важная роль в переходе атмосферного воздуха в легкие (Пискунов Г.З. 2000).

Известно, что полость носа выполняет важную резонаторную функцию, улучшая тембральную окраску голоса. При нормальном

состоянии резонирующих полостей раздражение тройничного нерва, иннервирующего полость носа и околоносовые пазухи, вызывает рефлекторное сокращение гортанных мышц и способствует повышению силы и яркости голоса. Вибрационные раздражения, воздействуя на нервные окончания, поднимают также тонус симпатической нервной системы (Василенко Ю.С., 1971; Дмитриев Л.Б., Телелева Л.М., Таптапова С.Л., 1990;).

Все острые и хронические заболевания полости носа, сопровождающиеся отеком слизистой оболочки, нарушением носового дыхания, неблагоприятно сказываются на состоянии нижних дыхательных путей (Муминов А.И., 1965), а также приводят к изменению голоса и речи. Это создает условия для возникновения функциональных голосовых расстройств и ухудшения его динамических свойств: понижению звучности и высоты голоса, уменьшению в нем высоких нот и внятности, появлению неприятных оттенков и матовости звука. После восстановления дыхания через нос у больных с функциональными дисфониями акустические показатели голоса значительно улучшаются. Согласно резонансной теории искусства пения выделены семь важнейших функций певческих резонаторов: энергетическая,

генераторная, фонетическая, эстетическая, защитная, индикаторная и активизирующая. При любом заболевании полости носа и околоносовых пазух происходит изменение их объема, слизистой оболочки, снижение рефлекторной активности тройничного нерва. Поэтому, даже клинически мало выраженные заболевания носа и околоносовых пазух вызывают ухудшения качества голоса. Заболевания полости носа и околоносовых пазух нарушают как резонаторную,

слуховую оценку голоса), так и объективную при помощи выполнения не прямой ларингоскопии, фиброларингоскопии и стробоскопии. При осмотре обращали внимание на цвет слизистой оболочки гортани и голосовых складок, ровность их контуров, комиссуру, состояние межчерпаловидного пространства, объём движений всех частей гортани, ширину просвета голосовой щели на вдохе и её форму при фонации.

Из 85 обследованных больных с

Таблица 1

Сопутствующая патология у больных со стойкими функциональными нарушениями голоса

Диагноз	Гипотонусная дисфония	Фонастения	Р е ц и д и - в и р у ю щ а я функциональная афония	Всего
Вазомоторный ринит	12	1	-	13
Искривление носовой перегородки	15	3	2	20
Гипертрофический ринит	7	2	1	10
Острый гайморит	1	-	-	1
Острый этмоидит	-	1	-	1
Хронический гайморит	2	3	4	9
Хронический этмоидит	1	4	3	8
Всего	38	14	10	62

так и голосообразовательную функции.

С целью оценки функционального состояния носовой полости, околоносовых пазух и носоглотки у больных с дисфониями, а также определения роли воспалительной патологии данной области в развитии функциональных заболеваний гортани сопровождающимися нарушением голоса нами было обследовано 85 пациентов с различными, наиболее часто встречающимися формами дисфоний. Эти заболевания отличаются стойкостью течения и не всегда эффективным лечением, в связи с чем мы ограничились изучением трёх наиболее сложных форм функциональных заболеваний голосового аппарата - гипотонусной дисфонии, фонастении и рецидивирующей функциональной афонии. Исследование выполнялось на базе ЛОР клиники и поликлиники Ташкентской Медицинской Академии.

Схема обследования пациентов включала тщательный сбор анамнеза, оториноларингологический и фоноатрический осмотры, оценку голоса как субъективную (определение времени максимальной фонации,

различными функциональными дисфониями у 62 (72,9%) обнаружена сопутствующая патология носовой полости и околоносовых пазух. Данные о распределении сопутствующей патологии носовой полости и околоносовых пазух представлены в таблице 1.

Из данных представленных в таблице 1 видно что, у пациентов с гипотонусной дисфонией чаще встречаются заболевания приводящие к затруднению носового дыхания: вазомоторный ринит, искривление носовой перегородки и гипертрофический ринит (89,4%). У больных этой группы был выявлен гипотонус голосовых складок с гиперфункцией вестибулярных, который можно рассматривать, как компенсаторную функцию на форсированную подачу голоса при длительном нарушении носового дыхания. При нарушении носового дыхания уменьшается или исчезает носоглоточный импеданс подскладковому давлению, что проявляется в снижении тонуса голосовых мышц.

У обследованных нами больных это проявилось в виде гипотонусной дисфонии.

Вместе с тем у пациентов с фонастениями и рецидивирующей функциональной афонией чаще диагностируется воспалительная сопутствующая патология носа и околоносовых пазух: хронические гаймориты и этмоидиты (50-70%). Развитие функциональных нарушений голоса у больных данной группы с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух обусловлено рядом факторов, к которым следует отнести и нарушение носового дыхания и раздражающее воздействие на слизистую оболочку гортани слизи и токсинов.

Наиболее частой причиной возникновения нарушения голоса у обследованных нами больных со стойкими функциональными нарушениями голоса явились острые или обострения хронических заболеваний верхних дыхательных путей. Кроме этого некоторые больные в качестве причины возникновения заболевания отмечали перенесенный стресс и перенапряжение голоса. Как правило, имелаась комбинация этиологических факторов, а пусковым механизмом явилось острое или обострение хронического воспалительного заболевания верхних дыхательных путей, что явилось основной причиной возникновения функциональных дисфоний. С целью профилактики голосовых нарушений у больных с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух в первую очередь необходимо восстановить носовое дыхание и обучить этих больных правильному фонационному дыханию, голосоуправлению и голосообразованию.

Одним из наиболее частых вариантов нарушений анатомических элементов носовой полости является искривление носовой перегородки, возникновение которой, как известно, связано с врожденными дефектами развития организма, травмой четырехугольного хряща при родах, а также с разницей в скорости роста носовой перегородки и костями лицевого черепа.

Нарушение архитектоники носовой

полости является причиной сложной перестройки физиологических механизмов в начальных отделах респираторного тракта. В ряде случаев это приводит к более серьезным последствиям местного и общего характера. В нашем исследовании назализация голоса проявилась закрытой ринофонией у 67,4% обследованных.

Таким образом, несмотря на большое количество работ, отражающих влияние резонаторного аппарата на функциональное состояние гортани у больных с дисфониями до настоящего времени не определено значение очагов инфекции носовой полости, околоносовых пазух и носоглотки в патогенезе функциональных дисфоний. В связи с этим дальнейшие исследования вопросов этиологии, клинических проявлений и состояния носовой полости, околоносовых пазух и носоглотки у больных с дисфониями является актуальным и отвечает запросам современной оториноларингологии.

Список литературы:

1. Василенко Ю.С. Заболевания гортани у педагогов. // Вестник оториноларингологии, 1971, №6, с.5-9.
2. Дмитриев Л.Б., Телелева Л.М., Таптапова С.Л. Фониатрия и фонопедия// М. Медицина, 1990.- 271 с.
3. Ермолаев В.Г., Морозов В.П., Лебедева Н.Ф. Руководство по фониатрии// Л. Медицина.- 1970.- 270 с.
4. Иванченко Г.Ф. Применение видеоларингоскопии и видеоларингостробоскопии в фониатрической практике // Вестн. оторинолар. - 1991,- №3.-С. 38-41.
5. Муминов А.И. Состояния носа и его придаточных пазух у больных с хроническим гнойным неспецифическим процессом в легких. // Вест, оториноларингологии, 1965, №5, с.59-62.
6. Пискунов Г.З. Исследование аэродинамики воздушного потока в полости носа. Росс. ринология.- 2000.-№2.- с. 12-16.

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СРЕДИННЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ

Алиметов А.Х., Алиметов Х.А.

Казанская государственная медицинская академия
Казанский государственный медицинский университет

COMPARISON OF CLINICAL SYSTEM EFFECTS OF SURGICAL TREATMENT OF MIDDLES STENOSIS LARINGS

Alimetov A.X., Alimetov X.A.

Введение

В настоящее время предложено много различных способов хирургического лечения срединных стенозов гортани. Клиническую эффективность лечения срединных стенозов гортани можно определить по восстановлению дыхательной функции, снижению возможности рецидива стеноза и сроков излечения.

Целью настоящего исследование стало сравнение клинической эффективности двух способов хирургического лечения срединных стенозов гортани.

Материалы и методы

В зависимости от способа операции выделено 2 группы больных. В группе 1 (11 человек) хирургическое лечение заключалось в рассечении передней и задней стенок гортани по средней линии, разведении половин гортани в стороны и фиксации в этом состоянии при помощи трубки-дилататора, фиксированной к коже. Рану послойно ушивали. Дыхание осуществлялось через трахеостому. В группе 2 (6 человек) вышеописанная операция дополнена подшиванием пластин щитовидного хряща к большим рогам подъязычной кости.

Результаты

В группе 1 через 1,5-2 месяца трубку-дилататор удаляли через рот при помощи прямой опорной микроларингоскопии. Одновременно удаляли и грануляции, появившиеся в гортани вследствие длительного ношения трубки. При малых сроках ношения трубки-дилататора эффект лечения оказывался нестойким, половины гортани приближались друг к другу и стеноз возобновлялся. Так у 3 больных после удаления трубки-дилататора через 3 недели после операции, стеноз возобновлялся в течение 6-8 месяцев, по поводу чего им повторно произведена операция. В группе 2 удаление трубки-дилататора произведено через 4 недели и восстановление дыхательной функции было стойким.

Выводы

Способ лечения срединного стеноза гортани с фиксацией пластин щитовидного хряща к большим рогам подъязычной кости сокращает сроки ношения трубки-дилататора и обеспечивает стойкое восстановление просвета гортани, что свидетельствует о его высокой клинической эффективности.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СРЕДИННОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ

Алиметов А.Х., Алиметов Х.А.

Казанская государственная медицинская академия
Казанский государственный медицинский университет

THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF MEDIA LARYNGS STENOSIS

Alimetov A.X., Alimetov X.A.

Целью настоящего исследования стала разработка способа хирургического лечения срединных стенозов гортани, позволяющего снизить травматичность хирургического лечения стенозов и повысить тем самым эффективность лечения, резко уменьшить рецидивы заболевания, сократить длительность стационарного лечения.

Предлагаемый способ осуществляют следующим образом: больного укладывают на спину. Операционное поле обрабатывают раствором антисептика, ограничивают стерильными простынями. Под общим обезболиванием (наркоз через естественные пути) проводят разрез мягких тканей шеи по средней линии, от уровня подъязычной кости, до уровня 30го кольца трахеи. Мягкие ткани разводят в стороны, обнажают тело подъязычной кости, щитовидный хрящ, дугу перстневидного хряща и верхние три кольца трахеи. Во втором кольце трахеи устанавливают отверстие, формируют трахеостому и операцию продолжают с интубацией через трахеостому. Щитовидный хрящ рассекают по средней линии, вскрывают просвет гортани, затем также по средней линии рассекают печатку перстневидного хряща. Мобилизованные таким образом половины гортани разводят в стороны и в просвет гортани вставляют трубку-дилататор. Для дополнительной и надёжной фиксации половин гортани в заданном положении их фиксируют путём наложения лигатуры,

проведенной через верхний край щитовидного хряща к большому рогу подъязычной кости на расстоянии 1 см от места отхождения малого рога. Тем самым, передневерхний край гортани подтягивают к месту наложения лигатуры. Аналогично проводят наложение лигатуры и на противоположной стороне. В результате подъязычная кость выполняет своеобразную роль распорки между разведёнными половинами гортани.

Если при обычном методе трубка-дилататор находится в просвете 3-4 месяца, при использовании данного метода трубку-дилататор можно убрать через 3 недели. За это время между рассечёнными половинками гортани в межхрящевом пространстве формируется интерпозиция тканей, после удаления трубки-дилататора разведённые половины гортани остаются в заданном положении. В данном случае дополнительная фиксация гортани к подъязычной кости и использование её в качестве распорки укорачивает сроки нахождения трубки-дилататора до 3-х недель и укорачивает сроки излечения. После удаления трубки-дилататора удаляется и трахеостомическая трубка и больной переходит на дыхание через естественные пути. Способ позволяет добиться снижения травматичности хирургического лечения, уменьшения рецидивов заболевания и сокращения длительности стационарного лечения.

АНГИОФИБРОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Насыров В.А.

заведующий кафедрой ЛОР-болезней КГМА им.Ахунбаева И.К.

Бишкек, Кыргызстан

Резюме: В данной работе приведены сведения о диагностике юношеской ангиофибромы основания черепа, а также приводятся основные методы лечения.

Ключевые слова: юношеская ангиофиброма основания черепа, диагностика, лечение, перевязка наружных сонных артерий, носоглотка.

ANGIOFIBROMA OF CRANIUM BASE – DIAGNOSIS AND TREATMENT.

Nasirov V.A.

Resume: In this job reducing introductions of diagnosis junior angiofibroma of cranium base and reducing principal methods of treatment.

Key words: junior angiofibroma of cranium base, diagnosis, treatment, bandagind of external carotid arteries, throat.

Юношеская ангиофиброма основания черепа – достаточно редко встречающееся заболевание. Однако среди новообразований носоглотки ангиофиброма занимает первое место (53,6%). В основном эта патология наблюдается у юношей в возрасте от 9 до 28 лет. Диагностика юношеской ангиофибромы основания черепа, в частности дифференциальная, особенно на ранних стадиях заболевания является проблематичной. Отсутствуют четкие критерии в оценке результатов рентгенологического обследования и методов радиологического исследования, которые нередко приобретают решающее значение при выборе тактики лечения. В литературе не получило достаточного освещения своеобразие клинического течения юношеской ангиофибромы основания черепа при рецидивировании [1, 2]. Рецидивирование юношеской ангиофибромы основания черепа в послеоперационном периоде наблюдается в ближайшие (1-6 месяцев) и отдаленные (1-5

лет) сроки и достигают 55-60%. Значение своевременного обнаружения юношеской ангиофибромы основания черепа заключается в том, что оперативное лечение на ранней стадии развития опухоли, локализованной в носоглотке, протекает с меньшей кровопотерей и травматизацией [8]. На поздних стадиях, при распространенной опухоли, особенно при прорастании ее в полость черепа, лечение становится проблематичным и нередко приводит к рецидивам, требующим повторные объемные оперативные вмешательства, а возможно становятся неоперабельными. Из сказанного следует, что только тщательная верификация и первичная тактика хирургического вмешательства на основе современных методик и технологий, а также адекватное ведение в послеоперационном периоде может дать положительные результаты лечения данной патологии [5, 6].

Исходя из вышеизложенного нам хотелось

Таблица №1

Распределение больных в зависимости от возраста и пола.

Общее количество больных	10-13 лет	14-17 лет	18-21 год	старше 21 года
77	18	38	15	6
100%	23,4%	49,3%	19,5%	7,8%

Общее количество больных	Мужчины	Женщины
77	75	2
100%	97,4%	2,6%

Таблица №2

Распределение больных на клинические группы в зависимости от характера диагностики и полученного лечения.

Клинические группы	Количество больных	Методы диагностики и характер получаемого лечения
Основная группа	n=47	Риноскопия, пальпация, рентгенография носоглотки, компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансное исследование, биопсия, ангиография, эндоскопическое исследование в до- и послеоперационном периоде, доплерография. Хирургическое лечение: доступ по Муру, челюстно-лицевой доступ Рзаева-Погосова, через естественные пути. Использовался гемостатический материал DNT. Стандартное послеоперационное лечение.
Контрольная группа	n=30	Риноскопия, пальпация, рентгенография носоглотки, компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансное исследование, биопсия. Хирургическое лечение: доступ по Муру, Денкеру, Лауэрс-Баллону и через естественные пути. Стандартное послеоперационное лечение.

Таблица №3

Распределение больных по длительности заболевания.

Общее количество больных	До 6 месяцев	От 6 месяцев до 1 года	От 1 до 2 лет	Более 2 лет
77	4	11	33	29
100%	5,2%	14,3%	42,8%	37,7%

Таблица №4

Распределение больных по стадиям заболевания.

Общее количество больных	1 стадия	2 стадия	3а стадия	3б стадия	4 стадия
77	6	15	31	23	2
100%	7,8%	19,5%	40,2%	29,9%	2,6%

показать:

- Ценность малоинвазивных эндоскопических методов и их значение в диагностике юношеских ангиофибром основания черепа в до- и послеоперационном периодах.
- Изучили изменение кровотока в

бассейне наружных сонных артерий после их перевязки при хирургическом лечении юношеской ангиофибromы основания черепа с помощью ангиографии, УЗДГ (ультразвуковая доплерография).

- По мере проведения нашей работы мы

исследовали и систематизировали особенности патоморфологического строения юношеской ангиофибромы основания черепа.

Нет костной деструкции.

2 стадия - размеры опухоли соответствуют 1 стадии, но процесс распространяется в

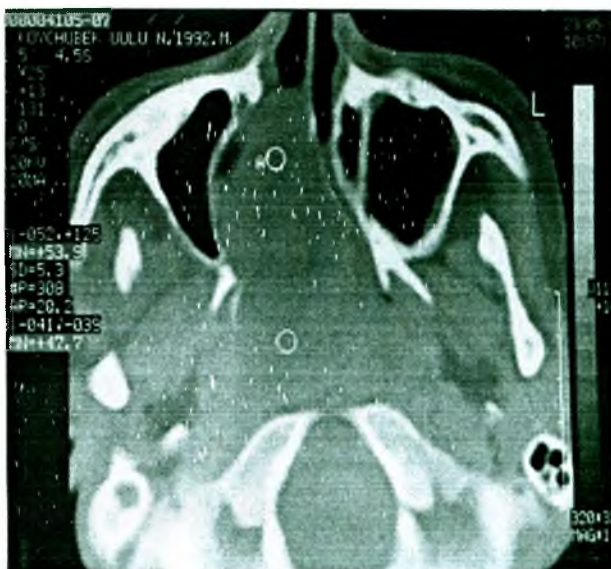
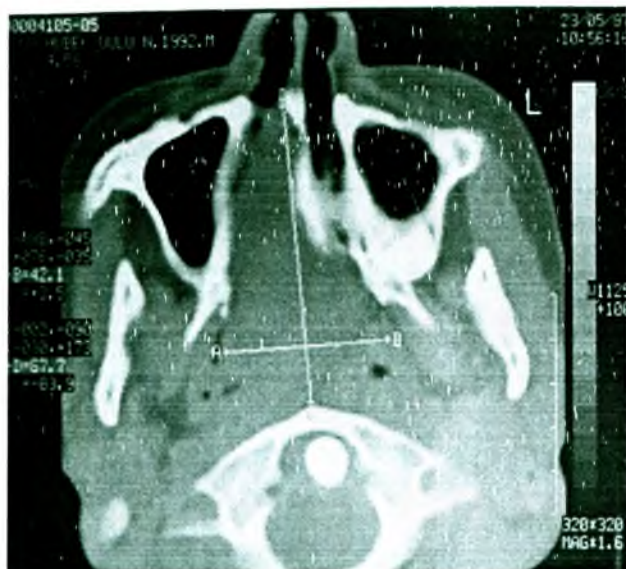


Рисунок 1.
Компьютерная томограмма больного 14 лет с ЮАОЧ.

Классификация ЮАОЧ по стадиям по Погосову [4]:

I стадия — опухоль локализуется в носоглотке, может проникать в полость носа.



Рисунок 2.

верхнечелюстную пазуху, клетки решетчатого лабиринта и клиновидную пазуху. В этой стадии наблюдается костная деструкция.

3 стадию подразделяют на две:

3а стадия - опухоль соответствует 2 стадии, однако, распространяется в крылонебную ямку.

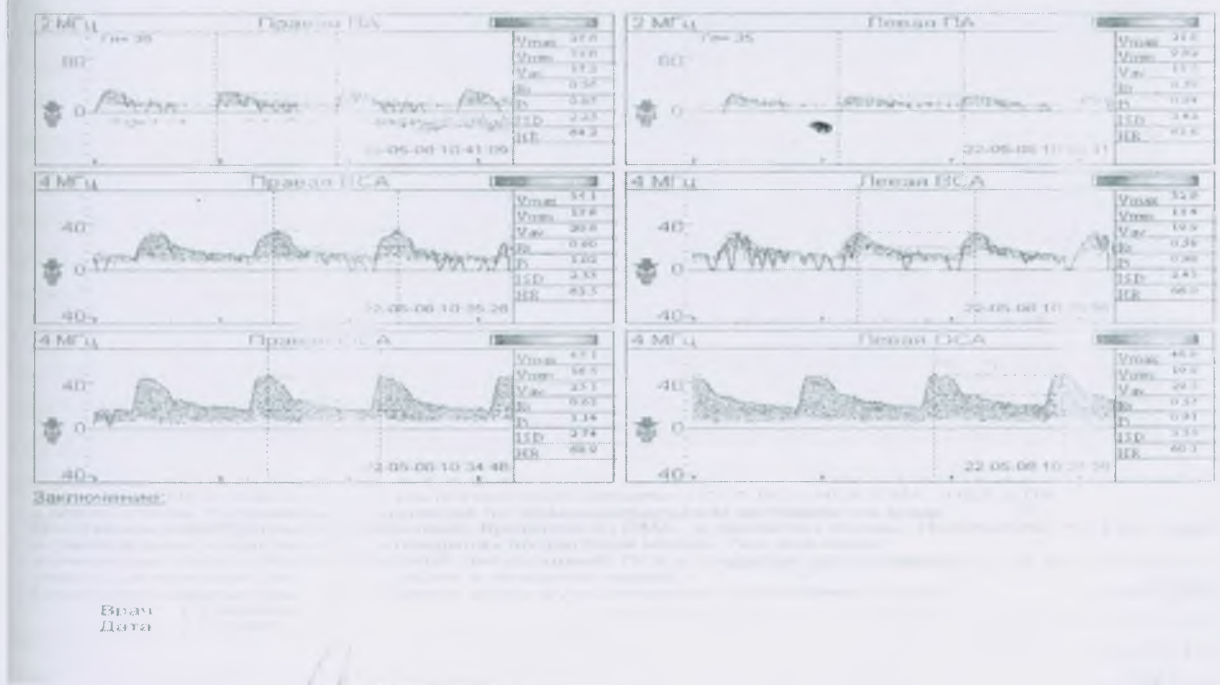
3б стадия - размеры опухоли соответствуют 2 или 3а стадии, но в процесс вовлекаются орбита и подвисочная ямка.

4 стадия - опухоль соответствует любой из перечисленных стадий, но распространяется в полость черепа.

Использование результатов ангиографии, как показание к перевязке наружной сонной артерии [3, 7].

• при юношеских ангиофибромах происходят изменения нормальной картины сосудистого рисунка, касающиеся в основном ветвей верхнечелюстной и восходящей глоточной артерий:

- смещение сосудов;
- наличие новых дополнительных сосудов (сосудистой сети) «опухолевого» типа внутри образования;
- изменение калибра сосудов;
- задержка контрастного вещества в сосудах опухоли.



Определение сроков восстановления каротидной цепи с помощью УЗДГ

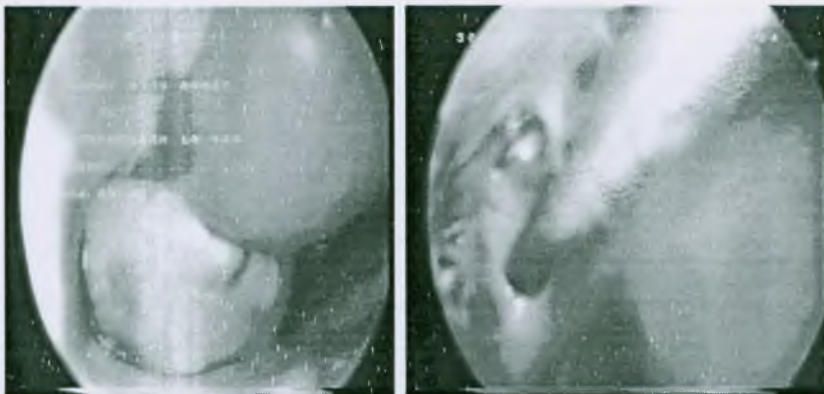


Рисунок 3.

Эндоскопическая картина в предоперационном периоде.

Эндоскопическое исследование подтверждает, дополняет, а иногда меняет представление о состоянии задних отделов носа, носоглотки. Это, главным образом, относится к больным, перенесшим операцию по поводу ЮАОЧ с подозрением на рецидив.

Морфологически было изучено 67 препаратов юношеских ангиофибром основания черепа. В 47 наблюдениях удаленная опухоль была подвергнута тотальному исследованию в виде гистограмм при помощи бинокулярного светооптического микроскопа фирмы «Nikon» eclipse 50i, что представляется важным для уточнения характера роста опухоли и ее гистогенеза. Из имеющегося материала

особое внимание было обращено на рецидивы опухоли с целью выявления особенностей их морфологического строения после повторных оперативных вмешательств.

Учитывая наличие разнообразных структур в разных отделах опухоли, определяемых на гистограммах, можно выделить две группы с преимущественным превалированием тех или других морфологических признаков: сосудисто-фиброзный тип ангиофибромы – 38 человек; клеточный тип ангиофибромы – 9 человек.

Исследованные опухолевые ткани являются мезенхимальными опухолями и по морфологическому строению относятся к преимущественно сосудисто-фиброзному типу.



Рисунок 4.
Схематическое изображение оперативных доступов.

- по Лауэрс-Баллону
- по Денкеру
- по Муру
- по челюстно-лицевой доступ по Рзаеву-Погосову

многие клинические наблюдения, является наиболее кровоточащим по сравнению с клеточным типом ангиофибромы.

В целях профилактики рецидивов ЮАОЧ на наш взгляд необходимо тщательное эндоскопическое исследование послеоперационной полости в раннем послеоперационном периоде, на предмет остатка опухоли. Эндоскопическое же исследование в дооперационном периоде при 1 и 2 стадии позволяет определить размеры, распространенность, тип роста ЮАОЧ, а также выполнить наиболее прицельно гистологический материал из разных участков опухоли с минимальной кровопотерей.

На основании данных ангиографии, доказывающих приоритетное кровоснабжение ЮАОЧ из системы наружных сонных артерий, перевязка этих сосудов позволяет значительно снизить кровопотерю во время операции

Таблица №5

Распределение больных в зависимости от использованных оперативных доступов.

Общее количество операций	Доступ через естественные пути	Челюстно-лицевой доступ по Рзаеву-Погосову	Доступ по Муру	Доступ по Лауэрс-Баллону	Доступ по Денкеру
77	14	21	39	2	1
100%	18,2%	27,3%	50,6%	2,6%	1,3%

Данный тип, как показали

Таблица №6

Распределение операций по характеру осложнений

Общее количество операций	Без осложнений	Носовое кровотечение, постгеморрагическая анемия	Частичная или полная атрофия зрительного нерва	Летальный исход
77	64	11	1	1
100%	83,1%	14,3%	1,3%	1,3%

1. Анютин Р.Г., Кременецкая Л.Е. – 1999. – 12 с.
Клинико-анатомические формы юношеской ангиофибромы основания черепа // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1990. - №3. – С.52-54.
2. Коновальчиков Г.Д. Клиника и лечение больных с юношеской ангиофибромой носовой части глотки // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1990. - №5. – С.39-41.
3. Пашкова С.В. Роль ангиографии и эмболизации ветвей наружной сонной артерии. – Автореферат диссер. к.м.н., Спб. – 2004.
4. Погосов В.С., Мирошниченко Н.А., Архипова Ю.В., Акопян К.В. / Несколько наблюдений профузных кровотечений, потребовавших перевязки наружной сонной артерии. // Вестник оториноларингологии. – М. 1999. – №6. – С.28-30.
5. Поддубный Б.К., Белоусова Н.В., Унгиадзе Г.В. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей. – М.: - 2006. – С.45-47.
6. Савин А.А. / Эффективность компьютерной томографии при оценке распространенности опухолей глотки. // Вестник оториноларингологии. – 1999. - №6. – С.28-30.
7. Amadee R., Klaeyle B., Manu W. et al. Juvenile angiofibromae: A 40-years surgical experience // ORL. – 1989. – Vol. 51, №1. – P.56-61.
8. Radkowski D., McGill T., Healy G.B. et al. Angiofibroma. Changes in staging and treatment // Arch. Otolaryng. Head Neck Surg. – 1996. – Vol.122, №2. – P.122-129.

СОСТОЯНИЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кадыров М.М.

Кафедра ЛОР-болезней КГМА

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе проведены исследования по изучению психо-эмоциональной сферы у больных с опухолями головы и шеи. Анализ результатов исследования показал, что тревожно-депрессивное состояние типичны для этой категории больных и подтверждены экспериментально-психологическим обследованием.

Ключевые слова: психо-эмоциональное состояние, тревога, депрессия, ЛОР-онкология, хирургическая и лучевая терапия.

PSYCHO-EMOTIONAL CONDITION OF PATIENTS WITH NEOPLASM OF ENT-ORGANS

Kadyrov M.M.

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The researches on studying mentality-emotional sphere at patients with a tumour of a head and a neck has been conducted in present work. The analysis of the results of research displayed that a disturbing-depression are typical for this category of patients and are confirmed with experimental-psychological inspection.

The key words: a mentality-emotional condition, alarm, depression, oncology, surgical and beam therapy.

В современной онкологии прослеживается отчетливая диспропорция между постоянно усложняющимися и совершенствующимися методами специального онкологического лечения и недостаточностью знаний о характере, особенностях и степени выраженности психических реакций у онкологических больных [1]. Многие авторы указывают на то, что онкологическое заболевание является стрессовой ситуацией для больного, наличие

которой обуславливает появление психогенных реакций, преимущественно в виде общего беспокойства, страха, тревоги, депрессии [2, 6, 8]. Это объясняется сочетанным воздействием на психику онкологического больного целого ряда факторов: прежде всего чрезвычайного по силе и продолжительности действия психотравмирующего влияния (факт возникновения новообразования и обусловленные этим социальные, психологические и другие

последствия), выраженного воздействия астенизирующего фактора (как следствие самого заболевания, так и применяемых методов лечения). Распространенность пограничных нервно-психических расстройств у этих больных составляет, в зависимости от локализации опухолевидного процесса и стадии заболевания, от 92,25 до 100% [3, 4].

Хирургическая и лучевая терапия, по отдельности или в сочетании, все еще средство выбора и зависят от таких факторов, как стадия и вид опухолевидного процесса, доступность, а также ожидаемая функция органа после лечения [5, 7]. Многие жизненно-важные функции такие, как жевание, глотание, речь, изменение вкуса и запаха, могут быть нарушены как до, так и после лечения. Даже небольшие нарушения анатомической целостности в результате хирургического вмешательства могут привести к значительной дисфункции и обезображиванию, вызывая психологические проблемы, и поэтому, новообразования ЛОР-органов считается крайне травматичными для психики [9, 10].

Для исследования психо-эмоциональной сферы нами было обследовано 128 мужчин и 9 женщин в возрасте от 14 до 70 лет. Среди них было у 39 больных рак гортани, у 34 – новообразования носа и ее придаточных пазух, рак глотки у 7 больных, гортаноглотки – 15; после фасциально-фулярной лимфодулоэктомии обследовано 18 больных с метастазами рака в шейные лимфоузлы и с внеорганными опухолями шеи. Больных с ангиофибромой было 24. Исследуемые больные были разделены нами в зависимости от выраженности симптомов тревоги и от типа взаимодействия с болезнью на 2 группы:

психоневротический и психосоматический тип пациентов. Детей до 14 лет и мужчин после 70 лет для исследований психоэмоциональной сферы не привлекали.

Исследования больных показали, что ведущими расстройствами у этих больных были: аффективные расстройства, включая депрессивные и тревожные. В дооперационном периоде большая часть обследованных больных предъявляла жалобы на головные боли и боли в области локализации опухолевого процесса, затрудненное глотание, дыхание, быструю утомляемость, бессонницу. Дальнейший опрос позволил выявить сниженное настроение, утрату интересов, выраженную тревогу, трудность сосредоточения, неусидчивость, неспособность расслабиться. При опросе жалоб часть пациентов 96 (70%) из 137 свое состояние связывало с имеющимся опухолевым заболеванием и с психоэмоциональными факторами (переживание имеющегося тяжелого, неизлечимого заболевания, страхом перед предстоящей операцией, страхом смерти, страхом иметь социальные ограничения, связанные с послеоперационным дефектом, трахеостомой). Прогноз заболевания эта группа определяла как неблагоприятный, но при этом позволяла активно от себя предлагать терапию, более новые совершенные методы лечения и, зачастую, ориентировалась на престижные виды. Экспериментально-психологическое обследование у этих пациентов по шкале Спилбергера-Ханина показывало при средних показателях личностной тревожности высокие показатели реактивной тревожности (Психоневротический тип).

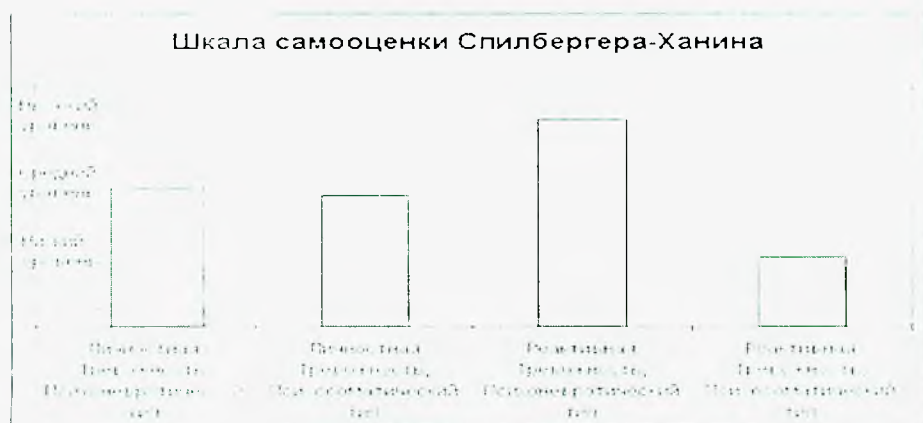


Рис. 1. Шкала самооценки Спилбергера-Ханина (в баллах)

Другая же часть пациентов – 41 (30%) из 137 обследуемых больных, напротив, зная о своем заболевании и метастазах у них опухолевых клеток в различные органы, говорила об отсутствии серьезного, тяжелого заболевания (с-м отрицания). Эта же часть пациентов отмечала, что имеющееся заболевание приносит им лишь физические страдания, такие как трудность глотания, отсутствие голоса, затрудненное дыхание, исключая психические. Прогноз своего заболевания эта группа определяла как благоприятный и отказывалась от проводимых методов лечения, из-за отсутствия якобы необходимости в них.

Экспериментально-психологическое обследование по шкале самооценки Спилбергера-

Ханина (в баллах) показало при имеющемся среднем уровне личностей тревожности, низкий уровень реактивной тревожности. (Психосоматический тип рис. 1). Результат до 30 баллов – низкий уровень тревожности, 31-45 баллов – средний уровень тревожности, 46 и выше – высокий уровень тревожности.

Уровень депрессии по шкале Цунга и шкале Гамильтона для оценки депрессии у них был низок.

Одним из главных показателей до операции было усугубление у больных психоэмоциональных расстройств (тревога, депрессия) связанных с предстоящей операцией, беспокойством развития осложнений и их последствиями. Частота высокого уровня тревоги

Таблица 1.
Количественная характеристика уровня депрессии по шкале Цунга у больных с новообразованиями головы и шеи до хирургического лечения

Выраженность симптомов (в баллах)	Психоневротический тип (n, %)	Психосоматический тип (n, %)	Всего:
<50 норма	-	-	-
50-59 легкая депрессия	5	3	8
60-69 умеренная депрессия	21	25	46
>70 выраженная депрессия	70	13	83
Средний балл ($M \pm m$)	72,4±6,6	64,6±4,8	68,75±5,0
P		P<0,05	
Всего:	96 чел	41 чел	137 чел

Таблица 2.
Динамика уровня тревоги до и после хирургического лечения больных с новообразованиями головы и шеи по шкале Спилбергера-Ханина (< 45)

Тип нервной системы	до лечения ($M \pm m$)	после лечения на 10-й день ($M \pm m$)	ч/з 6 мес. ($M \pm m$)	ч/з 12 мес. ($M \pm m$)
Реактивная тревога				
Психоневротический тип	58,4±4,6	42,5±3,9	41,3±2,6	39,4±3,0
Психосоматический тип	38,5±5,0	34,1±2,8	31,4±2,6	33,0±2,6
P	P>0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05
Личностная тревога				
Психоневротический тип	43,7±4,5	40,8±3,4	39,6±2,0	37,8±2,3
Психосоматический тип	42,2±4,6	40,6±3,2	40,0±2,3	37,1±3,6
P	P>0,01	P<0,05	P<0,05	P<0,05

отмечается у больных с психоневротическим типом: 56 больных с реактивной тревогой, личностной тревогой – 40 больных. В то же время как у больных с психосоматическим типом реактивная тревога проявилась у 16, а личностная у 25 больных.

Ниже в таблице 1 отражен уровень депрессии по шкале Цунга в дооперационном периоде.

Р – при сравнении Психоневротического типа с Психосоматического типа

Динамика уровня депрессии до и после хирургического лечения больных с новообразованиями головы и шеи по шкале Цунга (n < 50)

Тип нервной системы	до леч. (M ± m)	после лечения на 10 день (M ± m)	ч/з 6 мес. (M ± m)	ч/з 12 мес. (M ± m)
Психоневротический тип	72,4±6,6	56,4±7,8	57,0±4,6	52,8±5,0
Психосоматический тип	64,6±4,8	52,0±6,6	55,3±7,6	51,1±7,5
Р	P>0,05	P>0,01	P<0,05	P<0,05

Как видно из этой таблицы большая частота депрессивных выраженных депрессивных расстройств наблюдалась у пациентов с психоневротическим типом (73%). Наименьшая частота случаев выраженной депрессии наблюдалась у больных с психосоматическим типом (32%).

Всем 137 больным с новообразованиями головы и шеи были произведены обширные хирургические вмешательства в сочетании с одно- или двусторонней перевязкой наружной сонной артерии или внутренней яремной вены, которые вызывали у них в той или иной степени нарушением церебральной гемодинамики, которые в свою очередь способствовали появлению у них различные психопатологических расстройств, которые проявлялись повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, ранимостью, гиперестезией к различным раздражителям, упорной головной болью, головокружением. У них имели место признаки снижения внимания, памяти и мышления. В таблице 2 показана динамика уровня тревоги до и после лечения по шкале Спилберга–Ханина.

Уровень тревоги в ближайшем

послеоперационном периоде и через 12 месяцев, у лиц с психоневротическим и психосоматическим типом реактивная и личностная тревога не исчезает, а лишь имеет тенденцию к снижению на 5-20%.

Уровень депрессии в динамике до- и послеоперационном периоде отражен в таблице 3.

Такая же закономерность выявлена и при анализе уровня депрессии у больных в ближайшем послеоперационном периоде и через

Таблица 3.

Динамика уровня депрессии до и после хирургического лечения больных с новообразованиями головы и шеи по шкале Цунга (n < 50)

12 месяцев.

Таким образом, новообразования головы и шеи являются одними из наиболее тяжелых и жизненно опасных заболеваний. После хирургического вмешательства больные нуждаются в квалифицированных лечебно-профилактических, а также реабилитационных мероприятиях, направленных на улучшение качества жизни этих пациентов.

Литература

1. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкологических больных: Метод. реком. – Л., 1983. – 34 с.
2. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных // Вопросы онкологии – 1996. - № 5. - С. 86-89.
3. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В., Амирасланов А.Т. Реабилитация онкологических больных. - М.: Медицина, 1988.- 272 с.
4. Гончарук Л.Е., Иванченко Г.Ф., Орлова О.С. Психологическая коррекция в реабилитации больных с посттравматическими деформациями гортани: Матер. к зональной научно-практической конференции оториноларингологов.

- Иркутск, 1990. - С. 223-224.

5. Донцкая А.Г., Чуликова В.А., Шиповников Н.Б. Роль и задачи психолога в обследовании и лечении онкологических больных // Вопр. онкол. - 1998. - № 10. - С. 90-98.

6. Дормаков В.В. Клиническая реабилитация больных на этапах хирургического и комбинированного лечения рака гортани: дис... д-ра мед. н. - М. 1999. - 224 с.

7. Кадыров М.М., Насыров В.А. Состояние психоэмоциональной сферы и органов чувств у больных с опухолями головы и шеи. // Наука и новые технологии. - 2001. - № 3. - С. 76-77.

8. Маринова Т.Ю. Психологические

особенности онкологических больных, их значения для врачей онкологов. // Вестник Московского онкологического общества. - 2001 - № 3. - С. 2 - 3.

9. Amin M.A, B.M.W.Bailey, b.Swinson, H.Witherow. Use of the buccal fat pad in the reconstruction and prosthetic rehabilitation of oncological maxillary defects. // The British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. - 2005. - N43. - P.148-154.

10. Hellbom M., Brandberg Y., Glimelius B. Individual psychological support for cancer patients: utilization and patient satisfaction // Patient Educ. Couns. - 1998. - Vol. 34. - P. 247- 256.

К РАЦИОНАЛИЗАЦИИ МЕТОДИЧЕСКИХ ОСНОВ УДАЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Шалабаев Б. Д.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии
Кыргызско-Российского Славянского университета,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлен анализ обследования и хирургического лечения 253 больных с злокачественными, доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) отличающимися деструктивным ростом.

Изложены и обоснованы достоинства и недостатки различных вариантов хирургических доступов.

Ключевые слова: злокачественные, доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛЮ), хирургическое лечение злокачественных, доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний ЧЛЮ.

TO IMPROVING METHODOICAL BASES OF REMOVING OUT THE NEUPLASMES OF MAXILLARY FACIAL REGION

Shalabaev B.D.

Resume: Results of exem and surgical treatment of 253 patients with neoplasmes and other deseases like cancer, which located on the maxillary-facial region with destructive growing.

Введение

Хирургический этап лечения распространенных опухолей и опухолеподобных заболеваний относится к сложной терапевтической задаче. Он не отличается единством выбора доступа и характеризуется разнообразием внутриоперационных манипуляций. Последние зависят от первичной локализации объемных образований, особенностей топографических регионов ЧЛЮ, вовлеченных в процесс, закономерностей роста

опухолей и опухолеподобных образований и их морфологической характеристики, а так же от стремления минимизировать последствия хирургического вмешательства, отражающиеся на внешности оперированного. Кроме того при злокачественных опухолях технические особенности выполнения операций должны соблюдать принцип абластики, основным требованием которого является удаление неоплазмы в пределах здоровых тканей [1-7,9]. В данной работе мы сочли востребованным



Рис. 1. Транслицевые доступы по: а) Муру; б) Веберу, в том числе с продолжением его по Барбоза; в) Кюстеру г) Лауэрс-Балону; д) классический для фронтотомии.

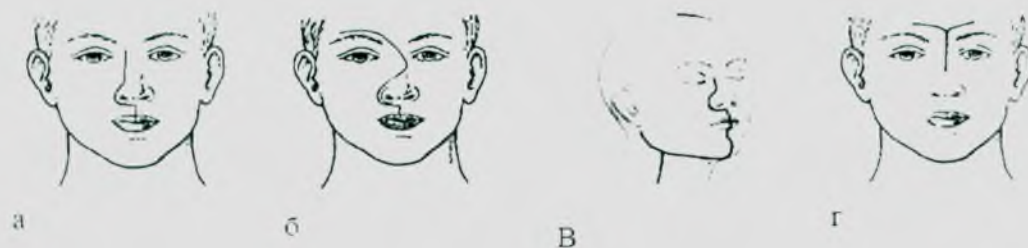


Рис. 2. Модифицированные доступы по: а) Муру; б) Барбоза. в) комбинирующие доступы Лауэрс-Балона и модифицированный доступ Мура. г) предназначенный для выхода к двум лобным пазухам, клеткам решетчатого лабиринта и внутренним стенкам глазницы.



На рис.3. Больной с обширной кистой в/челюстной пазухи справа, которая имеет неправильную форму, занимает полость носа, вдавливаясь в орбиту, имеет размеры 64х58мм и плотность +25HU: а) КТ больного; б) планируемый разрез.

обсудить наиболее популярные доступы и внутриоперационные манипуляции, используемые для удаления опухолей и опухолеподобных заболеваний ЧЛО. Нас интересовали их достоинства и недостатки, а так же возможности их совершенствования и приоритетного выбора.

Клинический материал, методические основы выполнения хирургических операций

Анализ решения этих задач базируется на большом клиническом материале – 253

больных. Из них 104 пациента были оперированы по поводу распространенных или больших по размеру опухолей или опухолеподобных заболеваний с 1991-2012гг., большая из которых были обследована с использованием КТ.

Доверификационная ориентировочная диагностика и топографоанатомическое расположение и территориальная распространенность опухолей и опухолеподобных заболеваний осуществлялась на КТ Tomoscan VX-S, Philips (Japan) и на

спиральном Hi Speed, GE (USA) с соблюдением предусмотренных технических условий.

В нашей практической работе наряду с классическими способами подхода для удаления объемных образований ЧЛО, представленными на рис.1, мы пользовались модифицированными их вариантами, отличающимися индивидуальностью, востребованной характером патологии (рис.2).

Каждый из перечисленных доступов имеет свои показания, достоинства и недостатки.

Доступ Мура или его вариант, который в отличие от общепризнанного мы выполняли, но без отсечения поздрии и с рассечением верхней губы, приемлим только в тех случаях, когда неопластический процесс ограничен полостью носа и распространяется на медиальную стенку в/челюстной пазухи или все твердое и мягкое небо, но не более. Поэтому, при распространенных злокачественных опухолях он не может быть использован, поскольку его применение угрожает нарушением абластики хирургического вмешательства. Тем не менее, в тех случаях, когда он может оказаться в указанном плане надежным, мы его использовали, поскольку косметический результат после удаления через него опухоли оказывается наиболее лучшим и, что не менее важно, возможности визуального контроля внутриоперационных манипуляций при его выборе оказываются большими, нежели при классическом доступе Мура.

Приводим пример его использования (рис.3).

Доступ Вебера (рис.1.в.) приемлем для удаления злокачественных неоплазм, при которых нет признаков ее прорастания в глазницу, что позволяет сохранить последнюю, а следовательно, и зрение при достаточно надежной риномаксиллярной резекции неоплазмы с включением в блок удаляемых структур и скуловую кость и образования ретромандибулярного пространства, включающего крыловиднонебную, крыловидную и подвисочную ямки (рис.1.б.).

Использование доступа Вебера имеет свои недостатки. Рубец на лице после операции не только бросается в глаза и тем самым сказывается на косметическом результате хирургического

вмешательства, но и относительно часто, особенно после проведения лучевого лечения, вслед за операцией оказывается несостоятельным. В результате у внутреннего угла глаза в ушитой ране образовывается дефект.

Учитывая отмеченный недостаток разбираемого доступа, нам кажется нужным представить доказательства преимущества подхода по Лауэрс-Балону.

Описанный подход был предложен в 1924г Лауэрсом и модифицирован Р.Л. Балонем в 1967г [2,3,5]. Доступ косметически выгоден, так как разрез на видимой части лица идет только от середины нижней губы до подбородка. Остальная его часть находится в подчелюстной области и не так заметна для обозрения. Этот доступ обеспечивает широкий подход к костным образованиям верхней челюсти (в/челюсти), крыловиднонебному и ретромандибулярному пространствам, щечной и подвисочной областям и позволяет осуществлять костную часть операции на лицевом скелете [2,3,5] (рис.1.г.).

При этом доступе после формирования щечно-паротидного лоскута и его отворачивания кверху становятся хорошо видными, также как и при доступе Вебера, анатомические структуры, что позволяет хирургу получить широкий обзор для манипуляций и удаления опухоли.

В тех наблюдениях, в которых нет необходимости производить экзентерацию содержимого орбиты, мы стали предпочитать подход по Лауэрс-Балону.

Наибольшее значение имеет доступ Лауэрс-Балона при наличии неоплазмы, локализующейся в ретромандибулярном пространстве, в подвисочной и даже в крыловидной ямках, которые из-за остеолизиса и лизиса мягкотканых образований могут оказаться разрушенными и замещенными опухолевой тканью, а поэтому узнаваемыми и доступными для диатермокоагуляции и механического удаления до здоровых тканей, в том числе костных образований основания черепа, при вовлечении которых подлежат удалению.

К доступу Лауэрс-Балона, в том числе модифицированному с пересечением нижней челюсти (доступ зарегистрирован на патент)

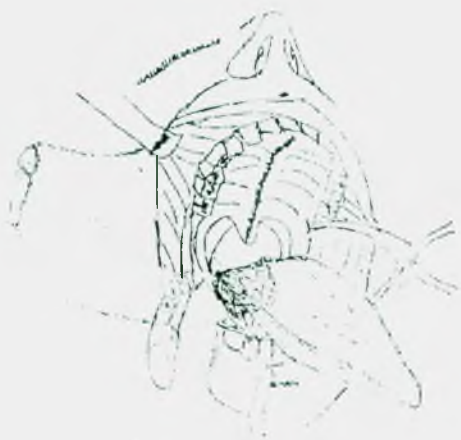


Рис.5. Схематическое изображение операции с доступом по Лауэрс-Балону с пересечением нижней челюсти у больного с раком корня языка с переходом на дно полости рта.

(рис.5) и с удлинением разреза на шее по передней проекции *m. sternocleidomastoideus* пришлось



Рис.6. Б-ной М-лан с ангиофибросаркомой ЧЛО; а) КТ больного на которой видно прорастание опухоли в носоглотку, ретромандибулярное, крыловиднонебное пространства, ткани щеки; б) планируемый разрез.



прибегнуть в трех наблюдениях. Нужно отметить еще одно важное преимущество доступа Лауэрс-Балона. При наличии объемного образования в ретромандибулярном пространстве он позволяет его удалить без нарушения целостности анатомических структур, расположенных спереди.

Даже сохранение при этом передней и внутренней верхнечелюстных стенок оказывается достаточным, чтобы лицо осталось нормальным или близким к норме.

В отдельных случаях при злокачественных распространенных неоплазмах возникает ситуация, которая требует неординарного решения. В одном нашем наблюдении у больного со злокачественной ангиофибросаркомой, можно было сохранить содержимое глазницы.

Чтобы решить эту задачу у этого больного мы сочли необходимым производить внутриоперационные манипуляции с двух сторон от глазницы – с наружной и внутренней. Это обосновало использование доступа, в котором комбинировались подходы по Лауэрс-Балону и модифицированному Мура (рис.2.в. и рис. 6.б).

Этот доступ позволил нам убрать огромную по размерам ангиофибросаркому. Это оказалось возможным, поскольку после отсепаровки кожных лоскутов был получен доступ к опухоли и парамаксиллярным анатомическим образованиям, что позволило осуществлять хирургические манипуляции и выделение неоплазмы, как в переднем, так и боковых подходах. Именно эта особенность, в том числе со встречными действиями и позволили убрать огромную ангиофибросаркому (рис.6.).

При необходимости осуществить расширенную резекцию верхней челюсти в одном блоке с глазницей, а так же с тканями ретромандибулярных анатомических образований и иногда с костными структурами основания черепа взамен доступа Вебера с продолжением его по Барбоза мы используем модифицированный доступ (рис.2.б.).

Его отличительной особенностью в нашем исполнении является разрез, который в отличие от указанного тем, что на уровне верхних $\frac{1}{2}$ высоты носа и глазницы он заходит за середину носа и в верхней части проводится выше брови и при необходимости может быть удлиннен за пределы заднего края глазницы и тем самым заменить, то дополнение, которое при необходимости предлагается при доступе

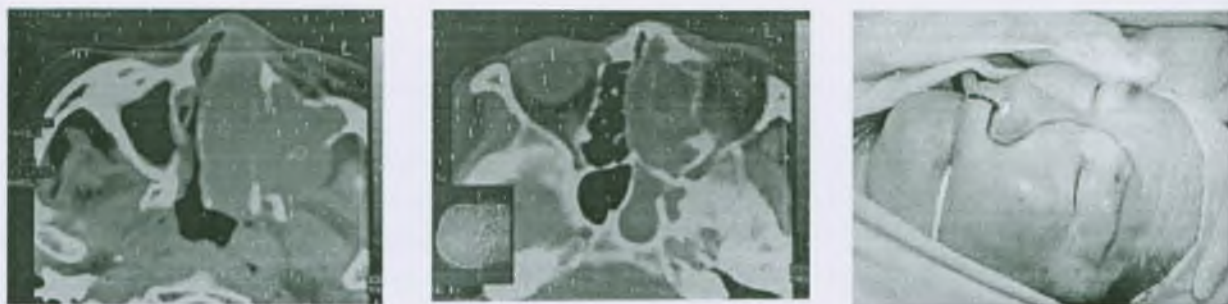


Рис.7. Б-ная А-ва с опухолью в/челюстной пазухи с распространением ее в клетки решетчатого лабиринта, крыловиднонебную ямку, ретромандибулярное пространство, глазницу и основную пазуху слева.; а) КТ; б) планируемый разрез

Вебера и Барбозы.

Преимущество его обусловлено отсутствием разреза в подглазничной области, у внутреннего угла глаза, бокового основания верхней половины ската носа, где после необходимых манипуляций по удалению неоплазмы кожные края оказываются не только тонкими, но и не имеющими не так уж редко костной основы. А это приводит к расхождению швов и появлению зияющих дефектов на лице у внутреннего и нижнего угла глазницы.

К преимуществам такого подхода является и получение широкого доступа не только к полости носа, придаточным пазухам, скуловой кости, над- и подвисочной ямкам, но, что очень важно, к основанию черепа.

Разумеется, учитывая отмеченное, его выбор для выполнения хирургического вмешательства должен быть, обоснован клиническими результатами обследования и, безусловно, в основном КТ (рис.7.).

Описанный метод хирургического вмешательства позволил свободно манипулировать в перечисленных анатомических образованиях и добиться выполнения операции с соблюдением абластики, подтвержденной,

разумеется, только визуальным контролем.

При приведенном хирургическом вмешательстве, а так же при других операциях, когда в результате соблюдения принципа абластики приходится убирать часть основания черепа. При этом возможно появление дефекта в твердой мозговой оболочке (ТМО), в результате преднамеренного ее удаления или обусловленного особенностями процесса возникает необходимость ее закрытия. С этой целью мы используем слизистую оболочку с надхрящницей и надкостницей противоположной здоровой стороны. Для выполнения этой внутриоперационной манипуляции убирается в пределах необходимого скелет носовой перегородки вместе со слизистой оболочкой. Из слизисто-хондро-мукопериостальной стенки перегородки носа противоположной стороны формируется лоскут, который поворачивается в сторону дефекта и закрывает его. В результате снизу оказывается слизистая оболочка, а мукопериостальная сторона контактирует с дефектом и окружающими тканями. В таком положении он фиксируется тампонадой и на фоне противовоспалительной терапии приживает.

Техника закрытия дефекта ТМО с



Рис.8. Схематическое изображение закрытия дефектов основания черепа и твердой мозговой оболочки мукопериостально-периостальным лоскутом противоположной стороны: а) выкроенный лоскут слизистой оболочки; б) лоскут уложен на дефект передней черепной ямки и ТМО.

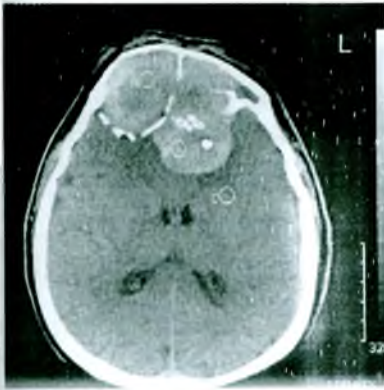
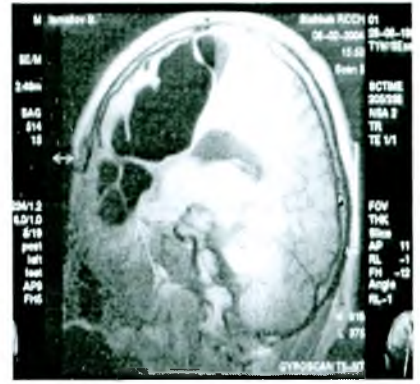


Рис.9 Б-ной И-в с гигантской фибромой лобных пазух с распространением в переднюю черепную ямку; а) КТ б) МРТ после удаления опухоли.



ликворреей представлена на рис.8.

Еще в одном наблюдении сложилась особая ситуация как в плане выполнения операции по удалению огромной фибромы лобных пазух, решетчатых лабиринтов, проминирующих в обе глазницы и проникшей с двух сторон в переднюю черепную ямку, так и в борьбе с послеоперационными осложнениями.

В данном случае возникла необходимость воспользоваться доступом на рис.2.д.

Через этот доступ была удалена огромная фиброма, которая вышла за пределы лобных пазух и проникла в переднюю черепную ямку, причем справа она не проникла через ТМО, а слева – проникла (рис.9.а.). При манипуляциях по удалению ее слева из-за спаянности оказалась поврежденной *a.cerebralis arteria*. Кровотечение было остановлено клипсированием. Однако это и травма обусловили частичное развитие некроза передней части лобной доли, развитию менингоэнцефалита с образованием газового пузыря, что в сумме обусловило развитие внутричерепной гипертензии, приведшей к потере сознания и расхождению швов на операционной ране. Последние были сняты, что обусловило облегчение состояния, которое быстро вновь ухудшилось из-за появления газового пузыря, который оказался значительных размеров. Он сдавил доли мозга, что отчетливо определялось на МРТ (рис.9.б.). Из газового пузыря проколом отсасывался газ, что облегчало состояние больного и предупреждало летальный исход. Затем перемычка между некротической частью доли, заполненной ликвором и газовым пузырем, лопнула. В результате возобновилась целостность ликворной системы и у больного

восстановилось сознание и улучшилась память, но не без остаточных явлений и больной был выписан.

Результаты хирургического лечения

Придерживаясь описанных тактических установок, имеющих отношение к диагностике и решению терапевтических задач, нами среди общего числа больных подвергнувшихся хирургическому лечению были 46 человек с плоскоклеточным раком верхней челюсти. Мы сочли возможным взять в качестве примера для оценки эффективности выполненных нами, в том числе модифицированных хирургических вмешательств. В настоящее время живы 18 человек. Все они были без признаков возврата болезни. Если учесть, что все эти больные страдали распространенным раком в/челюсти в стадии Т3 и Т4, при которых, согласно существующих представлений, шансы на выздоровление маловероятны, то полученные результаты можно признать заслуживающими внимания, а методические основы его проведения оправданы и заслуживают внедрения в практику.

Результаты хирургического этапа лечения при указанном раке в/челюсти, дополненные при необходимости комбинированным химиолучевым лечением, прослежены в течение 3-х и 5-ти лет. Одногодичная выживаемость у пролеченных больных составила 71,5%, 3-х летняя - 52,4% и 5-ти летняя - 51,1%. Расчет был произведен по Kaplan E.L., Meier P (1958) [8].

Хирургическое лечение новообразований ЧЛО не бесперспективно даже при запущенных злокачественных опухолях. Его выполнение у больных в расширенном масштабе и с использованием классических

модифицированных вариантов решения проблем на отдельных этапах операции позволило получить положительный результат лечения.

Литература:

1. Ольшанский В.О., Чиссов В.И., Борисов В.И. с соавт. Современное состояние проблемы и возможности лечения распространенных злокачественных новообразований верхней челюсти // Вест. Оторинолар. - 1974.-№2-С.49-53.
2. Иоаннидис Т.П. Злокачественные опухоли верхней челюсти.- Ташкент, 1966.-188с.
3. Кабаков Б.Д., Ермолаев И.И., Воробьев Ю.И., Александров Н.М. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. М.,1978.-342с.
4. Штиль А.А. К оценке результатов комбинированного лечения больных со злокачественными опухолями носа и придаточных пазух // Вест. оторинолар. - 1974.-

№2-С.49-53.

5. Штиль А.А. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух // Вест. оторинолар. - 1983.-№2-С.25-28.

6. Шульга А.О., Штиль А.А. О хирургическом лечении больных злокачественными опухолями полости носа и придаточных пазух // Журн. ушн. нос. горл. б-ней. - 1972.-№2-С.66-70.

7. Helman.-J-I Maxillectomy. // Atlas-Oral-Maxillofac-Surg-Clin-North-Am.-1997.-Sep; 5(2): P.75-89.

8. Kaplan E.L., Meier P Nonparametric estimation from incomplete observation. Am/ Stat. Assoc. 1958.- 53 (282): P.457-481.

9. Vural,-E; Hanna,-E Extended lateral rhinotomy incision for total maxillectomy Otolaryngol-Head-Neck-Surg. 2000 Oct; 123(4): 512-513.

СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Тажибаев А.Ю

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Сосудистые опухоли приводят к деформации лицевого черепа, нарушают работу прилегающих органов, значительную угрозу представляют изъязвления опухоли и рецидивирующие кровотечения. Радикальным методом лечения сосудистых опухолей челюстно-лицевой области является оперативный метод.

Ключевые слова: гемангиома, ангиофиброма, ангиография, эмболизация, криодеструкция.

VASCULAR TUMORS OF MAXILLOFACIAL AREA

Tazhibayev A.U.

Chair of surgical stomatology and maxillofacial surgery of KGMA of I.K.Akhunbayev
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Vascular tumors lead to deformation of a facial skull, break work of adjacent bodies, considerable threat is represented by ulcerations of a tumor and retsdiviruyushc bleedings. A radical method of treatment of vascular tumors of maxillofacial area is the operative method.

Keywords: hemangioma, angiobroma, angiografiya, embolizatsiya, kriodestruktsiya.

Сосудистые опухоли могут располагаться на любом участке тела, но отмечается преимущественная локализация (до 80—83%) — верхняя половина тела, включая голову и шею. [1]

Гемангиомы челюстно-лицевой области наносят значительный функциональный и косметический дискомфорт пациенту, а также создает угрозу его жизни в связи с возможностью

массивного кровотечения.[2, 6]

Простые гемангиомы имеют красный или сине-багровый цвет, располагаются поверхностно, четко отграничены, поражают кожу и несколько миллиметров подкожного жирового слоя, растут преимущественно поверхностно. Поверхность гемангиом гладкая, реже — неровная и несколько выступают над кожей.

Кавернозные гемангиомы располагаются под кожей в виде ограниченного узловатого образования, мягко-эластической консистенции и состоят из разного размера полостей-каверн, наполненных кровью. При надавливании ангиома спадается и бледнеет (вследствие оттока крови), при крике и кашле увеличивается и напрягается (эректильный симптом возникает вследствие притока крови), также выявляется симптом температурной асимметрии — сосудистая опухоль на ощупь горячее окружающих здоровых тканей.

Комбинированные гемангиомы представляют собой сочетание поверхностной и подкожной гемангиом (простая и кавернозная). Клинические проявления зависят от преобладания той или иного вида сосудистой опухоли.

Смешанные гемангиомы состоят из опухолевых клеток, исходящих из сосудов и других тканей (ангиофиброма, лимфангиома, ангионеврома и др.). Внешний вид, цвет и консистенция определяются входящими в состав сосудистой опухоли тканями.

Гистологическая структура капиллярной гемангиомы характеризуется наличием компактных пластов мелких капиллярного типа сосудов, тесно прилегающих друг к другу. Стенки сосудов образованы базальной мембраной и 1—2 слоями эпителиоподобных клеток. В просвете сосудов содержатся форменные элементы крови. Иногда группы сосудов образуют дольки, разделенные прослойками стромы, богатой полиморфными клетками.

Синдром Штурге-Вебера — гемангиома слизистой оболочки неба, десен и кожи соответствующей половины лица. Клинически проявляются судорогами, отставанием в умственном и физическом развитии, кровоточивостью десен, зубов, патологически подвижностью зубов и отмечается увеличение верхней челюсти.

При расположении изъязвленной сосудистой опухоли в области губ нарушается прием пищи и речи, в области носа — акт дыхания. Наряду с деформацией лицевого черепа, нарушениями работы соседних органов значительную угрозу представляют

рецидивирующие кровотечения и другие осложнения с летальностью до 2 - 3 % (Агапов В.С.1988).

Характер течения заболевания на протяжении существования гемангиомы может меняться в зависимости от вида сосудистой опухоли, локализации и площади поражения, а также возраста больного.

Ультразвуковое исследование гемангиом включает дуплексное сканирование и цветное доплеровское картирование патологического образования. Эти методы диагностики проводятся для определения глубины распространения опухоли, а также измерения скорости кровотока в периферических сосудах и паренхиме гемангиомы.

Ангиография проводится для изучения источников и вариантов кровоснабжения опухоли, определение ангиоархитектоники, взаимоотношения с окружающими тканями и крупными сосудами, определения скорости кровотока, а также для дифференциальной диагностики сосудистых аномалий. (Пашкова С.В. 2007)

Селективная рентгеноконтрастная ангиография является завершающим этапом диагностики патологических сосудистых образований лица и шеи, позволяющая определить тип ангиодисплазии и источники кровоснабжения гемангиомы. Суперселективная ангиография ветвей сонных артерий имеет бесспорные преимущества перед селективной ангиографией общей или наружной сонной артерии.

V.J. Lund и соавт.(1989) считают методику МРТ наилучшей, так как с ее помощью можно точно определить границы распространения опухоли и степень ее васкуляризации. В связи с чем, по их мнению отпадает необходимость в ангиографии и биопсии [9]

Основным методом диагностики синдрома Казабаха — Мерритт исследование крови, при котором существует сочетание активно растущей гемангиомы с нарушением свертываемости крови и тромбоцитопенией — от 30×10^9 до 100×10^9 на 1 л крови.

Радикальное удаление новообразования с последующим гистологическим исследованием

применяется для окончательной гистологической верификации сосудистой опухоли, которая возможна лишь в случаях ограниченной опухоли с четкими ее границами.

Для консервативной склерозирующей терапии сосудистых опухолей применяют ряд химических соединений при лечении небольших кавернозных и комбинированных гемангиом лица 70% спиртом или 1 % раствором этоксисклерола. Склерозирующая терапия болезненна при выполнении, часто после лечения образуются неэстетические рубцы.

Гормональная терапия преднизолоном останавливает рост опухоли, но опухоль не рассасывается и не исчезает. Гормонотерапия может применяться как вспомогательный метод лечения.

Локальное низкотемпературное воздействие связано с использованием специальных аппаратов и криогенных систем. Благодаря таким важным свойствам, как безболезненность, отсутствие кровотечения и заметной общей реакции организма, четкая демаркация очага локального охлаждения делает криогенный метод применяется в лечении гемангиом у детей. Криогенному лечению подлежат все простые гемангиомы небольшой площади, любой локализации. Для лечебного воздействия применяется аппаратный криогенный метод, где в качестве хладагента используется жидкий азот с температурой кипения -196° С.

Лазерные системы эффективны при устранении небольших поверхностных пятен, но значительная часть сосудистых невусов, залегающих глубоко в коже и состоящих из более крупных капиллярных сосудов, не поддается такому лечению. Разработаны современные лазерные системы с учетом и волновых, и временных принципов селективности. Для лечения капиллярных гемангиом и винных пятен их чаще применяют, поскольку они обладают высокой эффективностью и практически не дают побочных явлений. (7)

Для лечения гемангиомы сложных анатомических локализаций, где другие методы лечения невозможно использовать, например область орбиты или ретробульбарного

пространства показана лучевая терапия- короткодистанционная рентгенотерапия. Разовые очаговые дозы облучения составляли от 0,8 до 1,6 Гр, в зависимости от возраста, отдельными фракциями с интервалами от 2—4 недель до 2-6 месяцев, до появления симптомов регрессии.

Небольшие, точечные гемангиомы и ангиофибромы, сопровождающиеся кровотечениями, можно считать показанием к электрокоагуляции. Электрокоагуляцию обширных и глубоких гемангиом не применяют.

Исследования Пашковой С.В. 2007года показывает успешное применение внутрисосудистой эмболизации при лечении сосудистых опухолей как самостоятельной методики и как сочетанной для подготовки к хирургическому лечению.

Хирургическое лечение показало свою эффективность при различных формах болезни: при поверхностных, при глубоко расположенных сосудистых опухолях, когда можно удалить гемангиому целиком и при зрелых формах гемангиом. Оперативный метод позволяет радикально удалить новообразования, но вместе с тем хирургические методы далеки от совершенства. Операция сопровождается большой кровопотерей, после операции появляются неэстетические рубцы.

Таким образом, лечение гемангиом в настоящее время осуществляются применением криогенной, склерозирующей, лучевой, гормональной терапии и радикально-хирургического иссечения опухоли. Применение некоторых методов требуют длительного времени, повторения курсов лечения, исход которых трудно прогнозировать. В результате формируются дефекты деформации мягких тканей неэстетичные рубцы, часто остаются не удаленные участки гемангиомы, что требует последующего дополнительного хирургического вмешательства. Радикальным и эффективным методом лечения сосудистых опухолей является оперативный метод, но для полноценного сохранения функции оперированного органа и радикального иссечения опухоли необходимо разработка более оптимальных методов лечения.

Литература:

1. Агапов В.С. Гемангиомы лица, шеи и органов ографии полости рта взрослых: автореф. дис. . д-ра мед. наук / В.С. Агапов. -М., 1988. — 24 с.
2. Анотин Р.Г. , Кременецкая Л.Е., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в диагностике и лечении больных с юношеской ангиофибромой носоглотки // Вестник отоларингологии.-1981.-№1.-С.30-33.
3. Вернадский Ю.И. Гемангиомы лица и полости рта / Ю.И. Вернадский // Здоровья. 1970. - № 5. - С. 302-310. Возможности лечения сосудистых патологий кожи лазером / С.В. Куликов и др. // Лечащий врач. 2000. - № 5-6. - С. 79-80. 34.
4. Гришин, А. А. Комплексное лечение гемангиом артериального типа челюстно-лицевой области с применением эмболизации: дис. .канд. мед. наук /А. А. Гришин. Москва, 1996. -141с.
5. Пашкова С.В. Роль ангиографии и эмболизации ветвей наружной сонной артерии в диагностике и лечении крупных сосудистых новообразований головы и шеи: автореф. дис. . канд. мед. наук /Пашкова С.В. -М., 1988. — 24 с.
6. Шафранов В.В. Комбинированный метод лечения сложных гемангиом. Лечение сложных гемангиом у детей / В.В. Шафранов, Ю.П. Воронцов, Ю.А. Водозадов // Материалы Всесоюзного симпозиума. — М., 1987. С. 62-66.
7. Возможности лечения сосудистых патологий кожи лазером / С.В. Куликов и др. // Лечащий врач. 2000. - № 5-6. - С. 79-80.
8. Arteriovenous malformation of the mandible: life-threatening manifestation during tooth extraction / S. Kluba et al. // Mund. Kiefer. Gesichtschir. 2007. - Vol. 11, № 2.-P. 107-113
9. Lund V.J., Jloyd G.A., Howard D.J. Juvenile angiofibroma-imaging techniques in diagnosis// Rhinology.-1989.-Vol.27, №3.-P.179-185.

ВАГОТИЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ

Шевчук В.Г., Илиаджиева Л.М.

Национальный Госпиталь при Министерстве Здравоохранения,
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. Ахунбаева И.К.
Бишкек. Кыргызская Республика.

Резюме: В статье приводятся данные, обосновывающие целесообразность использования ваготила в комплексной терапии ювенильного папилломатоза гортани. В ней отражены методические основы проведения вмешательств с включением этого препарата в терапевтическую схему и ее результаты. Они позволили удлинить срок ремиссии.

Ключевые слова : папилломатоз гортани, ваготил.

VAGOTIL IN COMPLEX TREATMENT OF INFANTITE LARYNX PAPILLOMATOSIS

Shevchuk V.G., Iliadjieva L.M.

National Hospital of the Health Ministry
Kyrghyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrghyz Republic

Summary: The data which give proof of the use of vagotil in complex treatment of juvenile larynx papillomatosis are presented in the article. The treatment methods with the use of this preparation in the therapeutic scheme and its results are given in it. They allowed to extend the remission period.

Key words: larynx papillomatosis, vagotil.

ВАГОТИЛ БАЛДАР КЕКИРТЕГИНИН ПАПИЛЛОМАТОЗУН КОМПЕНЕТТИК ДАРЫЛООДО

Шевчук В.Г., Л.М. Илиаджиева.

Улуттук Госпиталь. Саламаттык сактоо Министирлиги.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Резюме: макалада ваготилдин кекиртектеги ювенилдик папилломатозун комплекстүү дарылоодогу пайдалуулугун негиздеген маалыматтар берилген. Анда терапевтикалык схемага жана анын тыянагына бул препаратты кошуу кийлигишип жүргүзүүнүн усулдук негизи чагылдырган. Алар ремиссия мөөнөтүн узартууга мүмкүнчүлүк түзөт.

Маанилүү создөр: кекиртектин папилломатозу, ваготил.

Введение:

Одно из наиболее тяжелых заболеваний детского возраста является рецидивирующий папилломатоз гортани. К основной причине упорного рецидивирующего течения этой болезни принято причислять её вирусную этиологию, ибо против вируса папилломатоза человека (ВПЧ) до сих пор нет средства, парализующего его жизнедеятельность.

Вирус ВПЧ изменяет эпителиальные клетки. Инфицированные вирусом клетки по своим размерам становятся меньшими и имеют перинуклеарный светлый ободок. Это имитирует их «пустоту», из-за чего они получили название кайлоцитов. Обусловленная ВПЧ инфекция, может быть клинически выраженной, протекать субклинически или быть латентной.

ВПЧ вызывает различные злокачественные и доброкачественные заболевания матки, влагалища и вульвы. Проявления, обусловленные поражением эпителиального покрова, названных образований отличаются вариабельностью. Среди них принято выделять экзофитные и эндофитные их варианты. К экзофитным формам, связанными с агрессией ВПЧ, принято причислять остроконечные или папиллярные кандиломы. Особой формой этой инфекции является рецидивирующий папилломатоз респираторного тракта, связанный с ВПЧ 6, 11 и 30 типов. Для этого варианта папилломатоза наиболее характерна его локализация в гортани. Поскольку она чаще всего встречается в детском возрасте, ее принято называть ювенильной.

Наиболее вероятной причиной ее появления у детей является прохождение плода, во время родов, через ранее перечисленные образования родовыводящих путей с проявлениями, связанными с агрессией вирусов того же типа, которые диагностируются при ювенильном папилломатозе. К числу таких заболеваний относятся остроконечные кандиломы (6 и 11 типа) и предраковые сквамозные и интраэпителиальные процессы

(6, 11 и 30 типы). Такой генез этой патологии детского возраста создает весьма серьезные трудности при лечении детей, страдающих рецидивирующим папилломатозом. Это связано с тем, что до сих пор отсутствуют лекарственные средства, обладающие антивирусной активностью к вирусным возбудителям папилломатоза. Поэтому средством борьбы с ВПЧ - возбудителем названного заболевания пока остаются меры, направленные на активизацию неспецифического иммунитета детского возраста и апоптоз клеток папилломатозных разрастаний. Однако эти способы лечения в основном с использованием иммуноглобулинов (лейкоцитарный интерферон, реоферон, виферон, раферон А, амексин, циклоферон) пока не отличаются, хотя бы относительной надежностью. Поэтому они, почти как правило, в терапии детского папилломатоза сочетаются с механическим удалением папиллом, в том, числе с воздействием на них различных средств, обуславливающих их некроз. В качестве таких средств воздействия были апробированы подофиллин, проспидин, гальванокаустика, криодеструкция, лазерное выпаривание, фонодинамическое воздействие и др. Однако их применение в комбинации со средствами, активизирующими неспецифический иммунитет, не прибавили оптимизма. По-прежнему проблема лечения детского папилломатоза остается нерешенной задачей детской ларингологии (Цветков Э.А., Козлов М.Я., Савенко И.В.).

Собственный материал, методика лечения и ее результаты.

Учитывая такое состояние проблемы, мы сочли возможным поделиться нашими наблюдениями над 17-ю детьми, с папилломатозом гортани, в комплексной терапии которых наряду с удалением папиллом использовалось воздействие ваготила на остаточные мелкие фрагменты папиллом или места откуда они были удалены. Мы позволили уделить внимание использованию названного препарата, поскольку

он, согласно наших наблюдений, позволял удлинять промежутки между очередными курсами терапии, направленными на ликвидацию папилломатозных разрастаний, из-за которых развивалась выраженная афония и дыхательная недостаточность, обусловленная очередным разрастанием папиллом в гортани и выраженным сокращением ее просвета.

Ваготил (Vagotyl) фирмы Works Polfa in Pabianice Joint - Stock Company, нашел применение в акушерско - гинекологической практике. Раствор этого препарата содержит 36% действующего компонента. Он относится к средствам наружного, местного применения. Ему свойственны бактерицидные, фунгицидные, противопаразитарные и гемостатические действия. Он оказывает также прижигающее и вяжущее действие. Это обуславливает коагуляцию клеток некротической ткани и ускоряет регенерацию эпителия. При местном применении ткань под его воздействием покрывается белым опалесцирующим слоем. Он сохраняется от 2 до 7 дней. Затем некротические ткани отделяются от здоровых, и сохранившаяся поверхность в процессе заживления не рубцуется, чему способствует стимуляция регенерирующих процессов эпителиального покрова.

Эти свойства препарата широко используются при заболеваниях матки и генитальных органов. Кроме того, он получил положительную оценку по результатам лечения воспалительных заболеваний кожи, трудно заживающих ран и язв, обусловленных варикозной болезнью нижних конечностей, заболеваний мочевыводящих путей и т.д.

Учитывая его отмеченные качества, мы сочли целесообразным апробировать его при лечении детского папилломатоза гортани. Мы рассчитывали на его свойства вызывать неглубокий некроз, самостоятельное и относительно быстрое его отторжение, сопровождающееся активацией регенерирующего процесса и гемостатической способностью. Разумеется при папилломатозе гортани, для которого характерны разрастания папиллом, мы сочли полезным его использование на заключительном этапе хирургического вмешательства, выполненного

под эндоскопическим контролем и позволяющее удалить основную массу папиллом. Мы полагали, что воздействие ваготила на места удаления и мелких остатков избавит нас от дополнительных мер хирургического воздействия и тем самым, определит органосохраняющий характер лечения. Иными словами, позволит осуществить удаление папилломатозных разрастаний и предупредить развитие грубых рубцовых изменений, обусловленных желанием убрать папилломы радикально, что нередко сопровождается травматизмом голосовых связок и других анатомических образований гортани.

Методические основы выполнения комплекса лечебных мероприятий состояли из следующих этапов:

Введение ребенка в наркоз и прямая ларингоскопия с инъекционной вентиляцией легких через приспособление - инъекционную иглу, закрепленную на ларингоскопе.

Удаление папиллом под визуальным контролем, по возможности радикально, но очень осторожно, без травмы слизистой оболочки и без образования на голосовых складках дефектов, которые могут привести к образованию деформирующих рубцов и спаечных процессов в органе.

Обработка ваготилом поверхности слизистой оболочки и мелких остатков папиллом с целью добиться остановки кровотечения и некроза остатков папиллом.

Проведение курсовой терапии с использованием препаратов реоферона.

Результаты такой комбинированной терапии апробированы нами при лечении 17-ти детей. К сожалению, как и при использовании лекарственных и иммуномоделирующих средств терапии, которые нашли широкое применение в сочетании с хирургическим лечением, нам не удалось решить проблему в терапии, закончившуюся выздоровлением. Однако, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах при использовании представленной схемы лечения, если родители детей, несмотря на предупреждение и инструктивные рекомендации, не откладывали лечение до выражено протекающего стеноза, ни в одном случае не потребовалась трахеостомия. Кроме

того, что заслуживает внимания, что среди наших малых пациентов ни в одном случае не развилась рубцовая деформация просвета гортани и промежутки между очередными этапами проведенной терапии стали более продолжительными. В итоге число проводимых хирургических вмешательств с 3-х и 5-ти раз в течение года, уменьшились до 1-го и 2-х раз.

Эти результаты позволяют считать, что пока не появились более надежные условия терапии, в том числе этиотропной, то комбинированное лечение с использованием ваготила, может быть взято на вооружение в борьбе с детским папилломатозом гортани.

Выводы

Под воздействием ваготила мелкие остатки папиллом отпадают, что повышает в какой-то степени радикальность хирургического этапа лечения.

Ваготил, благодаря его гемостатического действия, улучшает визуальный контроль выполнения эндоскопического удаления

папилломатозных разрастаний.

Ваготил удлиняет ремиссию между очередными повторными поступлениями детей с 3-х – 5-ти раз в год до 1 раза в год.

Литература

1. Исмаилов И.Ф. Папилломатоз гортани. Есть ли эффективный метод лечения.
2. Каримов Ф.С., Иванченко Г.Ф., Григорян С.С. Лечение папилломатоза гортани индукторами интерферона.
3. Романова Ж.Г., Чекан В.П. Комплексное лечение папилломатоза гортани.
4. Сидоренко С.И., Васильева Н.И. Иммунотерапия ювенильного папилломатоза.
5. Цветков Э.А., Козлов М.Я., Савенко И.В. Эндоларинге-альная микрохирургия при папилломатозе гортани у детей // Матер. науч. конф. к 100-летию первой кафедры отоларингологии в ШедА.

THE CAUSAL FACTORS OF LARYNGEAL PAPILLOMATOSIS IN CHILDREN

Khasanov S.A., Amonov Sh.E., Karabaev H.E., Sadirova Sh.S.

Tashkent Pediatric Medical Institute
Tashkent, Uzbekistan.

Основываясь на данных литературы, касающихся патогенеза папилломатоза гортани (ПГ) и свидетельствующих о возможном системном характере патологического процесса, в частности, предполагающем нарушения в системе иммунобиологической защиты детского организма, мы провели анализ преморбидного фона больных. Цель последнего состояла в выяснении и систематизации условий, в большинство случаев способствующих реализации ПГ, поскольку, как известно, наличия монопричинного фактора (вирусной инфекции) для развития заболевания бывает недостаточно.

Преморбидный фон у 65,9% наших пациентов с ПГ был отягощенным, что позволяет считать акушерский риск, искусственное вскармливание, аллергологическая настороженность организма, вирусно-бактериальные инфекции, травмы, дисбаланс

в системе гуморального и клеточного звеньев иммунитета которые возможно, способствуют реализации папилломатоза гортани у детей.

Introduction: In recent years significantly increased proportion of lesions of the larynx in the overall structure of chronic diseases of upper respiratory tract in children, the most frequent respiratory papillomatosis, accounting, according to various authors, from 15.9% to 57.5% [2, 5] and among them laryngeal papillomatosis (LP) occurs in 3-7% [7, 9, 12]. The significance of the problem is associated to larynx damage. Papillomatosis contributes to the narrowing of the laryngeal ways, impairment of their vital function – i.e. respiratory and voice production. [4]

The main method of recurrent respiratory papillomatosis (RRP) treatment is surgery using micro instruments or CO2 laser [10, 11]. However, none of surgical methods, good surgical experience

and technique is the guarantee for recurrence prevention, possible complications, associated to the development of scars in larynx. Unfavorable forms of the course are characterized by frequent recurrences [1,8]. Complications result in tracheotomy, which in its turn often makes the process spread to the trachea and bronchi. That leads to disability of children [5].

Clinical – immunologic examination of children with LP enables to determine immunodeficiency both in papillomatous infection and chronic diseases with prolong persisting virus. Such a condition depends on insufficiency in various parts of immune system that proved the use of antiviral and immunocorrecting medications as Interferons and their inductors [2, 3,7].

Taking into the consideration the presence of marked immunity changes in children with LP, especially T-system, the apply of immunocorrectors was found to be efficient with T and B cells [10].

So, the problem still leaves to be actual and has scientific interest and needs further development along with aetiopathogenesis, immune and cytokine status.

The purpose of the investigation was the study of cause-result factors in LP development.

Materials and methods. 85 children suffering from LP examined and taken treatment in ENT clinic of TashPMI have been seen in the period of 2002-2012.

Results: In each group of children with LP clinical manifestations were determined according to the age. Besides, each group has been analyzed thoroughly. The analysis includes peculiarities of clinical manifestations and correlated complications.

41 girls (48,2%) and 44 boys (51,8%) at the age of 1-14 have been examined. Most of the patients were at the age of 2-6 years old, but those of puberty period were less. The most number was composed by children up to 3 years old (25,9%). At the moment of investigation the duration of illness varied from 1 to 11 years long: Less than a year – 15 cases, during a year- 13 cases; 2 years- 14 cases; 3 years – 10 cases; 5 years -8 cases; from 6 to 11 years -17 cases. It should be noted that most children (11 from 17) with 6-11 years duration of illness had recurrences and in 7 of cases (mostly at the age of 6-9 years old) they reduced but in 2 patients the process persisted.

The peak of morbidity is noted in 2-3 year-olds group, however in 17 (20%) patients (in each fifth child) the first signs of LP appeared during the first two years. Rare cases with clinical manifestation were noted at pre- and puberty periods (in 2 boys and 1 girl).

Taking the history enabled to reveal heredity and risk factors contributing to the clinical manifestations and illness progress. They were characterized as “one- type” for all seen patients and forms of the illness.

Persistence of papilloma in children's parents was determined in 32 children (37,6%): 9 patients mothers had recurrent condylomatosis in combination with papillomas; in 21 patients' parents (mother, father, both parents) skin manifestations or papillomous spots have been found (or noted in the history). So heredity factor was proved in 37,6% of children. Our investigations prove some authors ideas on congenital character of the LP in several cases. However it should be noted that in 56,5% of children had healthy brothers, sisters including younger in age. This observation exactly testifies that the presence of virus in the body is not enough for LP development.

Analysis of premorbid period including ante- peri- and postnatal one of examined children showed: 24 mothers (28,2%) suffered from iron deficiency anemia; 11 cases- with frequent deliveries; toxicosis in pregnancies in mothers histories of 8 patients (6- in the first half, 2- to in the second half of pregnancy); 5 histories had menacing miscarriages. 9 children were born premature (32-36 weeks), 6 children with signs of asphyxia, in 3 cases birth injuries; So, severe obstetric history was noted in 56 examined children (65,9%) (Chart 1)

We find reasonable to note, that in 18 children (62,1%) LP had recurrent character either initially or at the time of examinations, distributory character was found in 21,2% of all patients. So, severe obstetric history was found in children with recurrent LP and this fact enables to testify the peculiarities of LP course to depend on ante- and prenatal period of children development.

On breastfeeding to 3 months and artificial feeding, respectively, were 34 (40%) and 16 (19%) children, accounting for more than half of all

Chart 1

Premorbid background in ante- pre- and postnatal period of examined children.
Note: * - the reliability of data between the frequency of recurrence (P <0.05)

Premorbid background data	Frequent recurrence (n=29)		Rare recurrence (n=56)		Totally	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Iron deficiency anemia	16	55,2±9,2	8	14,3±4,7*	24	28,2
Frequent deliveries	7	24,1±7,9	4	7,1±3,4*	11	12,9
Toxicosis	6	20,7±7,5	2	3,6±2,5*	8	9,4
Menacing miscarriages	4	13,8±6,4	1	1,8±1,8*	5	5,9
Prematurity	6	20,7±7,5	3	5,4±3,0*	9	10,6
Asphixia	4	13,8±6,4	2	3,6±2,5	6	7,1
Birth injury	3	10,3±5,6	-	-	3	3,5
No aggravated premorbid background	11	37,9±9,0	18	32,1±6,4	29	34,1

patients. Among this 15 from 22 cases (68%), with LP in the 1st two years of life. However, in some cases severe recurrent course was observed in 1 years old children on breast feeding.

The firth signs of illness appeared in 8 cases after pneumonia; in 7-cases after varicella ; in 5 cases – after tonsillitis; in 2. cases –after epidemic parotitis; in 3 – after flu; in 17 of them – after acute respiratory viral infection; In 1 of the cases ,clinical manifestations of LP were preceded by the surgical trauma (destructive appendicitis).

Thus, in 43 children (50.5%) the association between LP and causative agent: in 42 cases (44,7%)- it was virus-bacterial agent, in 1(1,2%) trauma. It is known that viral and bacterial aggression (including infectious diseases and inflammatory processes in the upper airways), and traumatic injury may play a role of immunosuppressive [5]. Food and drug allergies were noted in 21 children, exudative diathesis in 8 children (up to 1 year of age); 1 of the children suffers from neurodermitis ; and in 1 case there is recurrent otitis of middle ear.

As for accompanied pathologies, they show that mothers of sick children stated frequent (more than 5 times in a year) acute respiratory viral infection (AVRI) (in 27 cases), recurrent herpetic infection (in 17 children). In 37 children hyperplasia of palate glands and 2nd adenoid hypertrophy has been observed. So, in 8 patients adenoidectomy was performed, 14 of them were seen on chronic tonsillitis.

In such a way, premorbid background in most children with LP was aggravated. Written above enables to consider aggravated obstetric history, artificial feeding, severe allergy in the history, virus-bacterial infection, traumas to be contributing to the respiratory papillomatosis.

List of literature

1. Ashurov Z.M. Respiratory papillomatosis in children. Summary of thesis of MD. Moscow, 1999; p 49

2. Belyakovskiy V.N. Treatment of parilloma viruses associated with condiloma. Immunopatology- Moscow, 2003, №1, p. 88-93

3. Van Krog D., Leisy S.D. European guidance to anogenital warts . Gross.-M.: Medpress inform, 2002, p. 137

4. Garashenko T.I., Markova T.P., Chuvirov D.G. Investigation of immunologic data in children with respiratory papillomatosis and possible ways of immunocorrection. Western otorhynolaringology .- 2000. №4, p 15-18.

5. Zenger V.G. , Ashurov Z.M. Modern approach to the problem of treatment of children with respiratory papillomatosis. “Vestnik ”of otorhynolaringology. -2000. № 4, p 17-21.

6. Karimova F.S., Ivanchenko G.F., Grigoryan S.S. Treatment of respiratory papillomatosis with inductor of interferon. Materials on the effectiveness of cycloferon in the clinic of ENT diseases. - St. Petersburg. «Tactic-Studio» 2006. - p. 49-52.

7. Kiselyov V.I. Viruses of human papillomas in the development of cervical cancer. - Moscow: Chart Dimitreyd Group, 2004. - 184 p.

8. Kozlova, E.P. Complex treatment of laryngeal papillomatosis with indole-3-carbinol: summary of thesis of PhD on Medical sciences. - St. Petersburg, 2009. - p. 26.

9. Narovlya A.N., Amchenkova A.M., Mezentseva M.V., and others. Cellular sensitivity to interferon in immunodeficiencies, autoimmune and allergic diseases // Russian Journal of Immunology. - Moscow, 2000. - Vol. 5, № 2. - P. 185-192.

10. Novikov D.K. Antiviral immunity // Immunopatology., Allergology, infectology. - Moscow, 2002. - № 1. - p. 5-15.

11. Pluzhnikov M.S., Katinas, E.B., M.A. Ryabov M.A. Kliniko and immunological characteristics of recurrent respiratory papillomatosis // Rus. otorinolar. - Moscow, 2006. - V. 22, № 3. - p. 22-26.

12. Attonen L.M., J. Peltoma, H. Rihkanen. Prognostic value of clinical findings in histologically verified adult-onset laryngeal papillomas // Eur Arch Otorhinolaryngol. - 1997. - № 254. - P. 219-222.

НАБЛЮДЕНИЕ МЯГКОЙ ФИБРОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У 15 МЕСЯЧНОГО РЕБЕНКА (КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) Миненков Г.О.

к.м.н., заведующий отделом визуализации медицинского центра «Медипол»,
член Санкт-Петербургского общества радиологов,

Бишкек, Кыргызская Республика,

Резюме: Нами представлен редкий случай мягкой фибромы верхней челюсти у 15-месячного ребенка. Данные компьютерной томографии позволили проследить распространенность поражения и описать характер тенеобразования. Окончательный диагноз был подтвержден данными гистологического исследования.

Ключевые слова: мягкая фиброма, верхняя челюсть, компьютерная томография.

THE OBSERVATION OF SOFT FIBROMA IN UPPER JAW DUE IN 15TH MONTH OLD CHILD (CLINICAL-DIAGNOSTIC CASE) Minenkov G.O.

MD, PhD, Head of radiology department in

«Medipol» Medical Centre, member of St. Petersburg Radiology Society,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summery: The rare case of soft fibroma of maxilla of 15-th month old child have shown. Computed tomography findings allowed tracing the spread of the tumor and the character of a shadow. The final diagnose was confirmed via histological verification.

Key words: soft fibroma, maxilla, computed tomography.

Фиброма - редко встречающаяся опухоль, исходящая из мезенхимальной ткани. Она может появиться в любом органе, имеющим фиброзную ткань. К таким органам, в том числе, относится и верхняя челюсть с окружающими ее тканями. Как известно, мягкие фибромы, состоящие из большого количества фибробластов и рыхлой соединительной ткани, исходят из слизистой оболочки, в то время как плотные фибромы, состоящие из незначительного количества фибробластов в грубоволокнистой основе, исходят из надкостницы, надхрящницы или кости [1,2]. Кроме того, в верхней челюсти могут встречаться ангиофиброма, фибромиома,

аденофиброма, гистиоцитома, фибромиксома, нейрофиброма [1]. В доступной нам литературе удалось найти единичные наблюдения вышеописанных опухолей челюстно-лицевой области у детей в возрасте до 2 лет [3,4]. В этом контексте описание и анализ даже единичных наблюдений, с возможностью последующего сопоставления с данными других исследователей, занимающихся этой проблемой, имеет огромное значение в дифференциальной диагностике между ними. В данной статье представляем клинко-диагностическое наблюдение с краткой выпиской из истории болезни 15-месячного ребенка с мягкой фибромой верхней челюсти.



Рис.1

КТ больного А., 15 месяцев с мягкой фибромой верхней челюсти слева, двухсторонним гайморитом.

Наблюдение: Б-ой А. 15 мес. поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии Республиканской детской клинической больницы 13/01/2011 года.

Со слов родителей, припухлость левой половины лица появилась у ребенка около 5 месяцев назад. Приблизительно 1,5 месяца назад одновременно с этим, появилось небольшое выпячивание глазного яблока. Пациент консультирован семейным врачом и был направлен в отделение челюстно-лицевой

боковую складку основания наружного носа. Сверху у внутреннего угла глаза это выпячивание оказывается еще более значительным и при этом еще более отчетливо выявляется смещение левого глазного яблока кнаружи, кпереди и несколько кверху. Дыхание через левую половину носа отсутствует, носовые ходы закрыты.

На обзорной рентгенограмме от 07.01.2011 года отмечается двухстороннее затемнение обеих верхнечелюстных пазух, признаки деструкции нижней стенки орбиты и передней стенки

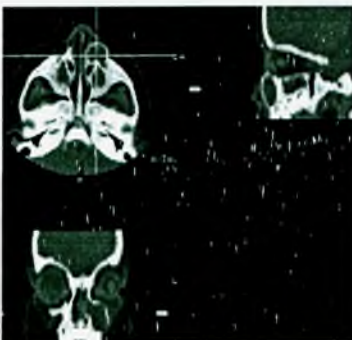


Рис.2

КТ больного А., 15 месяцев с мягкой фибромой верхней челюсти слева, МРR и 3D реконструкции

хирургии Республиканской детской клинической больницы.

Соматический статус ребенка без видимой патологии. Развитие соответствует возрасту.

Визуально, лицо асимметрично за счет левостороннего смещения мягких тканей лица и левой половины наружного носа и верхней губы. При пальпации, подкожно, в проекции передне-медиальной стенки верхнечелюстной пазухи, прощупывается округлое, по форме плотное, безболезненное объемное образование, ориентировочным размером до 20x15 мм. Оно смещает правое крыло носа кнутри, сглаживает

верхнечелюстной пазухи слева.

На следующий день для уточнения вышеописанных изменений больному проведена компьютерная томография. Исследование выполнено в аксиальной плоскости, толщиной среза 2 мм с последующей постпроцессорной обработкой «сырых» данных и построением MPR и 3D реконструкций.

В проекции передне-внутренних отделов верхней челюсти слева, определяется дополнительное опухолевидное образование, мягкотканой до +39,1 ед.Н. плотности. Оно характеризуется четкими, ровными контурами,

(за счет смещения и оттеснения от давления медиальных отделов передней стенки верхнечелюстной пазухи и альвеолярного отростка верхней челюсти), округлой формой, общим размером до 21,8х16,5 мм в поперечнике. Толщина периферического костного ободка, образованного вышеописанными костными структурами различна, колеблется от 1,9 мм до 2,6 мм, без КТ-признаков прерывистости контура. Описанная неоплазма проляблирует кнутри, сужая общий носовой ход слева. Мягкие ткани носо-щечной области слева также оттеснены от давления, носо-щечная складка сглажена. КТ-признаков инфильтративного поражения не выявлено. Опухоль в верхних ее отделах смещает нижне-внутреннюю стенку орбиты от давления, что отражается на положении контуров глазного яблока, которое смещено кнаружи, кпереди и несколько кверху. Кроме того, в обеих верхнечелюстных пазухах определяется наличие жидкостного содержимого, плотностью до +24,6 ед.Н. (Рис.1).

Для более наглядной демонстрации объема поражения верхней челюсти, приводим MPR и 3D реконструкции (Рис.2)

После проведения курса антибактериальной терапии по поводу двустороннего гайморита и контрольной рентгенографии околоносовых пазух, 25.01.2011 года больному была произведена операция - боковая ринотомия слева с предварительной перевязкой обеих наружных сонных артерий. После получения достаточного доступа обнаружилось, что опухоль исходила из верхнечелюстной пазухи с распространением в мягкие ткани носо-щечной области и в полость носа. Опухоль удалена единым блоком. Для повышения абластической надежности хирургического вмешательства произведена дополнительная коагуляция тканей вокруг удаленной опухоли. На заключительном этапе операции сформировано соустье в нижний носовой ход и наружная рана после тампонады ушита наглухо.

Удаленный макропрепарат, размером

до 31х24х33 мм, имел плотную консистенцию, гладкую поверхность и овальную форму. Блок удаленных тканей, покрытых слизистой оболочкой, отправлен на гистологическое исследование, подтвердившее диагноз мягкой фибромы.

В послеоперационном периоде мальчик первые 3 суток был под наблюдением в реанимационном отделении. Тампон из левой половины носа был удален на 5 сутки после операции. Оставшийся послеоперационный период протекал без осложнений. Операционная рана зажила первичным натяжением. Больной выписан на 11 день после операции.

При контрольном осмотре через 5 и 11 месяцев продолженного роста опухоли не выявлено. Лицо симметрично с обеих сторон. Верхняя губа справа несколько деформирована за счет послеоперационных рубцов, подтянувших ее кверху и кнаружи. Глазное яблоко справа в обычном месте, симметрично с глазным яблоком противоположной стороны. Движения в нем в полном объеме. Зрение -1,0.

Особенностью данного наблюдения является первичная локализация мягкой фибромы в верхней челюсти у 15-месячного ребенка, что регистрируется достаточно редко.

Литература

1. Козлова А. В., Калина В. О., Гамбург Ю. Л. Опухоли ЛОР органов. - М.: Медицина, 1979. - 352 с.
2. Колесов А. А., Воробьев Ю. И., Каспарова Н. Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. - М.: Медицина, 1989. - 304 с.
3. Крюков А. И., Ивойлов А. Ю., Яновский В. В. Новообразование носоглотки у ребенка грудного возраста // Вест. Оторинолар. - 2008. - №3. - С. 63-65.
4. Schick B., Kind M., Draf W., Weber R., Lackman G. Erratum to extranasopharyngeal angiofibroma in a 15-month-old child // Institute Pediatric Otorhinolarungology.-1998.-vol.43.- №1.-p.99-104.

ВАРИАНТЫ ОДНОСТОРОННЕЙ ПЕРЕВЯЗКИ ОБЩЕЙ И ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Чупрынина Н.В., Шалабаев Б. Д.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии,
Кыргызско – Российский (Славянский) Университет,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлен анализ обследования и хирургического решения одностороннего прекращения кровотока по внутренней сонной артерии при кровотечениях различного генеза из ветвей ее бассейна у 8 больных.

Ключевые слова: внутренняя сонная артерия, мозговое кровообращение, коллатерали.

OPTIONS OF MONOLATERAL LIGATION OF COMMON AND INTERNAL CAROTID ARTERIES IN MAXILLOFACIAL TUMORS

Chuprinina N.V., Shalabaev B.D.

Summary: We present the examination analysis along with surgical decision on the unilateral blood flow in internal carotid artery discontinuation because of various etiology bleeding in 8 subjects.

Key words: internal carotid artery, cerebral circulation, collaterals

Введение

Различного генеза патологические процессы, при которых в процесс вовлекаются сосуды бассейна внутренней сонной артерии, такие как аневризмы: каротидные и каротидно-кавернозные, опухоли височной кости, повреждение сонных артерий во время оперативных вмешательств и др., требуют принятия решения по прекращению кровотока по сонным артериям.

Одно и двухсторонняя перевязка наружной сонной артерии (НСА) не приводит к каким либо структурным и функциональным нарушениям в кровоснабжаемых ими регионах. Развитая сеть коллатерального кровообращения в достаточной мере компенсирует отсутствие кровотока по НСА. Этот вид оперативного вмешательства применяется при носовых кровотечениях при неэффективности тампонады носа и консервативных мероприятий, как подготовительный этап при резекции верхней челюсти и удалении ангиофибромы носоглотки [1,2,3].

Вопрос о необходимости проведения перевязки внутренней сонной артерии (ВСА) и общей сонной артерии (ОСА) возникает при образовании после травм основания черепа каротидных и каротидно-кавернозных аневризм, сопровождающихся массивными носовыми кровотечениями, оперативных вмешательствах

при патологических процессах височной кости и области турецкого седла. Процент возникновения гемипарезов после такого вмешательства очень велик [4,5,6,7].

Попытка предупредить нежелательный исход при возникновении кровотечения из бассейна ВСА позволяющая завершить лечение с положительным результатом появилась не на пустом месте. Метастатическое поражение лимфоузла, инвазивный рост или тесная связь опухоли органного происхождения с магистральными сосудами долгое время нередко являлись препятствием для радикального вмешательства при лечении опухолей или причиной отказа от него в виду технической невозможности выполнения принципа радикализма при хирургическом лечении.

На современном этапе развития хирургии головы и шеи имеется возможность выполнения реконструктивных операций на сонных артериях. Но, по мнению некоторых авторов, операции связанные с реконструкцией сонных артерий вовлечённых в онкологический процесс опаснее и тяжелее чем само заболевание и, следовательно, лечение таких пациентов должно проводиться только в специализированных стационарах, располагающих необходимым оборудованием и значительным опытом как онкологических, так ангиохирургических вмешательств [8,9,10].

Другим решением проблемы прекращения

кровотока по ВСА является наложение прогрессивно сдавливающего зажима на ОСА с сокращением кровотока в ней до половины первоначального уровня. Полное прекращение кровотока во ВСА без опасности ишемии мозга возможно не ранее, чем через 3 дня.

Материалы и методы хирургического лечения

Наши наблюдения, в которых была осуществлена односторонняя перевязка внутренней сонной артерии с указанной целью имеет отношение к 8 больным.

В двух наблюдениях б-ные К., 1970 г.р. и Ж., 1984 г.р., с последствиями перенесенной тяжелой ЧМТ вызвавшими развитие посттравматической мешотчатой аневризмы субклиноидного отдела левой внутренней сонной артерии с рецидивирующими частыми носовыми кровотечениями. Обоим больным была произведена перевязка ВСА на шее слева. Костнопластическая трепанация слева с выделением и клипированием супраклиноидного отдела ВСА. В послеоперационном периоде у больного К. отмечался правосторонний гемипарез. В дальнейшем движения в конечностях восстановились (рис.1).

В двух наблюдениях б-ные перенесшие ларингэктомию. В одном случае у б-ного Г., 1947 г.р., с развитием тромбоза сонных артерий справа. На дуплексном сканировании сосудов шеи в просвете ОСА, ВСА и НСА определяется тромб, просвет и кровоток в сосудах не определяются. Признаков нарушения мозгового кровообращения нет. У второго б-ного М., 1938 г., поступившего с метастазами в шейные лимфоузлы было обнаружено, что сонные артерии сдавлены опухолевым конгломератом. При попытке освободить артерию оказалось, что стенка сосуда интимно спаяна с опухолью, поэтому единым блоком с ней удалены НСА, ВСА и ОСА. В послеоперационном периоде каких-либо признаков нарушения мозгового кровообращения не выявлялось. На дуплексном сканировании сосудов шеи через некоторое время после операции кровотока по сонным артериям отсутствует (рис.2).

В одном наблюдении б-ной Н. 1956 г.р., после расширенной резекции верхней челюсти

по поводу рака с продолженным ростом опухоли. Во время оперативного вмешательства было обнаружено прорастание опухоли в переднюю черепную ямку. Из-за сильного кровотечения возникла необходимость перевязки ВСА. После операции у пациента наблюдался гемипарез с противоположной стороны, спутанность сознания.

В трех наблюдениях больные с опухолями с распространением в полость черепа. В одном случае б-ной Т. 1961 г.р., с диагнозом: Лимфобластная лимфосаркома ретромандибулярной области справа с распространением на основание черепа. На КТ признаки прорастания опухоли в переднюю черепную ямку в области турецкого седла. При радикальном оперативном вмешательстве предполагалось возможное кровотечение из ВСА, в связи с чем, было решено провести тренировку коллатерального кровообращения постепенным уменьшением кровотока в ней. Первым этапом была произведена перевязка ОСА ниже ее бифуркации справа, после предварительного передавливания ее мягким зажимом. В послеоперационном периоде наблюдались в течение нескольких часов сильные головные боли на стороне перевязки. Других признаков нарушения мозгового кровообращения нет. На дуплексном сканировании после операции кровотока в ОСА выше места лигирования не определялся. На уровне бифуркации правой сонной артерии определяется реверсивный кровоток (рис.3).

Во втором случае б-ная П., 1953 г.р., с раком пирамиды височной кости и основания черепа слева. На КТ признаки новообразования основания черепа, исходящего из пирамиды височной кости слева. Поскольку предполагалось отсутствие кровотока по ВСА слева, больной была первым этапом произведена перевязка ВСА на шее ниже бифуркации, далее перевязана НСА и при отсутствии признаков нарушения мозгового кровообращения произведена частичная резекция новообразования с паллиативной целью.

И в третьем случае б-ная Ш., 1962 г.р., поступила в ЛОР-отделение с кровотечением из левого уха после удаления новообразования

наружного и среднего уха слева. Во время ревизии полости среднего уха слева обнаружено большое пульсирующее образование. Учитывая, что дальнейшие манипуляции в послеоперационной полости угрожают кровотечением, несовместимым с жизнью, были произведены перевязка сначала ОСА и через 35 минут при отсутствии признаков нарушения мозгового кровообращения, НСА слева. В послеоперационном периоде периферических парезов и параличей правых конечностей нет. Результат послеоперационного патоморфологического исследования №34530 от 21.04.11г – капилярная гемангиома (рис.4).

Результаты обсуждения и выводы

Наши клинические наблюдения показали, что постепенное сужение просвета сонных артерий с уменьшением и дальнейшим прекращением кровотока в них, в одном случае тромбом, в двух других опухолевым конгломератом, не привело к развитию тяжелых нарушений мозгового кровообращения. В тоже время внезапная остановка кровообращения в бассейне ВСА при ее перевязке имела следствием развитие гемипареза с противоположной стороны, в одном случае переходящем, что сходится с данными литературных источников [13,14,15].

Перевязывая ОСА ниже бифуркации мы уменьшаем кровоток по ВСА. Наличие в одной из СА реверсивного кровотока после перевязки ОСА ниже ее бифуркации убедительно доказывает, что кровоток во ВСА хоть и уменьшился, но сохранился из НСА через анастомозы с противоположной стороны. Наиболее крупный из них – артерия твердой мозговой оболочки.

Вторым этапом производится перевязка НСА. Кровоснабжение головного мозга соответствующей стороны при этом осуществляется из противоположной системы СА. Это даст возможность хирургу более свободно манипулировать при основной операции на основании черепа, в крыло-небном пространстве или районе турецкого седла. И при включении в патологический процесс ВСА безбоязненно ее резецировать.

Подводя итоги можно сделать следующие выводы:

У организма есть возможности в достаточной мере компенсировать дефицит кровообращения головного мозга при прерывании кровотока по ВСА.

После адекватной «тренировки» коллатералей можно перевязать или резецировать ВСА без риска развития выраженных нарушений мозгового кровообращения.

Литература:

1. Г.А.Фейгин, Б.И.Кузник. «Кровотечения и тромбозы при оториноларингологических заболеваниях». Фрунзе «Илим» 1989; 84-85.
2. А. Г. Волков, Н.В. Бойко, В.В. Киселев. «Носовые кровотечения». Москва АПП «Джангар» 2002; 276.
3. Н.С. Благовещенская, А.Н. Коновалов, Ф.А. Сербиненко и др. «Неотложная помощь при посттравматических носовых кровотечениях, обусловленных разрывом внутренней сонной артерии в кавернозном синусе с повреждением боковой стенки основной пазухи». Журнал ушных, носовых и горловых болезней. Киев 1974; (2):92-94.
4. А.Н. Коновалов, Ф.А. Сербиненко, А.К. Умрихин. «Травматические аневризмы внутренней сонной артерии и носовые кровотечения». Вопросы нейрохирургии 1972; (3):16-23.
5. Ф.В. Олешкевич, Г.Б. Черняк. «Травматическая инфраклиноидная аневризма внутренней сонной артерии с повторными кровотечениями». Вестник оториноларингологии 1980; (5):81-82.
6. А.Ф. Уласовец. «Носовое кровотечение обусловленное посттравматической аневризмой внутренней сонной артерии в кавернозном синусе». Вестник оториноларингологии 1974; (5):94.
7. П.С. Манковцев. «Ближайшие и отдаленные сравнительные результаты реконструктивных операций на сонных артериях, выполненных по различным показаниям». Автореферат. Санкт-Петербург; 2008.- 87.
8. Iwao Sugitani, Yoshihide Fujimoto, Noriko Yamamoto. «Papillary thyroid carcinoma with distant metastases: Survival predictors and the importance of local control». Surgery, Volume 143;

2008; 35-42.

9. П.Г. Гафт, А.П. Середа, Е.И. Савченко и др. «Клиника и хирургическое лечение травматических каротидно-кавернозных соустьев и аневризм внутренней сонной артерии, осложненных носовым кровотечением». Нейрохирургия. Киев 1986; (19):56-59.

10. Daniel B.Kuriloff and Michael J.Sullivan «Revascularized Tissue Transfers in Head and Neck Surgery». Head and Neck Surgery-Otolaryngology. Second Edition, edited by Byron J.Bailey. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia. 1998; Chapter 163; 2345-2387.

11. Carol R.Bradford and Douglas B.Chepeha «Microvascular Free Flaps in Head and Neck Reconstruction» Head and Neck Surgery-Otolaryngology. Second Edition, edited by Byron J.Bailey. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia. 1998; Chapter 164; 2389-2410.

12. R.Miller, N.J.Newman «Walsh and Hoyt's clinical neuro-ophthalmology». Vascular anatomy. Aneurysms. Carotid-cavernous sinus fistulas. Cerebrovascular Disease. Migraine. Vasculitis.

Venous occlusive disease. Baltimore etc. Williams & Wilkins. 1998; V 3; 2867-3938.

13. С.Ф. Лесс, Е.Б. Куперберг, Ю.Л. Грозовский. «Регионарный мозговой кровоток и коллатеральный резерв кровоснабжения головного мозга при окклюзии внутренней сонной артерии». Мед.радиология Москва 1989; 34:с.6-13.

14. Michael D.Maves and Carl "Rusty" Stevens. «Vascular Tumors of the Head and Neck». Head and Neck Surgery-Otolaryngology. Second Edition, edited by Byron J.Bailey. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia. 1998; Chapter 124; 1817-1830

15. Henry Chuen Kwong Lam, FRCS(ED), Victor Jamse Abdullan, FRCS(ENG), Peter John Wormald, FCS(SA), FRCS(ED) and Charles Andrew Van Hasselt, FRCS(E), MMED(OTOL), Hong Kong, Chine. «Internal carotid artery hemorrhage after irradiation and osteoradionecrosis of the skull base» Otolaryngology- Head and Neck Surgery. 2002; V 125; №5 (20-25); 522-527.

О СОСТОЯНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ГОРТАНИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Ниязалиева Д.А.

Резюме: В работе подытожены сведения о 533 больных раком гортани, получивших лечение в отделении ЛОР-ХГШ НИ Минздрава Кыргызской Республики. Они позволили определить региональные особенности первичной локализации рака, потребность в различных методах хирургического этапа лечения и состояние диагностической помощи на уровне первичного звена здравоохранения.

В итоге получены данные, свидетельствующие о ее низком уровне и необходимости усилить работу по повышению диагностических знаний среди врачей общего профиля, оториноларингологов и ЛОРОнкологов периферии с основными положениями в области ЛОР онкологии.

Ключевые слова: рак гортани, резекция гортани, ларингэктомия.

STATUS OF DIAGNOSTIC CARE FOR PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER IN THE

Niyazalieva D.A.

Summary: This paper summerizes data on 533 patients with laryngeal cancer who received treatment in the ENT department -Head and Neck surgery of the Ministry of Health Kyrgyz Republic. They allowed to determine the regional characteristics of the primary cancer sites, the need for different methods of surgical stage of the treatment and condition of the diagnostic services in the primary health care. As a result ,the data obtained evidence of its low level needed to intensify efforts to improve the diagnostic knowledge among general practitioners, ENT specialists and ENT oncology of periphery with the main provisions in the field of ENT oncology.

Key words: cancer of larynx, resection of the larynx, laryngectomy.

Введение

Рак гортани одно из тяжелейших заболеваний, занимает первое место среди злокачественных опухолей головы и шеи. Относительная частота его регистрации среди

всех злокачественных новообразований человека колеблется в разных странах в пределах 2-8%. Пик заболеваемости зафиксирован у мужчин в возрасте 65-74 лет, у женщин 70-79 лет. Соотношение заболеваемости этой болезнью

Соотношение Ларингэктомии к Резекциям гортани с 1992-2011гг.



Рис.1
Соотношение ларингэктомии к резекциям гортани по поводу рака с 1992-2011гг.

среди мужчин и женщин равно 16:1 в 1993г. [2,3,4,7].

Среди злокачественных новообразований гортани чаще всего в 95% регистрируется плоскоклеточный рак [2,4]. На нашем материале только у одного больного была опухоль другой морфологической структуры – злокачественная лейомиома. Соотношение между ларингэктомией и резекциями гортани по разным источникам литературы составляет 15:1 [5]. В нашей Республике при названном заболевании, к сожалению, сберегательная хирургия так же существенно уступает органосоудалющей ларингэктомии.

Учитывая эти факты, которые, разумеется, не могут быть восприняты как

положительные, мы сочли необходимым провести анализ историй болезней больных раком гортани, по которым был выполнен хирургический этап лечения в отделении ЛОР-ХГШ НГ при Минздраве КР. Мы полагали, что эта работа позволит выявить основные причины поздней диагностики заболевания и наметить пути в какой-то степени нивелирующий этот недостаток в работе периферического звена здравоохранения Республики.

Материалы и методы

Представленная работа базируется на результатах анализа историй болезней 533 больных, которым в отделении в течение 1992 – 2011 гг. были выполнены резекции гортани и ларингэктомии. При работе с ними мы

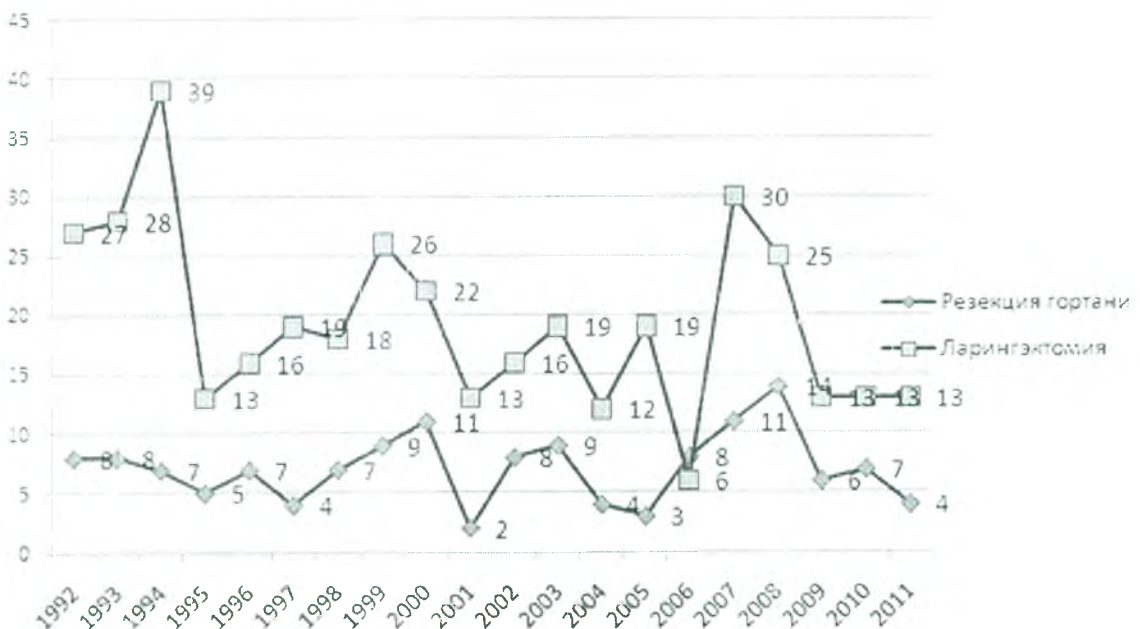


Рис. 2
Графическое изображение выполнения различных вариантов резекций гортани по отношению к ларингэктомии по поводу рака с 1992-2011гг.

знакомились с анамнестической информацией, описанием ларингоскопической картины и описанием выполненных хирургических вмешательств. Мы полагали, что такой анализ позволит нам выяснить причины поздней диагностики и варианты хирургического пособия, которые были востребованы при оказании помощи больным, а также наметить пути устранения этих недостатков.

Результаты и их обсуждение

Из 533 больных, ларингэктомия была выполнена у 387 (73%) больных, резекция гортани у 146 (27%) (рис.1). Эти данные свидетельствуют о том, что намного чаще выполнялась органосоудаляющая операция. Эти показатели нельзя признать положительными, поскольку в подавляющем большинстве случаев они приводили к инвалидности, обусловленной потерей жизненно важного органа. Причем такой факт констатировался с постоянством и при ежегодном анализе соотношения между органосохраняющими и органосоудаляющими операциями (рис.2).

Судя по представленным на рисунке 2 показателям, каждый год регистрировалась одна и та же картина – число ларингэктомий превалировало над резекциями гортани, причем во всех этих периодах работы этот факт определялся с постоянством.

Соотношение органосоудаляющих и органосохраняющих хирургических вмешательств по годам в течение указанного срока представлен на рисунке 2.

Учитывая, что рельефность симптоматики рака гортани во многом зависит от первичной локализации, мы поставили перед собой задачу определить преимущественное первичное поражение процесса у оперированных. Мы считали, что это позволит оценить качество диагностической работы и причины затруднений при ее выполнении.

В тех случаях, когда первично рак локализуется на голосовой связке, уже в ранних стадиях заболевания появляется расстройство голоса. Это заставляет осуществить ларингоскопию, что при грамотной оценке картины позволяет поставить диагноз при I и II стадиях развития процесса. При локализации

опухоли в вестибулярном отделе гортани, в частности на надгортаннике, первые симптомы заболевания не могут быть признаны очень часто ранними. Это связано с тем, что, почти как правило, больные с такой локализацией опухоли обращаются за помощью, когда появляется нарушение фонаторной функции, т.е. тогда, когда неоплазма достигла Т3 стадии развития.

Тщательный анализ нашего материала свидетельствует о том, что среди оперированных больных опухоль имела преимущественно боковую локализацию процесса, причем вначале она чаще всего локализовалась на голосовой складке. Этот факт констатировался и при представлении видов резекций гортани. Среди больных подвергшихся этому варианту операции преобладали хордэктомия, боковая, передне-боковая резекции. Их было 132, в то время как различные варианты надскладочной (горизонтальной) были выполнены только у 14 больных (рис.3)

Эти данные свидетельствуют о том, что в Кыргызской Республике чаще всего регистрируется рак голосовой складки, он заметно доминирует над раковым поражением вестибулярного отдела гортани. Отмеченное позволяет считать, что в плане ранней диагностики заболевания, врачи нашей Республики обладают более благоприятной ситуацией, нежели врачи некоторых других регионов, где первичная локализация процесса чаще находится в вестибулярном отделе. Например, в Читинской области соотношение между передне-боковой локализацией рака и вестибулярной иное. В ней с 1964 по 1977 годы были выполнены различные варианты надскладочной (горизонтальной) резекций у 188 больных, в то время как передне-боковой вариант органосохраняющей хирургии был произведен только у 31 больного (Г.А.Фейгин) [1,6].

Эти данные свидетельствуют, что, несмотря на более выгодную диагностическую ситуацию в Кыргызской Республике, больные раком гортани в Т3 и Т4 стадиях развития заметно преобладают над таковыми в стадии Т1 и Т2.

Судя по анамнестической информации диагностика в поздних стадиях развития имела

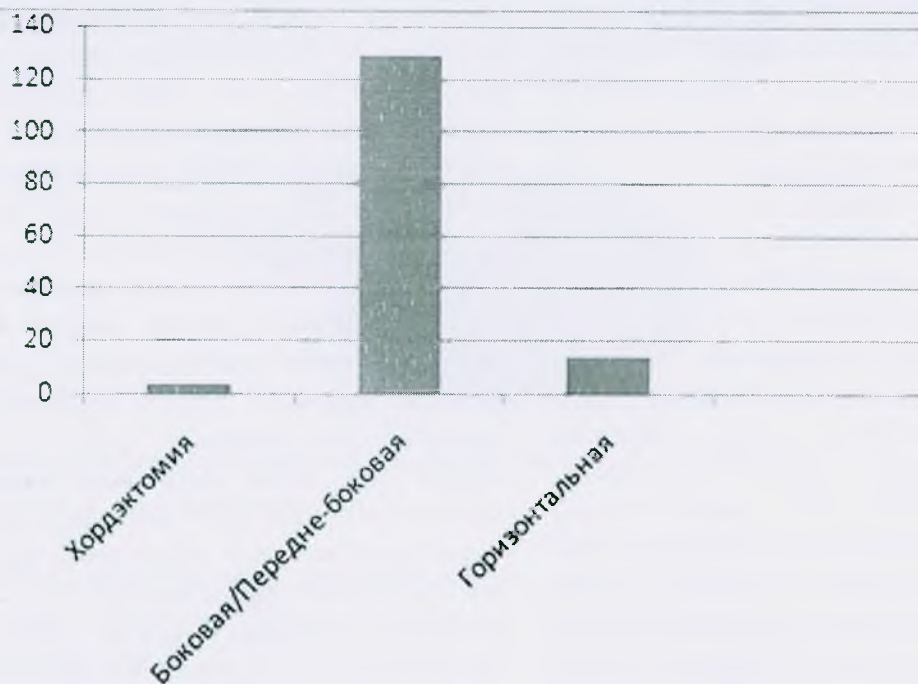


Рис.3 С
равнительные данные по частоте выполнения различных вариантов резекций гортани

различные причины. Среди них доминировали низкий уровень врачебных знаний (126 наблюдений) и уровень медицинской культуры населения (54 наблюдений), а также лечение больных у парамедиков и специалистов по нетрадиционной медицине (21).

Учитывая отмеченное к числу мер, необходимых для улучшения ситуации необходимо:

Усилить профессиональный уровень врачей общего профиля (ГСВ) и специалистов ЛОР-онкологов, занятых в Центрах ГСВ через кафедру офтальмологии и оториноларингологии КРСУ и КГМИПиПК.

Активизировать работу специалистов онкологов, занятых лечением больных раком гортани и опухолями ЧЛЮ, по пропаганде знаний по признакам заболевания рака гортани, в связи с которыми следует обращаться за квалифицированной помощью.

Литература:

1. Огольцова Е.С. Диагностические и тактические ошибки при раке гортани / Е.С.Огольцова, Е.Г.Матякин: М.,Мед.- 1989.-

224с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / А.И.Пачес. – 4-е издание.- М.: Мед., 2000.- 480с.

3. Унгиадзе Г.В. Эндоскопическая диагностика и лазерная деструкция рака гортани / Г.В.Унгиадзе, Б.К.Поддубный, Н.В.Белоусова, А.Ю.Концевая //Современная онкология. – 2005.- Т.7.- №3.

4. Ушаков В.С. Рак гортани: Современные возможности и перспективы / В.С.Ушаков, С.В.Иванов // Практическая онкология.- 2003.- Т.4.- №1.- С.56-60

5. Ушаков В.С. Способ восстановления разделительной функции гортани после ее саггитальной резекции. 2003г. Патент №2002116432/14

6. Фейгин Г.А. К симптоматике и лечению местных рецидивов рака после резекции гортани / Г.А.Фейгин, Р.П.Свирский, И.А.Рожинская // Вестник оториноларингологии.- 1978.- №3.- С 73-76

7. Чиссов В.И. Онкология. Клинические рекомендации / В.И.Чиссов, С.Л.Дарьялова – М., 2008.- 720с.

ОСОБЕННОСТИ ЛИМФООТТОКА ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ягупова С.Н.

Медицинский центр Кыргызско-Российского Славянского Университета

Бишкек, Кыргызстан

Резюме: Цель работы исследовать особенности лимфооттока и его влияние на метастазирование рака в лимфоузлы шеи. До операции 27 больным со злокачественными новообразованиями в паратонзиллярную клетчатку вводили 1% водный раствор синьки Эванса. После операции изучали состояние с учетом региона обнаруженных лимфоузлов нарушение лимфооттока. Его частичная или полная блокада обуславливала, расширяла зону поражения лимфоузлов. Это обосновывало выполнение лимфодиссекции при наличии метастазов в лимфоузлы по радикальной программе. С этих данных описаны методические основы выполнения названной операции по фасциально-футлярной методике и Крайлю.

Ключевые слова: лимфоузлы шеи, шейная лимфонодулэктомия, операция Крайля, метастазы, лимфоотток, 1% водный раствор синьки Эванса.

THE VALUE FOR PLANNING SURGICAL TREATMENT OF METASTASIS CANCER OF THORAX, LARYNX AND PHARYNX ARE BASED ON THEIR UNIQUE WAY OF LYMPH DRAINAGE

Yagupova S.N.

Resume: The purpose of work is to investigate feature of lymph drainage and its influence on metastasis cancer in lymph nodes of necks. Before the operation of 27 patients with malignant tumor, in paratonsillar tissue entered 1% Evans's water solution. After operation studied a condition in view of region out lymph node infringement lymph drainage, both its partial and full blockade due to expansion a zone of defeat lymph node. It proved that performance lymph dissection at presence of metastasizes in lymph node under the radical program. At these data methodical bases of performance of the named operation on facial-pocket to a technique are described and Krailua.

Key words: lymph nodes, lymph dissection, operation Krailua, metastasis, lymph drainage, 1% Evans's water solution.

Введение:

Последовательность и особенности метастазирования злокачественных опухолей в лимфоузлы шеи, нужно полагать, подчинены определенным закономерностям [5,7,8]. Они определяются током лимфы, который может быть свойственен первичной локализации, а следовательно, быть обычным, регионарным [9,10,11]. Очень часто из-за хронического воспаления, наличия еще клинически не выявляемых или выявляемых метастазов рака лимфоотток приобретает иную качественную характеристику. В результате лимфоотток из шеи теряет свойственную ему ретроградную характеристику, он становится коллатеральным и ретроградным, что сказывается увеличением числа лимфоузлов, вовлеченных в метастатический процесс. В результате все группы лимфоузлов могут оказаться пораженными. Наиболее часто метастазы рака при их первичной локализации в челюстно-лицевой области и в органах шеи обнаруживаются в лимфоузлах глубокой яремной

цепи до (80,9% случаев) [1,2,5,6]. При этом чаще всего в процесс вовлекается группа ангулярных лимфоузлов. Метастазы рака в этих лимфоузлах часто приводят к затруднению, а затем и прекращению (блокаде) лимфооттока через них. В свою очередь это обуславливает проявление гипертензии в приводящих лимфатических сосудах. В результате возникает недостаточность клапанов с высоким риском вовлечения в метастатический процесс лимфоузлов шиловидной области, а также расположенных в заднем шейном треугольнике [1,2,5].

В настоящее время шейная лимфодиссекция осуществляется не только по классическим, к числу которых принято относить фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи и операцию Крайля, но и по щадящим вариантам их выполнения. Последние по замыслу удаляют только группу лимфоузлов с клетчаткой шеи, чаще всего верхней локализации, что в какой-то степени повышает риск неудачи, если учесть выше изложенное.

Однако, целесообразность такой

тактики выполнения нерадикальных вариантов шейной лимфодиссекции не получила обоснования [2,4,7,8]. Это касается, даже тех случаев, когда на шее определяются одиночные метастазы в лимфоузлы шеи. Поэтому, учитывая приведенную информацию и наши клинические наблюдения нельзя не признать данную проблему актуальной и требующей дальнейшего изучения [1,3,4].

Материалы и методы:

Для реализации поставленной задачи мы сочли целесообразным изучить закономерности распространения водного раствора синьки Эванса по лимфатической системе шеи у 27 больных с опухолями гортани, мезофарингеа, гипофарингеа и верхней челюсти после введения ее водного раствора в паратонзиллярную клетчатку. Чтобы определить последовательность окрашивания шейных лимфоузлов мы оперировали больных с разными заболеваниями в разное время операции после введения синьки Эванса, 10 больных за 12 часов до операции, 10 больных за 24 часа и 7 больных за 48 часов. Во время операции регистрировали локализацию окрашенных в голубой цвет лимфоузлов и также тщательно изучали удаленный материал. Нас интересовало общее число лимфоузлов, наличие красителя в лимфоузлах, окрашенных и визуально неокрашенных, а также состояние при их полном и частичном поражении на разрезе.

Результаты и их обсуждение:

Через 48 часов все лимфоузлы шеи со стороны обследования были окрашены, за исключением тех, которые были поражены раковой опухолью. При тотальной раковой инфильтрации лимфоузла он не содержал краски, при частичной – голубым цветом окрашивалась часть лимфоузла, в которой при последующем гистологическом исследовании не обнаруживались клеточные комплексы рака.

Через 12 и 24 часа после введения красителя в паратонзиллярную клетчатку определялась иная визуальная картина. Если метастатический процесс определялся в ангулярном лимфоузле, то в этих случаях в первую очередь окрашивались лимфоузлы, находящиеся выше указанного регионарного метастаза, в том числе расположенные в шило-

сосцевидно-зачелюстном регионе.

Важно отметить, что лимфоузлы вовлеченные в воспалительный процесс и тем более пораженные метастазами рака либо частично, либо вовсе не окрашивались. В перечисленных анатомических регионах мы обнаруживали увеличенные лимфоузлы в которых определялись комплексы раковых клеток.

Более полные данные об анатомических особенностях распространения красителя и дополнительные признаки поражения лимфатической системы шеи нам дали возможность отразить особенности регионарного метастазирования, в том числе имеющие значение для выбора хирургического доступа и методических основ выполнения операций, выполняемых по фасциально-футлярному иссечению клетчатки шеи и операции Крайля.

Оперативное вмешательство на клетчатке шеи по фасциально-футлярному варианту на начальных этапах мы выполняли по классическому варианту. В тех случаях, когда мы сталкивались с более обширными метастазами рака в лимфоузлах шеи, приходилось или расширять хирургическое вмешательство на отдельных этапах его выполнения или выполнять его по Крайлю.

При метастазах рака в регионарные лимфоузлы шило-сосцевидно-зачелюстной области технические трудности выполнения оперативного вмешательства на клетчатке шеи иногда были обусловлены узостью хирургического доступа. В таких случаях мы использовали модифицированный вариант завершающего этапа операции Крайля.

Приведенные выше данные позволили нам получить дополнительные доказательства правомочности предложенных модифицированных вариантов завершающих этапов фасциально-футлярной лимфонодулоэктомии и операции Крайля. На этом можно настаивать, поскольку есть возможность абластически надёжно оперировать при хорошем визуальном контроле (окрашенные в голубой цвет лимфоузлы) и достаточном хирургическом доступе.

Выводы:

1. Метастазы рака органов головы и шеи в ангулярный и другие группы лимфоузлов обусловлены нарушением и блокадой лимфоотока что обосновывает во избежание неудач производить лимфодиссекцию только по радикальной хирургической программе.

2. Методом выбора должны быть либо иссечение клетчатки шеи по фасциально-футлярной методике, либо по Крайлю.

3. Предложенные модифицированные варианты завершающих этапов шейной лимфодуэктомии позволяют увеличить число радикально излеченных больных и уменьшить число возникающих инкурабельных ситуаций.

Литература:

1. Погосов В. С., Акопян Р.Г., Антонив В.Ф. К вопросу о лечении больных с региональными метастазами рака гортани. Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1980, № 1, с. 6-10.

2. Насритдинов Т.Х., Акопян Р.Г. О хирургическом лечении распространенного рака гортани с регионарными метастазами. Медицинский журнал Узбекистана, 1981, № 9, с. 55-57.

3. Фейгин Г.А., Джемуратов М.А. К вопросу об оперативных вмешательствах при высоких метастазах рака органов головы и шеи в регионарные лимфоузлы// Здравоохранение Кыргызстана.- 1993.-№ 1.-с. 47-49.

4. Фейгин Г.А., Джемуратов М.А. О ретроградном лимфооттоке при метастазах рака ЛОР-органов в ангулярные лимфоузлы шеи// Тезисы конференции молодых ученых и специалистов Кыргызского Государственного Медицинского Института.- г. Бишкек, 1993.

5. Shores CG, Yin X, Funkhouser

W, et al. Clinical evaluation of a new molecular method for detection of micrometastases in head and neck squamous cell carcinoma. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2004; 130:937-42.

6. Werner JA, Dunne AA, Folz B), et al. Value of sentinel lymphadenectomy in head and neck cancer. Ann Surg Oncol 2004; 11:267s-70s,

7. Saintigny P, Coulon S, Kambouchner M, et al. Real-time RT-PCR detection of CK19, CK7 and MUC1 mRNA for diagnosis of lymph node micrometastases in non small cell lung carcinoma. Int J Cancer 2005; 115:777-82.

8. Barrera JE, Miller ME, Said S, et al. Detection of occult cervical micrometastases in patients with head and neck squamous cell cancer. Laryngoscope 2003; 113:892-6.

9. Hermanek P. Disseminated tumour cells versus micrometastasis: definitions and problems. Anticancer Res 1999; 19:2771-4.

10. Enepekides DJ, Sultanem K, Nguyen C, et al. Occult cervical metastases: immunoperoxidase analysis of the pathologically negative neck. Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 120:713-7.

11. Ambrosch P, Kron M, Fischer G. et al. Micrometastases in carcinoma of the upper aerodigestive tract: detection, risk of metastasizing, and prognostic value of depth of invasion. Head Neck 1995; 17:473-9.

УТОЧНЯЮЩИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО, ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Лопатин К. П.

аспирант отделения торакальной хирургии,
Национальный Центр Онкологии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Подвергнуты анализу компьютерные томограммы 34 пациентов с центральным эндобронхиальным раком легкого. Во всех наблюдениях окончательный диагноз был подтвержден данными патоморфологического исследования. Основываясь на анализе данных КТ-исследования при их сопоставлении с данными фибробронхоскопии, удалось определить первичную локализацию и распространенность неопластического инфильтрата. Также описана КТ-семиотика, характерная для эндобронхиального рака.

Ключевые слова: центральный эндобронхиальный рак легкого, компьютерная томография, фибробронхоскопия.

PRECISELY POSSIBILITIES OF COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS IN COMPLEX DIAGNOSE OF A CENTRAL ENDOBRONCHIAL LUNG CANCER

Lopatin K. P.

graduate student of thoracic department,
National Oncology Centre, Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summery: Computer tomograms of a 34 patients with central endobronchial lung cancer were analyzed. In all cases the final diagnose was confirmed through pathomorphological verification. Based on CT findings with fibrobronchoscopy correlation it managed to verify the first-place localization of a tumor infiltration. Besides, it managed to describe CT-semiotics of a central endobronchial lung cancer.

Key words: central endobronchial lung cancer, computed tomography, fibrobronchoscopy.

Введение

Рак легкого является одной из ведущих причин смерти от онкологической патологии, частота которого постоянно растет в течении последних десятилетий. Это в основном связано с табакокурением и загрязнением атмосферы. Доля рака легкого в структуре умерших от злокачественных новообразований составляет до 30,8% у мужчин и 6,6% у женщин. Во всем мире ежегодно от рака легких умирает около 1,25 миллиона человек [1,2,4,6,7].

Диагностика рака легкого, как и большинства онкологических заболеваний, состоит из двух последующих этапов: 1) Первичная диагностика, позволяющая установить клинко-морфологическую форму, гистологическую структуру опухоли и степень дифференцировки опухолевых клеток. 2) Уточняющая диагностика, направленная на определение степени распространения опухоли (стадии по TNM классификации) и оценку общего состояния пациента [2,5,6,9].

Компьютерная томография в комплексном исследовании рака легкого помогает решить

многие диагностические задачи, а именно, определить клинко-морфологическую форму, описать ее КТ-семиотику, проследить распространенность опухолевого инфильтрата на прилежащие анатомические образования (TNM-характеристика), а также выявить осложнения со стороны органов грудной клетки и средостения, обусловленные прогрессирующим ростом неоплазмы [3-6,8,9].

Хирургическое лечение центрального эндобронхиального рака легкого (ЦЭБРЛ) является одним из ведущих методов лечения этой неоплазмы. Детальный анализ полученных данных КТ-исследования, в совокупности с данными фибробронхоскопии, позволяет оценить необходимый объем оперативного вмешательства, либо отказаться от него в пользу химио- или лучевой терапии [2,6,8,9].

Учитывая отмеченное, мы сочли целесообразным представить полученные нами данные КТ-исследования и фибробронхоскопии.

Материалы и методы

Обследование проводилось на 1-слайсовом компьютерном томографе Hitachi Pronto, Япония,

в режиме спирального сканирования, толщиной среза 10 мм с питч реконструкции 7 мм. Исследование проводилось в положении пациента лежа на спине, на высоте вдоха, при однократной задержке дыхания. Основываясь на общепринятой клинко-анатомической классификации рака легкого, эндобронхиальная форма рака легкого была выявлена у 34 пациентов (27 мужчин и 7 женщин), в возрасте от 32 до 74 лет, обследованных и пролеченных в отделении торакальной хирургии НЦО за период времени с 2010 по 2012 годы.

Оценка стадии рака легкого осуществлялась по общепринятой системе TNM [2]. Согласно этой классификации из 34 наблюдавшихся пациентов, III стадия развития процесса была выявлена в 23 наблюдениях (в 9 наблюдениях – IIIA, в 14 – IIIB), IV – в 7. У 4 пациентов была определена II стадия развития опухолевого процесса. Из них IIA стадия была выявлена у 1 пациента, IIB – у 3 пациентов соответственно. I стадия развития опухолевого поражения не была выявлена нами ни в одном наблюдении.

Полученные данные КТ-исследования во всех наблюдениях сопоставляли с данными фибробронхоскопии.

Результаты исследования и обсуждение

КТ-семиотика центрального рака легкого, в том числе и эндобронхиальной его формы, определяется двумя синдромами: нарушением бронхиальной проходимости и патологическими изменениями корня легкого.

На КТ, эндобронхиальный рак определяется как дополнительное объемное образование, расположенное в просвете пораженного крупного бронха, мягкотканной плотности (до +43,5 ед.Н.), иногда с наличием кальцинированных включений, с четкими, ровными контурами, овальной формы, широким основанием прилежащим к одной или нескольким стенкам бронхов. Иногда определяется сочетанная форма, когда на фоне эндобронхиального компонента опухоли, определяется и экзобронхиальный.

Эндобронхиальный рак легкого, в первую очередь, приводит к относительно раннему, даже при небольших размерах опухоли, сужению просвета пораженного бронха с частичным или полным нарушением бронхиальной проходимости. Этот синдром является ведущим при эндобронхиальной форме центрального рака легкого (ЦРЛ).

Нарушение вентиляции, как один из основных КТ-признаков при ЦРЛ может проявляться в виде прикорнеальной гиповентиляции, обтурационной эмфиземы (клапанного «вздутия») или ателектаза (полного или частичного).

Гиповентиляция – начальная стадия нарушения бронхиальной проходимости. На КТ она определяется в виде небольшого уменьшения объема и воздушности легочной ткани со сгущением легочного рисунка. Последнее можно утверждать, сравнивая показатели плотности легочной паренхимы в симметричных отделах прикорнеальной зоне пораженного и противоположного легкого (Рис.1).

Далее, по мере роста опухоли, степень нарушения бронхиальной проходимости увеличивается,

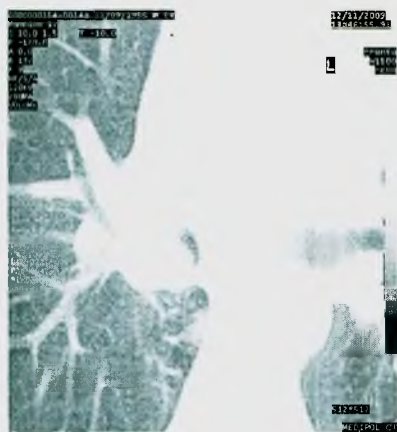


Рис.1 Больной М, 54 лет.

Диагноз: центральный эндобронхиальный рак промежуточного бронха, с неполной его обтурацией.

КТ-срез выполнен в легочном окне.

В промежуточном бронхе определяется неоплазма. Прилежащая к опухоли паренхима правого легкого с КТ-признаками ее прикорнеальной гиповентиляции, что отчетливо визуализируется в сравнении с контралатеральной стороной. Культи бронха имеет близкую к прямоугольной форму.

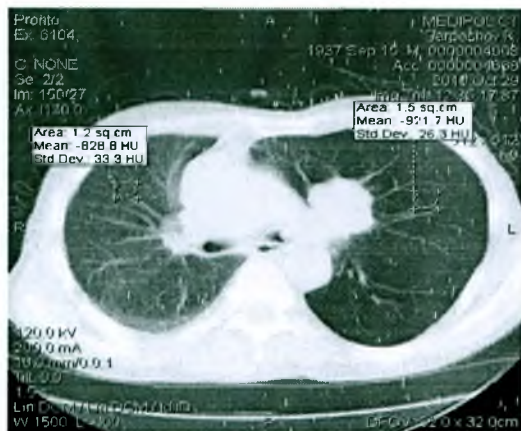


Рис.2 Больной С., 63 лет.

Диагноз: Центральный рак левого главного бронха, смешанная форма за счет сочетания эндобронхиального фрагмента опухоли с перебронхиальным узлом.

КТ срез выполнен в легочном окне.

Слева на фоне неоплазмы выявляется наличие обтурационной эмфиземы левого легкого за счет «клапанного вздутия». КТ-плотность эмфизематозной легочной паренхимы (слева) составляет -921,7 ед.Н., в сравнении с контрлатеральной (здоровой) стороной, имеющей КТ-плотность -828,5 ед.Н.

вплоть до появления обтурационной эмфиземы за счет «вентильного» стеноза бронха. Проявление данного симптома непродолжительно, поэтому он нечасто регистрируется при КТ-исследовании. Обтурационная эмфизема на компьютерных томограммах характеризуется повышением прозрачности участка легочной ткани с обеднением сосудистого рисунка. Это происходит за счет порционно поступающего через пораженный бронх воздуха на вдохе, который полностью не выдыхается из-за имеющегося препятствия в виде опухоли. Подтвердить вышесказанное можно сравнивая показатели КТ-плотности легочной паренхимы пораженного отдела легкого с противоположной стороной (Рис.2).

Следующим, заключительным этапом

легкого со смещением ее в сторону средостения, сужением, вплоть до обтурации пораженного бронха. Кроме того, можно выявить компенсаторное вздутие прилежащих долей и сегментов и смещение органов грудной полости в сторону средостения. Относительно редко, при частичном, минимальном сохранении бронхиальной проходимости, на фоне ателектаза оказываются видны просветы деформированных и расширенных бронхов с наличием симптома «воздушной бронхографии» (Рис. 3).

В некоторых наблюдениях, из-за полной обтурации бронха, на фоне появившегося ателектаза соответствующей доли, определялось наличие абсцесса и воспалительной инфильтрацией медиастинальной плевры. На КТ представляемого пациента, верхнедолевой бронх



Рис. 3. Больной Ж, 63 лет.

Диагноз: Центральный эндобронхиальный рак верхнедолевого бронха справа.

КТ-срез выполнен в средостенном окне.

В просвете верхнедолевого бронха справа определяется наличие объемного образования, частично кальцинированного, обуславливающего ателектаз верхней доли правого легкого с наличием на этом фоне симптома «воздушной бронхографии». Культи бронха имеет близкую к прямоугольной форму.

нарушения бронхиальной проходимости является ателектаз, обусловленный появлением окклюзии или стеноза бронха, который, в свою очередь, может быть полным или частичным. На КТ, семиотика ателектаза представлена появлением зоны уплотнения легочной паренхимы в пределах анатомической части легкого, с четкими, вогнутыми контурами, уменьшением объема безвоздушной части

слева не визуализируется. Отмечается наличие ателектаза верхней доли левого легкого. Она смещена к средостению, кпереди и кверху, имеет треугольную форму, основанием прилежащей к наружной части грудной клетки, вершиной обращенной к корню легкого. Наружная граница четкая, образована междолевой плеврой. В толще центральных отделов ателектазированной легочной паренхимы определяется участок,

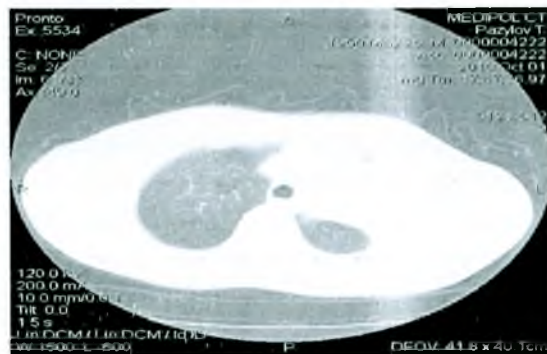


Рис.4 Большой П., 60 лет.

Диагноз: Эндобронхиальный рак верхнедолевого бронха слева с переходом на главный бронх, ателектаз верхней доли левого легкого с формирующимся абсцессом.

пониженной до +27,4 ед.Н. плотности, с нечеткими, неровными контурами. Кпереди от него визуализируется единичный пузырь газа. Выявляется наличие симптома локального «провисания» междолевой плевры слева виде полуовальной формы выпячивания (Рис.4).

Проведенный нами анализ результатов бронхоскопического исследования показал, что при эндобронхиальной форме центрального рака легкого во всех наблюдениях удалось визуально определить наличие опухоли, расположенной в главном, либо долевого бронхах, с последующим взятием материала для биопсии. При этой форме рака просвет бронха был полностью обтурирован у 24 больных, частично – у 10 больных.

Визуально в просвете пораженного бронха были обнаружены бугристые опухолевые разрастания, с четкими или нечеткими контурами, белесоватого или бледно-розового цвета, кровоточащие при дотрагивании и взятии биоптата.

Заключение и выводы:

Подводя краткое резюме по изложенному в этой статье, нам хочется, прежде всего, отметить, что больные центральным, эндобронхиальным раком легкого поступали к нам на обследование и лечение чаще всего с распространенным процессом. В подавляющем большинстве случаев его размер и характер изменений пораженных структур, позволял причислить тяжесть развития неоплазмы к Т3 и Т4. Следует отметить, что в большинстве наблюдений удается проследить распространенность неопластического инфильтрата. Это обстоятельство важно, так как по анализу данных КТ-исследования, в сочетании с результатами фибробронхоскопии,

становится возможным прийти к определенным выводам, которые могут иметь значение для решения вопроса о возможности проведения хирургического вмешательства или отказаться от него в пользу химио- или лучевой терапии.

При выборе лучевой терапии данные КТ-исследования, с использованием специальной программы помогают осуществить топометрию, иными словами планирование и расчет распределения дозы в облучаемом объеме тканей в зависимости от энергии излучения.

Литература:

1. Габуня Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. - М.: Медицина, 1995. - С. 53-131.
2. Орлов С. В. Симптоматика, диагностика и стадирование немелкоклеточного рака легкого // Практическая онкология. – 2000. - №3. – С. 8-16.
3. Прокоп М, Галански М. Спиральная и многослойная компьютерная томография: Учебн. Пособие: В 2 т.; Под ред. А.В. Зубарева, Ш.Ш. Шотемора. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - Том. 2. – С. 69-165.
4. Трахтенберг А.Х., Чиссов В. И. Клиническая онкопульмонология.-М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – С. 31-208.
5. Труфанов Г. Е., Митусова Г.М. Лучевая диагностика заболеваний и повреждений органов грудной полости (Атлас рентгено-компьютерно-томографических изображений). - СПб.: ЭЛБИ-СПб.- 2008. – 365 с.
6. Тюрин И. Е. Компьютерная томография органов грудной полости. – СПб.: ЭЛБИ-СПб.- 2003. – 371 с.

7. Ganti A., Mulshine J. Lung cancer screening // Oncologist. – 2006. – Vol.11, № 5.- P. 481-487.
8. Kirejczyk W. M., Rosado de Christenson M. L., Travis V. D., Olmedilla Arrequi G. Bronchial carcinoid: imaging features // Am. J. Radiol. – 1997. – Vol. 168. – Suppl. 3. – P. 109-115.
9. Rosado de Christenson M. L., Templeton P. A., Moran C.A. Broncogenic carcinoma: radiologic-pathologic correlation // Radiographics. – 1994. – Vol. 14. – P.429-446.

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО И НЕКОТОРЫХ ВТОРИЧНЫХ, ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЕГО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ РОСТОМ

Лопатин К. П.

аспирант отделения торакальной хирургии.

Национальный Центр Онкологии, город Бишкек Кыргызская Республика

Резюме: Нами обследовано 152 больных с центральным раком легкого. Всем больным КТ-диагноз был подтвержден данными оперативных вмешательств и патоморфологической верификацией. Представлена КТ-семиотика, свойственная центральному раку легкого с учетом некоторых особенностей, свойственных его клинко-анатомическим формам. Описаны основные вторичные, внутрилегочные изменения, обусловленные прогрессирующим ростом опухоли. Детальный анализ данных КТ-исследования позволил предположить центральный рак легкого уже в доверификационный период обследования.

Ключевые слова: центральный рак легкого, компьютерная томография, семиотика.

COMPUTER TOMOGRAPHY SEMIOTICS OF A CENTRAL LUNG CANCER AND SECONDARY CHANGES, DUE TO ITS PROGRESSIVE GROWTH

Lopatin K. P.

graduate student of thoracic department,

National Oncology Centre,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summery: We examined 152 patients with central lung cancer. In all cases the CT diagnose was confirmed through operations and pathomorphological verification. CT-semiotics of central lung cancer, including some features due to its clinic-anatomical forms was demonstrated. The basic secondary intrapulmonary changes, due to progressive tumor growth were described. Detailed analyze of CT-findings allowed to assume central lung cancer in pre-verification period.

Key words: central lung cancer, computer tomography, semiotics.

Введение

Под термином «рак легкого» принято понимать различные по морфогенезу, клиническим проявлениям и прогнозу злокачественные эпителиальные опухоли. В настоящее время различные виды рака легкого подразделяют по трем основным классификациям: клинко-анатомической, по стадиям развития (I-IV) и патоморфологической [1,3,6,8].

Компьютерно-томографическая семиотика (КТ-семиотика) центрального рака легкого (ЦРЛ) определяется двумя синдромами:

изменения корня легкого и нарушения бронхиальной проходимости. Последний из описанных синдромов наиболее характерен для эндобронхиальной формы ЦРЛ и характеризуется нарушением вентиляции, различной степени выраженности. Ведущим синдромом при экзобронхиальных формах – перибронхиально-узловой и перибронхиально-разветвленной является синдром изменения корня легкого, проявляющийся в его увеличении. Соотношение этих двух синдромов обуславливает варибельную КТ-картину, свойственную различным формам ЦРЛ [1,3,4,6,9].

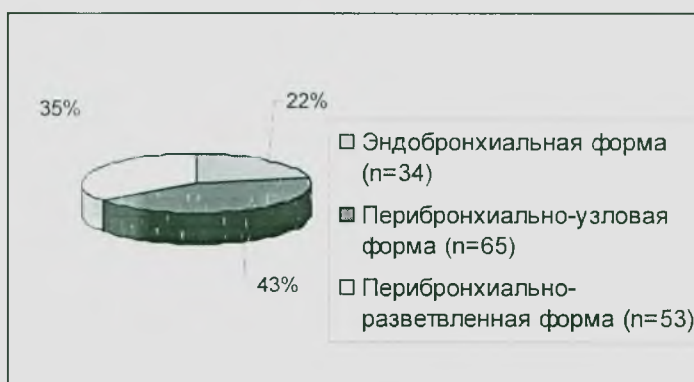


Рис.1 Распределение больных с ЦРЛ на основании клинко-анатомической классификации в зависимости от формы опухоли.

Диагностика ЦРЛ может быть затруднена не только в связи необходимостью проведения дифференциальной диагностики с различными заболеваниями, характеризующимися схожими КТ-признаками, но и при осложненном течении ЦРЛ. К вторичным изменениям, являющимся по сути осложнением основного заболевания, относят вторичную обтурационную пневмонию, образование абсцесса в зоне ателектаза, плеврит и др. [2,4,5,6].

Своевременная, точная диагностика ЦРЛ и его осложнений, позволяет провести обоснованное лечение, тем самым, улучшив



Рис. 2 Больной М., 54 лет. Диагноз: Центральный эндобронхиальный рак промежуточного бронха.

КТ-срез выполнен в средостенном окне.

В просвете правого главного бронха, выполняя его целиком, определяется дополнительное объемное образование, относительно однородной мягкотканной плотности до +39,5 ед.Н., с четкими, контурами, закругленной формы. Культи бронха имеет близкую к прямоугольной форму.

результаты и дальнейший прогноз. В этом незаменимую помощь оказывает использование данных КТ-исследования [2,4-9].

Материалы и методы

Обследование проводилось на 1-слайсовом компьютерном томографе Hitachi Pronto, Япония, в режиме спирального сканирования, толщиной среза 10 мм с питч реконструкции 7 мм, в положении пациента лежа на спине, на высоте вдоха, при однократной задержке дыхания.

Основываясь на клинко-анатомической классификации рака легкого, в отделении торакальной хирургии НЦО за период времени с 2010 по 2012 годы было обследовано и пролечено

152 пациента с различными формами ЦРЛ в возрасте от 32 до 78 лет. Из них эндобронхиальная форма рака легкого была выявлена у 34 пациентов (27 мужчин и 7 женщин), перибронхиально-узловая – у 65 пациентов (43 мужчин и 22 женщин), перибронхиально-разветвленная – у 53 пациентов (39 мужчины и 14 женщин). Эти данные представлены на рисунке 1.

Оценка стадии рака легкого осуществлялась по общепринятой системе TNM [3]. Согласно этой классификации из 152 наблюдавшихся пациентов, III стадия развития опухолевого процесса была выявлена в 89 наблюдениях (в 48

наблюдениях – IIIA, в 41 - IIIB), IV – в 37. У 26

пациентов была определена II стадия развития опухолевого процесса. Из них IIA стадия была выявлена у 11 пациента, IIВ – у 15 пациентов соответственно. I стадия развития опухолевого поражения не была выявлена нами ни в одном наблюдении.

Результаты обследования и обсуждения

Как известно, семиотика ЦРЛ на КТ всецело зависит от соотношения двух синдромов: изменения в корне легкого и признаков нарушения бронхиальной проходимости, что в каждом конкретном случае зависит от особенностей роста опухоли, относительно пораженного

крупного бронха.

Центральный эндобронхиальный рак легкого может занимать часть или полностью

мягкотканными структурами средостения) контурами, неправильной формы. Размеры этих форм ЦРЛ могут колебаться в очень широких

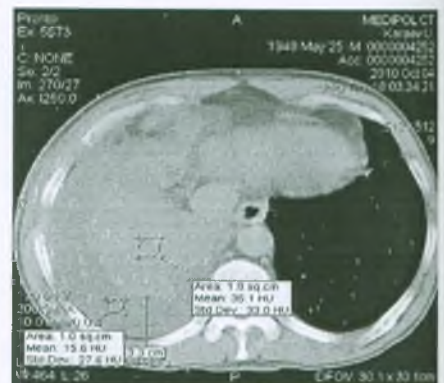


Рис.3. Больной К., 62 лет.

Диагноз: центральный перибронхиально-узловой рак нижней доли правого легкого, осложненный ателектазом нижней доли правого легкого, правосторонним гидротораксом.

КТ-срезы выполнены в средостенном окне.

Кнаружи от нижнедолевого бронха определяется дополнительное объемное образование, относительно однородной мягкотканной плотности до +50,6 ед.Н., с четкими, неровными контурами, размером до 29х26 мм в поперечнике. Культи бронха имеет коническую форму. Отмечается наличие полного ателектаза нижней доли правого легкого и гидроторакса. КТ-плотность жидкости составляет до +19,1 ед.Н., толщина - до 39 мм (предполагаемый объем жидкости составляет около 2 литров).



обтурировать просвет крупного бронха. Как правило, такое образование на КТ, характеризуются мягкотканной плотностью, четкими, гладкими контурами, овальной формой. Оно может прилежать к одной или нескольким пораженным стенкам (Рис.2).

Раковая опухоль, растущая в виде узла – центральный перибронхиально-узловой рак приводит к коническому сужению бронха, в то время как центральный перибронхиально-разветвленный – к равномерному сужению просвета вдоль пораженного бронха. Структура опухоли характеризуется мягкотканной плотностью, четкими, как правило бугристыми (на границе с воздушносодержащей легочной паренхимой) и нечеткими (на границе с

пределах от 5 до 90 и более мм (Рис. 3-4).

Нарушение вентиляции, как один из основных КТ-признаков ЦРЛ может проявляться в виде прикорнеальной гиповентиляции, обтурационной эмфиземы (клапанного «вздутия») или ателектаза (полного или частичного). Описанные рентгенологические изменения хорошо известны и достаточно четко определяются даже на обзорных рентгенограммах и линейных томограммах. В связи с этим, в рамках настоящей статьи мы не считаем целесообразным останавливаться на их описании.

Нарушение бронхиальной проходимости часто осложняется присоединением инфекционного процесса – обтурационного

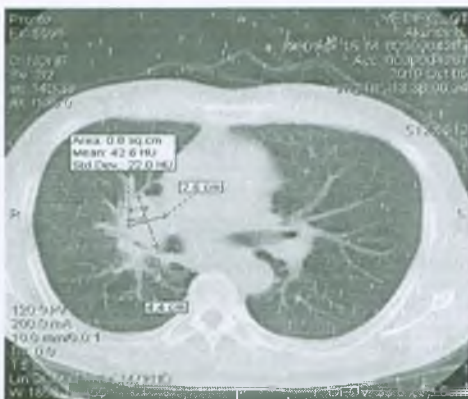


Рис.4 Больной А., 70 лет.

Диагноз: Центральный, переbronхиально-разветвленный рак промежуточного бронха.

КТ-срез, выполненном в легочном окне.

Вдоль наружного контура промежуточного бронха прослеживается дополнительное, объемное образование, мягкотканной плотности до +42,6 ед.Н., с достаточно четкими, неровными контурами, размером до 44х26 мм в поперечнике. Отмечается равномерное сужение бронха на всем протяжении опухоли.

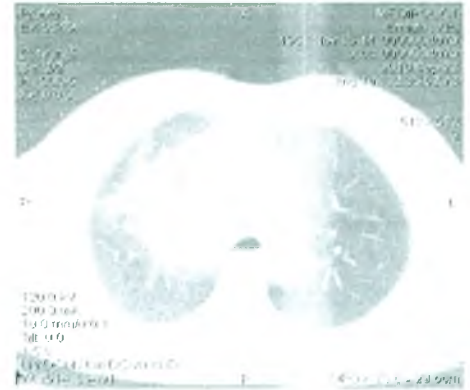


Рис.5 Больной Е., 59 лет.

Диагноз: Центральный переbronхиально-узловой рак правого главного и верхнедолевого бронхов.

КТ-срезы выполнены в легочном окне.

В паренхиме верхней доли правого легкого определяется КТ-картина обтурационного пневмонита. Просвет правого главного бронха конически сужен.

пневмонита.

Обтурационный пневмонит, появляющийся вследствие длительно существующего хронического воспалительного процесса приводит к появлению целого ряда переменных изменений легочной паренхимы. На КТ они характеризуются формированием участков пневмосклероза, ателектатических бронхоэктазов и зон воспалительной инфильтрации, сочетающихся в различных комбинациях (Рис.5).

Диагностика ЦРЛ может быть дополнительно затруднена при формировании абсцесса на фоне обтурационного ателектаза, появлении воспалительного гидроторакса и др. Часть из этих осложнений встретилась в нашей практической работе.

Абсцесс легкого, на фоне обтурационного

ателектаза, при ЦРЛ встречается не так уж и редко. На КТ он характеризуется наличием инфильтрата, округлой формы, с достаточно четкими контурами, широким основанием прилежащий к междолевой плевре, с наличием симптома ее «провисания». Сама плевра может быть утолщена. В толще инфильтрата могут определяться пузырьки газа, различных форм и размеров, а также мелкие очажки пониженной плотности, обусловленные начавшимся гнойным расплавлением ткани. Иногда абсцесс легкого сочетается с абсцедирующей пневмонией (Рис.6).

На КТ, гидроторакс (накопление жидкости в плевральной полости) учитывая горизонтальное положение пациента во время исследования, определяется в виде скопления жидкости вдоль задней костальной (реберной)



Рис.6. Больной Х., 56 лет.

Диагноз: Центральный переbronхиально-разветвленный рак левого главного бронха.

КТ-срезы выполнены в средостенном окне. На фоне неполного ателектаза левого легкого, на уровне карины, между передним сегментом верхней доли и верхушечным сегментом нижней доли определяется наличие абсцесса, размером до 83х57 мм в поперечнике, кзади от которого определяются КТ-признаки абсцедирующей пневмонии. Определяется равномерное сужение просвета пораженного бронха.

поверхности. О характере жидкости, также можно судить по данным КТ-исследования. Так, денситометрические показатели экссудативного выпота (чаще всего при ЦРЛ) колеблются в пределах 0- +25 ед.Н. При появлении крови в плевральном выпоте увеличивает КТ-плотность жидкости до + 50-+70 ед.Н. (Рис.3).

Заключение и выводы:

Таким образом, при КТ-исследовании для эндобронхиального рака легкого, прежде всего, характерно появление синдрома нарушения вентиляции, проявляющегося в виде гиповентиляции, клапанного вздутия или ателектаза. Культия обтурированного бронха имеет прямоугольную форму. Синдром нарушения вентиляции в меньшей степени свойственен перибронхиальным формам рака. Так, при перибронхиально-узловой форме ЦРЛ наиболее выражены изменения корня легкого, характеризующиеся его увеличением. Рост этой формы опухоли приводит к коническому сужению бронха. Развитие перибронхиально-разветвленной формы ЦРЛ, также может проявляться увеличением корня легкого. Но, генез этого синдрома иной, обусловлен увеличением лимфоузлов корня легкого. Просветы бронхов длительное время могут быть не изменены, либо равномерно сужены.

Знание КТ-семиотики различных форм ЦРЛ, с учетом вторичных, внутрилегочных изменений, обусловленных прогрессирующим ростом опухоли, позволяет с достаточной долей вероятности предположить диагноз ЦРЛ уже в доверификационный период обследования. Это обстоятельство особенно важно, когда взятие биопсии невозможно или затруднено.

Литература:

1. Вагнер Р.И., Прейс В.Г., Барчук А.С. и др. Оценка диагностики и лечения различных клиничко-анатомических форм рака легкого // Вопр. онкологии. - 1989. - Т. XXXV, № 7. - С.805 - 809.
2. Гальченко В. А. Компьютерная томография в оценке распространенности центрального рака легкого: Дис. канд. мед. наук - М., 1993. - 159 с.
3. Орлов С. В. Симптоматика, диагностика и стадирование немелкоклеточного рака легкого // Практическая онкология. - 2000. - №3. - С. 8-16.
4. Прокоп М, Галански М. Спиральная и многослойная компьютерная томография: Учебн. Пособие: В 2 т.; Под ред. А.В. Зубарева, Ш.Ш. Шотемора. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - Том. 2. - С. 69-165.
5. Трахтенберг А.Х., Чиссов В. И. Клиническая онкопульмонология.-М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. - С. 31-208.
6. Тюрин И. Е. Компьютерная томография органов грудной полости. - СПб.: ЭЛБИ-СПб.- 2003. - 371 с.
7. Kirejczyk W. M., Rosado de Christenson M. L., Travis V. D., Olmedilla Arrequi G. Brovchial carcinoid: imaging features // Am. J. Radiol. - 1997. - Vol. 168. - Suppl. 3. - P. 109-115.
8. Magid D., Siegelman S. S., Eggleston J. C., Fishman E. K., Zerhouni E. A., Pulmonary Carcinoid tumors: CT assessment // J. Comp. Assist. Tomogr. - 1989. - Vol. 13. - P.244-247.
9. Webb W. R., Gatsonis C., Zerhouni E. A., Heelan R. T., Glazer G. M., Francis I. R., McNeil B. J. CT and MRI imaging in staging non-small cell bronchogenic carcinoma: report of the radiologic diagnostic oncology group // Radiology. - 1991. - Vol.178. - P. 705-713.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

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

Кафедры болезней уха, горла и носа и хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

КГМА им. И.К. Ахунбаева,

Медицинский Центр КГМА им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызстан.

Резюме: Результаты данного исследования показывают высокую эффективность предложенного метода хирургического лечения верхнечелюстного одонтогенного синусита.

Ключевые слова: эндоскопия, одонтогенный верхнечелюстной синусит.

THE IMPROVING RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS

Nasirov V.A., Bakiev B.A., Islamov I.M., Bednakova N.N.

Resume: results of this resurch shous high effect of suggested method of surgery treatment dental sourced maxillary sinusitis.

Key words: endoscopy, odontogenic maxillary sinusitis

Введение

Хронический синусит занимает первое место среди всех хронических заболеваний ЛОР-органов. Существенная роль в возникновении хронического воспаления в верхнечелюстном синусе принадлежит заболеваниям зубов верхней челюсти. Одонтогенные гаймориты - проблема, стоящая на стыке таких специальностей, как оториноларингология, стоматология и челюстно-лицевая хирургия. По данным стоматологов, одонтогенный гайморит обнаруживается у 12-50% больных хроническим синуситом [1, 3, 4]. По наблюдениям оториноларингологов, частота одонтогенных гайморитов колеблется в среднем от 2 до 25% от общего числа больных с патологией верхнечелюстных пазух.

В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа больных одонтогенными верхнечелюстными синуситами, особенно их перфоративными формами. По данным ряда авторов перфорация верхнечелюстных пазух занимает в этиологии одонтогенного гайморита ведущее место - от 41,2 до 91,7%, и тенденция к снижению числа перфораций верхнечелюстных пазух, в том числе и осложненных, не наблюдается [1, 3, 5].

Диагностика одонтогенного гайморита затруднена и требует синергизма в работе оториноларингологической и стоматологической служб. До сих пор нет единой диагностической тактики выявления одонтогенных форм синусита.

Не меньше вопросов вызывает и тактика лечения таких синуситов, так как хирургическая помощь ориентирована на выполнение радикальной гайморотомии, после которой часто возникают осложнения (в 32,4-80% наблюдений) [1, 5]. В большинстве стоматологических и ЛОР-клиниках страны доминирующим методом лечения по-прежнему остается радикальная операция на верхнечелюстной пазухе по методу Колдуэлл-Люка. Однако более чем столетний опыт показал, что метод травматичен, нефизиологичен и при его применении не анализируются данные состояния остиомеатального комплекса, изменение структур которого, приводит к нарушению вентиляции и дренажа верхнечелюстной пазухи, что способствует хронизации процесса в ней. Поэтому не случайно стали появляться работы, посвященные щадящим методам хирургического лечения больных хроническими одонтогенными перфоративными верхнечелюстными синуситами.

Проблематичен и вопрос устранения ороантральных перфораций и свищей. В литературе описано более трех десятков способов их закрытия, но статистические данные показывают, что рецидивы возникают в 9-50% случаев [2, 3, 5]. Несмотря на большое количество предлагаемых методов, недостаточно освещены вопросы костной пластики ороантральных свищей и фистул, направленной на тканевую регенерацию и возмещение потери костной

ткани. Различные методы хирургической пластики приводят к рубцовой деформации полости рта, требующие трудоемких операций и подчас длительных процессов заживления донорской раны.

Учитывая приведенные сведения, приходится констатировать, что вопросы хирургического лечения хронических одонтогенных перфоративных верхнечелюстных синуситов нельзя считать решенными.

Материалы и методы

Эндоскопическая микрогайморотомия с антропластикой свищевого хода при одонтогенном верхнечелюстном синусите была выполнена 17 пациентам в возрасте от 29 до 56 лет, из них 8 мужчин и 9 женщин соответственно. Все пациенты находились на лечении в ЛОР-отделении Медицинского Центра Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева в период с 2010 по 2011 годы.

Для постановки диагноза и уточнения характера заболевания помимо стандартных методов исследования полости рта и носа, проводилась рентгенография в носоподбородочной проекции, пантооротомография, КТ носа и придаточных пазух носа и эндоскопическое исследование полости носа. У 15-и пациентов были найдены инородные тела в полости верхнечелюстной пазухи (корни зубов, кусочки пломбировочного материала), у 2-х больных была диагностирована одонтогенная киста.

Методика операции. Производится выкраивание, окаймляющий свищевой ход лунки зуба трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут, начиная от твердого неба и обращенный основанием к скуловой дуге. Слизистая оболочка вместе с подлежащими мягкими тканями и надкостницей отсекается на протяжении альвеолярного отростка и клыковой ямки. Затем в области проекции последней с помощью троакара Красножена трепанируется передняя стенка верхнечелюстной пазухи. После удаления стилета из просвета троакара в него вводится эндоскоп диаметром 4 мм с углом зрения 0° или 30° для визуализации полости верхнечелюстной пазухи. Проводится эндоскопическая диагностика состояния соустья верхнечелюстной пазухи со

стороны ее просвета. Патологически измененная слизистая оболочка в области альвеолярной бухты, соустья верхнечелюстной пазухи в виде полипов, грануляций, кист и инородных тел (пломбировочный материал, грибовое тело) удаляются с применением щадящей шейверной системы и/или хирургического инструментария щипковой группы. Производится кюретаж имеющегося свищевого хода для удаления из него патологически измененных тканей (полипов, грануляций). В просвет очищенной от патологически измененных тканей лунки зуба для его облитерации вводится обогащенная тромбоцитами плазма крови (ОТПК), расположенная между пластинами ТахоКомба* (фибрин-тромбосодержащие пластины) (Nycomed, Австрия Гмбх). Последние являются абсорбирующим гемостатическим средством для местного использования. Складывается из коллагеновой пластины, покрытой с одной стороны компонентами фибринового клея (высококонцентрированного фибриногена и тромбина), что способствует сворачиванию крови. При контакте с кровоточивой раной факторы сворачивания (фибриноген, тромбин, апротинин), которые содержатся в покрывающем слое, высвобождаются и тромбин преобразовывает фибриноген в фибрин, апротинин препятствует преждевременному фибринолизу плазмином. За счет реакции полимеризации фибринового покрытия пластина ТахоКомб склеивается с раневой поверхностью, в период этого процесса (приблизительно 3 – 5 минут) коллаген образует воздухо- и водонепроницающий слой. Компоненты пластины не проникают в кровоток и всасывание не происходит. ОТПК получают путем центрифугирования крови пациента. ОТПК представляет собой взвесь тромбоцитов, лейкоцитов и белков фибриновой группы. Затем сформированный трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут укладывается на свищевое отверстие и по его периметру фиксируется швами из шелка.

В послеоперационном периоде антибактериальная терапия, пациенты выписывались из стационара на 3-и сутки для амбулаторного наблюдения.

Результаты и обсуждение

Послеоперационное течение у всех пациентов было гладким, без осложнений. Швы сняты на 5-е сутки, вместо 7-10-ти при стандартной методике. Динамический осмотр подтвердил, более раннее образование костной ткани в области костного дефекта (начало остеообразования определялось рентгенологически уже через месяц после операции).

Таким образом, проведенное нами исследование позволяет прийти к заключению, что применение эндоскопических методов диагностики в хирургическом лечении одонтогенных верхнечелюстных синуситов позволяет хирургам провести более детальную визуальную оценку патологических изменений в слизистой оболочке полости верхнечелюстной пазухи, а использование шейверных систем при удалении патологически измененных тканей в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи, в особенности в области ее соустья (полипы, грануляции, кисты и др.), при одонтогенном их происхождении, является более щадящим и функциональным.

Использование обогащенной тромбоцитами плазмы крови и фибрин-тромбосодержащих пластин (ТахоКомб) при пластике ороантральных дефектов является безопасным, эффективным и надежным методом восстановления костной и мягких тканей, проведение которого ведет к более раннему заживлению послеоперационной раны (за счет наличия тромбоцитарных тканевых гормонов) и более раннему образованию костной ткани в

области дефектов (за счет высокого содержания факторов роста).

Представленный комплекс мероприятий позволяет повысить качество лечения и значительно сократить его сроки.

Литература:

1. Балабанцев А.Г., Богданов В.В., Гончарук В.П. и соавт. Дифференцированный подход к лечению лиц одонтогенным гайморитом // Журнал ушных, носовых и горловых болезней.- №2.- 2000.- С. 121-124.
2. Ботабаев Б.К. Клинический опыт применения обогащенной тромбоцитами и фибрином плазмы крови, как источника аутогенных факторов роста при направленной тканевой регенерации в имплантологической и пародонтологической практике // Проблемы стоматологии.- №1(31).- 2006.- С. 49-53.
3. Лопатин А.С., Сысолятин С.П., Сысолятин П.Г. Хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита // Российский стоматологический журнал - №3.- 2001.- С. 25-29.
- Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии – К., 2004.- 126 с.
4. Шульман Ф.И. Особенности клинической картины хронических верхнечелюстных синуситов, развившихся в результате проникновения в пазуху пломбировочного материала.- Матер. VII международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.- СПб.- 2002.- С.170-171.

ПРЕСБИАКУЗИС**Насыров В.А., Исмаилова А.А., Беднякова Н.Н.**

Кыргызская государственная медицинская академия,

Кафедра оториноларингологии,

Бишкек, Кыргызстан.

Резюме: В статье представлены основные понятия и особенности возрастной тугоухости. Проведен анализ современных литературных источников, выявлены и изучены основные диагностические критерии.**Ключевые слова:** пресбиакүзис, тугоухость**PRESBYCUSIS****Nasirov V.A., Ismailov A.A., Bednakova N.N.**

Kyrgyz State Medical Academy,

Department of Otorhinolaryngology,

Bishkek, Kyrgyzstan.

Resume: The article presents the basic concepts and features of the age of hearing loss. An analysis of contemporary literary sources, identified and studied the main diagnostic criteria.**Key words:** presbycusis, hearing loss

По оценкам ВОЗ, 278 миллионов человек во всем мире страдают глухотой или имеют проблемы со слухом. Причем, 80 % глухих людей и людей с нарушениями слуха живет в странах с низким и средним доходом. Таким образом, около 10–12% населения нашей планеты страдают той или иной степенью снижения слуха. А из этого количества около 1–2% имеют социально непригодный слух.

Показания к слухопротезированию определяется по результатам тональной аудиометрии. Пациенту рекомендуется слуховой аппарат (СА), если потеря слуха с обеих сторон составляет 30 дБ или более, и регистрируется как минимум на одной из частотных диапазонов 0,5 - 3 кГц. Как правило, возрастная сенсоневральная потеря слуха впервые выявляется на высоких частотах и начинается с частоты в 3 кГц.

Литературные источники показали, что в старческом возрасте сенсоневральная потеря слуха, которая впервые начинает проявляться

на частотах свыше 1 кГц хотя и называется возрастной, но вызывается вовсе не возрастными изменениями. Она только сопутствует старению. Такой процесс не является закономерностью. Так, при изучении распространенности тугоухости среди лиц старшего возраста, оказалось что 10% из популяции 70-летних мужчин слышат лучше, чем 40% из популяции 50-летних мужчин. И такой процесс никоим образом не является физиологическим состоянием, как бы об этом ни утверждалось в многочисленных публикациях прошлых десятилетий. Таким образом можно «возрастную» тугоухость сравнить с инфарктом миокарда или инсультом, вызванным атеросклерозом. Их причина – органическое патологическое изменение структур внутреннего уха. Данные сведения известны достаточно давно и подтверждены множественными научными исследованиями.

Следует указать о разнообразии вредных воздействий, оказывающих пагубное воздействие на систему внутреннего уха. Кроме акустической нагрузки, вызванной шумом цивилизации, массивное влияние оказывают особенности питания, злоупотребление никотином, алкоголем, сосудистые изменения с нарушением кровообращения, инфекционные заболевания, снижение иммунной реактивности организма и многие другие факторы. Причем их воздействие усугубляет состояние слуха с годами, постепенно и незаметно. Устойчивость

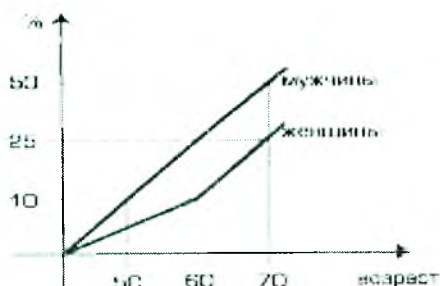


Рис.1. Статистические данные по потерям слуха в старшей возрастной группе (свыше 30 дБ на частоте 3 кГц)

внутреннего уха к таким факторам сугубо индивидуальна. Существует мнение, что потери слуха во многом определяются также и врожденными факторами. Таким образом, возрастная сенсоневральная потеря слуха складывается из следующих компонентов:

Повышение порогов звуковосприятия в диапазоне частот свыше 1 кГц, особенно важных для понимания речи;

Изменения надпорогового слуха, которые еще более затрудняют понимание речи

Нарушения компенсаторных механизмов, которые усугубляются с возрастом человека

Степень возрастной нейросенсорной тугоухости выражена в зависимости от уровня поражения главным образом наружных волосковых клеток (НВК). Они являются особо чувствительной структурой к повреждающим факторам, в результате воздействия которых они полностью или частично разрушаются в нижнем завитке улитки, то есть, в той зоне, которая отвечает за обработку частот свыше 1 кГц. Это и есть органическая причина ухудшения слуха, которое проявляется на тональной аудиограмме в виде снижения порогов слышимости. Дело в том, что без предварительного усиления, которое осуществляют НВК посредством отклонения базилярной мембраны, внутренние волосковые клетки начинают реагировать лишь на звук, превышающий нормальный порог слышимости на 40-60 дБ. Однако гибель НВК вызывает и другие функциональные нарушения слухового восприятия, суммарное действие которых еще более затрудняет понимание речи.

1. Падение кривой слышимости, начиная примерно с 1 кГц, в первую очередь отсекает от зоны восприятия высокочастотные компоненты речи, важные для понимания согласных. Гласные при этом страдают меньше. Но основная акустическая энергия речи располагается в зоне гласных, то есть в низкочастотном диапазоне. Именно это объясняет, почему при потере высокочастотного слуха пациент не воспринимает речь более тихой. Из-за ограниченного восприятия согласных она становится для него «всего лишь» нечеткой, труднее понимаемой. Учитывая то, что согласных в языке больше, чем гласных, согласные гораздо важнее для

понимания смысла речи, чем гласные.

2. Помимо снижения порогов слышимости, то есть границы между тем, что слышно и что не слышно, потеря НВК становится причиной нарушений слуха в зоне хорошо воспринимаемой громкости, то есть она отвечает за ухудшение чрезвычайно важного надпорогового слуха. Там, где отсутствуют НВК, обработка звука во внутреннем ухе происходит только за счет пассивных движений жидкости внутреннего уха и базилярной мембраны, которые вызываются

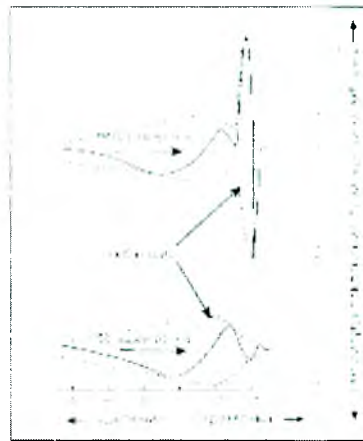


Рис.2. Схема отклонений базилярной мембраны для одного и того же тонального стимула в присутствии НВК (вверху) и после их гибели (внизу).

подножной пластиной стремянки.

Без НВК максимальное отклонение мембраны уменьшается примерно в 100 раз, что ведет к потере слуха величиной 40-60 дБ. Отображение звука становится менее резким, что снижает способность различать частоты. В свою очередь, это ухудшает способность выделять звуковой сигнал из фонового шума.

Гибель НВК вызывает три нарушения предварительной обработки сигнала во внутреннем ухе, при этом их неблагоприятное воздействие на понимание речи суммируется:

А) Феномен ускоренного нарастания громкости (сокращенно ФУНГ). В отсутствие НВК порог слышимости для звуков обычной речи снижается на 40-60 дБ. Но звуковые сигналы громкостью 90-100 дБ вызывают в слуховом нерве такое же возбуждение, как и при наличии здоровых НВК. То есть, звуки интенсивностью 90-100 дБ вызывают неприятное ощущение громкости. Поэтому от порога слышимости до порога дискомфорта уровень звука повышается

всего на 40-60 дБ, вместо нормального повышения величиной 90-100 дБ. Именно поэтому многие пожилые люди не понимают нормальную разговорную речь громкостью 50-60 дБ, но гневно отшатываются, когда окружающие из лучших побуждений начинают кричать им в ухо. Ведь при этом громкость речи обычно превышает 90 дБ.

Повышенная крутизна нарастания громкости между порогом слышимости и порогом дискомфорта ведет к тому, что пораженное внутреннее ухо воспринимает объективную разницу громкости субъективно, непропорционально растянуто. При этом пациент воспринимает реальную разницу величиной 10 дБ так, как человек с нормальным слухом ощущал бы разницу величиной 20, 25 и даже 30 дБ. Это и есть сущность ФУНГ, которая обозначается как эффект экспансии (растяжения) слуха без НВК. При восприятии речи он ведет к субъективному преувеличению разницы в громкости гласных и согласных, что не идет на пользу и без того тихим согласным. В некоторых случаях гласные заглушают согласные вплоть до невозможности понимания.

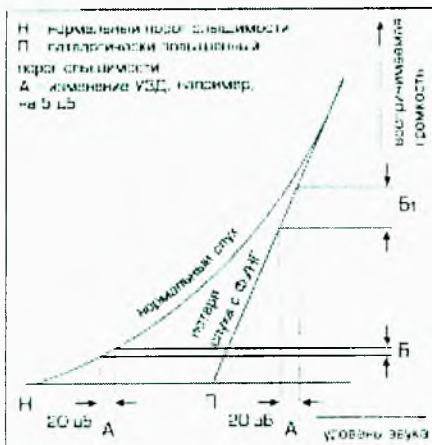


Рис. 3. Реакция ФУНГ

Сущность ФУНГ — эффект экспансии для слуха в отсутствие НВК. На схеме показано, что одна и та же разница УЗД (А) при тугоухости вызывает гораздо больший прирост воспринимаемой громкости (B1), чем при нормальном слухе (B).

Здоровое ухо может приспособиться к быстрой смене тихих и громких звуков речи в доли секунды. Благодаря этому оно может слышать и распознавать после громких гласных

краткие и тихие речевые компоненты, такие, как глухие согласные к, п, т, ф, с. При потере НВК процесс, требующийся для перехода от громких звуков к тихим, замедляется. Это ведет к тому, что пациент воспринимает такие слова, как, например, сор, сок, сом, одинаково — как «со...». То есть, он или не слышит их, или понимает неправильно. Это еще один фактор искажения информации, который затрудняет понимание смысла речи.

При потере НВК более низкие звуки сильнее маскируют соседние, более высокие звуки, то есть, они делают их более неслышными, чем для людей с нормальным слухом и здоровыми НВК (патологически усиленная «восходящая маскировка»).

Это оказывает следующее воздействие на понимание речи:

Распознавание согласных в комплексе речевых звуков значительно ухудшается по сравнению с распознаванием гласных, что снижает общую разборчивость речи.

Пациентам с «возрастной» тугоухостью становится трудно отфильтровать речь от окружающего шума. А в повседневной жизни именно посторонние шумы практически всегда и всюду сопровождают речь. Это одна из причин того, почему традиционная речевая аудиометрия с искусственным исключением всех посторонних шумов не создает реальную картину, на основании которой можно было бы судить о воздействии сенсонеуральной высокочастотной тугоухости на способность пациентов понимать устную речь, как в повседневной жизни, так и на работе. По данным этой аудиометрии невозможно судить о степени ограниченности.

Кроме того, усугубляющим обстоятельством является центральный фактор потери слуха — ограниченность компенсации. Эта способность немедленно компенсировать периферический дефицит обработки звука путем заполнения информационных пробелов ослабевает вместе с возрастом. У разных людей это проявляется по-разному, но с годами все сильнее и чаще. Поэтому сенсонеуральная тугоухость одинаковой степени может тяжелее проявляться у 75-летнего человека, чем у 45-летнего.

Таким образом, надпороговые нарушения звуковосприятия включают в себя:

- эффект экспансии,
- ухудшение временного разрешения,
- ухудшение частотного разрешения,
- возрастная высокочастотная потеря слуха и возрастное ухудшение центральной компенсации

Все перечисленное создает благоприятные условия для прогрессирования нейросенсорной тугоухости, нарушая понимание речи, и тем самым изолируя человека от социума. Как правило, возрастная потеря слуха чаще всего симметрично развивается с обеих сторон, и для ее коррекции всегда рекомендуется бинауральное протезирование. В неблагоприятной акустической обстановке, особенно там, где много людей говорят одновременно, лишь бинауральное протезирование поможет непринужденно участвовать в разговоре.

Таким образом, анализ современной литературы показал высокую актуальность проблем слухопротезирования в связи с нарастанием удельного веса нарушений слуха, а также необходимость раннего выявления старческой тугоухости с целью

эффективного слухопротезирования на уровне поликлинического звена здравоохранения.

Список литературы:

1. Kammen-Jolly K., Ichiki H., Scholtz A.W. et al. *Hear Res* 2001; 160: 15—21.
2. Smith R.J., Hone S. *Pediatr Clin North Am* 2003; 50: 315—329.
3. Bolz H., Schade G., Ehmer S. et al. *Hear Res* 2004; 188: 42—46.
4. Журавский С.Г., Тараскина А.Е., Сетхиясилиани Т.К. и др. *Рос оторинолар* 2004; 4: 11: 42—44.
5. Журавский С.Г., Лопотко А.И. *Рос оторинолар* 2006; 3: 22: 8—16.
6. Marlin S., Feldmann D., Blons H. et al. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 131: 481—487.
7. Ramsebner R., Volker R., Lucas T. et al. *Ear Hear* 2007; 28: 298—301.
8. Маркова Т.Г., Шлагина И.А., Мегрелишвили С.М. и др. *Вестн оторинолар* 2002; 6: 12—15.
9. Markova T.G., Shagina I.A., Megrelishvili S.M. et al. *Eur J Hum Genet* 2002; 10: Suppl: 287.

СОСТОЯНИЕ СвёрТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ЛОР ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Насыров В.А., Раимжанов А.Р., Абдужамиллов Н.А., Жумабеков Ж.А.

Бишкек, Кыргызстан

Резюме: В работе приведены общие сведения о состоянии свёртывающей системы в норме и при злокачественных заболеваниях, представлены данные о нарушении системы гемостаза у онкологических больных в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: онкологические заболевания, система свёртывания, гемостаз, противосвёртывающие механизмы.

THE CONDITION OF HAEMOSTASE SYSTEM OF ENT PATIENTS WITH ONCOLOGY DESIESES

Nasirov V.A., Raimjanov A.R., Abdujamilov N.A., Jumabekov J.A.

Summary: In this work bringing condition about koagullogramma in normal and on the cancer sickness represent facts about violatation system gemostas cancer patients in spring post-operative period.

Key words: onkology sickness, haemostase system, koagullogramma.

Онкологические заболевания — это тяжелейший недуг, борьба с которым — задача современного общества и вторая по значимости причина смертности во многих странах мира после сердечно-сосудистой патологии [1, 2].

Опухоль оказывает воздействие на все обменные процессы в организме, при

этом происходит нарушение гемостаза, несовместимое с жизнью. Современные многоцентровые исследования показали, что риск ранних тромбозмболических осложнений у онкологических больных в несколько раз выше по сравнению со здоровыми людьми того же возраста. Учащение эпизодов тромбирования возрастает

с 6-10 до 35 % [4]. Основную роль в патогенезе различного рода тромботических осложнений, диссеминированного внутрисосудистого свертывания у онкологических больных играют изменения системы гемостаза [3], вызываемые как самой опухолью, так и различными методами лечения [8, 12, 13, 16, 18].

В последние годы существенно повысилась эффективность во всех трех направлениях лечения раковых заболеваний: хирургического, химиотерапевтического и радиологического. При этом хирургические вмешательства у больных со злокачественными новообразованиями часто осложняются массивными кровопотерями, что в первую очередь обусловлено травматичностью оперативных вмешательств из-за распространенности опухолевого процесса, при этом усугубляются нарушения гемостаза [5, 7, 10, 14, 22, 24, 25].

Система гемостаза является одной из защитных систем организма. Она обеспечивает с одной стороны сохранение крови в кровеносном русле в жидком агрегатном состоянии, а с другой стороны остановку кровотечения и предотвращает кровопотери при повреждении кровеносных сосудов. Основными компонентами системы гемостаза являются сосудистая стенка (особенно её эндотелий и субэндотелий), клетки крови, а также плазменные и клеточные ферментные системы: фибринолитическая, антикоагулянтная, калликреин-кининовая [17].

Стенка капилляра образована эндотелием, базальной мембраной и адвентицией. Базальная мембрана капилляра состоит из аморфного вещества, представленного в основном гиалуроновой кислотой и коллагеновыми волокнами. При достаточном количестве этих веществ создается структурно и функционально полноценная сосудистая стенка. Функциональная полноценность сосудистой стенки и эндотелия проявляется прежде всего в скорости их сокращения в ответ на травму и способности противостоять механическому воздействию. Это – первая и самая быстрая первичная реакция гемостатической системы [11].

В капиллярах и других сосудах микроциркуляторного русла сосудистый спазм, значительно снижающий объем кровопотери,

длится 2-3 минуты, затем наступает дилатация поврежденного сосуда. Вследствие этого должно было бы возобновиться кровотечение. В норме этого не случается, так как сосудистый компонент гемостаза подкрепляется тромбоцитарным.

Уже в первые секунды после травмы происходит адгезия (прилипание) тромбоцитов к краям поврежденного эндотелия и коллагеновым волокнам. Под влиянием аденозин фосфата (АДФ), который выделяется из поврежденного сосуда и при гемолизе эритроцитов, тромбоциты склеиваются друг с другом (наступает их агрегация) как у места поврежденного сосуда, так и в кровотоке. В результате адгезии и начальной агрегации тромбоцитов из них выделяются серотонин, адреналин и АДФ (собственная АДФ тромбоцитов). Это – реакция освобождения первого порядка. АДФ способствует агрегации пластинок, а серотонин и адреналин усиливают сокращение поврежденной сосудистой стенки [13]. Адреналин и АДФ, а также находящиеся в плазме Ca^{2+} , Mg^{2+} , фибриноген и другие плазменные факторы усиливают агрегацию тромбоцитов. Однако эта реакция обратима у большинства пластинчатых агрегатов. Прилиная друг к другу и к адгезированным тромбоцитам, они все же могут отрываться и уноситься в кровоток. Таким путем идет дезагрегация, скорость которой также во многом определяет склонность к кровоточивости или тромбообразованию.

Наряду с процессами адгезии и агрегации тромбоцитов из поврежденных тканей и эндотелия выделяется тканевый тромбопластин (ТП фактор свертывания). При его взаимодействии с VII, IV, X и V факторами, а затем и с протромбином (фактором II) образуется тромбин. Следов тромбина недостаточно для свертывания крови, но благодаря ему начинаются важные реакции первичного гемостаза: тромбин действует на агрегаты тромбоцитов, переводит обратимую агрегацию тромбоцитов в необратимую; необратимая агрегация сопровождается реакцией освобождения второго порядка, вследствие которой возникают гидролазы, АДФ в высокой концентрации и вазоактивные вещества (серотонин, адреналин, норадреналин) [9]. Благодаря воздействию этих

веществ формируется белый тромбоцитарный, или первичный, тромб. Из-за недостатка VII, V, X факторов и протромбина будет нарушаться первичный гемостаз. После образования первичного тромба полностью блокируется кровотечение из сосудов микроциркуляции.

Таким образом, гемостаз в сосудах микроциркуляции осуществляется в основном клеточными (эндотелием, тромбоцитами) и сосудистым факторами [11]. Свертывающая система крови не успевает включиться в полном объеме, а следы тромбина, обеспечивающего необратимую агрегацию, появляются вследствие быстрой активации тканевого тромбопластина (тканевой, или внешней, путь образования протромбиназы). Поэтому первичный гемостаз будет нарушен при: изменениях сосудистой стенки (дистрофические, иммуноаллергические, неопластические и травматические капилляротии); тромбоцитопении; тромбоцитопатии; сочетании этих факторов. Сформировавшийся белый тромбоцитарный тромб, который подвергся вязкому метаморфозу и ретракции, надежно стягивает края поврежденного микрососуда, противостоит его дилатации и не пропускает жидкую часть крови. В сосудах более крупного калибра, чем капилляры (венулах и артериолах), несмотря на их более длительный спазм (до двух часов), образовавшийся тромбоцитарный тромб не в силах противостоять расхождению краев поврежденного сосуда при его дилатации – белый тромб разрывается. Если этого не происходит, то даже неразрушенный пластиночный тромб в сосудах с повышенным кровяным давлением ненадежен, так как пропускает, словно сито, плазму и форменные элементы. И кровотечение хотя и медленно, но будет продолжаться. Поэтому для окончательного надежного гемостаза в поврежденных крупных венах и артериях первичного тромба недостаточно. У здоровых людей в таких случаях на первичном (белом) тромбоцитарном тромбе образуется красный [15].

Оперативное вмешательство выступает как мощный прокоагулянтный фактор и вызывает дальнейшее нарушение системы гемостаза. В патогенезе послеоперационных осложнений

происходит ухудшение кровообращения в системе микроциркуляции и в магистральных сосудах [16].

Процесс свертывания крови – многоступенчатая ферментная реакция, в которой принимает участие ряд белков, обозначаемых как факторы свертывания крови. Одни из этих белков являются протеазами (факторы II, VII, IX, X, XI, XII, XIII), другие – акцелераторами (ускорителями) ферментных реакций (факторы V и VIII), третьи – конечным субстратом процесса (фактор I, или фибриноген). Взаимодействие факторов свертывания крови, их активация, а затем и инактивация почти на всем протяжении процесса происходят на плазмменных фосфолипидных мембранах, от количества которых в плазме зависит либо ускорение, либо существенное замедление процесса свертывания. Различают три этапа процесса свертывания крови.

Первый этап завершается активацией фактора X в так называемом протромбиназном комплексе, в состав которого входят, наряду с фактором X, фактор V, ионы кальция и фосфолипидные матрицы. Активация факторов в этом комплексе может осуществляться двумя путями: внешним и внутренним. Запуск внешнего реализуется поступлением из тканей в кровь тканевого тромбопластина (или тканевого фактора – ТФ). Другим механизмом запуска процесса свертывания крови является внутренний путь. Он связан с контактом крови с субэндотелием (коллагеном), а также с разрушенными эритроцитами (при внутрисосудистом гемолизе). При этом механизме последовательно активируются в комплексах «фактор XII (фактор Хагемана) + прекалликреин + фактор XI», а затем «фактор XI + фактор IX + фактор VIII», после чего процесс, как и в предыдущем механизме, замыкается на активации фактора X с образованием протромбиназного комплекса. Внутренний механизм первого этапа свертывания протекает намного медленнее, чем внешний [19]. Он определяется общим временем свертывания крови, временем рекальцификации цитратной плазмы и активированным парциальным тромбопластиновым временем (АПТВ).

Второй этап свертывания крови заключается в активации протромбиназным комплексом (т. е. фактором X в комплексе с фактором Va + Ca^{2+} + фосфолипидная матрица) протромбина, который, расщепляясь, превращается в активный тромбин (фактор IIa). Таким образом, второй этап процесса свертывания завершается образованием активного тромбина.

На третьем этапе процесса этот активный тромбин отщепляет от α - и β -цепей фибриногена два пептида A и два пептида B, в результате чего в плазме крови повышается содержание этих пептидов и одновременно – мономеров фибрина (МФ) с четырьмя свободными связями. Вслед за этим начинается процесс полимеризации МФ – образование их димеров, затем тетрамеров и, в конечном счете – волокон и сгустков фибрина [23].

В свертывающей системе крови действуют силы как аутокатализа, или самоускорения, так и самоторможения, в силу чего многие факторы свертывания крови и их фрагменты приобретают свойства антикоагулянтов. В частности, сам фибрин и продукты расщепления фибриногена плазмином обладают противосвертывающим действием. Однако наиболее важны для поддержания крови в жидком состоянии так называемые первичные, т. е. самостоятельно синтезируемые и постоянно находящиеся в крови, антикоагулянты. Помимо важнейших физиологических антикоагулянтов, в патологических условиях в крови могут появляться в высоком титре иммунные ингибиторы факторов свертывания крови – антитела к факторам VIII, IX и другим, а также к фосфолипидным матрицам, на которых взаимодействуют и активируются факторы свертывания крови (антифосфолипидный синдром) [19]. Фибринолитическая (плазминовая) система, как и система свертывания крови, активируется как по внешнему, так и по внутреннему механизму.

Наиболее мощным внешним активатором этой системы является продуцируемый в эндотелии, а также в ряде тканей тканевый плазминогеновый активатор (ТПА), на долю которого приходится около 70% всего активаторного эффекта. Еще около 15%

внешнего механизма активации приходится на фермент урокиназу, который вырабатывается в почках и в наибольшей своей части выделяется с мочой, а в кровь попадает в значительно меньшем количестве. На остальные активаторы, поступающие в кровь извне, приходится лишь небольшая часть указанной активности, но в патологических условиях она может быть резко усилена тканевыми и лейкоцитарными протеазами и другими факторами. Внутренний механизм активации фибринолиза осуществляется в основном комплексом «фактор XIIa+калликреин +высокомолекулярный кининоген» (так называемый XIIa - калликреин зависимый фибринолиз), активированными протеинами C+S.

Механизмы активации фибринолиза замыкаются на плазминогене, который трансформируется в активный фермент – плазмин (в прошлом он обозначался как фибринолизин) [11]. Плазминоген и его активаторы фиксируются в основном на сгустках фибрина в тромбах, в связи с чем лизис фибрина преобладает над лизисом растворенного в плазме фибриногена. Кроме того, действию плазмينا на фибриноген препятствует содержащийся в плазме мощный ингибитор этого фермента – α_2 -антиплазмин. Однако при чрезвычайно сильной активации плазминогена происходит истощение α_2 -антиплазмينا, и в плазме крови обнаруживается большое количество продуктов как фибринолиза, так и фибриногенолиза. Эти продукты не идентичны друг другу. В результате расщепления фибриногена в плазме нарастает количество конечного продукта этого процесса – фрагмента D, тогда как при расщеплении фибрина увеличивается концентрация фрагментов D-D (димера) и D-E-D. Нарастание содержания в крови D-димера является важным маркером массивного тромбоза кровеносных сосудов, тромбозмболии, диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови [9, 11, 21].

У онкологических больных система гемостаза реализуется преимущественно по внешнему механизму процесса свертывания крови, т.е. путем воздействия тканевого тромбопластина и так называемых раковых

прокоагулянтов на факторы VII и X. Многие виды опухолевых клеток продуцируют и выделяют в кровь большое количество ТФ, а также особых “раковых прокоагулянтов”, обладающих способностью активировать как фактор VII, так и фактор X [4]. После операции значительно повышена интенсивность агрегации тромбоцитов. Эти изменения можно объяснить появлением тромбина и АДФ в результате прокоагулянтной активности опухолевых клеток и взаимодействием сиалопротеина мембран опухолевых клеток с тромбоцитами [4, 8, 12, 16].

В первую фазу свертывания крови и активации коагуляционного каскада возрастает скорость образования тромбопластина и тромбина, быстрее достигается максимальная активность этих факторов свертывания; во вторую фазу повышается активность факторов протромбиназного комплекса (II, VII, IX, X). Эти изменения индуцированы поступлением в кровоток высокоактивных прокоагулянтных субстанций из опухолевой ткани, наиболее важной из которых является серинопротеаза, которая независимо от тканевого фактора и фактора VIIa ведет к образованию фактора X. Отмечается увеличение концентрации фибриногена, что может быть связано с повышенным расходом фибрина на построение стромы опухоли и потреблением его в процессе внутрисосудистого свертывания крови [16].

Увеличивается количество РФМК (растворимый фибрин-мономерный комплекс), свидетельствуя о наличии в плазме комплексов фибрин-мономеров с продуктами деградации фибриногена. Таким образом оперативное вмешательство у онкологических больных вызывает развитие подострого ДВС-синдрома. При этом повышается агрегация тромбоцитов, потребление фибриногена и антитромбина III, увеличивается концентрация РФМК [20].

В нашей исследовательской работе мы планируем исследовать факторы гемостаза у ЛОР онкологических больных и воздействовать на последние с учётом их патологических изменений с позиций современных представлений о свёртывающей системе крови.

Список литературы

1. Акоев И. Г., Биофизика познает рак. — М.: Наука, 1988. — 160 с, 17 ил. — (Серия «От молекулы до организма»).
2. Албертс Б., Брей Д., Льюис Дж., Рэфф М., Роберте К., Уотсон Дж. Молекулярная биология клетки: В 3-х т. 2-е изд., перераб. и доп. Т. 3. Пер. с англ. — М.: Мир, 1994. — 504 с.
3. Антонова Л.В., Годенова Н.В., Земнюкова Н.А., Дудкина Н.Е. Опыт использования ортофенантролинового теста в диагностике синдрома ДВС в крови у пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной сферы. // Медицина в Кузбассе. — 2004. — №11. — С. 26–27.
4. Баркаган З. С. Патогенез и терапия нарушений гемостаза у онкологических больных // Терапевтический архив. — 1997. — №7. — С. 65–67.
5. Баркаган З. С. Антитромботическая профилактика и терапия в онкологии. // *Materia Medica*. — 1997. — № 1 (13). — С. 5-14.
6. Баркаган З. С., Момот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. — М.: Ньюдиамед, 2001. — 298 с.
7. Городецкий В.М. Неоплазмы и свертывание крови // Гематол. и трансфузиол. — 1994. — № 3. — С.25–28.
8. Давыдов М. И. Активация гемокоагуляции у больных в критических состояниях // Современная онкология. — 2000. — Т. 2, № 4. — С. 54–58.
9. Долгов В.В., Сварин П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. — М. Изд. Триада, 2005. — 270 с.
10. Золотокрылина Е.С. // Теоретические и клинические проблемы современной реаниматологии: Материалы международного симпозиума, посвящ. 90-летию со дня рожд. акад. В. А.Неговского. — М., 1999. — С. 32–33.
11. Иванов Е.П. Диагностика нарушений гемостаза. Минск, 1983. — 278 с.
12. Калишевская Т. М., Коломина С. М., Кудряшов Б.А. Свертывающая и противосвертывающая системы крови и их значение при развитии злокачественных новообразований. — М., 1992. — 315 с.
13. Киричук В.Ф., Алипов В. В. Возможности диагностики активации системы

гемостаза у больных в критических состояниях по уровню фибринопептида А и D-димера. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2005. – № 2. – С. 73–76.

14. Маджуга А. В., Сомонова О.В., Елизарова А. Л., Свиридова С.П., Мазурина, О.Г., Кашия Ш.Р. Нарушения системы гемостаза у онкологических больных с массивной интраоперационной кровопотерей // Анестезиология и реаниматология. – 2001. – № 5. – С. 50–52.

15. Макацария А. Д., Бицадзе В. О., Баймурадова С. М., Акиншина С. М.. Тромбофилия и здоровье женщины. // Сибирский медицинский журнал. – 2006. – №5(21). – С. 6–8.

16. Мальков О.А., Долгих В.Т., Лукач В.Н. Комплексная профилактика тромботических осложнений у больных колоректальным раком на этапах хирургического лечения // Анестезиология и реаниматология. – 2001. – № 5. – С. 52–54.

17. Марри Р., Греннер Д., Мейес П., Родуэлл В. Биохимия человека: В 2-х томах. Т.2. Пер. с англ.: – М.: Мир, 1993. – 384с.

18. Ноздрачев Ю. И. Турбидиметрический

анализ полимеризации фибрина в плазме крови. // Вестн. интенсив. тер. – 1995. – № 1. – С. 17–22.

19. Система гемостаза [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cmd-online.ru/help/articles/detail.php.ID=111739>.

20. Синдром Диссеминированного внутрисосудистого свертывания [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://studentport.su/referast/ptint.php>.

21. Фермиллен Ж. и Ферстраге М. Гемостаз, пер. с франц., М., 1984.

22. Шиффман Ф.Д. Патофизиология крови: Пер. с англ. – М., СПб., 2000. – С. 191-253.

23. Bui T.H., Wramsby H. Micromanipulative assisted fertilization till clinical research. Hum Reprod. – 1996. – №11(5). – P. 921–924.

24. Ciavarella D., Reed R. L. et. al. // Br. J. Haematol. – 1987. – Vol. 67. – № 3. – P. 365–368.

25. Masuda S., Hattori A., Matsubmoto H., Miyazawa S., Natori Y., Mizutani S., Tsujimoto M. Involvement of the V₂ receptor in vasopressin stimulated translocation of placental leucine aminopeptidase / oxytocinase in renal cells // Eur J.Biochem. – 2003. – Vol. 270, № 9. – P. 1988–1994.

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОМ ВОСПАЛЕНИИ

Насыров В.А., Ормокоева С.И.

Эта статья показывает достаточное количество высоких результатов после использования раствора «Элюдрил».

THE WAYS OF TREATMENT OF OROPHARYNGEAL INFLAMMATION.

Nasirov V.A., Ormokeeva S.I.

This article shows enough amount of high results after using the solution “Eludril” for oropharyngeal inflammation.

Инфекционные заболевания ЛОР-органов – весьма обширная группа воспалительных заболеваний, каждое из которых человек переносит несколько раз в жизни. В эту группу входят воспалительные болезни околоносовых пазух (синуситы), глотки и миндалин (фарингиты, ангины) и среднего уха (отиты). Значение этих заболеваний определяется их чрезвычайной распространенностью, особенно в детском возрасте (1,2). Медико-социальная значимость

воспалительных заболеваний небных миндалин обусловлена высокой распространенностью среди населения. При этом их частота у детей занимает одно из первых мест в детской патологии, что связано с анатомическими и физиологическими особенностями верхних дыхательных путей.

Расположение небных миндалин на стыке дыхательного и пищеварительного путей является причиной того, что они чаще

зского подвергается инфицированию при проникновении возбудителей с воздухом или пищей по сравнению с другими лимфоидными образованиями глотки. У детей еще мало развита лимфоидная ткань, находящаяся в толще слизистой оболочки всего респираторного тракта. Именно поэтому на первое место в защите организма от возбудителей инфекционных заболеваний выходят лимфоидные образования глотки (3,4,5). При инфекционном поражении небных миндалин выявляется, как правило, их гипертрофия и реакция регионарных лимфоузлов. Фарингиты и тонзиллиты обусловлены сочетанием бактериальной и вирусной этиологии и их преобладающее влияние в значительной мере зависит от числа эпидемиологических факторов, таких как возраст пациента, время года и географическая зона.

С практической точки зрения острые тонзиллиты и фарингиты у детей и взрослых — это две разные нозологии. Острые тонзиллиты у детей в 40% вызываются бактериями, причем основными возбудителями являются стрептококки группы А, ассоциированные с развитием иммунологически опосредованных осложнений. У взрослых пациентов в 90% случаях острые тонзиллиты и фарингиты имеют чаще всего вирусную этиологию и не требуют проведения антибактериальной терапии (6,7,8).

Несмотря на разнообразие причин, инфекции дыхательных путей характеризуются одной общей чертой — воспалением. Инфекция и воспаление не просто взаимосвязаны: они усиливают друг друга, приводя к порочному кругу, который способствует развитию длительной патологии.

Воспаление — это нормальная реакция слизистой оболочки ротоглотки на инфекцию, которая направлена на уничтожение вирусов и бактерий, осуществляемая сложными гемодинамическими и клеточными механизмами. Развитие воспаления включает гемодинамические нарушения, изменения проницаемости сосудов и клеточную инфильтрацию пораженной области (9,10,11). Быстрое и массивное поступление клеток, мигрирующих из кровотока в область воспаления, обусловлено полиморфонуклеарными клетками, лимфоцитами и макрофагами. Макрофаги играют при воспалении основную роль, поскольку они осуществляют комплексные иммунные реакции слизистой оболочки ротоглотки, начиная с ранних стадий (рис.1)

Хроническое воспаление это благоприятный фон для повторных инфекций респираторного тракта. Длительное присутствие высокоактивных макрофагов в месте воспаления приводит к неконтролируемой воспалительной

Макрофаг несущий антиген на своей поверхности

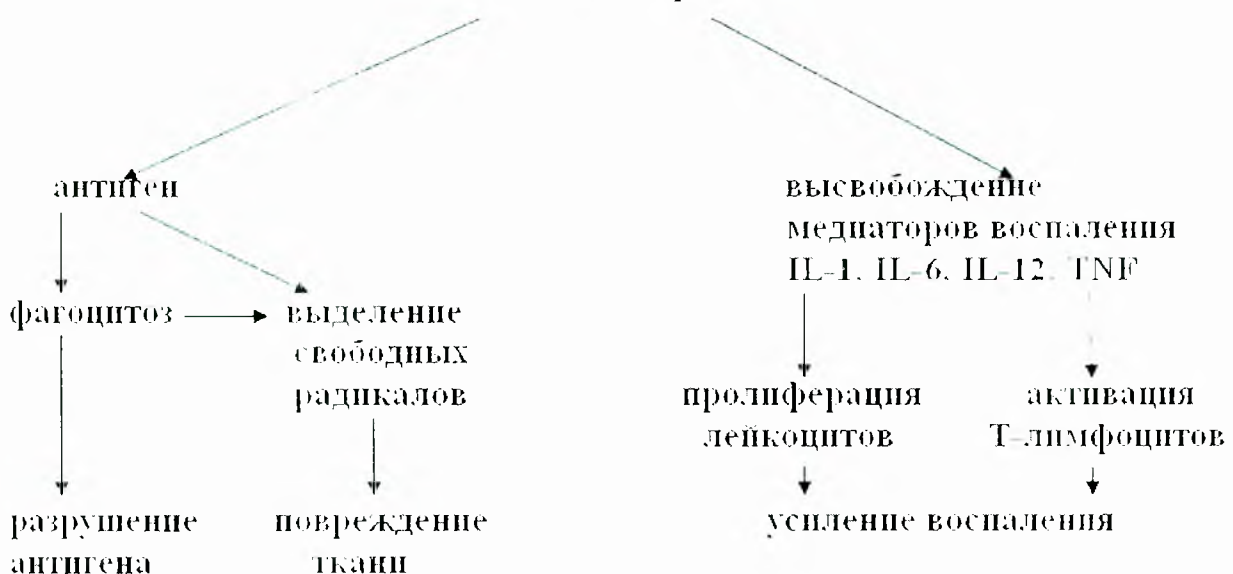


Рисунок 1. Физиологическая реакция на бактериальную инфекцию

реакции. Хроническое воспаление вызывает пагубное повреждение тканей, тем самым прокладывая путь для дальнейшей инфекции и продолжения болезни и в конечном итоге развивается суперинфекция слизистой оболочки дыхательных путей, которая вызывает всплеск воспалительной реакции, формируя порочный круг инфекции – воспаления.

Основными жалобами пациентов при обращении к врачу являются боли в горле и дисфагия которая заставляет их обращаться за медицинской помощью. Другие симптомы – першение в горле, кашель и раздражение – чаще встречаются при фарингите вирусного происхождения. Симптомы фарингита, вызванного бета-гемолитическим стрептококком группы А, представлены как общей симптоматикой – повышенной температурой, так и местной симптоматикой в виде налета на миндалинах, увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов.

Прогноз и течение фарингитов и тонзиллитов зависит от уровня неспецифической резистентности как всего организма, так и тканей вовлеченных в воспалительный процесс. Широкое применение антибиотиков привело к развитию устойчивых штаммов бактерий. В связи с чем при местной профилактике и лечении фаринготонзиллитов предпочтение следует отдавать антисептическим препаратам, способным менять характер воздействия на клеточные факторы воспаления.

Целью данной работы явилось изучение эффективности применения препарата «Элюдрил» при лечении острых фарингитов и тонзиллитов.

Было обследовано 394 пациента, в возрасте от 12 до 56 лет, из них 45 больных с острой фолликулярной и лакунарной ангиной, 324 пациентов с вирусными фарингитами, 25 пациентов с язвенными стоматитами. Клинический диагноз выставлен на основании анамнеза, жалоб пациентов, клинических симптомов. У всех пациентов проводили общеклинические и бактериологические исследования.

В зависимости от проведенного местного лечения пациенты были разделены на две

группы. I группа пациентов получала лечение препаратом «Элюдрил», который использовали в виде полосканий 2 раза в день. Для этого на полстакана теплой кипяченной воды добавляли 2 чайные ложки раствора «Элюдрил». Во II группе проводили традиционное лечение. Продолжительность лечения определялась наличием жалоб и объективных симптомов заболевания.

Для лечения воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта активно используют антисептические и антибактериальные средства для местного применения, из них наиболее изученным и безопасным антисептическим препаратом является хлоргексидин, который обладает широким антибактериальным спектром и не индуцирует резистентность микроорганизмов. Бактериостатическое действие хлоргексидина проявляется в концентрации 0,01% и менее, а бактерицидное – в концентрации более 0,01%. Фунгицидное действие – при концентрации 0,05%. Вирулицидное действие (в отношении липофильных вирусов) – проявляется при концентрации 0,01-1%. Особенно интересны лекарственные формы хлоргексидина, способные создать депо в зоне аппликации и, следовательно, действовать длительно. Таким препаратом является средство «Pierre Fabre Medicament» раствор для полоскания полости рта «Элюдрил».

Раствор для полоскания полости рта «Элюдрил» – эффективный раствор, имеющий уникальный многокомпонентный состав. Помимо хлоргексидина, в его состав входит хлорбутанол – контактный анестетик, обеспечивающий продленную анальгетическую активность с фунгицидным эффектом, натрия докузат – обволакивающее вещество, которое обеспечивает длительность действия элюдрила и спирт – антибактериальное вещество, усиливающее активность хлоргексидина. Также в состав раствора входит ароматизирующий эксципиент, который способствует тому, что элюдрил оказывает дезодорирующее действие.

В I группе в результате проведенного лечения достоверно уменьшалась выраженность острых клинических симптомов. На второй день

у 91% пациента проходил болевой синдром, к 3-4 дню на 82 % уменьшались воспалительные явления. К седьмому дню лечения наступало выздоровление практически у всех пациентов. Отмечалась прекрасная переносимость препарата «Элюдрил» всеми пациентами, аллергических реакций отмечено не было.

Во второй группе, получавших традиционное лечение, улучшение было только к девятому дню.

На основании полученных результатов было объективно доказано, что антисептический препарат «Элюдрил», используемый для полоскания полости рта и глотки имеет выраженное антисептическое, противовоспалительное и обезболивающее действие. Побочных действий препарата «Элюдрил» мы не обнаружили. Препарат «Элюдрил» можно рекомендовать практикующим ЛОР-врачам для лечения острых фарингитов, ангин, вирусных и кандидозных поражений слизистой полости рта, а также для профилактики послеоперационных воспалительных осложнений.

Список литературы:

1. Ушаков. Р.В., Царев В.Н., Чувилкин В.И. Современные принципы применения антибактериальных препаратов для лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Стоматология для всех.- 1999. №4-с.31-37.
2. Щербакова М.Ю., Белов Б.С. А-стрептококковый тонзиллит: современные аспекты // Педиатрия. 2009. Т. 88, № 5. С. 127-135.

3. Diphtheria in a highly immunized population / R. Sheffer, E. Marva, R. Mimon[etal.]// Harefuah. 2008. Vol. 139. P. 106-108.

4. Сарычев А.М. Особенности клинических проявлений и иммунопатогенеза хронической Эпштейна-Барр вирусной инфекции у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2005. 26 с.

5. Чиквашвили Ф.Д. Клинико-социальная характеристика стрептококковой инфекции у детей в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2000. 17 с.

6. Клиническая характеристика инфекционного мононуклеоза / Л.И. Зиновьева, А.С. Оберт, И.В. Иванов [и др.] // Журнал инфектологии. 2010. Т. 2, № 3. С. 86-87.

7. Громада Н.А. Хронический тонзиллит и его влияние на течение других заболеваний. Вестник КРСУ. 2003, № 7, с.28-32.

8. Исхаки Ю.Б. О роли патологии ЛОР-органов в возникновении и развитии некоторых заболеваний у детей. Матер.2-съезда детских врачей Таджикистана. Душанбе, 1981, с.26-28.

9. Ташбаев К.Т. Клинико-иммунологическая характеристика вирусных гепатитов А и В у детей, страдающих хроническим тонзиллитом. Автореф.дисс.канд. мед.наук., Ташкент, 1990.- 20 с.

10. Быкова В.П. Патология внутренних органов у больных ангиной и хроническим тонзиллитом. Рос. Ринол. -2001. -№2-3. -С.12-13.

11. Овчинников А.Ю. и др. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания. Мед.реферат.журн. -Т.7. -1999.- №7.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ НЕБНЫХ МИНДАЛИН И ИХ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ИММУНИТЕТА И ПАТОЛОГИИ

Фейгин Г.А., Насыров М.В.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии,
Кыргызско-Российского Славянского университета.

Резюме: В данной работе приводятся современные сведения о роли анатомо-физиологических особенностях небных миндалин в развитии хронического тонзиллита и сопряженных с ним заболеваний.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, иммунитет, ангина, лимфаденоидная ткань.

MODERN INTRODUCTIONS OF ANATOMY AND PHYSIOLOGY PALATINE TONSILS AND THEIR ROLE IN FORMING IMMUNITY AND PATHOLOGY

Feigin G.A., Nasirov M.V.

Resume: In this job reducing modern introductions of role anatomy and physiology palatine tonsils in forming chronic tonsillitis and attended diseases.

Key words: chronic tonsillitis, immunity, angina, lymphoid tissue.

После рождения в защите ребенка от инфекционных заболеваний весьма существенную роль играет иммунитет. Он передается матерью[5]. Однако он не стойкий. Ориентировочно через 3 месяца он исчезает[18]. После этого детский организм оказывается не защищенным. В результате он вынужден формировать его начиная фактически с нуля[14]. Поэтому при встрече с возбудителями инфекций ребенок часто болеет. Особенно рельефно это регистрируется когда ребенка устроят в ясли или детский сад. С этого дня вероятность возникновения ОРВИ и гриппа возрастает[20]. То же самое можно отметить и в отношении других инфекций, против которых не были произведены профилактические прививки [22].

В формировании иммунитета большую роль играет лимфаденоидная ткань. Ее скопления образуют плотное кольцо Вальдейра-Пирогова. В его состав входят глоточная, тубарная, небная, язычная, гортанная миндалины, а также гранулы на задней стенке глотки и отдельные фолликулы, разбросанные в слизистой оболочке верхних отделов респираторно-пищеварительного тракта. Несмотря на то, что их паренхима представлена обычной однотипной лимфаденоидной тканью, анатомия перечисленных образований не идентична[2].

Небные миндалины имеют своеобразное анатомическое строение. Это связано с тем,

что ткань этих миндалин на всю их глубину пронизана криптами. Последние, древовидно ветвятся и в глубине сообщаются друг с другом [21].

Такая особенность анатомической структуры миндалины формирует особые условия для вегетации микроорганизмов. Не исключено, что отмеченное связано с филогенетически сложившимся механизмом, сформировавшимся для получения более надежной антигенной информации.

На последнее было обращено внимание еще в 1970-м году. Б.С. Преображенский и Т.Н. Попова [23] отмечали, что в небных миндалинах при патоморфологическом исследовании обнаруживаются очаги воспаления. Такого рода изменения они причислили к проявлениям «физиологического ангинозирования», стимулирующим процесс иммуногенеза[23]. В итоге это позволило прийти к выводу, что лимфоэпителиальная ткань в криптах небных миндалин находится в оптимальном микроокружении, что стимулирует пролиферацию и созревание лимфоцитов. В свою очередь это, как и аналогичные не менее активные процессы в других скоплениях лимфоэпителиальной ткани, принимает участие не только в создании местного иммунитета, но и посылает зрелые эффекторные клетки иммунной системы в разные органы и

ткани [Н.М.Хмельницкая].

В унисон этим сведениям звучит и другая информация. В ней утверждается, что обильное количественное и разнообразное микробное заселение лакунарной среды и продукты, образующиеся в результате его распада, обуславливают функциональную иммунологическую активность лимфоэпителиальных образований небных миндалин[2].

Этот процесс формирования специфического иммунитета подвергся углубленному изучению и существенным образом обогатился[22].

Развитие воспалительных изменений в криптах небных миндалин приводит к нарушению защиты. Она обусловлена поломкой клеточного «барьера» стенок крипт. Это стимулирует механизм ретикуляции эпителия. В результате такого взаимодействия эпителиоцитов и лимфоцитов получается иммунный ответ на антигенное раздражение[6]. При этом такая высокая активность иммунного ответа оказывается особенно выраженной в небных миндалинах в раннем детском и школьном возрастах, причем не редко на фоне их рабочей гиперплазии[24]. Этот факт, отражающийся на их размерах, связан с нарастанием количества лимфоидной ткани с преобладанием фолликулярных структур [22;24].

Эта функция лимфаденоидного аппарата небной миндалины, отличается высокой активностью. Она обусловлена строением небной миндалины и богатым набором клеток лимфаденоидной ткани, в том числе и тех, которые продуцируются в фолликулах (В-лимфоциты) и проникают сюда из циркуляции (Т-лимфоциты). Все это в конечном итоге способствует формированию специфического иммунитета, в результате проникновения возбудителей и задержания их в выше названных структурах миндалин на относительно продолжительное время[1].

Описанный процесс формирования иммунных реакций возможен и в других скоплениях лимфаденоидной ткани. Однако он отличается меньшей интенсивностью и вариабельностью. Отмеченное обусловлено

более надежной защитой поверхности слизистой оболочки ротовой полости и глотки и образований лимфаденоидной ткани, имеющих иную анатомию, характеризующуюся отсутствием крипт, или наличием таковых, но открытых и неглубоких.

На их поверхности действует относительно надежный комплекс факторов защиты. К нему можно причислить механический клиренс, бактерицидное и бактериостатическое действия слюны и слизи, лейкоциты и клетки активной мезенхимы, обладающие фагоцитарной активностью, а также условно-патогенную микрофлору. Последняя, находясь на поверхности названных анатомических образований, живет с человеком во взаимовыгодном симбиозе. Обладая способностью входить в антагонистические отношения с некоторыми попадающими в ротовую полость и глотку микроорганизмами, они помогают их уничтожать. Тем самым они препятствуют развитию местного инфекционного процесса. [3;24].

В совокупности перечисленные факторы защиты в щелочной среде, свойственной глотке, при отсутствии патологических изменений со стороны зубов и слизистой оболочки поддерживают относительно постоянный, выгодный для макроорганизма микробный пейзаж, в основном представленный кокками.

Наличие этих представителей микромира при отсутствии патологических процессов в ротовой полости и глотке не вызывает симптоматики, беспокоящей пациента. Однако это не значит, что микрофлора поверхности здоровой ротовой полости и глотки ими ограничена. Помимо стафилококков на указанных анатомических образованиях почти постоянно обнаруживаются *H.influenza*, *M.cattarhalis*, *S.pneumoniae* [3;4]. Кроме этого нельзя игнорировать и другую микрофлору. В частности, она может быть представлена Грам «-» представителями аэробного микромира и некоторыми анаэробами. Частота их регистрации нарастает при наличии очаговой инфекции (хронический тонзиллит), атрофических изменениях в верхних отделах респираторного тракта[6;12].

Эти бактериологические находки, не

отличаются постоянством, и тем не менее, привели к появлению новых диагностических определений – тонзиллофарингит и тонзиллоаденоидит [16;19]. При них, помимо вышеуказанных постоянных обитателей глотки обнаруживаются и другие аэробы - *S.pyogenes*-β-гемолитический стрептококк, *S.viridans* & other strept., *Diphtheroids*, *Neiseria*; а также анаэробы – *Bacteroides* sp., *Peptococcus* sp., *Peptostreptococcus*, *Veillonella*, *Fusobacterium*; а при развитии инфекционной патологии, соответствующие возбудители – Epstein-Barr вирус, токсигенные штаммы *Corynebacterium diphtheriae*, *Adenovirus*, *Citomegalovirus* и др. Кроме этого из глотки и небных миндалин могут высеваться *Toxoplasma*, *Candida*, *F.tularenis* и др. [8;9;11]. При этом часть из них достаточно часто сохраняет свое присутствие в глотке. Некоторые же быстро гибнут и поэтому могут обнаруживаться в материале с поверхности слизистой оболочки, но не при каждом его заборе[10].

Это связано с тем, что они на ее поверхность попадают либо извне, либо из образований вовлеченных в патологический процесс.

Последнюю роль могут сыграть небные миндалины. В глубоких отделах их крипт при отсутствии в них собственного железистого аппарата формируется среда, отличающаяся от таковой на поверхности слизистой оболочки глотки. Их большая глубина и значительное ветвление способствуют накоплению патологического содержимого, появлению кислой среды и анаэробных условий, а также затрудняют доступ слюны и слизи, обладающих мощными факторами защиты. В результате в криптах могут появляться гной и детрит. Детрит (казеоз) представляет собой белую творожистую массу, обычно отличающуюся зловонным запахом [6]. Он представляет собой разлагающийся слущенный, десквамированный эпителий стенок крипт, форменных элементов белой крови, бактерий и пищевых комочков. Их среда в отличие от таковой на поверхности слизистой оболочки кислая[7].

Такое содержимое, а также вышеупомянутые критерии дефицита защиты

отражаются существенным образом на микробном пейзаже крипт. В них постоянно присутствуют стрептококки – *S.haemoliticus*, *viridans* & *anphaemoliticus*. При этом такого рода особенность микрофлоры подтверждается и бактериологической диагностикой последнего десятилетия. К тому же эта информация была дополнена сведениями, мимо которых пройти, по меньшей мере, не разумно. В частности, в криптах небных миндалин были обнаружены представители кишечной флоры, анаэробы, грибы и др. При этом такое патологическое содержимое, с присутствующими в них продуктами распада, обладающими токсическим действием, способствует формированию воспалительного процесса в небных миндалинах, что может негативно влиять на состояние организма. Особенно рельефно эта патологическая особенность проявляется в тех случаях, когда оно задерживается на длительное время. Чему, кстати, способствует и механизм очищения крипт. Он обусловлен только сжатием миндалин дужками во время глотания. Такой механизм очищения оказывается зачастую недостаточным, а проникновение слюны и слизи в глубокие отделы крипт практически невозможно. В результате здесь в качестве защиты может действовать лишь тканевая жидкость, форменные элементы белой крови и клетки активной мезенхимы, фагоцитарная активность которых оказывается эффективной только временно[22].

В настоящее время стало чуть ли не модным и оправданным ставить диагноз фаринготонзиллит и даже стрептококковый фарингит. Такой подход к диагностике базируется на том, что у многих пациентов с неблагополучием в глотке обнаруживается гемолитический стрептококк группы «А», который при прицельном заборе материала из крипт, больных хроническим тонзиллитом, определяется с относительным постоянством. Что вовсе не обязательно при заборе материала с поверхности глотки. При его использовании у этих больных он высевается не во всех случаях. На это, к сожалению, не всегда обращают внимание. А ведь нельзя исключить, что такое непостоянство результатов может быть связано

с выходом некоторых микроорганизмов из крипт. Такой непостоянный вариант обнаружения некоторых микроорганизмов может послужить необоснованному выводу о его причастности к развитию патологии [15;16;17]. И наоборот, постоянное обнаружение стафилококков, в том числе золотистого, при заборе мазком по глотке послужило основанием при наличии признаков хронического тонзиллита назвать его стафилококковым [8].

Исключить отмеченную патологическую ситуацию вряд ли целесообразно. Однако трактовать ее в названном аспекте не совсем оправданно. Да, действительно возможно сочетание воспалительного поражения небных миндалин и слизистой оболочки глотки, но оно может быть таковым минимум по двум вариантам. В одном из них возможно одновременное развитие ангины и фарингита, респираторно-вирусного генеза. В другом – когда при ангине развиваются реактивные изменения со стороны глотки. Такое возможно в связи с развитием перифокального воспаления или с выходом из крипт патогенного штамма β -гемолитического стрептококка. Это можно связать с аналогичным попаданием возбудителя на слизистую оболочку глотки из крипт, на примере дифтерийного бактерионосительства.

Дифтерийное бактерионосительство при здоровых ЛОР-органах и малых миндалинах с эффективным естественным дренажем крипт, не бывает стойким. Через относительно короткий срок оно исчезает. В то время как при гипертрофированных небных миндалинах и хроническом тонзиллите дифтерийное бактерионосительство может быть надежно ликвидировано только в том случае, когда санирующие мероприятия оказываются патогенетически обоснованными [13].

В тех случаях когда они бывают не такими, удается зафиксировать результаты, которые позволят, с одной стороны, доказать сказанное, с другой – показать, что обнаружение некоторых бактерий на слизистой оболочке глотки зависит от их появления из основного очага вегетаций.

Так при общепринятых мероприятиях, рекомендованных для ликвидации дифтерийного бактерионосительства и сводящихся к

использованию макролидов (эритромицин), ультрафиолетовому облучению глотки и прогулкам по свежему воздуху, полученный результат проведенного лечения принято считать успешным, когда при трехкратном заборе материала с поверхности глотки не обнаруживаются *Corynebacterium diphtheriae*. Однако, если у этих же людей, но с гипертрофией небных миндалин и хроническим тонзиллитом при указанных санирующих мероприятиях взять материал из глубоких отделов крипт, то названный микроорганизм обнаруживается вновь. Такой результат исследований позволяет считать, что обнаружение дифтерийной палочки, а также некоторых микроорганизмов, излюбленным местом вегетации которых являются глубокие отделы крипт, может быть случайным и поэтому не регистрируется при каждом обычном заборе материала. Иными словами, такой результат может оказаться положительным только тогда, когда микроб попал на глотку из крипт, а затем подвергся уничтожению благодаря воздействию специфических и неспецифических факторов защиты, действующих на поверхности слизистой оболочки глотки. Тем не менее, так бывает не всегда. В отдельных случаях микроб, попадая на слизистую оболочку глотки, сохраняется. Этому может способствовать повреждение слизистой оболочки, благоприятствующее адгезии микроорганизма и последующей его агрегации. Это может оказаться не безразличным и способствовать уже развитию патологического процесса. Кстати, так часто бывает в тех случаях, когда пациент переносит респираторную вирусную инфекцию. Последняя является своеобразной «протравой» слизистой оболочки и присоединившийся микроб, в том числе и β -гемолитический стрептококк группы А, как и другие условно-патогенные микроорганизмы, попавшие сюда из крипт небных миндалин, начинает проявлять свои патогенные свойства. В результате в начале развивается микст-инфекционная патология, а затем гнойно-слизистая. В этих случаях появляется типичная картина фарингита. Она является закономерно развивающейся третьей стадией острого фарингита. Однако следует помнить, что у многих пациентов встречается хроническое воспаление

слизистой оболочки глотки. В этих случаях и в предыдущих не исключено, что может такая патология сочетаться с острым воспалением небных миндалин. Действительно только в этих относительно редких случаях человек начинает страдать одновременно ангиной и фарингитом.

Разумеется, возникает вопрос, а можно ли назвать такую патологию тонзиллофарингитом, когда приходится иметь дело с двумя самостоятельными болезнями.

Есть и другой вариант понимания фаринготонзиллита. В нем представлен несколько иной характер заболевания. В этом случае формируется понятие, что воспаление небных миндалин и слизистой оболочки глотки отличается хроническим течением. Иными словами, эти два заболевания сочетаются. И если подходить к пониманию их этиологии и патогенеза, то в нем очень трудно найти абсолютное сходство.

Как известно, варианты хронического воспаления слизистой оболочки глотки могут проявляться гипертрофией, субатрофией или атрофией. Если при первом варианте хронического фарингита микрофлора представлена в основном стафилококками, гемофильной палочкой и легочным стрептококком, и непостоянно обнаруживаемыми стрептококками, в том числе и β -гемолитическим, то при атрофическом – обсемененность микрофлорой повышается и среди представителей микромира помимо указанных бактерий, обнаруживаются уже бактерии, не так уж редко относящиеся к группе кишечных, гнилостных и анаэробных.

Учитывая отмеченное, можно ли называть заболевание тонзиллофарингитом и если у пациента хронический тонзиллит сочетается с одной из названных форм фарингита? Вряд ли! Поскольку патогенез, клиника и лечение при названных заболеваниях не могут быть идентичными.

Тем не менее, нельзя игнорировать тот факт, что между хроническим тонзиллитом и перечисленными патологическими состояниями в глотке может быть патогенетическая связь.

Другое дело, с чем действительно во время работы с больными может встретиться оториноларинголог – это реактивные изменения

со стороны соседних отделов глотки. Они расположены у небных миндалин при наличии в них хронического воспаления. К числу таких симптомов общеизвестные проявления со стороны глотки можно отнести инъекцию сосудов, гиперемию дужек, симптомы Зака, Гизе, Преображенского. Они сопровождаются не так уж редко субъективными ощущениями. К их числу можно причислить боль с двух сторон глотки, иррадирующую в уши во время глотания, а также иногда сочетающуюся с таковой в срединных отделах глотки, слабостью, ломотой в суставах, мышечной болью. Но это симптомы тонзиллита, а не фарингита.

Одной из основных биологических задач небных миндалин является формирование защиты от инфекций. Она осуществляется благодаря их способности выполнять функции антигенной информации и иммунокомпетентную. Причем их участие в этом плане является особенно активным по сравнению с другими скоплениями лимфаденоидной ткани. С одной стороны, они способствуют формированию нарастающего иммунитета по отношению ко многим бактериальным инфекциям, с другой – патологии, причем, иногда и тяжелой (ревматизм, нефрит и др.). В появлении последней играет не последнюю роль накопление и задержка разлагающегося содержимого в криптах, обладающего высокой токсичностью и содержащего патогенные микроорганизмы. Как следствие этого, развитие нежелательных иммунных реакций по отношению к указанным возбудителям и поврежденным тканевым образованиям, формирующих состояние сенсibilизации по отношению к бактериальным и аутоантигенам.

Результатом этой чрезвычайно важной «работы» лимфаденоидной ткани небных миндалин в процессе встречи с возбудителями вирусной и бактериальной патологии является постепенное накопление специфических антител, которые представлены, в частности, в иммуноглобулинах классов IgA, IgM, IgG, а также нежелательным IgE [21].

В результате защитный слой слизистой оболочки верхних дыхательных и пищеварительных путей, как указывалось ранее, очень надежный.

Он, считаем возможным повторить, обеспечен неспецифическими вышеперечисленными факторами защиты и IgA, IgM, IgG. Продукция перечисленных иммуноглобулинов – носителей специфических антител, обеспечивающих защиту организма против бактериальных и вирусных агентов, начинается у ребенка с самого раннего возраста. Это связано с тем, что эмбриональные лимфоциты и другие форменные элементы крови, содержащие наследственные факторы специфической защиты, не связаны функциональной зависимостью с центральными органами иммунной системы. В результате, если не начнут функционировать собственные механизмы формирования специфического иммунитета, то ребенок окажется не защищенным. Чего, к счастью, не происходит поскольку в эту физиологически необходимую работу включаются собственные клетки, среди которых ведущая роль принадлежит В- и Т-лимфоцитам и плазматическим клеткам [19].

В этой функции небных миндалин активную роль принимают лимфоидные фолликулы. Их интрафолликулярные лейкоциты, находящиеся в пределах пласта эпителиальных клеток, располагаются над базальной мембраной. Формируется лимфоэпителиальный симбиоз. Он разбросан повсюду в слизистой оболочке и представлен в криптальном эпителии небных миндалин, в фолликулах задней стенки глотки и боковых валиков, а также в глоточной, язычной и гортанной миндалинах.

Именно в образовании местного да и общего специфического иммунитета эта мукоассоциированная лимфоэпителиальная ткань играет важную роль. Встреча ее эпителиальных клеток, В- и Т-лимфоцитов с бактериальными, вирусными и другого рода антигенами формирует первую линию специфической защиты слизистой оболочки. При этом наличие такой тенденции определяется уже в здоровой слизистой оболочке с ненарушенным строением, представленным слоем слизи, цилиарной прослойкой и цилиндрическим эпителием, в том числе мерцательным. Далее в ней, причем с абсолютно нормальной сосудистой системой определяется умеренная лимфоидная инфильтрация с примесью плазматических [22].

При повреждении мерцательного эпителия и других образований поверхности слизистой оболочки вплоть до обнажения базального слоя проявляется не указанная готовность к активизации процессов, формирующих специфический местный и общий иммунитет. Она начинается с лимфоидной инфильтрации, состоящей из зрелых форм В- и Т-лимфоцитов, способных к дальнейшей трансформации в специализированные формы (В-лимфоцитов в плазматические клетки; Т-лимфоцитов в Т-киллеры и Т-хелперы). Отмеченное свидетельствует о развитии процессов формирования специфического иммунитета. [5;21]

Такой механизм эпизодической активации специфического иммунитета в принципе является закономерным. Однако интенсивность его многообразия, этапы его повторяемости и надежности не могут быть одинаковыми. Представленные данные отражают их динамику применительно к тем ситуациям, когда человек заболевает ОРВИ, гриппом и рядом других заболеваний, сопровождающихся временным, более или менее продолжительным повреждением поверхности слизистой оболочки, в том числе покрывающей скопление лимфоидной ткани без ее криптозного строения. Разумеется, что механически они не могут быть перенесены на миндалины с выраженным криптозным строением. Иными словами на небные и глоточные миндалины. В них в силу описанных ранее особенностей их строения существуют участки нарушения целостности покрова слизистой оболочки, признаки воспаления, другая среда и постоянное присутствие иной, хотя и условно-патогенной, тем не менее более агрессивной микрофлоры. При таких условиях процессы иммуногенеза отличаются большим постоянством и продолжительностью, не только с участием в нем миндалин, но и лимфаденоидной ткани регионарных лимфоузлов, которые так же причастны к процессам иммуногенеза. Следовательно, воспалительный процесс локализуется не только в криптах небных миндалин, но и в регионарных лимфоузлах шеи, причем зачастую не только в лимфоузлах – основных коллекторах лимфы из названной

миндалины (ангулярный, получивший название lymphoglandula juguli profunda, каротидный, расположенный в развилке сонной артерии), но и в других лимфоузлах переднего и заднего треугольника шеи.

Картина таких изменений, диагностируемая как острый регионарный лимфаденит, лимфаденит и лимфаденопатия, отличается клиническими проявлениями. К сожалению, несмотря на то, что в доступной литературе этот факт нашел свое подтверждение, однако без данных иной и однозначной интерпретации их функциональной значимости в формировании реакций иммунитета, обеспечивающей формирование как защиты, так и патологии. Это тем более важно в плане ее значимости для организма, в котором их роль и роль небных миндалин играет существенное значение, с одной стороны, в развитии заболеваний, иногда угрожающих жизни больного, с другой – в формировании иммунитета.

Список использованной литературы:

1. Антонив В.Ф., Перекрест А.И., Короткова Т.В. Некоторые аспекты тонзиллярной проблемы в настоящее время // Вестник оториноларингологии – 1995. - №6. - С.43-45
2. Быкова В.П. Миндалины лимфаденоидного глоточного кольца в системе мукозального иммунитета верхних дыхательных путей / Проблема реабилитации в оториноларингологии: Тр. Всерос.конф., посвящ. 80-летию И.Б. Солдатов. – СГМУ, 2003. – С. 344-345
3. Белов Б.С., Насонова В.А., Гришаева Т.П. Острая ревматическая лихорадка и стрептококковый тонзиллит: Современное состояние проблемы и вопросы антибактериальной терапии // Антибиотики и химиотерапия. – 2000. – Т.45. №4. – С. 22-27
4. Плужников М.С., Лавренова Т.В., Никитин К.А. Ангина и хронический тонзиллит. – СПб, Диалог, 2002. – 145 с.
5. Сорокин О.В., Маркова Е.В., Абрамов В.В., Козлова В.А. Особенности иммунного статуса у детей с хроническим тонзиллитом // Медицинская иммунология. – 2007. – Т.9. - №6. – С. 621-626
6. Mattila P.S., Tahkokalio O., Tarkkanen J., et.al. Causes of tonsillar disease and frequency of tonsillectomy operations. Arch Otolaryngol. Head Neck Surg. 2001; 127:37-44
7. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология. Гиппократ, 2005. – 796 с.
8. Касимов К.К. Особенности клиники и лечения хронического тонзиллита при грибково-бактериальном инфицировании миндалин // Вестн.оторинолар. – 1980. - №6. – С. 48-51
9. P. Shenk. Oral candida in HIV-positive patients // Folia Otorhinolaryngologiae, 1999. – V.5. – N -1-2. – P. 58-59
10. Миронов А.Ю. Неклостридиальная анаэробная инфекция полости рта и ЛОР-органов // ВОРЛ, 1990.- (6). – С. 76-78
11. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии // М., 1989. – С. 33-79
12. Бруссель Л.Г., Фейгин Г.А., Картушина Л.И., Дамкас Х.М. Дифтерийное бактерионосительство при хроническом тонзиллите // Вестн.оторинолар., 1963. – 1
13. Фейгин Г.А., Дамкас Х.М., Картушина Л.И., Бруссель Л.Г., Фейгина Л.Н. Дифтерийное бактерионосительство // М., Медицина, 1968. – 120 с.
14. Дмитриева И.А. Клинико-иммуноморфологическая оценка эффективности лечения хронического тонзиллита антисептическими препаратами // Автореф. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. – СПб, 2007. – 20 с.
15. Pichihero M.E. Group A streptococcal tonsillopharyngitis // Ann.Emerg.Med., 1995, 25:3:390-403
16. Pichihero M.E., Casey J.R. Tonsillopharyngitis, bacterial tracheitis, epiglottitis and laryngotracheitis // Therapy of infection diseases / L. Baddour, S.L. Gorbach (eds.). – Philadelphia. – 2003. – P. 87-115
17. Tewfik T.L., Al Garni M. Tonsillopharyngitis: clinical highlights // J. Otolaryngol. – 2005. – 34 (Suppl.1). – P. 45-49
18. Макаев Х.М. Хронический тонзиллит (аденотонзиллит) у детей как проблема педиатрии и детской оториноларингологии // Рос.вестник перинатол. и педиатр. – Приложение. – 2003
19. Цветков Э.А. Аденотонзиллиты и их осложнения у детей // СПб, 2003. – С. 83-87

20. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Основные принципы иммуномодулирующей терапии // Аллергия, астма и клиническая иммунология. – 2000.- №1. – С. 9-16

21. Быкова В.П. Морфофункциональная организация небных миндалин как лимфоэпителиального органа // Вестн. оторинолар. – 1998. - №1. – С. 41-45

22. Кильсенбаева Ф.А., Азнабаева Л.Ф., Арефьева Н.А., Машно П.Н., Знобищева М.И. Местный иммунитет слизистых оболочек у практически здоровых лиц разных возрастных

групп // Российская ринология. – 2004. - №1. – С. 63-65

23. Преображенский Б.С., Попова Г.Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ними заболевания // М. Медицина. 1970. – 384 с.

24. Касенова Д.С. Современное состояние вопросов этиологии, патогенеза, клиники и лечения хронического тонзиллита // Оториноларингология – Бас, Мойын хирургиясы. – 2009.- №3-4. – С. 53-57

АКУСТИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН НОСА

Красножён В.Н.

Государственная медицинская академия последипломного обучения,
Казань, Республика Татарстан, Россия

PHENOMENON OF ACUSTIC NOSE

Krasnogen V.N.

Одной из нечастых жалоб пациентов с заболеваниями носа и околоносовых пазух является жалоба на периодические звуки в полости носа в виде “щелчков” или “хруста”. Из 256 больных, обследованных за трехлетний период амбулаторно, лишь 5 указали на наличие такого феномена. В доступной литературе нет сведений, касающихся этого необычного явления, названного нами акустическим феноменом носа, в связи с чем мы решили изучить его подробнее.

Материал и методы исследования

Обследованы пять пациентов в возрасте от 23 до 70 лет, среди которых было 3 женщины и 2 мужчины. У 2 из них диагностирован полипозный риносинусит (1 группа), у 2 - вазомоторный ринит (2 группа), еще один пациент перенес эндоскопическую операцию по поводу рецидивирующего полипозного риносинусита два года тому назад (условно – 3 группа). Длительность заболевания – от 5 до 10 лет. Диагностическая эндоскопия полости носа и околоносовых пазух выполнялась жесткими эндоскопами фирм «Karl Storz» (Германия) и “ЭлеПс» (Казань) диаметром 4,0 мм, 2,7 мм с торцевой и боковой оптикой с углами зрения 0°, 30°, 70°, 90°, 120°.

Изменение степени кровенаполнения слизистой оболочки носа при физиологическом

носовом цикле изучено методом замедленной видеосъемки с помощью Video Cassette Recorder SLV-450 & Trinitron Color TV “Sony” (режим записи LP– продленное воспроизведение, режим SP– стандартное воспроизведение), эндоскопическая видеокамера ЭВК (С. Петербург). Время исследования утреннее по 15 минут в каждой половине носа в течение каждого из трех последующих часов в положении больного лежа. Запись звука, просмотр «живого видео» осуществлены с помощью компьютера Pentium II, Windows 98 o s r 2, Sound Blaster 16, ускорителя мультимедиа и трехмерной графики ASUS AGP–V3800 Deluxe/32 mb, микрофона DM 15 hama, распечатано принтером EPSON Stylus COLOR 400. Компьютерно - томографическое исследование (КТ) носа и околоносовых пазух проведено всем больным на аппарате «Somatom Spiral HP» в аксиальной и коронарной проекциях.

Результаты исследований

Звуковой эффект в полости носа зарегистрирован на фоне хронического воспалительного процесса. Возникновение звука пациенты связывают с затруднением носового дыхания на соответствующей стороне. Подтверждением служат данные эндоскопии носа и околоносовых пазух, наличие носового цикла у больных всех 3 групп и выход

«воздуха» из синуса под давлением в виде «слизистого» пузыря у больного, которому было наложено соустье с верхнечелюстной пазухой и записанный при помощи саундбластера в виде спектрограммы. Следует обратить внимание на тот факт, что возникновение звука происходило в связи с физиологическим носовым циклом, а точнее на высоте максимального отека носовой раковины и полной обструкции полости носа.

Выводы

Объективные исследования подтверждают

существование акустического феномена носа. Звук возникает в момент выхода «воздуха» из синуса в полость носа через суженое соустье. При этом повышенное давление в пазухе формируется на фоне длительно существующего стеноза соустья и связано с изменением газового состава в синусе. Акустический феномен носа есть проявление одного из звеньев патогенеза риносинусита: стеноз соустья → изменение газового состава воздуха в синусе → звуковой эффект в полости носа.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ИНВАЗИВНЫХ ФОРМ МИКОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ

Буркутбаева Т.Н.

Доктор мед.наук, профессор кафедры оториноларингологии с курсом детских ЛОР-болезней АГИУВ,

Алматы, Республика Казахстан

Резюме: В статье представлено проведенное клинико-микологическое обследование 496 стационарных и амбулаторных больных, направленных с подозрением на микозы ЛОР-органов. Диагноз микоза ЛОР-органов был подтвержден лабораторными методами исследования у 324 человек. В представленной работе использованы результаты клинического и лабораторного обследования 324 пациентов (их них 105 мужчин и 219 женщин, в возрасте от 15 до 70 лет). В работе использован комплекс методов исследования: клинические, эндоскопические, рентгенологические, иммунологические, культуральное микологическое исследование патологического биосубстрата из ЛОР-органов, патоморфологическое исследование., рассматривается возможность применения нового противогрибкового препарата при инвазивных формах микозов ЛОР-органов - кандидас.

NEW POSSIBILITIES IN TREATMENT OF INVASIVE FORMS OF MYCOSES OF ENT ORGANS

Burkutbayeva T. N.

Summary: In article the conducted cliniko-mycologic survey 496 stationary and the outpatients directed with suspicion on mycoses of ENT organs is presented. The diagnosis of mycosis of ENT organs was confirmed with laboratory methods of research at 324 people. In the presented work results of clinical and laboratory inspection of 324 patients (them them 105 men and 219 women, at the age from 15 till 70 years) are used. In work the complex of methods of research is used: clinical, endoskopichesky, radiological, immunological, kulturalny mycologic research of a pathological biosubstratum from ENT organs, patomorfologicheskyy research., possibility of application of a new antifungal preparation is considered at invasive forms of mycoses of ENT organs - candidas.

Анализ современных литературных данных показывает наличие тенденции к повышению клинической значимости инвазивных грибковых инфекций [1].

На территории СНГ эта тенденция является особенно очевидной в течение двух последних десятилетий. Данная тенденция обусловлена следующими моментами: принятие новых критериев живорожденности, что обусловило значительный рост маловесных детей, у которых как раз и отмечается максимальное количество грибковых инфекций; постоянное нарастание числа больных ВИЧ-инфекцией и СПИДом; внедрение костно-мозговой трансплантации и

современных высокоактивных цитостатиков в практику лечения лейкозов и онкологических заболеваний; агрессивную кортикостероидную терапию (в виде так называемых «нульсов») при лечении некоторых форм аутоиммунных заболеваний [2].

К сожалению, истинная частота формирования инвазивных форм микозов до сих пор остается неизвестной. Это объясняется тем, что большинство случаев выявленных подобных заболеваний являются случайными находками при проведении компьютерной томографии или ядерно-магнитного резонанса. До сих пор остаются не разработанными методы

доказательного исследования для выявления истинной частоты инвазивных микозов ЛОР-органов [3, 4].

В настоящее время в мировой оториноларингологической литературе идет обсуждение стандартов обследования, рекомендуемых для внедрения в клиническую практику при подозрении на возможность формирования инвазивного микоза. Высказывалось мнение о том, что после внедрения вышеуказанных стандартов обследования удастся получить истинную картину распространенности грибковых микозов, особенно аспергиллеза и кандидоза [5, 6, 7].

Цель работы: Совершенствование методов комплексного лечения инвазивных форм микотических поражений ЛОР-органов.

Материалы и методы исследования.

Проведено клинко-микологическое обследование 496 стационарных и амбулаторных больных, направленных с подозрением на микозы ЛОР-органов. Диагноз микоза ЛОР-органов был подтвержден лабораторными методами исследования у 324 человек. В представленной работе использованы результаты клинического и лабораторного обследования 324 пациентов (их них 105 мужчин и 219 женщин, в возрасте от 15 до 70 лет). В работе использован комплекс методов исследования: клинические, эндоскопические, рентгенологические, иммунологические, культуральное микологическое исследование патологического биосубстрата из ЛОР-органов, патоморфологическое исследование.

Результаты исследований:

В результате микологического исследования были выделены и идентифицированы 73 культуры плесневых грибов. Частота высеваемости составляла $38,0 \pm 3,5\%$. Изоляты включали представителей родов *Aspergillus* ($53,4 \pm 5,8\%$), *Penicillium* ($37,0 \pm 5,6\%$) и *Mucor* ($9,6 \pm 3,4\%$).

Спектр выделенных культур заключал в себе 13 видов: *Aspergillus niger* van Tieghem - 14 штаммов; *Aspergillus fumigatus* Fres - 15 штаммов; *Aspergillus sydowi* Bain et Salt - 3 штамма; *Aspergillus oryzae* Ahlburg Cohn - 2 штамма; *Aspergillus terreus* Thorn - 2 штамма; *Aspergillus nidulans* Eidam Wint - 3 штамма;

Penicillium fellutanum Biourge - 8 штаммов; *Penicillium notatum* Westling - 5 штаммов; *Penicillium crustaceum* Fries - 10 штаммов; *Penicillium tardum* Thorn - 3 штамма; *Penicillium puberulum* Bainier - 1 штамм; *Mucor pusillus* - 3 штамма; *Mucor mich* - 4 штамма.

Сопоставление результатов микологических и микроскопических исследований показало их совпадение в 71,8% случаев. В 25,9% случаев регистрировались положительные результаты при микроскопическом исследовании и отрицательные результаты при культуральном. В 2,3% случаев выделение культур грибов микологическим методом (*A.fumigatus* и *A.oryzae*, выделенные из ротоглотки) не было подтверждено микроскопическим исследованием. Этиологическая значимость подтверждена наличием в 96,8% случаев (71 штамм) элементов грибов в патологическом материале при микроскопическом исследовании. Сопоставление результатов микологического и микроскопического исследований показало, что процент обнаружения элементов гриба микроскопическим методом ($49,5 \pm 3,6\%$) достоверно выше ($P < 0,05$), чем при микологическом методе ($38,0 \pm 3,5\%$). При грибковых поражениях среднего уха выделялись грибы всех трех родов: наибольший процент приходился на аспергиллы – $68,2 \pm 7,6\%$ ($P < 0,001$), на втором месте были пенициллы – $27,3 \pm 9,4\%$ ($P < 0,05$), и меньше других встречались муконовые грибы – 4,5% случаев.

Результатами наблюдения установлено, что характерной особенностью отоскопической картины при микотическом поражении среднего уха является наличие специфического отделяемого.

При отомикозах среднего уха, вызванных *A.niger*, патологический секрет имел вид серых казеозных масс с вкраплениями черного цвета, нередко напоминал холестеатому. Для выяснения значения грибковой патологии при развитии воспалительных процессов в трепанационных полостях среднего уха проведено специальное микологическое исследование больных, страдающих стойкими и упорными гноетечениями из уха после радикальных и слухулучшающих операций. У всех больных

диагноз грибкового инфицирования был подтвержден микроскопией нативного материала, культурального исследования, при необходимости результатами гистологического исследования.

Возбудителями заболевания у этих больных были плесневые грибы родов *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor* и дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Чаще всего наблюдался аспергиллез среднего уха, в основном возбудителем являлся *A.niger*. Основными симптомами заболевания у больных были постоянные выделения из послеоперационных полостей, зуд в ухе, ощущение заложенности в ухе. При осмотре послеоперационной полости под микроскопом часто патологическое отделяемое напоминало разложившуюся холестеатому, холестеатомоподобные пробки были серого цвета при поражении грибом *Aspergillus*, желтоватого цвета при поражении грибом рода *Penicillium*. Послеоперационная полость иногда была покрыта отделяемым, напоминающим угольную пыль, возбудителем заболевания при данной форме грибкового поражения являлся *A.niger*. Спектр выделенных грибов составляли представители трех родов: *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor*. Наибольший удельный вес приходился на грибы рода *Aspergillus* - $70,4 \pm 10,4\%$ ($P < 0,001$). При рассмотрении частоты выделенных грибов в зависимости от локализации микотического процесса в ухе, обнаружено, что частота высеваемости из наружного уха составляла 28,6%, из среднего уха – 39,3%, и из послеоперационной полости – 37,5%. При микозах послеоперационной полости в $66,6 \pm 27,2\%$ случаев высеивались аспергиллы, в $33,4 \pm 27,2\%$ - грибы рода *Mucor*. Микотическое инфицирование послеоперационных полостей среднего уха встречается чаще, чем диагностируется и является одной из существенных причин длительного гноетечения и задержки ее эпидермизации. При микозах послеоперационной полости в $66,6 \pm 27,2\%$ случаев высеивались аспергиллы. Доля муковоксовых грибов, выделенных при микозах среднего уха, была незначительной (4,5%).

В последние годы в литературе все чаще сообщается о микозах, вызванных

грибом мукокор и называемых мукокорозами. Клиническое течение микотического поражения послеоперационных полостей среднего уха грибами рода *Mucor* имеет ряд особенностей: склонность к диссеминации и генерализации процесса, быстро прогрессирующим течением с развитием черепно-мозговой симптоматики, офтальмологическими поражениями, задержкой эпидермизации послеоперационной полости с наличием множественных кровоточащих грануляций на шпоре, развитием пареза лицевого нерва в послеоперационном периоде, высокой летальностью. Летальный исход обычно наступает вследствие быстрого распространения грибов из среднего уха по артериям в глазницу, мозговые оболочки и мозг. Таким образом, прогноз заболевания зависит от ранней диагностики и своевременного лечения в раннем послеоперационном периоде раствором амфотерицина-В

В качестве иллюстрации приводим пример клинического наблюдения.

Больной С., 27 лет, обратился в поликлинику с жалобами на постоянные выделения из левого уха, заложенность, шум в левом ухе, головную боль в височной области слева. Болен левосторонним хроническим средним отитом в течение 12 лет. Объективно: левое ухо – ушная раковина и козелок не изменены, в наружном слуховом проходе обильное патологическое отделяемое в виде серой казеозной массы, перфорация в эпитимпануме, при зондировании аттика определяется деструкция кости. Рентгенография височных костей по Шюллеру: левая пирамида уплотнена, определяется кариозный процесс в аттике, справа – норма. При передней риноскопии в полости носа слева определяются мелкие полипы, гноя в носовых ходах нет. Больному произведена радикальная операция на левом ухе, полипотомия носа. В послеоперационном периоде больному проведено лечение антибиотиками цефалоспоринового ряда, больной выписан на 25 сутки с улучшением. Через 1 месяц у больного появился парез лицевого нерва слева, гноетечение из левого уха. Левое ухо: в заушной области рубец, ушная раковина не изменена. Наружный слуховой проход широкий, немного гиперемирован в костном отделе.

Послеоперационная полость больших размеров, заполнена казеозным отделяемым, после удаления патологического отделяемого стали видны стенки послеоперационной полости, которые были мацерированы, и кровоточащие мелкие грануляции. Больному вновь произведена ревизия послеоперационной полости слева с удалением грануляций и назначением антибиотиков пенициллинового ряда, но состояние больного ухудшилось: появились сильные головные боли, рвота, головокружение, нарушение сознания. При лабораторном исследовании анализа крови на сахар – 4,5 ммоль/л, осмотрен эндокринологом – данных за сахарный диабет не выявлено. У больного был заподозрен мукормикоз. При микологическом исследовании патологического отделяемого из левого уха обнаружен микроскопически и выделен при посеве *Mucor pusillus*, при микологическом исследовании отделяемого из носа был выделен *Mucor mich* (рисунок 1).

Клинический диагноз: Мукормикоз послеоперационной полости левого уха, мукормикоз полости носа. Начато парентеральное введение амфотерицина – В, но в связи с аллергической реакцией (тремор, жар, падение

АД) больной переведен на итраконазол (по 1 кап. х 2 раза в день), но несмотря на проводимое лечение больной умер.

Данное наблюдение показывает, насколько важна ранняя диагностика мукормикоза. Диагноз в приведенном случае был установлен после появления церебральных осложнений, что, очевидно, и определило исход заболевания.

При мукорозе, когда патологическое отделяемое имело вид беловато-серого войлока, при микроскопировании нативных препаратов можно видеть широкий несептированный мицелий, шаровидные спорангии с эндоспорами.

Характерный вид спорангиеносцев и спорангия позволяет диагностировать мукороз на основании одной микроскопической картины патологического отделяемого. В других наблюдениях, когда микотический процесс находится не в активной фазе или для исследования взято менее удачное место, не из основного очага поражения, в препаратах удастся видеть только мицелий и свободно лежащие конидии, нити мицелия при мукорозе несептированные.

Таким образом, грибы вызывают

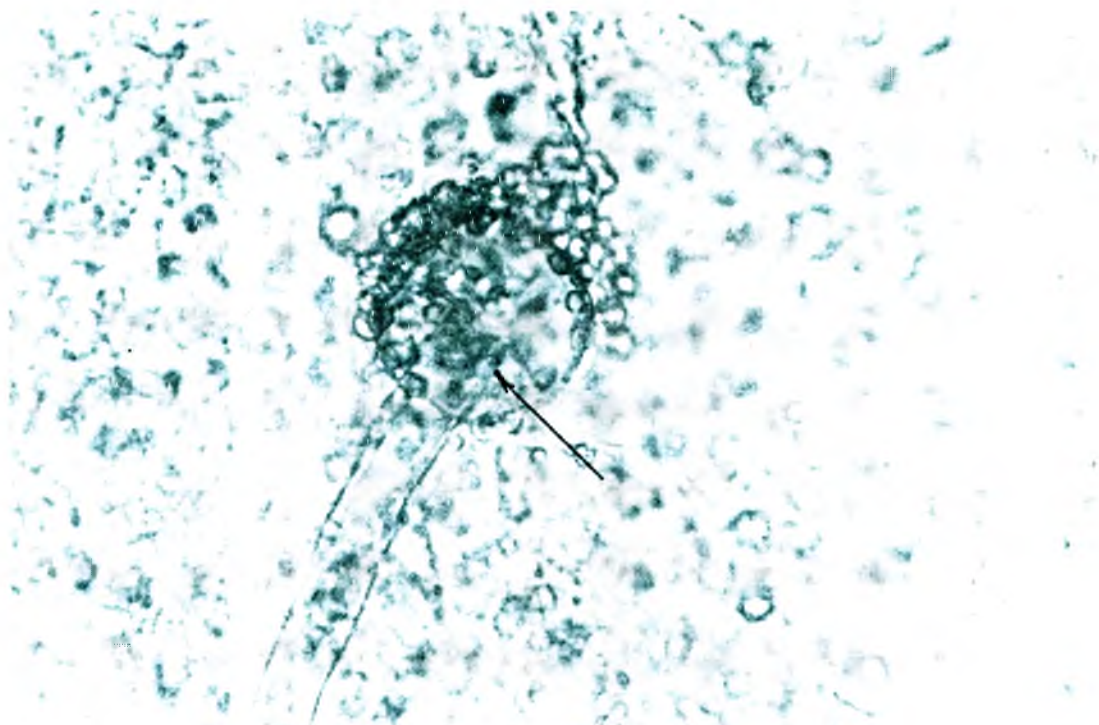


Рисунок 1 – *M. mich*. Нативный препарат патологического материала из носового хода (ув. 900). Стрелкой указана особая колонка, в виде продолжения конца спорангиеносца внутрь спорангия, характерная для данного вида гриба

поражения зачастую более тяжелые, чем бактериальные, иногда являются и причиной смерти. Это требует от врача оториноларинголога знания особенностей клинического течения мукормикоза при отитах грибковой этиологии, что позволит раньше диагностировать данное заболевание, следовательно, более успешно его лечить.

Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что грибковые осложнения после радикальных и слухолучниающих операций встречаются довольно часто. Всем больным при наличии длительно не заживающей послеоперационной полости со стойкой отореей, не поддающейся стандартным методам консервативного лечения необходимо проводить прицельное микологическое исследование патологического отделяемого из трепанационной полости на наличие грибковой инфекции.

Клиническая картина микотического поражения послеоперационных полостей среднего уха имеет ряд особенностей: задержка эпидермизации, характерное патологическое отделяемое различного вида и цвета в зависимости от вида гриба-возбудителя, наличие множественных кровоточащих, с трудом удаляющихся грануляций на шпоре и за шпорой, мацерация ушной раковины и слухового прохода с явлениями мокнущия. Послеоперационная полость имела большие размеры и была заполнена патологическим содержимым, эпидермизация отсутствовала, отмечались патологические грануляции. Клиническое течение микотического поражения послеоперационных полостей среднего уха грибами рода *Mucor* имеет ряд особенностей: склонность к диссеминации и генерализации процесса, быстро прогрессирующим течением с развитием черепно-мозговой симптоматики, офтальмологическими поражениями, задержкой эпидермизации послеоперационной полости с наличием множественных кровоточащих грануляций на шпоре и за шпорой, развитием пареза лицевого нерва в послеоперационном периоде, высокой летальностью.

При мукорозе, когда патологическое отделяемое имело вид беловато-серого войлока,

при микроскопировании нативных препаратов можно видеть широкий несептированный мицелий, шаровидные спорангии с эндоспорами. Характерный вид спорангиеносцев и спорангия позволяет диагностировать мукороз на основании одной микроскопической картины патологического отделяемого. В других наблюдениях, когда микотический процесс находится не в активной фазе или для исследования взято менее удачное место, не из основного очага поражения, в препаратах удастся видеть только мицелий и свободно лежащие конидии, нити мицелия при мукорозе несептированные.

При наблюдении 26 больных с отомицозом послеоперационной полости среднего уха, из которых 16 больным было проведено комплексное лечение с применением озонотерапии, системных антифунгальных препаратов, ревизией послеоперационной полости с последующей тимпанопластикой, отмечена эффективность лечения, выражающаяся в улучшении клинико-функционального результата: уменьшении количества рецидивов в 4,6 раза в исследуемой группе в сравнении с контрольной группой (13,00% и 60,00% соответственно). При анализе эффективности лечения отомицозов предложенным методом в сравнении с традиционным методом лечения обнаружено, что после лечения в основной группе длительность ремиссии составила в среднем 31,6 месяцев, а в группе сравнения – 13,5 месяцев ($P < 0,01$). Количество рецидивов в основной группе составило 0,2, в группе сравнения – 1,1 ($P < 0,01$).

Оценивая отдаленные результаты лечения больных, находившихся под нашим наблюдением, в зависимости от возбудителя грибковой микробиоты, вызвавшей заболевание пазух, мы пришли к заключению, что при аспергиллезе достигается клиническая эффективность. Хуже поддаются лечению мукорозы околоносовых пазух, которые вызывают инвазивную форму микотического поражения ЛОР-органов.

На сегодняшний день на рынке Казахстана при лечении инвазивной формы грибковой патологии ЛОР-органов мы имеем возможность использования нового противогрибкового препарата из группы

эхикандинов – КАНСИДАС. Мишень КАСПОФУНГИНа – клеточная стенка гриба, традиционной мишенью противогрибковых препаратов является клеточная мембрана. КАНСИДАС - активен *in vitro* в отношении флуконазол-, амфотерицин В, или флуцитозин - резистентных видов рода Кандида отсутствие перекрестной резистентности с полиенами или азолами, отсутствие природной резистентности к изолятам видов рода Кандида активность *in vitro* в отношении флуконазол-, амфотерицин В, или флуцитозин - резистентных видов рода Кандида.

Литература:

1. Медведев Ю.А., Арефьева НА, Фархутдинова Л.Р., Ярмухамедова А.Г., Машко П.Н. Микотическая инфекция и анτισрунгалый иммунитет при оториноларингологической патологии. – Уфа, 1996. – С.72.
2. Пересада Л.А. Диссеменированный инвазивный микоз на фоне агранулоцитоза // Украинский пульмонологический журнал. –

2007. – № 2. – С. 69-71.

3. Липницкий А.В., Лптонов В.А. Современная таксономия возбудителей особо-опасных микозов (обзор) //Проблемы медицинской микологии. – СПб., 2005. - Т. 7, № 4. - С. 21-26.

4. 7. Маликов В.Е. К вопросу о создании алгоритма при лабораторной диагностике микозов в клиниках разного профиля //Успехи медицинской микологии. – М., 2007. – Т. X. - С. 88-90.

5. Mubasher I. Rhino-orbital-intracranial polyri //Рос.ринология. – М., 2006. - №2. – С.48.

6. Elter T, Sieniawski M, Gossman A. et al. Voriconazole brain tissue levels in rhinocerebral aspergillosis in a successfully treated young women //Int. J. Antimicrob Agents. – 2006. – Vol. 28(3). – P. 262-5.

7. Dasbach E. J., Davies G.M., Teutsch S.M. Burden of aspergillosis-related hospitalizations in the United States //Clin. Infect. Dis. – 2000. – Vol. 31. – P. 1524-1528.

СОСТОЯНИЕ ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРА И ЕГО РОЛЬ В АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА К ВЫСОКОГОРЬЮ

Мадаминова М.А., Коржов В.П.

Кафедра ЛОР-болезней КГМА,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе приводятся результаты исследования вкусового анализатора языка у 210 человек в условиях низкогогорья (770 м. над ур. моря) и высокогорья (3200 м. над ур. моря).

Ключевые слова: вкусовой анализатор, низкогогорье, высокогорье, вкусовая чувствительность.

THE CONDITION OF GUSTATORY ANALYZER AND ITS ROLE IN ADAPTATION OF HUMAN BODY WITHIN THE HIGH ALTITUDE CONDITIONS

Madaminova M.A., Korgov V.P.

Chair of KSMA,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The current work presents the results of research of the gustatory analyzer of the tongue for 210 people within the conditions of low altitude (770m above sea level) and high altitude (3.200 above sea level).

Key words: the gustatory analyzer, low altitude, high altitude, gustatory sensitivity system.

ДААМ СЕЗУУ АНАЛИЗАТОРУНУН АБАЛЫ ЖАНА АНЫН АДАМ ОРГАНИЗМИНИН БИЙИК ТОО АЙМАГЫНА КОНУГУУСУНДОГУ РОЛУ

Мадаминова М.А., Коржов В.П.

Кулак, мурун жана тамак ооруларынын кафедрасы,
КММА

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Бул нште даам сезуу анализаторунун боксо тоо (770 м. дениз денгээлинен жогору) жана бийик тоо (3200 м. дениз денгээлинен жогору) аймагында изилдоонун натыйжалары келтирилген.

Кегизги создор: даам сезуу анализаторунун, боксо тоо, бийик тоо.

Актуальность темы.

Главные изменения, происходящие в условиях высокогорья в организме, обусловлены гипоксией. В результате основная нагрузка ложится на газотранспортную систему. Поэтому имеющиеся научные исследования, выполненные в высокогорье, посвящены в основном изучению физиологии органов кровообращения и дыхания (1, 2, 5). Факторы высокогорья оказывают на человека экстремальное действие. Если популяции коренных жителей высокогорья имеют приспособительные механизмы, выработанные и закрепленные в течение многих поколений, то у жителей равнины, впервые поднявшихся в горы, эти компенсаторно-приспособительные механизмы менее выражены. При подъеме на высоту у них начинают срабатывать «срочные механизмы адаптации» к кислородному голоданию. В частности, у них учащается дыхание и сердцебиение, появляются признаки централизации кровообращения и т.д. (4). Эти дежурные механизмы адаптации по истечении сравнительно непродолжительного времени могут исчерпать свои резервные возможности. Возникает необходимость в адекватных изменениях процесса приспособления, имеющих отношения к метаболическим системам организма в условиях малоокислородного режима. Сообразно специфике названных сдвигов должна меняться и потребность организма в определенных питательных веществах. Однако, данный вопрос крайне мало изучен (6). Существенных изменениях функции пищеварения и обмена веществ человека в условиях высокогорья, свидетельствует ряд известных работ (7, 8). В них имеются указания на то, что под влиянием гипоксии нарушаются функции желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени. В этих же условиях наблюдается притупление или извращение вкуса, в частности к соленому, кислому, сладкому и горькому. Познакомившись с информацией, содержащейся в этой работе, мы пришли к выводу, что она не только является единичной, но и не дает ответ на все вопросы,

которые имеют практическое значение.

Материалы и методы исследования.

Согласно цели и задачам исследования всего было обследовано 210 человек, в возрасте от 12 до 76 лет, из них 146 (69,5%) мужчин и 64 (30,5%) женщин. Низкогорные исследования (770 м над ур. моря) проведены на базе ЦНИЛ и кафедры оториноларингологии КГМА и клинических отделений Национального госпиталя при МЗ КР, а высокогорные – в экспедиционных условиях на перевале Туя-Ашу (3200 м над ур. моря). Исследование проводилось на 7-10 день пребывания в горах. Состояние вкусового анализатора изучалось с применением комплекса клинико-лабораторных методов.

Общеклинические методы включали: анализ жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра, сведений медицинской документации.

Специальные методы исследования включали:

1. Анализ субъективных ощущений и объективные методы исследования вкусового анализатора (методы А.Д.Бернштейна и электрогустометрии).

2. Исследование уровня гормонов щитовидной железы и гипофиза (T_3 , T_4 , ТТГ, FSH, STH), а также иммуноглобулина E(IgE) в плазме крови.

Уровни изучаемых показателей в условиях низкогорья служили контролем по отношению к таковым в высокогорье. Состояние вкуса к сладкому и соленому 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 половин языка с интервалом от 2 до 5 минут (3). Для объективизации исследований состояния вкуса, дополнительно изучали названную

функцию с помощью электрогустометрии. Этот метод позволяет вести исследования как постоянным, так и переменным током.

Содержание иммуноглобулина Е (IgE) в сыворотке крови изучали методом твердофазного ИФА, с помощью многоканального спектрофотометра. У всех обследуемых в плазме крови методом ИФА определяли гормоны гипофиза: фолликулостимулирующий (ФСГ), соматотропный (СТГ), тиреотропный (ТТГ), а также гормоны щитовидной железы: трийодтиронин (T_3) и тироксин (T_4).

Собственные результаты и обсуждение.

В условиях высокогорья в организме человека происходят существенные изменения в функциональном состоянии эндокринной системы. Они коррелируются со сдвигами, регистрируемыми при определении вкусовой чувствительности. С ростом концентрации тиреотропного гормона (ТТГ) и трийодтиронина (T_3) в крови при подъеме в горы увеличиваются электрогустометрические пороги вкусовой чувствительности языка, причем в большей степени на его правой половине. Аналогичные параллели были отмечены при сопоставлении вкусовой рецепции и динамики выработки фолликулостимулирующего (ФСГ) и соматотропного (СТГ) гормонов. Также было отмечено повышение вкусовых порогов у обследуемых при более высокой концентрации тироксина (T_4) ($P < 0,05$) в крови. При сравнительном изучении продукции половых гормонов и состояния вкусовых рецепторов у обследуемых пациентов, нами зарегистрировано, что при высокой концентрации фолликулостимулирующего гормона в плазме крови у части пациентов оказалось сниженным восприятие никотиновой кислоты и вкуса соли, а у лиц с более высокой концентрацией соматотропного гормона, мы находили сниженное восприятие сладкого и соленого. При определении содержания иммуноглобулина Е в сыворотке крови у обследуемых обнаружено, что с повышением его концентрации изменяется восприятие основных вкусовых раздражителей.

Мы считаем, что положительная реакция

на пищу, при достаточно низком вкусовом пороге, способна запускать функциональную систему в определенной последовательности:

- активация вкусовых рецепторов
- адекватное потребление пищи
- выделение пищевых ферментов, расщепляющих нутриенты
- адекватный обмен веществ, достаточный для восстановления, нарушенного гипоксией гомеостаза организма
- реакция центральной нервной системы и эндокринной системы
- активация (угнетение) вкусовых рецепторов
- увеличение (уменьшение) потребления пищи.

Литература

1. Акимова О.А., Султаналиева Р.Б. Клинико-функциональные особенности течения и лечения диффузного токсического зоба в условиях низкогорья, среднегорья и высокогорья Тянь-Шаня. //Материалы III съезда терапевтов Кыргызстана. – Бишкек: Илим, 1995. – С. 199.
2. Алымкулов Д.А. Характер компенсаторно-приспособительных механизмов в оттогенезе при кровопотерях в условиях низкогорья и высокогорья Киргизии.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Фрунзе, 1971. – 24 с.
3. Бернштейн А.Д. Человек в условиях среднегорья. – Алма-Ата: Казахстан, 1967. – 218 с.
4. Турусбеков Б.Т. Медико-социальные аспекты здоровья человека в горных условиях. – Бишкек: Илим, 1998. – 127 с.
5. Фундаментальные аспекты адаптации к высокогорной гипоксии. /М.И.Китаев, А.А.Алдашев, А.И.Ибраимов и др. //Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 1997. – Т.3. - № 1. – С. 109-118.
6. Яковлев В.М., Айдаров З.А., Усенбеков Т.У. Состояние фосфолипидного обмена при адаптации организма к условиям высокогорья. //Современная медицина на рубеже XX-XXI веков. – Бишкек: КГМА, 2000 - С. 89-94.
7. Fisher G.L. Medsured saline preference in the albipaint the role of non-gustatory factors. // Psychon. Sci. – 1964. - Vol. I. - P. 45-46.
8. Hurtado A. Animals in high altitude resident man. //Amer. Physiol. Soc. – 1964.- Vol. 10.-P.272-290.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Хайдарова Г.С., Шайхова Х.Э., Шукуров Д.А.

Ташкентская медицинская академия,

Республика Узбекистан

Резюме: Обследовано 105 детей с нарушениями слуха, из них у 28 выявлено поражение центральной нервной системы, выражающееся синдромами мышечной дистонии и гипервозбудимости. На основании полученных результатов показана эффективность методов ЗВОАЭ и КСВП для диагностики ЗВОАЭ и КСВП для диагностики нарушений слуха.

Ключевые слова: нейросенсорная тугоухость, заболевания центральной нервной системы, отоакустическая эмиссия, коротколатентные слуховые вызванные потенциалы

EXAMINATION OF HEARING SYSTEM OF CHILDREN WITH CENTRAL NERVOUS SYSTEM DISORDERS

Khaydarova G., Shayhova Kh., Shukurov D.A.

Tashkent medical academy,

Republic of Uzbekistan

Resume: Examined 105 children with hearing impairment and 28 of them identified some kind of disorders of central nervous system which expressive with muscles dystonia and/or hyperexcitability syndromes. On the basis of investigation, Otoacoustic emission (OAE) and auditory brainstem response (ABR) analysis were more effective method of testing for differentiating central or peripheral type of hearing losses.

Key words: sensorineural hearing loss, central nervous system diseases, otoacoustic emission, auditory brainstem evoked potentials

По данным Всемирной Организации Здравоохранения тугоухостью страдает около 6% населения земного шара, что составляет около 120 млн. человек. В частности, в России число таких больных приближается к 13 млн., в том числе детей и подростков – более 1 млн [2]. Проблема поражения слухового анализатора важна у детей, так как снижение слуха приводит к задержке не только речевого, но и психического развития ребенка. Установлено, что у 82% детей с тугоухостью патология возникает на первом году жизни, т.е. до развития речи или в период ее становления, из них у 38,5% детей нарушения появляются в перинатальный период. Считается, что почти половина всех нарушений слуха у детей носит врожденный характер и, хотя по статистике на одну тысячу нормальных родов приходится один ребенок с выраженной степенью тугоухости, сведения о распространенности слабых и средних потерь слуха нуждаются в уточнении. По данным зарубежных авторов, средний возраст ребенка, когда выявляется врожденная (ранняя) тугоухость, при недейственности скрининговых программ составляет 18–30 мес, и это только при наличии глубоких, двусторонних потерь слуха, без учета слабых и средних потерь [1]. Так 33% детей ставят на учет в возрасте от 3 до 7 лет, т.

е. позже критического возраста (1–2 года), дети, взятые на учет от 1 года до 3 лет, составляют 21%, а выявляемость детей с нарушениями слуха до одного года жизни составляет 4%. Это в большой степени связано с многочисленным количеством этиологических факторов и недостаточной изученностью патогенеза СНТ [4].

Как известно, развитие и формирование органа слуха человека начинается с первых недель внутриутробного развития и продолжается в течение всего периода беременности. К поражению слухового анализатора могут привести неблагоприятные факторы, воздействующие в этот момент на организм матери и ее будущего ребенка. Воздействие неблагоприятных факторов на организм ребенка приводит к нарушению кровоснабжения и кислородного обеспечения метаболизма в органах и тканях, в том числе и внутреннего уха, что приводит к развитию гипоксии и, в конечном итоге, гибели слуховых рецепторов [5], а также к поражению центральной нервной системы. По данным Н.Л.Кунельской и соавт. [3], гипоксическое состояние внутреннего уха развивается в результате изменения реологических свойств крови и гемостаза: у больных с острой нейросенсорной тугоухостью

на фоне сосудистых изменений определяются разной степени выраженности нарушения внутрисосудистого фактора микроциркуляции вследствие эффекта «сладжирования» крови.

Таким образом, у детей с признаками пре-перинатального поражения ЦНС имеются все предпосылки к поражению слухового анализатора.

Критериями риска развития слуховых нарушений по данным литературы являются: патология течения беременности у матери, выявление признаков гипоксически-ишемического, гипоксически-геморрагического, токсического или метаболического поражения ЦНС (церебральной ишемии, расширения желудочковой системы и субарахноидального пространства головного мозга при нейросонографии), а также наличие синдромов возбуждения или угнетения центральной нервной системы.

Таким образом, исследование слухового анализатора у детей с заболеваниями центральной нервной системы является одной из актуальных задач оториноларингологии.

Материал и методы исследования: нами было обследовано 105 детей, обратившихся во 2-клинику Ташкентской медицинской академии. Родители детей отмечали у детей пониженный слух, недоразвитие речи, невнимательность и рассеянность. Родители детей отмечали у детей пониженный слух, недоразвитие речи, невнимательность и рассеянность. Исследование состояния слуховой функции у детей проводили с применением следующих методик: регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ); регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП).

Результаты и их обсуждение: среди обследованных сенсоневральная тугоухость, обусловленная поражением центральной нервной системы была выявлена у 28 детей. У этой группы пациентов были признаки гипоксически-ишемического поражения ЦНС, которые выражались синдромами мышечной дистонии и гипервозбудимости.

Регистрация отоакустической эмиссии наблюдалась у 2 пациентов, тогда как у остальных

зарегистрировать ее не удалось, что говорило о поражении Кортиева органа у этой категории пациентов. Следующим этапом исследования для подтверждения полученных результатов мы проводили регистрацию стандартных КСВП при различной интенсивности стимулирующего сигнала (от 10 до 70 дБ). При этом оценку его результатов проводили по следующим параметрам: латентность пиков волн КСВП (I, III, V); оценивали межпиковые интервалы (МПИ) КСВП (I-III, III-V, I-V); кривую интенсивности / латентности и интерауральную разницу вышеперечисленных показателей.

У всех пациентов латентные периоды всех пиков КСВП были статистически достоверно ($P < 0,05$) больше при интенсивности стимулирующего сигнала 40 и более дБ (на более низких уровнях стимуляции мы эти показатели не сравнивали, поскольку при этом не было надежной регистрации пиков). Такая же картина наблюдалась при сравнении усредненных межпиковых интервалов. Интерауральная разница параметров КСВП у детей этих групп значительно не отличалась и не превышала 0,2 мс. Кривая функции интенсивность/латентность у детей с признаками пре-перинатального поражения ЦНС была сдвинута вверх по оси ординат.

Таким образом, показатели состояния слуховой функции у детей с тугоухостью на фоне поражения ЦНС свидетельствовали о наличии у них признаков поражения звукового анализатора. Пациенты находились под наблюдением оториноларинголога и невропатолога. Всем детям назначалось медикаментозное лечение, направленное на улучшение микроциркуляции и проводимости нервной ткани.

Медикаментозная терапия проводилась под динамическим аудиологическим контролем. Также по результатам проведенного обследования пациентам была проведена электроакустическая коррекция слуха.

На основании полученных результатов можно сделать заключение об эффективности применения метода регистрации ЗВОАЭ и КСВП для определения состояния слухового анализатора у детей раннего возраста, имеющих поражение ЦНС. Повышение эффективности

своевременной диагностики патологии слуха у детей младшего возраста требует применения надежных методов при проведении аудиологических исследований. Регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов с использованием стандартной методики пошаговой временной акустической стимуляции позволяет выявлять ранние слуховые нарушения у детей с поражением ЦНС.

Список литературы:

1. Зокирхонова Х. Ф. ранняя диагностика и коррекция нарушения слуха у новорожденных и детей младшего возраста. // Автореферат дис к. м. н. – Ташкент, 2011
2. Кулагина М.И. характеристика слуховой функции детей раннего возраста с пре-перинатальным поражением центральной

нервной системы. // Автореферат дис. к.м. н. – Москва, 2009

3. Кунельская Н. Л., Полякова Т. С. Патогенетические аспекты нейросенсорной тугоухости и их коррекция // Матер. XVII съезда оториноларингологов России. - Ниж. Нов., 2006. – С. 33.

4. Лазарева Л. А. Оценка состояния регуляторно-адаптивных систем у больных острой нейросенсорной тугоухостью в процессе лечения // Матер. XVII съезда оториноларингологов России. - Ниж. Нов. – 2006. – С. 33.

5. Храмова Е.А. Особенности слуховой функции у детей со слуховой нейропатией: Автореф. дисс... канд. мед. наук/ Е.А. Храмова. - СПб, 2007.

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПО ХАСАНОВУ И МАХСУДОВУ

Хасанов С.А., Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К., Бобохонов М.Г.

(Кафедра оториноларингологии и детской стоматологии Ташкентского педиатрического медицинского института (ректор проф. Даминов Б.Т.),
Узбекистан

Резюме: Сущность предложения состоит в том, что деформации перегородки носа 88% случаях сочетается с зубочелюстными аномалиями (ЗЧА). Чаще всего встречается верхняя ретрогнатия (36%), на втором месте сужение верхней челюсти с протрузией фронтальных зубов (18,6%), на третьем месте по частоте встречается прогнатия верхней челюсти у 25 (14,5%). Эти ЗЧА, т.е. нарушения прикуса легко диагностируются невооруженным глазом врачами разных специальностей в 88% случаях.

Предлагаемый способ выявления патологии является удобным, быстрым, экономичным и его можно использовать при массовой диспансеризации как скрининг-диагностический тест.

METHOD OF DIAGNOSTICS OF NASAL SEPTUM DEFORMATIONS BY KHASANOV AND MAKHSUDOV

Khasanov S.A., Makhsudov S.N., Babakhanov G.K., Bobokhonov M.G.

Summary: The essence of the proposal is that the deformation of the nasal septum 88% of cases, combined with dentomaxillary anomalies (DMA). The most common upper retrognathism (36%), followed by upper prognathism with constriction of the top and dense location of front teeth (18.6%) in third place in frequency occurs prognathism the top jaw in 25 (14.5%). These dentomaxillary anomalies (DMA) can be easily diagnosed by the naked eye doctors of different specialties in 88% of cases.

The offered way of revealing of pathology is convenient, fast, economic and can be used for mass medical examination as a screening diagnostic test.

Актуальность проблемы.

Стомаскопический, скрининг-диагностический, косвенный способ (метод) диагностики искривлений перегородки носа (ИПН) отсутствует.

Известны способы выявления деформаций перегородки носа на основе жалоб больного и

риноскопических данных [10]; [11]:

- выявляют затруднённое носовое дыхание (ринопневмометрия), закрытую гнусавость, чихание, головную боль, часто обостряющиеся синуситы, снижение слуха, кашель, обострение бронхиальной астмы, ночной энурез, относительное отставание умственных

способностей, носовое кровотечение и др.

• риноскопически – искривление перегородки различной конфигурации («С», «S»-образное), шип, гребень и т.д.

Недостатком известных способов является их неприемлемость другими специалистами, в частности, стоматологами (ортодонтами) и врачами общей практики (ВОП), не владеющими риноскопией.

Известен способ рентгенологического исследования, КТ и МРТ. Недостаток рентгенографии состоит в том, что голову ребенка облучают рентгенлучами и КТ, МРТ достаточно дорогой метод диагностики.

Способ основывается на результатах следующих научных исследований.

На основе общего и оториноларингологического и стоматологического осмотра, фотографию зубоверхнечелюстного комплекса (фас и профиль), профильную телерентгенографию черепа (на данный способ подана заявка на патент), биометрического изучения моделей челюстей детально изучены изменения зубоверхнечелюстного комплекса как результат (осложнение) искривления перегородки носа (хронического затруднения носового дыхания). Риноскопически учитывали малейшее отклонение перегородки носа от средней линии. Особое внимание обращалось на форму и размеры твердого неба, размеры полости носа. Изучалась рентгенопроекционная площадь носовой полости по фас телерентгенографическим (ТРГ) данным в норме и при ИПН.

Полученные паспортные данные и результаты обследования были внесены в компьютерную программу базы данных «Microsoft Access», которая дала возможность легко отсортировать полученные результаты.

Проведен также мониторинг зубочелюстной системы 194 больных в возрасте 12-15 лет, госпитализированных в ЛОР отделение клиники ТашПМИ. Учитывая, что у больных госпитализированных в ЛОР-клинику на септумоперацию (n=194) искривление перегородки носа в 88% случаях (172 детей) сочеталась с нарушением прикуса, нас интересовал вопрос, имеется ли корреляционная

Таблица 1

Виды и частота ЗЧА у детей с искривлением перегородки носа госпитализированных в ЛОР-клинику ТашПМИ.

Вид патологии	Количество наблюдений n=194
1. ИПН	194 (100%)
2. Нарушение прикуса:	172 (88,7%)
А) Верняя ретрогнатия	62 (32,0%)
Б) Сужение верхней челюсти с тесным положением фронтальных зубов	32 (16,5%)
В) Прогнатия с сужением верхней челюсти	25 (12,9%)
Г) Открытый прикус	10 (5,2)
Д) Другие не классифицированные	43 (22,2%)
3. Высокое стояние неба	106 (54,6%)
4. Уменьшение вертикального размера полости носа	108 (55,7%)
5. Уменьшение горизонтального размера полости носа	111 (57,2%)
Виды патологии	Количество наблюдений n=194
1. ИПН	194 (100%)
2. Нарушение прикуса:	172 (88,7%)
А) Верняя ретрогнатия	62 (32,0%)
Б) Сужение верхней челюсти с тесным положением фронтальных зубов	32 (16,5%)
В) Прогнатия с сужением верхней челюсти	25 (12,9%)
Г) Открытый прикус	10 (5,2)
Д) Другие не классифицированные	43 (22,2%)
3. Высокое стояние неба	106 (54,6%)
4. Уменьшение вертикального размера полости носа	108 (55,7%)
5. Уменьшение горизонтального размера полости носа	111 (57,2%)

связь между ИПН и видами зубочелюстных аномалий (ЗЧА)? Виды и частота выявления ЗЧА у детей с деформациями перегородки носа приведены в таблице 1.

По данным таблицы при деформации носовой перегородки из ЗЧА чаще наблюдается верхняя ретрогнатия – у 62 (32%), на втором месте сужение верхней челюсти с протрузией фронтальных зубов – у 32 (16,5%), на третьем – прогнатия верхней челюсти – у 25 (12,9%). Открытый прикус диагностируется у 10 (5,2%) больных. Кроме того, примерно у 56% больных выявлено высокое стояние нёба, уменьшение горизонтальных и вертикальных размеров полости носа. Все эти симптомы объединены и названы риномаксиллярным (ортодонтотрипологиическим) пентада симптомокомплексом Хасанова С.А. как осложнение искривления перегородки носа.

Прототипом для заявляемого способа может быть: 1872 г. С.В. Томес обращая на внешнее сходство в облике больных с «назальной обструкцией» ввел термин «аденоидное лицо». В англоязычной литературе для описания внешних изменений ребенка с постоянным затруднением носового дыхания используют термин «синдром удлинённого лица long face syndrome». Последний включает в себя увеличение вертикального размера нижней трети лица, типичное апатичное выражение и улыбку, готическое нёбо [7]. Мы не отрицаем вышеуказанные термины. Они дополняют друг друга. Возможно, более углубленным, корректным термином чем «аденоидное лицо» или «синдром удлинённого лица» является предлагаемый нами термин симптомокомплекс Хасанова.

Учитывая общность развития верхней челюсти, в толще которой находятся фолликулы молочных и постоянных зубов, а также то, что сверху данная кость граничит непосредственно с перегородкой носа, формирование их должно быть связано друг с другом. При этом, ИПН является отправным пунктом в развитии ЗЧА. Оно способствует уменьшению вертикальных и горизонтальных размеров полости носа, купол твердого нёба становится готическим, что приводит к уменьшению размера дуги верхней челюсти и развитию скученности фронтальных

зубов верхней челюсти.

Следовательно, выдвигается теория «о тесной взаимосвязи развития перегородки носа с формированием прикуса фронтальных зубов».

Таким образом, косвенным признаком искривления (деформации) перегородки носа является нарушение прикуса (в виде верхней ретрогнатии, прогнатии, протрузии или скученности фронтальных зубов и готического нёба), что и считается ороскопическим (стомаскопическим) способом С.А.Хасанова и С.Н.Махсудова в диагностики искривления перегородки носа [2];

На вышеуказанные обстоятельства должны обращать внимание детские стоматологи, ортодонты и врачи других специальностей. ЗЧА легко диагностируется, т.к. и невооруженным глазом можно определить нарушение прикуса или не правильное положение зубов. У больных можно предполагать наличие (ими трудно диагностируемой) искривления перегородки носа (обструкции носа и глотки) и в дальнейшем таких больных отправлять к оториноларингологу. Предлагаемый способ выявления патологии является удобным, быстрым, экономичным и его можно использовать при массовой диспансеризации как скрининг-диагностический тест.

Литература:

1. Бабаханов Г.К., Алмаматов А.Т. Махсудов С.Н. Септумоперация с кристосутуротомией у больных с зубочелюстными аномалиями. «Stomatologiya» Среднеазиатский научно-практический журнал №1-2, 2010 (41-42) стр. 100-102.
2. Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К., Хасанов С.А. Риномаксиллярный симптомокомплекс Хасанова С.А. в диагностике деформаций перегородки носа у детей. «Stomatologiya» Среднеазиатский научно-практический журнал №3-4, 2010 (43-44) стр. 217-218
3. Махсудов С.Н., Наврузов К.Т., Бабаханов Г.К. Способ телерентгенограмметрического анализа носовых челюстного комплекса средней зоны лицевого скелета. // Рос. ринол. – 2001. – №3. – С.35-39.
4. Наврузов К.Т., Махсудов С.П., Хасанов

С.А. Изучение влияния затрудненного носового дыхания на рост и развитие зубочелюстно-лицевой системы у детей. // Рос. ринолог. – 2001, – №1, С.14-16.

5. Наврузов К.Т., Хасанов С.А., Бабаханов Г.К. Патоморфологические изменения носовой перегородки при её деформациях у детей. // Рос. ринолог. – 2001, – №3, С. 29-31.

6. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика. Виды зубочелюстных аномалий. — М., 1996.

7. Тихомирова И.А. Синдром затруднения носового дыхания у детей. Педиатрия/2008/Том 87/№2. с. 107-111.

8. Abreu RR, Rocha RL, Lamounier JA,

Guerra AF. Etiology, clinical manifestations and concurrent findings in mouth-breathing children. J Pediatr (Rio J). 2008 Nov-Dec;84(6):529-35.

9. Mendonça JC, Bussoloti Filho I. Craniofacial pain and anatomical abnormalities of the nasal cavities. Braz J Otorhinolaryngol. 2005 Jul-Aug;71(4):526-34. Epub 2005 Dec 15. Review.

10. Baumann I, Baumann H. A new classification of septal deviations. Rhinology. 2007 Sep; 45(3):220-3.

11. Mladina R, Cujic E, Subarić M, Vuković K. Nasal septal deformities in ear, nose, and throat patients an international study. Am J Otolaryngol. 2008 Mar-Apr; 29(2):75-82.

СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С ТУГОУХОСТЬЮ

Абасов П.Г., Василевский М.Г.

Медицинский центр «Алмена»

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлена информация по показателям заболеваемости в расчете на 100 человек. Для диагностики соматических данных использовались общепринятые клинические и лабораторные методы. Уточнение состояний возникших с постнатальный период, осуществлялось с помощью анкетирования. Данные о причинах тугоухости основаны на обследовании 486 взрослых и 602 детей, обратившихся в сурдологический центр в 2009-2010 гг. Статья отражает текущие состояние заболеваемости тугоухостью.

THE SOMATIC DISEASES INTERFACED TO RELATIVE DEAFNESS

Abasov P.G., Vasilevskii M.G.

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: In article information on indicators of incidence counting on 100 people is presented. For diagnostics of somatic data the standard clinical and laboratory methods were used. Specification of conditions arisen about the post-natal period, was carried out by means of questioning. Data on the reasons of relative deafness are based on inspection of 486 adults and 602 children who have addressed in the surdologicheskoy center in 2009-2010. Article reflects flowing a condition incidence of relative deafness.

Тугоухость и глухота имеют повсеместное распространение и с каждым годом число лиц с потерей слуха возрастает в среднем на 7% в год (Morton, 2006; Chalestori et. al., 2007). По данным ВОЗ к 2020 году число людей, страдающих нарушением слуха, увеличится на 30% [Лифанов В.Л., 1975]. У 85% людей тугоухость является врожденной или возникает на первом году жизни, задолго до развития речи. Однако диагностика тугоухости и реабилитационные мероприятия проводятся с большим опозданием, поэтому мы попытались вскрыть этиологические причины, приводящие к нарушению слуха. Так как их знание поможет выявить лиц с нарушением слуха и провести им реабилитацию и этим самым снять социальные проблемы.

Материалы и методы.

В работе использованы материалы сурдологического центра г. Бишкек и Республиканского медико-информационного центра Кыргызской Республики за 2010 г. «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики». Статистическая обработка проводилась в соответствии общепринятыми методами санитарной статистики (Мерков А.М., Поляков Л.Е., 1974). О частоте сопряженной заболеваемости у лиц с тугоухостью судили по показателям заболеваемости в расчете на 100. обследованных. Для диагностики соматических данных использовались общепринятые клинические и лабораторные методы.

Таблица 1
Болезни, послужившие причиной тугоухости у взрослых и детей

Наименование болезни	Взрослые			Дети		
	без потери слуха (контроль)	больные с тугоухостью		без потери слуха (контроль)	больные с тугоухостью	
		число	структура		число	структура
Ж.д. анемия	20,3	61	12,5	38,2	86	14,3
Эндемический зоб	12,3	63	13	22,2	98	16,3
Сахарный диабет	7,4	25	5,2	0,1	1	0,2
Недостаточность питания	0,4	6	1,2	3,2	26	4,3
Дет. церебральный. паралич	0,6	0	0,1	2,4	28	4,7
Взросл -отит хр., дети –б. ЛОР	5,5	60	12,3	6,3	172	28,6
Прочие болезни	9,6	6	1,2	14,9	48	8,0
Гипертоническая болезнь	30,1	210	43,3	0	0	0
Хр. пиелонефрит	10,8	21	4,4	2,0	3	0,5
Состояния, возникшие в перинатальном периоде	0	0	0	9,3	118	19,6
Травмы ЦНС	2,7	27	5,6	1,4	22	3,7
Токсич действия алкоголя	0,2	6	1,2	0	0	0
Всего	443872	486	100	156670	602	100

Уточнение «Состояний, состояний возникших с постнатальный период, осуществлялось с помощью анкетирования. Данные о причинах тугоухости основаны на обследовании 486 взрослых и 602 детей, обратившихся в сурдологический центр в 2009-2010 гг. В качестве контроля взята фоновая заболеваемость по республике.

Результаты и обсуждения. Структура сопряженной заболеваемости взрослых, страдающих тугоухостью, существенно отличается от контрольной группы (Табл.1). В числе страдающих тугоухостью явно преобладают такие заболевания как хр. отит (12,3% против 5,5%), гипертоническая болезнь (43,3% против 30,1%), травмы ЦНС (5,6% против 2,7%), токсическое действие алкоголя (1,2% против 0,2%) сахарный диабет. В контрольной группе доминируют такие заболевания как железо-дефицитная анемия, эндемический зоб, сахарный диабет, хр. пиелонефрит. В структуре лиц сенсорной тугоухости число больных гипертонической болезнью составляет 67,1% (у 216 пациентов), хр. отитом – 1,2% (у 5 пациентов), тогда как в группе больных кондуктивной тугоухостью соответственно – 12,1% (у 4 пациентов) и 54,5% (18 пациентов).

Если учесть исходы и отдаленные последствия заболеваний первой группы

(В.В. Римар, 1997; В.И. Бабик с соавт., 2002; Л.Е. Голованова, 2006), то причиной глухоты у взрослых и лиц пожилого возраста являются в порядке значимости такие заболевания, как гипертоническая болезнь, хр отит, травмы ЦНС и токсические действия алкоголя, что согласуется с мнением (В.Я. Бабияк с соавт., 2002; В.Ю. Хлыстов с соавт., 1989; И.В. Отвагин, 2005). Широко распространенная в современном обществе сердечно-сосудистая патология, приводящая к гемодинамической недостаточности, оказывает влияние на состояние слуховой функции в плане ее ухудшения (В.М. Рахманов, 1990), причем, не только при общей патологии системы кровообращения, но и при поражении таких изолированных частей сосудистого русла, как артериальной вертебробазилярной системы при остеохондрозе шейного отдела позвоночника (Я.А. Альтман, 2001). На токсическое действие алкоголя указали 5,6% (6 пациентов), по данным В.Ю. Хлыстова с соавт., (1989) алкоголизм как причина тугоухости встречается значительно чаще.

В группе детского населения с тугоухостью доминируют ЛОР болезни (28,6%), состояния возникшие в перинатальном периоде (19,6%) и травмы ЦНС (3,7%). Удельный вес ЛОР болезней преобладает более чем в 4 раза (28,6% против 6,3%), а отдельные состояния,

Таблица 2
Патология ЛОР-органов, выявленных при клиническом обследовании
детей с тугоухостью, обратившихся в сурдологический центр

МЕБ-10	Клиническое заключение	Группы обследованных		
		контроль заб. на 100 осмотрен- ных	тугоухость число	заб. на 100 осмотрен- ных
R59.0	Лимфаденопатия подчелюстных лимфоузлов	1.0	7	1.2
R59.0	Лимфаденопатия шейных лимфоузлов	22.0	144	23.9
J35.2	Аденоидит	6.2	81	13.5
J35.0	Хронический тонзиллит	13.4	204	33.9
J34.2	Искривление носовой перегородки	4.2	23	3.8
R59.0	Лимфаденит подчелюстной	1.4	7	1.2
R59.0	Лимфаденит шейный	4.2	23	3.8
J00	Острый назофарингит	1.2	6	1.0
J03	Острый тонзиллит	0.5	2	0.3
J31.0	Хр. вазомоторный ринит	0.9	4	0.7
J31.0	Хр. ринит	2.6	14	2.3
J31.1	Хр. ринофарингит	3.8	21	3.5
J31.2	Хр. фарингит	4.4	27	4.5
Общее число детей с выявленными нарушениями		100.0	602	100.0

возникшие в перинатальном периоде превышают контрольную группу в два раза (19,6% против 9,3%), травматические повреждения ЦНС (3,7% против 1,4%). Поскольку в структуре пациентов доминируют ЛОР болезни, то мы решили рассмотреть эту группу более подробно (табл.2). Заслуживает внимание, что в что общем числе детей наблюдается высокий уровень распространенности заболеваний лимфатического аппарата носо- и ротоглотки, а также регионарных лимфатических узлов, на что обращает внимание в диссертационной работе Т.В. Блохина (2005) В общем числе ЛОР болезней с тугоухостью преобладают больные хр. тонзиллитом (33,9% против 13,4% в контроле) и аденоидитами (13,5% против 6,2% в контроле). По остальным ЛОР заболеваниям различий не

просматривается. Из этих данных следует, что причиной тугоухости у значительного числа пациентов являются хронические инфекции носоглотки, что согласуется с данными (Блюмина с соавт., 1987; О.А. Овчинников с соавт., 1999).

В связи с высоким уровнем удельного веса «Состояний возникших в перинатальном периоде», нами проведено анкетирование матерей, дети которых страдали тугоухостью. На поставленные вопросы из 119 матерей ответили лишь 52 (43,7%), остальные указали, что их дети при рождении не отличались плохим здоровьем и не вызывали беспокойства ни у матери, ни у медицинского персонала. Признаки тугоухости стали замечать в возрасте от 1,5 до 4 лет. Можно допустить, что часть из этих детей родились с врожденной глухотой, так как

Таблица 3
Частота и характер заболеваемости у ребенка, у которого в последующем появились признаки
тугоухости и глухоты

Характер патологии	Число	%
Низкий вес при рождении	17	32.7
Гемолитическая болезнь	5	9.6
Родился в асфиксии	15	28.8
Долго не набирал вес	3	5.8
После рождения получал антибиотика	12	23.1
По определению матери - здоров	67	56.3
Всего	119	100

известно, что на 1000 новорожденных один рождается глухим (Н.А.Барашков.,2007) В республике ежегодно рождается порядка 110-120 тыс. детей, из которых 11-12 могут быть глухонемыми. Тугоухость у таких детей должна быть диагностирована как можно раньше, так как по данным Н.Ю.Некрасова с соавт. (2002) своевременно начатая терапия может приостановить прогрессирование глухоты.

В группе детей, матери которых указали предполагаемую причину (табл. 3), доминируют дети с низкой массой при рождении по причине недоношенности (32,7%), затем следуют дети, родившиеся в асфиксии и им проводили реанимационные мероприятия (28,8%), дети, заболевшие в возрасте первых двух суток, которым назначались антибиотики (23,1%) и завершает этот список новорожденные с гемолитической болезнью по рузус-фактору.

В итоге отметим, что в республике примерно у 85% детей нарушение слуховой функции является врожденным или возникает на первом году жизни, т.е. до развития речи. Наши исследования подтверждают данные Marazita et. al., (1993) и Friedman et. al., (1999), что примерно у половина детей врожденная тугоухость имеют наследственную этиологию, другая половина может быть связана с повреждающим действием факторов внешней среды: инфекциями, осложнениями в родах (асфиксии, родовые травмы), приемом женщиной во время беременности ототоксических лекарственных препаратов, продолжительными отитами, тяжелыми травмами головы и др. Данная информация необходима для отбора новорожденных, нуждающихся в первоочередном обследовании на потерю слуха, а также для отбора лиц из числа взрослых для проведения слуховой реабилитации, в том числе и слухопротезирования.

Литература

1. Альтман Я.А. Акустическая виртуальная реальность и пространственный слух / Я.А. Альтман // Современные проблемы физиологии и патологии слуха Тез.докл. 4-го Междунар. симп. М., 2001. - С. 26
2. Бабияк В.И. Нейрооториноларингология: Руководство для врачей /В.И. Бабияк, В.Р. Гофман, Я.А. Накатис. СПб: Гиппократ, 2002. - 728 с.
3. Барашков. Н.А. Молекулярно-генетическое изучение наследственной несиндромальной сенсоневральной глухоты в Республике Саха (Якутия) // Автореферат дис. к.м.н, 2007.- Уфа.- специальность 03.00.15 – Генетика.- 141 с.
4. Блохина Т.В. Факторы риска и возможные механизмы формирования тиреоидной патологии в детском возрасте. Дис.- канд. мед. наук.- 2006.- Томск.- 180 с.
5. Блюмина М.Г. Медико-генетическая консультация с нейросенсорной тугоухостью неясной этиологии у обоих супругов / М.Г. Блюмина // Вестн. оторинолар. 1987.-№4.-С. 33 -35
6. Голованова Л.Е. Распространенность тугоухости и оценка эффективности слуховой реабилитации у пожилых людей // Автореферат дисс канд меднаук.- Санкт-Петербург.- 2006.- специальность 14.00.04 - Болезни уха, горла и носа,-120 с.
7. Лифанов В.Л., Козаренко М.К. Распространенность глухоты и тяжелой тугоухости среди сельского населения Украинской ССР / Материалы У11 съезда оториноларингологов. — 1975. — С 36-37.
8. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика (пособие для врачей). Ленинград, 1974. — 383 с.
9. Некрасова Н.Ю., Шагина И.А., Поляков А.В. Молекулярно-генетическое обследование слабослышащих и глухих детей // Новости оториноларингологии. 2002. - №1. - С.82-83.
10. Овчинников О.А., Славский А.н., Фетисов И.С. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания // Русский медицинский журнал.- 1999.- Т.7.- №7.- С.309-311.
11. Отвагин И. В. Эпидемиологические и методологические подходы к разработке системы медицинской реабилитации сурдологических больных на региональном уровне (на примере Центрального федерального округа России) Автореферат дисс. д.м.н.- Санкт-Петербург, по

специальности 14.00.04 - Болезни уха, горла и носа.- 261 с.

12. Рахманов В.М. Возможности применения психотерапии в системе социальной и медицинской реабилитации лиц с нейросенсорными дефектами слуха / В.М. Рахманов // Жур. ушн., нос. и горл. бол. 1990. - №2. - С. 45 -49.

13. Хлыстов В.Ю. Корреляционные соотношения изменения слуха и церебральной гемодинамики у лиц, страдающих алкоголизмом / В.Ю. Хлыстов, Н.Л. Кунельская, А.И. Крюков // Вестн. оториноларин. 1989. - №5. - С. 20-23.

14. Римар В.В. Слуховая функция у лиц, имевших контакт с радиацией, во взаимосвязи с состоянием сердечной деятельности / В.В. Римар // Жур. ушн., нос. и горл. хвороб. 1997. - № 1. - С.

55 - 59.

15. Morton N.E. Genetic epidemiology of hearing impairment // Ann. N. Y. Acad. Sci.-1991.- Vol. 630.-P. 16-31.

16. Chalestori H., Farhud D., Taylor R. et.al. Deafness Associated Connexin 26 (GJB2) Mutations in Iranian Population // Iranian J. Publ. Health. - 2002. - Vol.31 -№3. P. 75-79.

17. Marazita ML., Ploughman LM., Rawlings B., Remington E., Arnos KS., Nance WE. Genetic epidemiological studies of early-onset deafness in the US school-age population // Am. J. Med. Genet. -1993. V.46. - P. 486-491

18. Friedman T.B., Griffith A.J. Human nonsyndromic sensorineural deafness // Annu. Rev. Genomics. Hum. Genet.-2003.-V.4. P. 341-402

ЛЕВОКСИМЕД В ТЕРАПИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Фейгин Г.А., Казначеева Т.В.

Резюме: улучшить результаты лечения заболеваний верхних дыхательных путей и воспалительных заболеваний уха. Левоксимед апробировался при лечении 100 больных с острыми и обострениями хронических воспалительных гнойных синуситов и отитов. Препарат использовался для предупреждения бактериального воспаления после общеполостных операций на ухе и хирургических вмешательств в полости носа.

Получены хорошие результаты у большинства больных.

Ключевые слова: левоксимед, острый и хронический гнойный средний отит и синусит.

LEVOXYMED IN THE THERAPY OF ENT DISEASES.

Feigin G.A., Kaznacheeva T.V.

Resume: Levoxymed was tested during the treatment of 100 patients with acute and chronic inflammatory sinusitis and otitis. This medicine was used for prevent the bacterial inflammation after radical surgery on the ear and nasal cavity.

Введение

Широкое применение антибактериальных препаратов и химиопрепаратов антибактериальной направленности привело к появлению устойчивых штаммов бактерий.

Причем, этот нежелательный процесс продолжает нарастать, чему в немалой степени способствует и бессистемное назначение препаратов, имеющих в свободной продаже. Отмеченное не проходит бесследно. В результате учащаются случаи, когда лечение с использованием самых мощных антибактериальных препаратов не позволяет получить желаемый результат. Это, несомненно, сказывается на результатах лечения, что формирует среди больных недовольство,

обусловленное беспомощностью врачей.

Нужно заметить, что эти трудности обусловлены строением ЛОР-органов. Они имеют отношение к тому же и к особенностям терапии острых и хронических заболеваний среднего уха и параназальных синусов. В частности, даже при самом эффективном методе местного лечения, осуществляемого способом нагнетания капель в систему воздухоносных полостей среднего уха, не удастся провести лекарственный препарат не только во все клетки сосцевидного отростка и иногда антрум. Связано это с тем, что лекарственное средство, попавшее в барабанную полость, вытекает в носоглотку через слуховую трубу. Аналогичные и другого рода трудности встречаются и при синуситах

и других заболеваниях ЛОР-органов. В таких наблюдениях, наряду с местным применением лекарственных препаратов все в большей степени нарастает потребность сочетать ее с парентеральным или пероральным введением препаратов широкого антимикробного спектра действия. Именно по этой причине появление большой группы препаратов - фторхинолонового ряда, оказалось кстати.

Левоксимед (левофлоксацин) — один из наиболее активных фторхинолонов, входит в группу препаратов этой группы, отличающейся высокой эффективностью по отношению к подавляющему большинству бактерий аэробной и анаэробной микрофлоры. Поэтому мы сочли целесообразным при названных заболеваниях ЛОР-органов, наряду с местным лечением назначать пероральный прием левоксимада (левофлоксацин).

Левифлоксацин под различными торговыми названиями производят различными фармацевтическими фирмами. Качественная характеристика препаратов, выпускаемых ими, бывает не всегда одинакова. В этом сообщении мы хотим поделиться опытом использования в терапии некоторых заболеваний ЛОР-органов левоксимада (левофлоксацина) фирмы Word Medicine.

Мы считаем проведение такой работы перед внедрением препарата в терапию заболеваний желательным. Это обосновано тем, что от его производства зависит частичный или полный объем, свойственный препарату, либо он вообще отсутствует. Поэтому его внедрение в работу без апробации не только не разумно, но и может оказаться небезопасным.

Результаты

Наши данные, имевшие отношение к работе, имеют отношение к 100 больным с ЛОР-заболеваниями. Из них с острым и хроническим средним отитом было соответственно 24 и 18 человек, острым и хроническим синуситом — соответственно 22 и 16. В послеоперационном периоде исследуемый препарат был апробирован после общеполостной (радикальной) операции на среднем ухе у 4 человек и после операции в носу (подслизистая резекция носовой перегородки и конхотомия) у 16.

Левоксимед, мы согласно инструкции, назначали по 500 мг 1 раза в сутки, поскольку циркуляция его в плазме сохраняется в течение 24 часа. Использование его в терапии ЛОР-органов оказалась достаточно эффективно. Его пероральный прием при остром воспалении среднего уха и параназальных синусов позволял получить быстрый терапевтический эффект. Это выражалось быстрым прекращением лихорадки, прекращением гноетечения из уха и выделений из носа. При острой ушной патологии быстро улучшался слух, а при дальнейшем наблюдении за этими больными выявлялось, что у них закрывалась перфорация, восстанавливался слух. При острых синуситах под влиянием этого препарата была зарегистрирована рентгенологическая картина, свидетельствующая о восстановлении пневматизации пораженных пазух, что, как и при остром среднем отите, позволило констатировать восстановление вентиляционной и дренажной функции соустьев пазух.

Задача прекращения гнойного процесса при хронических заболеваниях среднего уха и параназальных синусов, как известно, является более трудной. Во многих наблюдениях получение позитивного терапевтического эффекта препятствует строение названных анатомических структур. В частности, при хронических заболеваниях уха, добиться стойкого прекращения гноетечения затруднено из-за того, что вводимые препараты через наружный слуховой проход, даже при нагнетании, в большинстве случаев попадают только в барабанную полость и вытекают через слуховую трубу. В то время как в пещеру и клетки сосцевидного отростка, если и проникают, то в незначительном количестве и не во все перечисленные образования. В результате инфекция, находящаяся в клетках, особенно отдаленных от пещеры, сохраняется. В свою очередь это обуславливает либо отсутствие эффекта, либо только временное прекращение гноетечения.

Учитывая сказанное, в таких наблюдениях вряд ли можно рассчитывать на стойкое прекращение гноетечения, а, следовательно, и на возможность слухулучшающей хирургии,

в частности, мирингопластики, которая может быть с успехом выполнена только на сухом ухе, причем при условии отсутствии воспаления в течение 6 месяцев. Поэтому для повышения эффективности местного лечения следует его комбинировать с пероральным или парентеральным введением антибактериальных препаратов с целью доставить его в мукопериост тех полостей среднего уха, недоступных для попадания капель при их нагнетании. При этом желательно, чтобы этот препарат обладал широким спектром антимикробного действия на аэробную и анаэробную микрофлору. Последняя встречается в той или иной комбинации при хроническом гнойном отите, в том числе протекающего по типу мезотимпанита.

Указанным спектром антимикробного действия обладает левоксимед (левофлоксацин). Именно его концентрация с пероральным приемом таблеток, содержащих 500 мг названного

препарата, с местным использованием, сделало возможным добиться быстрого и клинически стойкого прекращения гноетечения. Такой результат был достигнут у 16 больных из 18 с хроническим гнойным мезотимпанитом.

На фоне перорального приема левоксимеда по 500 мг 1 раза в сутки был отмечен гладкий послеоперационный период после общеполостной операции на среднем ухе и при хирургическом лечении заболеваний носа. Это позволяло их выписать в более ранние сроки: после общеполостной операции на среднем ухе через 10-12 дней, после подслизистой резекции носовой перегородки на 4 сутки.

Приведенные данные позволяют рекомендовать использование левоксимеда (левофлоксацина) фирмы Word Medicine при острых и хронических заболеваниях среднего уха и параназальных синусов, а также после операций на ЛОР-органах.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Тургумбеков А.З., Насирдинова Ж.М., Кочорбаев И.Р., Шарипова И.М.

Кыргызская государственная медицинская академия

имени И. К. Ахунбаева.

Кафедра ЛОР – болезней,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен сравнительный анализ результатов применения транексамовой кислоты у 15 больных с носовыми кровотечениями в ЛОР – отделении НГ. Выявлена высокая гемостатическая эффективность препарата по сравнению с традиционными методами лечения носовых кровотечений.

Ключевые слова: носовые кровотечения, транексамовая кислота.

ТРАНЕКСАМ КИСЛОТАСЫНЫН МУРУНДАН КАН КЕТҮҮДӨГҮ КОМПЛЕКСТИК ДАРЫЛООДО КОЛДОНУУ ТАЖРЫЙБАСЫ

Тургумбеков А.З., Насирдинова Ж.М., Кочорбаев И.Р., Шарипова И.М.

Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы.

Кулак, мурун жана тамак кафедрасы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Кулак мурун тамак бөлүмүнө келип түшкөн 15 ооруга мурундан кан кетүүдө колдонгон транексам кислотасынын тажрыйбасынын жыйынтыктарын салыштырып, анализ жүргүздүк. Кан кетүүнү токтотууда транексам кислотасынын жогорку эффективдүүлүгү аныкталды.

Ключевые слова: мурундан кан кетүү, транексам кислотасы.

THE EXPERIENCES OF USED THE TRANEXAMIC ACID IN COMPLEX THERAPY IN CASES NASAL BLEEDING

Turgumbekov A.Z., Nasirdinova J.M., Kochorbaev I.R., Sharipova I.M.

Kyrgyz State Academy named after I.K. Akhunbaev

Otorhinolaryngology department

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summaries: This article presents compares analysis the results of used the tranexamic acid in 15 patients with nasal bleeding which admitted to the department of otorhinolaringology. This work shows a high hemostatical effect of tranexamic acid, than traditional methods of treatment nasal bleeding.

Key words: nasal bleeding, tranexamic acid.

Введение

Носовые кровотечения (НК) — являются одними из частых патологических состояний в структуре заболеваний ЛОР — органов, которые вызывают тяжелые осложнения и являются симптомом различных заболеваний. При оказании неотложной помощи в ЛОР — практике НК среди спонтанных кровотечений являются показаниями для экстренной госпитализации в ЛОР — стационары [5].

В Кыргызстане проблема НК, а также диагностика и лечение данной патологии на протяжении последних пяти десятков лет не утратила своей актуальности. Больные с рецидивирующими носовыми кровотечениями, особенно из верхнезадних отделов носовой полости, у которых, не представляется возможным, определить источник кровотечения составляют группу высокого риска развития геморрагического шока. В патогенезе рецидивирующих НК в большинстве случаев (82,8% наблюдений) принимают участие нарушения в системе гемостаза в виде тромбгеморрагического синдрома, что подтверждается лабораторными признаками повышения активности свёртывающих механизмов и фибринолитической системы крови [1].

Применение традиционных методов остановки НК с использованием гемостатиков, приводит к необходимости поиска все более эффективных препаратов, которые позволяют достоверно снизить процент тяжелых осложнений.

Одним из таких препаратов применяемых для профилактики и остановки кровотечений различного генеза является — транексамовая кислота (ТК). Транексамовая кислота является синтетическим ингибитором фибринолиза, обладает гемостатическим местным и системным действием при кровотечениях связанным с повышением фибринолиза [4,6,7].

Результаты клинических исследований по

применению ТК при акушерских неотложных хирургических вмешательствах обобщены в систематическом обзоре, по акушерству профессором М.С. Мусуралиевым [2]. Доказано, что применение ТК при акушерских кровотечениях, и выполнении неотложных акушерских операций, как до проведения операции, во время и в послеоперационном периоде, нужно рассматривать как перспективный метод уменьшения кровопотери и снижения потребности больных в гемо - трансфузии и выполнения радикальных операций. Снижение процента применения радикальных операций - ампутация, экстирпация матки, привело к сохранению детородной функции и спасении жизни матери. Важным является и то, что применение ТК не выявило случаев возникновения послеоперационных тромбоэмболических осложнений. Учитывая вышеизложенные данные, нами проведены исследования гемостатического эффекта ТК в комплексной терапии при лечении носовых кровотечений.

Цель исследования: оценить эффективность гемостатического действия транексамовой кислоты при носовых кровотечениях.

Задача исследования: Провести сравнительный анализ кровосберегающего эффекта транексамовой кислоты при носовых кровотечениях между основной и контрольной группами исследования, на основании:

- объема кровопотери после введения транексама;
- потребности в гемотрансфузии;
- проведение передней и задней тампонады носа, перевязки наружных сонных артерий.

Материалы и методы исследования. Мы исследовали эффективность препарата транексамовой кислоты у 15 больных поступивших с НК в ЛОР - отделение Национального госпиталя за период 2010-2011гг. Для сравнения и контроля был использован

Таблица 1.

Критерии отбора больных с носовыми кровотечениями.

Критерии	Основная гр. Транексам n=15	Контрольная гр. n=20
Возраст	42,4 (25-64)	42,85 (23-72)
Пол: мужчин / женщин	13/2	16/4

ретроспективный анализ историй болезни у 20 больных с НК поступивших в ЛОР - отделение за 2009 - 2010гг. с традиционными методами остановками НК, без применения транексамовой кислоты. Как видно из таблицы 1, исследуемые группы были сопоставимы по возрасту и полу. Транексам вводили внутривенно по 500 мг (10

носовой перегородки выявился в 8,5% случаев. Передний сухой ринит – в 5,7% случаев, варикозное расширение сосудов слизистой оболочки носа – 2,8%. При рецидивирующих носовых кровотечениях - 5,7% случаев. Остальные случаи составили не выявленные причины НК.

Таблица 2.

Показатель объема неотложной помощи при НК (в %).

Методы остановки НК	Транексам n=15 в %	Контроль n=20 в %
Передняя тампонада носа	100	100
Задняя тампонада носа	33,3	75
Перевязка наружных сонных артерий	20	30
Рецидив НК	33,3	75

мг/кг) на 200 мл физ. раствора – 2 раза в сутки в течение 1- 5 суток. При проведении исследования нами были использованы традиционные методы диагностики: общий анализ крови, контроль объема кровопотери и показателей коагулограммы. В стандартную терапию входило введение этамзилата натрия по 250 мг через каждые 8 часов, свежзамороженной плазмы (СЗП), эритроцитарной массы по показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. Для решения данной проблемы, по нашей инициативе впервые в ЛОР - отделении Национального госпиталя, учитывая применение ТК в медицинской практике России и других стран, [1,3,4,6] для остановки НК использована транексамовая кислота.

При выяснении причин вызвавших носовые кровотечения в двух группах, в целом выглядело следующим образом: в 11,9% случаев НК вызваны гипертонической болезнью пациента. В 5,7% случаев причинами НК служили нарушения коагуляционных показателей крови. Среди причин посттравматические НК составили – 11,9% случаев, в то время как, искривление

Причем факторами риска возникновения НК были возраст больных, пол, вредные привычки как алкоголь, никотин, профессиональные вредности, причины, приводящие к ломкости и порозности эндотелия сосудов носовой полости.

Как видно из таблицы 2, при проведении сравнительного анализа между исследуемыми группами выявлена достоверная разница. Следует отметить, что в группе Транексама пациентам потребовалась проводить более сложные оперативные мероприятия, чем в группе контроля. Однако использование передней тампонады в 100% случаев было применено в обеих исследуемых группах, так как данный метод является одним из первых методов остановки носовых кровотечений. В основной группе использование задней тампонады носа было меньше, чем в группе контроля. Применение перевязки наружных сонных артерий понадобилось, так же в группе контроля чаще, чем в основной группе, где он составил - 20% против 30% случаев. Несомненным, положительным эффектом действия ТК является то, что количество случаев развития повторного

Таблица 3.
Сравнительный анализ показателей крови в исследуемых группах ($M \pm m$)

* $p < 0,05$

Показатели крови	Транексам		Контроль n=20	
	n=15			
Сутки исследований	1	3	1	3
Hb, г/л	87,9 $\pm$ 7,8	98,9 $\pm$ 16,9	75,4 $\pm$ 21,5	89,6 $\pm$ 20,1
Ht, %	24,3 $\pm$ 5,2	30 $\pm$ 4,8	20,1 $\pm$ 5,1	29,1 $\pm$ 2,9
Общий белок г/л	50,3 $\pm$ 5,9	54,5 $\pm$ 4,3	46,2 $\pm$ 6,1	54,1 $\pm$ 4,3
Фибриноген г/л	4,6 $\pm$ 0,32	3,0 $\pm$ 0,23	4,9 $\pm$ 0,08	4,0 $\pm$ 0,34
ПТИ, %	64,7 $\pm$ 4,3	70,0 $\pm$ 5,1	55,0 $\pm$ 4,5	69,0 $\pm$ 6,8
Кровопотеря, мл	580 $\pm$ 56,0	100 $\pm$ 23,4	650 $\pm$ 50,5	230,0 $\pm$ 45,0
Трансфузия: СЗП, мл	650 $\pm$ 65,5	0	670 $\pm$ 56,9	250,0 $\pm$ 45,5
Трансфузия Эритроцитарной массы, мл	500 $\pm$ 65,9	0	560 $\pm$ 65,7	250,0 $\pm$ 54,9

кровотечения в основной группе составило – 33,3%, по сравнению с группой контроля – 75%.

Проведение сравнительного анализа показателей крови в исследуемых группах в динамике на 1 и 3 сутки (таблица 3), наглядно демонстрирует о положительном эффекте применения транексама в основной группе, чем в группе контроля. Показатели крови Hb, Ht, и общего белка оставались практически без значимой разницы. Во всех случаях в основной группе показанием к назначению препарата явилось повторное кровотечение, уровень гемоглобина и гематокрита, потребность в трансфузии препаратов крови. Транексам отменяли по мере остановки кровотечения, нормализации показателей крови и клинического статуса пациента.

Следует отметить, что существует проблема, достоверно оценить объем кровопотери у больных при поступлении в клинику в обеих группах исследования, связанные с субъективной информацией больных. В контрольной группе анализ средних показателей крови и объема кровопотери, была проведена ретроспективно. В основной группе достоверно ниже объем кровопотери на 3 день 100 мл, против 230 мл, данное обстоятельство свидетельствует о кровосберегающем эффекте ТК. Как видно из таблицы 3 в сравнительном аспекте в группе транексама потребовалось трансфузия препаратов крови только впервые 2

сутки. Очевиден эффект применения транексама, отсутствием показания на 3 сутки для повторного проведения трансфузии препаратов крови, чем в группе контроля. Следовательно, транексамовая кислота имеет обоснованное показание к применению при носовых кровотечениях в ЛОР - практике.

Выводы:

Применение транексамовой кислоты при НК различного генеза доказательно уменьшает кровопотерю и снижает потребность в гемотрансфузии - эритроцитарной массы и СЗП;

Анализ результатов использования основных методов остановки НК показал: достоверно низкий процент применения их в группе транексама, чем в контрольной.

Заключение: все вышеизложенные данные свидетельствуют, о том, что применение транексама при НК приводит к кровосберегающему эффекту. При использовании наиболее рационального и корректного метода остановки НК с применением высокоэффективных гемостатических средств, транексамовая кислота является препаратом выбора.

Важным является тот факт, что применение ТК при НК, на основании проведенных исследований, дает возможность снизить процент выполнения задней тампонады носа и технически сложной - перевязки наружных сонных артерий. Техники последней владеют относительно

не большое количество специалистов в этой области. Данное обстоятельство позволяет нам улучшить качество оказания неотложной помощи пациентам с носовыми кровотечениями, снизить риск развития геморрагического шока и ДВС синдрома.

Литература:

1. Гапонюк А.В., Гапонюк В.А., Тереховский А.И., Рецидивирующие носовые кровотечения: значение гемостазиологических нарушений в патогенезе. Лечебная тактика // Российская ринология. 2006; N 1, -С.10-15.
2. М.С. Мусуралиев. Малоинвазивная, органосберегающая технология при коагулопатических, массивных, акушерских кровотечениях //Методическое пособие для врачей и студентов. Изд-во МЗКР, - Бишкек. – 2010г. -36с.
3. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М. Замятин М.Н. Кровосберегающий эффект транексамовой

кислоты: клиническое значение //Фарматека, 2008.-N 16.-С.17-22.

- 4.Виноградов В.Л.,Васильев С.А.,Гемджян Э.Г. Транексам – антифибринолитический гемостатик //Тромбоз гемостаз и реология, 2008.- N 1.-С.28-34.

5. Миронов С.Н., Кузнецов В.А. Организационные вопросы по оказанию экстренной помощи больным с носовым кровотечением в ЦГБ имени Г.А. Захарьина //II – Захарьинские чтения /Науч. – практ. конф. : Тез. докл. – Пенза, 1995. – С. 49-50.

6. Hoylaerst M., Lijnen H.R., Collen B., Studies on the mechanism of the antifibrinolytic action of tranexamic acid. //Biochim Biophys Acta 1981; 673:75-85p.

7. Giuffre G., Caputo G., Misso S. et al. Platelet-rich plasma treatment and hemostasis in patient with hemorrhagic risk. //Minerva Stomatol. – 2006. – Vol. 55, #11-12. – p. 599-609.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТЕОГЕННЫХ САРКОМ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА И БАЗОКРАНИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Миненков Г. О.

к.м.н., заведующий отделом радиологии, Медицинский центр «Медипол», член Санкт-Петербургского общества радиологов
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Целью работы стало определить дифференциально-диагностические особенности различных форм остеогенных сарком костей лица и базокраниальной области по данным компьютерно-томографического исследования. КТ-исследование позволило оценить не только распространенность поражения, но и состояние пораженных костных структур, мягкотканного компонента опухоли, ее границ и прилежащих анатомических образований. Во всех 7 наблюдениях диагноз был подтвержден данными патоморфологического исследования. Данные КТ-исследования, в некоторых наблюдениях, позволили выставить диагноз, совпавший с дальнейшим с патоморфологическим.

Ключевые слова: компьютерная томография, дифференциальная диагностика, остеогенная саркома, лицевой скелет, базокраниальная область.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DIFFERENT FORMS OF OSTEOSARCOMA IN BONE STRUCTURES OF MAXILLA-FACIAL AND SKULL BASE REGIONS ON THE BASIS OF COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS

Minenkov G.O.

MD, PhD, Head of radiology department in
«Medipol» Medical Centre, member of St. Petersburg Radiology Society.
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The purpose of this study was to define differential-diagnosis differences of different forms of osteosarcoma in bone structures of maxilla-facial and skull base regions on the basis of computed tomography findings. CT examination allowed evaluating not only spread of tumor expansion, but state of affected bone structures, soft-tissue component of a tumor, boundaries and surrounding soft-tissues. In all 7 cases the final diagnose was confirmed by histology verification. CT findings in some cases allowed to make preliminary diagnose corresponded with pathomorphological diagnose.

Key words: computed tomography, differential diagnosis, osteosarcoma, maxilla-facial region, skull base region.

Введение

Под саркомами костей принято понимать разнородную группу злокачественных опухолей, отличающихся друг от друга различным гистогенетическим происхождением. К ним относятся костеобразующие опухоли (остеосаркома, параостальная саркома), хрящеобразующие (хондросаркома), а также мягкотканые саркомы (фибросаркома, ангиосаркома и др). Частота костных сарком в целом невелика и составляет до 0,2-0,4% среди всех злокачественных опухолей [1,3,4,6]. Первичные саркомы костей лица и основания черепа встречаются еще реже. По частоте, остеогенная саркома в челюстно-лицевой области (ЧЛО) встречается приблизительно в 2 раза чаще, чем хондросаркома [2,3,5,7]. Многообразие клинической картины на ранних стадиях развития процесса, редкая встречаемость в костных структурах лица и основания черепа, низкая онкологическая настороженность, приводит к недостаточному вниманию к проблеме, как со стороны пациента, так и со стороны врача. Все это затрудняет своевременное распознавание опухоли и приводит к диагностическим ошибкам. Исправить эту ситуацию помогает своевременное использование и качественная оценка данных компьютерной томографии [2,3,4,6].

Материалы и методы

В течение 2000-2011 годов мы обследовали 7 пациентов с остеогенными саркомами костей лица и основания черепа, в возрасте от 16 до 53 лет. Чаще всего остеосаркома локализовалась в нижней челюсти (3 наблюдения), реже — в верхней челюсти (2 наблюдения). По 1 случаю было зарегистрировано поражение орбиты и основания черепа. Среди пациентов было зарегистрировано 4 мужчин и 3 женщины. Делать выводы о наиболее характерной локализации, возрасте и половой характеристике пациентов при таком их количестве неубедительно. Тем не менее, несмотря на это, наши данные не имеют

существенных расхождений с литературными [1,2,4]. Обследование проводилось на спиральном компьютерной томографе Hitachi Pronto, Япония, в аксиальной проекции, толщиной среза 3 мм.

Результаты и их обсуждение

Общеизвестно, что основным принципом диагностики сарком, в том числе и сарком костей лица и основания черепа, является совокупное использование с последующей интерпретацией данных клинического, лучевого и патоморфологического исследований [1,3,6].

Как и многие другие авторы, мы считаем, что при локализации опухолевого процесса в так называемых «сложных» для рентгенографии анатомических областях (кости лицевого скелета и основания черепа) необходимо обязательное проведение компьютерно-томографического исследования, позволяющего детально оценить состояние пораженных костных структур, мягкотканного компонента опухоли, ее границ и прилежащих анатомических образований. Кроме того, в ряде случаев, данные КТ-исследования, позволяют провести верификационную дифференциальную диагностику между различными формами остеосаркомы [1,3,4,9].

Общеизвестно, что компьютерно-томографические проявления различных остеосарком отличаются значительной вариабельностью. Они могут протекать с преобладанием остеолитической, остеопластической или смешанной деструкции. Учитывая это, понятно, что компьютерно-томографическая картина напрямую зависит от соотношения литических и пролиферативных процессов, протекающих в кости. Для демонстрации наиболее интересных, на наш взгляд, приводим ряд примеров (Рис.1-3).

У пациента с остеолитической формой остеосаркомы на КТ определяется определяется узурация кортикального слоя вдоль нижней трети передней стенки верхнечелюстной пазухи справа с наличием периостальной реакции, проявляющейся наличием симптома «козырька»,

образованного смещенной и частично отслоенной надкостницей. Мягкотканый компонент опухоли, характеризующийся относительно однородной плотностью до +36,8 ед.Н., определяется в мягких тканях щечной области и в полости передне-нижних отделов верхнечелюстной пазухи справа. Он характеризуется достаточно четкими, неровными контурами (Рис.1).

У другого пациента, с остеопластической формой остеосаркомы, вдоль наружной и внутренней поверхности латеральной стенки орбиты определяется бесструктурное



Рис.1.

КТ 6-ой М-ой, 19 лет, с остеолитической формой остеогенной саркомы верхней челюсти справа.

утолщение и уплотнение костной ткани по типу «матового стекла», с четкими, неровными, бугристыми контурами. Описанное костное уплотнение расположено преимущественно интраорбитально, параллельно латеральной стенке орбиты. Часть уплотнения определяется



Рис.2.

КТ 6-ой П-ой, 53 лет, с остеопластической формой остеогенной саркомы латеральной стенки орбиты справа.



Рис.3.

КТ 6-ой П-ой, 23 лет, со смешанной (остеолитическо-остеобластической) формой остеогенной саркомы нижней челюсти справа.

экстраорбитально, по наружному контуру височной кости. Мягкотканый компонент опухоли, относительно однородной плотности до +49,3 ед.Н., распространяется латерально и кнутри, инфильтрируя соответственно височную и наружную прямую мышцу глазного яблока. Само глазное яблоко смещено кнутри и кпереди (Рис.2).

На следующем КТ-снимке, у пациента со смешанной формой остеосаркомы, в толще тела пораженной нижней челюсти справа, определяются остеолитические и остеопластические очаги деструкции с разрушением наружной и внутренней кортикальной пластинок, наличием их периостальной реакции, в виде «спикулоподобного» периостоза, то есть с образованием иглоподобных теней, перпендикулярных корковому слою кости. Обширный мягкотканый компонент опухоли, характеризующийся относительно однородной мягкой плотностью до +50,2 ед.Н., распространяясь кнутри, инфильтрирует мышцы дна полости рта, кнаружи – жевательную мышцу.

Полученные совокупные данные компьютерно-томографического исследований можно кратко представить в виде сводной дифференциально-диагностической таблицы.

Заключение и выводы

Прежде всего, следует отметить, что при всех формах остеосарком костей лица и основания черепа остеодеструктивный процесс осуществлялся по варианту инфильтративного

Таблица 1

**Основные дифференциально-диагностические особенности проявления
остеосарком костей лица и основания черепа по данным КТ-исследования**

КТ-характеристика	Формы остеосаркомы, в зависимости от характера остеодеструкции		
	Остеолитическая	Остеопластическая	Смешанная
-состояния пораженных костных структур	Узурация и/или дефект коркового слоя со смещением и отслаиванием надкостницы (симптом «козырька»).	Участки бесструктурного уплотнения, параллельные корковому слою.	Сочетание участков лизиса и уплотнения с наличием спикүлоподобных выростов, перпендикулярных корковому слою.
-мягкотканого компонента опухоли	Относительно однородной мягкотканной плотности до +49,3 ед.Н., с мелкопятнистым внутренним «рисунком».	Относительно однородной мягкотканной плотности до +37,5 ед.Н.	Неоднородно-мягкотканной плотности от + 35,7 ед.Н до + 56,4 ед.Н., с крупнопятнистым внутренним «рисунком».
- границ опухоли	Четкие, местами с полуовальным контуром, местами с наличием «пикообразных» выростов.	Достаточно четкие, ровные.	Местами четкие, с полуовальным контуром, местами – нечеткие, расплывчатые.
-прилежащих к опухоли мягких тканей	Преимущественно инфильтрированы, на отдельных участках оттеснены.		

остеолизиса. Кроме того, на нашем материале были отмечены различия по особенностям теневых образований при различных формах остеогенных сарком. Однако, полученные данные мы не можем представить как абсолютно надежные и характерные для каждой из них, поскольку число больных с этой опухолью было относительно немногочисленным. Тем не менее, эти сведения наряду с данными клинического обследования могут быть суммированы, что позволит предположить диагноз остеосаркомы костей лица и основания черепа уже в верификационный период обследования.

Тем не менее, окончательная диагностика возможна только после патоморфологической верификации процесса. Кроме того, тщательный анализ данных компьютерно-томографического

исследования позволяет объективно оценить распространенность поражения в челюстно-лицевой области и костных структурах основания черепа. Полученная такого рода информация оказывает неоценимую помощь, когда речь идет о планировании объема хирургического вмешательства.

Литература

- 1) Колесов А. А., Воробьев Ю. И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989, 304 с.
- 2) Крживицкий П. И. Клинико-лучевая диагностика сарком костей // Практическая онкология. - 2010. - Т. 11, №1. - С. 11-18.
- 3) Миленков Г.О. Дифференциальная

диагностика первичных сарком костей лицевого скелета и основания черепа: клинические и компьютерно-томографические особенности // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2011. Том. 22. №3. С. 77-82.

4) Atanasov D. T., Indjov S. I., Lalabonova H. K., Neichev D. S. Sarcomas of the mandible. Literature review and case reports // Folia Med (Plovdiv) - 2004. – Vol. 46. - № 2. P. 31-35.

5) Harnsberger R. H., Wiggins R. H., Hudgins P. A., Michel M. A., Swartz J. Diagnostic

Imaging. Head and Neck. Part III. Mandible-Maxilla // Canada.: Amirsys, 2006, P. III-5-10 – III-5-16.

6) Shao Z., He Y., Wang L., Hu H., Shi H. Computed tomography findings in radiation-induced osteosarcoma of the jaws / Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 2010. – Vol. 109. - №3. P. 88-94.

7) Som P., M. Weber A. L., Braun I. F., Nadel L. Head and Neck Imaging / Ed. by Peter M. Som, R. Thomas Bergeron // USA–Mosby-Year Book, 1991. P. 51-277, 379-407, 875-1102.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Эркинбеков И.Б.

Кафедра ортопедической стоматологии КГМА им. И. К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Основопологающими темами имплантационной стоматологии, волнующими всех практикующих специалистов, являются планы лечения, проблемы, связанные со стрессом и силой воздействия, принципы сохранения протезов и схемы прикуса в зависимости от используемых имплантатов.

Ключевые слова: Имплантационная стоматология, план лечения, сохранение протезов.

INDICATIONS AND CONTRAINDICATIONS FOR THE USE OF IMPLANTS IN PROSTHETIC DENTISTRY Erkinbekov I. B.

Department of Orthopedic Dentistry, Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Basic themes implant the stomatology, exciting all practising experts, are plans of treatment, the problems connected with stress and force of influence, principal preservations of artificial limbs and the scheme of a bite depending on used implant.

Key words: Stomatologies implant dentistry, the treatment plan, preservation of artificial limbs.

На современном этапе развития ортопедической стоматологии, высокотехнологическим направлением во всем мире, считается дентальная имплантология. Позволяющий осуществить протезирование без препорирования интактных зубов, избегать съемного протезирования даже при полной потере их.

Развитие дентальной имплантации считается пресективной научно доказанной высокой эффективностью данного метода лечения пациентов, при частичном и полном отсутствии зубов верхней и нижней челюсти. Широко распространенная в других странах методика дентальной имплантации в последние 10 – 15 лет все более активно стало внедряться и в Кыргызстане.

Отправной точкой или началом дентальной

имплантации можно считать появление приказа Министерства Здравоохранения СССР под № 310 от 4 марта 1986 года «О мерах по внедрению в практику метода ортопедического лечения с использованием имплантатов» [1]. Она предусматривает проведение комплекса мероприятий как хирургического, так и ортопедического плана. Интерес пациентов подогреваемый повышенным вниманием средств массовой информации к этому вопросу привел к росту спроса на подобное лечение. В результате повышения спроса и предложений стоматологическая имплантология постепенно переходит от обслуживания избранного круга состоятельных граждан к стандартному лечению. В последние годы дентальной имплантологией занимаются многие стоматологи города Бишкека и Оша, появились научные исследования в виде

кандидатских диссертаций, Коомбаев К.К. 2006; Мурзалиев А.Д. 2008; Цой А.Р. 2008.

В реабилитации больных с полным отсутствием зубов прослеживается три основных направления. Первое- это усовершенствование клинико-лабораторных этапов изготовления съемных протезов с применением современных материалов для повышения эффективности ортопедического лечения больных

Второе направление - профилактика прогрессирующей атрофии тканей протезного ложа. И третье-применение хирургических способов подготовки беззубой полости рта перед протезированием на имплантатах. Перспективным среди них является использование дентальной имплантации при резкой атрофии челюстей для обеспечения фиксации съемных протезов [7].

Благодаря научно – техническому прогрессу во многих отраслях и особенно на стыке металлургии, электрохимии, ортопедической и хирургической стоматологии были созданы предпосылки для формирования стоматологической имплантологии. Повышение благосостояния народа, социальные преобразования, увеличение продолжительности жизни людей создают потребность в изготовлении качественных и полноценных зубных протезов. Необходимо отметить, что при использовании системы имеется ряд положений, игнорирование которых обрекает лечение на неудачу. Эти положения проанализированы нами на литературном и собственном клиническом материале и заслуживают серьезного осмысления. На них базируется и наш подход к проблеме имплантации, позволяющий в большинстве случаев получить положительные результаты.

Эти положения в значительной мере отражает показания к имплантации и основы врачебной тактики:

Имплантация показана в тех случаях, когда традиционное протезирование безуспешно.

В организме не должно быть очагов хронической инфекции.

Санация и хорошее гигиеническое состояние зубов и полости рта.

Минимальное наличие разных металлов в

полости рта и в других местах

Максимально использовать сохранившуюся опорную костную ткань в области дефекта зубного ряда.

Вид имплантата и его конструкция определяются анатомическими условиями, требованиями протезирования и состояниями зубов – антагонистов.

Имплантат не должен травмировать окружающие ткани.

Недопустимо контаминация металлов в процессе изготовления имплантатов и проведения операции.

Препарирование костного ложа под имплантат следует проводить только твердосплавными инструментами при умеренных скоростях.

Первичная фиксация и стабилизация имплантата обеспечиваются сопряжением поверхностей имплантата и кости, достигаемыми вследствие разницы диаметров ложа и имплантата, составляющий 0,1 мм.

Опорные зубы целесообразно препарировать до операции, припасовку коронок производить спустя одну неделю после снятия швов, а протез цементировать через три недели.

Для качественной имплантации необходимо усвоить не менее трех типов имплантатов [1,2,5,7,].

Таким образом, система «зубной протез – имплантат- окружающие ткани» не может рассматриваться изолировано от организма со всей совокупностью его систем, которые могут оказывать значительное, а иногда решающее влияние на существование создаваемой биотехнической системы [2,6]. Показания и противопоказания к имплантации устанавливают на основании общемедицинского анамнеза и обследования, оценки психоэмоционального и стоматологического статуса пациента.

Существует ряд заболеваний, при которых имплантация, как и любая другая плановая операция, противопоказана. К ним принято относить:

- 1.Хронические заболевания в стадии декомпенсации.
- 2.Нарушение коагуляции и гемостаза.
- 3.ВИЧ и любая другая серопозитивная

инфекция.

4. Психические заболевания.

Существуют так же заболевания, физиологические и функциональные состояния, при которых только на определенном отрезке времени выполнение любой операции может нанести вред здоровью пациента, или в данный период состояния организма не позволит достичь положительных результатов оперативного вмешательства. К ним относятся:

1. Острые воспалительные заболевания и острые вирусные инфекции.

2. Хронические инфекционные заболевания (туберкулез, актиномикоз и т.д.).

3. Обострение хронических заболеваний.

4. Высокая степень риска бактериемии (больные с протезами клапанов сердца и перенесшие бактериальный эндокардит, ревматизм).

5. Недавно перенесенный инфаркт или инсульт.

6. Беременность и лактация.

7. Лечение препаратами, ухудшающими регенерацию тканей (гормональная и химиотерапия, прием иммунодепрессантов и т.д.).

В качестве противопоказаний к дентальной имплантации следует рассматривать остеопатию; заболевания, которые отрицательно влияют на остеогенез; заболевания центральной нервной системы; заболевания, лечение которых приводит к нарушению метаболизма костных тканей; заболевания, при которых значительно снижена сопротивляемость организма инфекциям, а так же некоторые заболевания и состояние органов и тканей челюстно-лицевой области, которые не позволяют достичь искомого результатов имплантации [1,2,3,6].

Остеопатии в подавляющем большинстве случаев не являются самостоятельными заболеваниями, а представляют собой ответ костной ткани некоторых отделов скелета на влияние экзо – и эндогенных факторов. Поражаются обычно позвоночники, кости конечностей и таза, реже свода черепа. Изменение костных тканей челюстей редко наблюдаются при генерализованной патологии костной системы.

Наиболее распространенными формами остеопатии являются системный остеопороз и остеомалация.

К первичному остеопорозу относят возраст зависимые потери костной массы или остеопатии неясной этиологии – постменопаузальный, сенильный, ювенильный, идиопатический остеопороз.

Вторичный является следствием:

- патологии эндокринной системы (тиреотоксикоз, гипоганодизм, гиперпаратиреоз, инсулинозависимый сахарный диабет, гиперкортицизм).

- ревматических заболеваний (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, анкилозирующий спондилоартрит).

- болезней почек (хроническая почечная недостаточность, почечный канальцевый ацидоз, синдром Фанкони).

- заболевания органов пищеварения (синдром мальабсорбции, хронические заболевания печени, состояния после резекции желудка и тонкой кишки, гастродуоденальный аностомоз);

- заболевания крови (миеломная болезнь, гемолитические анемии, талассемия, системный мастцитоз, лейкозы и лимфомы);

- генетических нарушений (несовершенный остеогенез, хондродисплазии, дизостозы, гипофосфатазия, гомоцистинурия и лизинурия).

Остеомалация:

- недостаточное поступление витаминов в организм (гиповитаминоз С и D).

- нарушение метаболизма витамина D (цирроз и хронический гепатит, хроническая почечная недостаточность, дефицит паратгормонов).

- индукция микросомальных ферментов некоторыми лекарственными препаратами, в первую очередь барбитуратами;

- отрицательный баланс фосфора и гипофосфатемия вследствие мальабсорбции, избытка паратгормона, гемодиализа, применение антацидных средств, длительного приема тетрациклина и других остеотропных антибиотиков, гепарина, а так же интоксикация свинцом и передозировка железа;

- длительный прием слабительных (могут вызвать дефицит кальция, фосфора и белков).

Заболевания, нарушающие остеогенез:

Заболевание щитовидной железы (структурная перестройка кости).

Заболевания паращитовидных желез (метаболизм костной ткани с преобладанием резорбции).

Сахарный диабет (нарушается процесс остеиндукции).

Заболевания гипофиза (поражение нескольких органов мишеней).

Патология надпочечников (глюкокортикоиды угнетают остеогенез).

Болезни крови (нарушение регенерации костной ткани).

Психические заболевания и неврозы.

При сниженном интеллекте или искажении психики, невозможно применить модель партнерства и провести адекватное лечение.

К противопоказаниям следует отнести так же некоторые формы психозов и неврозов, например, дисморφοфобию и особенно канцерофобию.

Алкоголизм и наркомания:

В качестве патофизиологических механизмов возникновения остеопатии при алкоголизме рассматриваются мальабсорбции важных для костной ткани минералов, аминокислот и витамина D; нарушение обмена витамина D вследствие цирроза и других патологии печени; повышенное выделение кальция с мочой [1,2,5.]

Аллергические заболевания:

Однако у незначительного числа людей некоторые металлы могут вызвать аллергию и так называемые металлозы. Поэтому при наличии аллергии к металлам следует выполнить необходимые тесты для определения возможности проведения имплантации и использования различных металлов для протезирования. [2,6.]

Согласно модели партнерства врач предоставляет пациенту полную информацию о состоянии его здоровья и возможных методах лечения возникшей патологии. Этот подход стал основой для разработки концепции,

получившей название «модель партнерства», которая одобрено и рекомендовано ВОЗ и легла в основу национальных законодательных актов и кодексов о медицинской деонтологии врачебных ассоциаций многих стран мира [2,3.]

При создании любого произведения искусства – будь то статуя, здание или зуб – надо вначале представить окончательный результат, чтобы планировать окончательные средства его достижения. Широко известно высказывание Микеланджело, что в каждом камне заключена статуя, нужно только убрать все лишнее и извлечь ее на свет. Конечный результат следует четко представлять до того, как работа начнется. Тем более стоматолог не должен забывать эту фундаментальную аксиому. Пациент, утратившие зубы, приходят к имплантологам за новыми зубами, а не за имплантатами. Для правильной оценки идеального, окончательного дизайна протеза следует произвести оценку анатомической ситуации, чтобы определить, какой тип протеза необходим – съемный или несъемный.

Однако из аксиомы имплантационного лечения – предоставление самого простого, самого предсказуемого, самого экономичного способа лечения, который удовлетворял бы анатомическим потребностям и личным пожеланиям пациента. У пациентов с полной адентией съемный протез с опорой на имплантатах имеет несколько преимуществ перед несъемной реставрацией.

Однако некоторым пациентам с полным отсутствием зубов требуется несъемная реставрация по их пожеланию или в том случае, если состояние полости рта затрудняет изготовление съемного протеза (например, если кость у пациента сохранилась в достаточном количестве и имплантаты уже установлены, но недостаток пространства между дугами не позволяет установить съемный протез). Чем меньше естественных зубов отсутствует, тем больше показаний в пользу установки несъемного частичного протеза. В идеале несъемный частичный протез должен полностью поддерживаться имплантатами, а не присоединять имплантаты к естественным зубам.

В традиционной стоматологии реставрация отражает существующее состояние полости рта пациента. Вначале оценивают имеющиеся естественные абатменты и соответственно изготавливают съемную или несъемную реставрацию. Имплантационная стоматология уникальна, потому что может быть создан дополнительный фундамент для достижения желаемого результата протезирования. Затем конструируется протез, который удовлетворяет этим целям и устраняет существующие проблемы. Протез может быть несъемным или съемным [2,6,7].

Литература

1. Суров О.Н. Зубное протезирование на имплантатах 1993.с.3,9,87,93,

2. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология 2002.с.49-53,74-80,165,169,174-177,179-187,

3. Мамытова А.Б. Дентальные внутрикостные имплантаты с памятью формы в лечении адентии челюстей.с.27,29.

4. Карл Е., Миш К.Е. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные импланты 2010.с.144,168-170.

5. Балтабаев М.М. Тиш имплантациясы 2006.с.9,11,43-45.

6. Гожая Л.Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии 1988.с.16,89.

7. Садыков М.И. Современные методы ортопедического лечения и реабилитации больных с полным отсутствием зубов 2002.с.1-3,12.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОСТДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ

Эшимбетова М.З., Давлетов И.А.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ,

Кафедра СХП КГМИП и ПК,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье отражены новые методы и формы обучения с применением информационных технологий.

Ключевые слова: современные информационные технологии, дистанционное обучение, учебный процесс.

ABILITY TO USE MODERN TECHNOLOGIES FOR DISTANCE LEARNING IN POSTGRADUATE EDUCATION

Eshimbetova M.Z., Davletov I.A.

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: This paper describes new methods and forms of education using information technology.

Key words: modern information technology, distance learning, process.

В современных условиях постоянно растет потребность образовательных учреждений во внедрении современных способов управления, разработки инновационных методов и форм обучения, повышения доступности информации. Все эти элементы требуют постоянной разработки новых и совершенствования существующих информационных сервисов, являющихся основой для создания уникального интегрированного информационного пространства учебного заведения. Необходимо отметить, что во многих странах используют различные термины, понятия, определения дистанционного

образования и обучения, такие как виртуальное, открытое, онлайновое, электронное. Поддержка учебной деятельности на основе ИТ (информационных технологий) возможна за счет использования E-Learning, благодаря чему учащиеся получают доступ к учебной среде с помощью настольных компьютеров, ноутбуков, карманных компьютеров и других устройств. Дистанционное обучение (ДО) — взаимодействие учителя и учащихся между собой на расстоянии, отражающее все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные

формы, средства обучения) и реализуемое специфичными средствами.

Дистанционное обучение позволяет:

1. снизить затраты на проведение обучения (не требуется затрат на аренду помещений, поездок к месту учебы, как учащихся, так и преподавателей и т. п.);

2. проводить обучение большого количества человек;

3. повысить качество обучения за счет применения современных средств, объемных электронных библиотек и т.д.

4. создать единую образовательную среду (особенно актуально для корпоративного обучения).

Технологии дистанционного обучения можно применить по трем направлениям:

- в обучении студентов медицинских вузов

- в профессиональной подготовке врачей интернов и клинических ординаторов.

- в профессиональной переподготовке: в повышении квалификации, в виде специальных программ для отдельных категорий специалистов

Получение новых знаний и умений для специалиста, прошедшего первичную специализацию в сложившейся системе послевузовского образования, возможно лишь на кафедрах или факультетах последипломного образования. Образовательный процесс ведется в основном в виде 2 вариантов циклов: сертификационных и тематического усовершенствования. Первый вариант цикла обязателен для каждого специалиста 1 раз в 5 лет и выполняет, в том числе, и формальные функции. Второй, в идеальной ситуации, должен быть востребован исходя из запросов и потребностей руководства здравоохранения конкретного региона, а тематика определяться исходя из наличия проблемных участков в работе системы здравоохранения, а также необходимости повышения качества и модернизации системы здравоохранения конкретного региона в конкретный период времени. Таким образом, нам представляется возможным выделить несколько проблем эффективного развития последипломного образования в медицине на современном этапе.

1. Организационные проблемы:

отсутствие физической возможности направления специалиста на очную форму образования (нехватка специалистов на местах, удаленность лечебно-профилактических учреждений от учебных баз);

объективные сложности для руководителя лечебно-профилактического учреждения направить врача на обучение (необходимость оплаты обучения (бюджет или ЛПУ), подмены специалиста, оплата проживания, сохранение заработной платы).

2. Педагогические:

обучение по клиническим специальностям, а тем более хирургического профиля, не может проводиться заочно;

объективные трудности в формировании однородных групп обучаемых (стаж, навыки, работа в стационаре или в поликлинике);

в рамках сертификационного цикла невозможно глубоко осветить все достижения в изучаемой специальности за 5 лет.

Все это является в определенной степени барьером для развития и совершенствования специалиста, в особенности молодого, что не может не сказываться на качестве оказания медицинской помощи в целом. А без обучения и внедрения новых медицинских технологий модернизация системы здравоохранения невозможна.

Одним из способов решения существующих проблем, на наш взгляд, может стать внедрение дистанционных технологий в образовательный процесс.

1. Структура дистанционного курса. Отбор учебного материала для различных средств доставки знаний, его организация и структурирование определяются дидактическими свойствами компонентов курса. Структуризация курса должна обеспечивать возможность вовлечения обучаемых в самостоятельную познавательную деятельность, т.е. осуществление процесса учения, а не преподавания. При этом преподаватель должен управлять процессом учения и контролировать уровень полученных знаний, качество освоенных умений и приобретенных навыков. Кроме того, в учебный материал должны быть встроены тесты

для оперативного контроля и интерактивные тренинг - тесты для самоконтроля, выполнение которых направлено, прежде всего, на закрепление учебного материала. Курс должен быть структурирован не только по темам, но и по уровням сложности, с учетом различной степени подготовки обучающихся. Инструментальные средства для подготовки учебного материала выбираются в зависимости от технологической основы и вида учебных занятий (лекция, активный семинар, лабораторный компьютерный тренинг и т.д.).

2. Средства доставки учебных курсов. В настоящее время существует множество различных средств доставки учебного материала: почта, телефон, факс, Internet, электронная почта, телеконференция, электронная доска, спутниковые образовательные системы, интерактивное телевидение, радио, а также CD-ROM и аудио – видеокассеты.

На кафедрах хирургического профиля отличительной особенностью, и одновременно основной сложностью проведения ДО (дистанционного обучения) является то, что целевую аудиторию составляют врачи-хирурги, а это специальности, требующие развития в том числе и мануальных навыков. Первым этапом по внедрению обсуждаемого способа обучения является создание циклов тематического усовершенствования (ТУ) (обучаемые - врачи хирурги) Принцип построения обучения может быть следующим: по типам занятий: лекционная (теоретическая) и практическая части (семинары и практические занятия). Теоретическая часть может быть полностью переведена в дистанционную часть цикла. Обучаемый самостоятельно в удобное для него время изучает материал, который может быть представлен как в виде текстов с иллюстрациями, так и в формате видеоматериалов (иллюстративного характера, видеозаписи чтения лекций, при технической возможности чтение лекции в режиме телеконференции).

Принципиальным является обязательное наличие не только финального контроля знаний (на семинарах и итоговом собеседовании), но и промежуточного контроля в дистанционной части. Использовать можно online тестовый

контроль после каждой изученной темы, причем не прохождение теста не даст возможности двигаться по темам дальше. Еще одним организующим фактором служит доступность теста только в определенное время, устанавливаемое преподавателем. Все это позволяет сформировать ответственное отношение обучаемого к такой форме обучения. Невыполнение теоретической части цикла к определенному времени означает не допуск курсанта к практической части обучения.

Входеобучениякурсант имеет возможность связаться с преподавателем посредством электронной почты. При необходимости для данного обучаемого возможно выкладывание дополнительного учебного материала, видео посланий с комментариями и планирование индивидуального плана для очной части занятий.

Преподаватель, в свою очередь, имеет возможность полностью контролировать статистику прохождения тем и тестов каждого обучаемого.

Практическая часть занятий, проводимая в очной форме, строится по классическому типу: семинарские занятия, присутствие в операционной. Важной составляющей процесса обучения по хирургическим специальностям является отработка мануальных навыков владения современным инструментарием и оборудованием операционной. Во время практической очной части цикла необходимо оборудовать учебный класс.

Таким образом, положительными сторонами дистанционного обучения является следующее.

Использование дистанционных технологий в последипломном образовании по клиническим специальностям хирургического профиля возможно.

Дистанционные технологии позволяют индивидуализировать процесс обучения для конкретного слушателя, обучающегося в разнородной группе, обеспечивая модульный принцип построения учебного материала.

Дистанционные технологии позволяют эффективно осуществлять контроль за процессом обучения и обратную связь с преподавателем.

Позволяют сократить финансовую

нагрузку на систему здравоохранения, связанную с обеспечением непрерывного образования специалистов.

Создают предпосылки для дальнейшего развития последиplomного образования на качественно ином уровне, обеспечивая модернизацию здравоохранения.

Литература

1. Ткаченко В. Современные технологии дистанционного обучения / Харьков, 2003. – 102С.
2. Башмаков А. И., Башмаков И. А. Разработка компьютерных учебников и обучающих систем / М., 2003. – 95С.
3. Цуканов А. Ю. Дистанционные технологии в последиplomном образовании / Омск, 2004. – 47С.

ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИНУПРЕТА В КОМБИНАЦИИ С ОСНОВНОЙ ТЕРАПИЕЙ АНТИБИОТИКАМИ И НАЗАЛЬНЫМИ ДЕКОНГЕСТАНТАМИ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ

Нойбауэр Н., Мэрц Р.В.

Резюме: Эффективность комбинации основной терапии синусита антибиотиками и назальными деконгестантами и дополнительного лечения комбинированным препаратом растительного происхождения Синупрет, оценивалась в плацебо-контролируемом двойном слепом клиническом исследовании 160 пациентов острым бактериальным синуситом. Результаты показали, что, в соответствии с рентгенологическими данными и наблюдениями за состоянием пациентов, терапия с антибиотиками и назальными деконгестантами показала значительные улучшения состояния пациентов в группе лечения. Изменения в клинических признаках показали хорошую корреляцию с рентгенографическими данными и оценкой состояния пациентов. Общепринятая терапия острого бактериального синусита может быть значительно улучшена в плане эффективности при включении в терапевтический режим препарата Синупрет.

Ключевые слова: Синусит, растительная комбинация, *Gentiana lutea* (генциан), *Primula veris* (первоцвет аптечный), *Rumex acetosa* (щавель кислый), *Sambucus nigra* (бузина черная), *Verbena officinalis* (вербена аптечная), контролируемое клиническое исследование.

Введение

Синусит протекает с разной степенью тяжести, каждая из которых требует отдельной терапии. В случае острого бактериального синусита антибактериальная терапия рассматривается как наиболее важная часть лечения, которая обычно комбинируется с местными сосудосуживающими препаратами для снятия обструкции параназальных остий и полости носа. Настоящие рекомендации включают в себя дополнительную мукоактивную терапию с применением муколитических и секретолитических веществ (Кинг и Марби, 1993 год; Плинкерт, 1993 год). Целью настоящего исследования является выяснение, могут ли результаты терапии с применением антибиотиков и местных сосудосуживающих препаратов быть улучшены дополнительной терапией растительными комбинированными препаратами, имеющими секретолитические (Чиганбуза и соавторы, 1984 год) и

иммуномодулирующие свойства (Оттендорфер, 1991 год; Шмольц, 1992 год). В дополнение к эмпирическому доказательству в оправдание такого терапевтического режима (Циммер, 1985 год; Плинкерт, 1993 год), также приводятся теоретические причины, которые также подвергаются обсуждению.

При остром бактериальном синусите *Staphylococcus aureus* и *Haemophilus influenza* являются частыми возбудителями заболевания (Манн и Пелц, 1979 год; Майерс, 1984 год; Альбеггер, 1992 год). Гнойные выделения (определяемые при передней и задней риноскопии), клинические наблюдения и история болезни являются достаточной причиной для проведения противомикробной терапии. В то время, когда данное исследование планировалось и проводилось (1985 – 1987 год), в качестве антибиотика обычно использовался доксициклин, учитывая спектр возбудителей заболевания. Сегодня рекомендации изменились,

учитывая возрастающую устойчивость к антибиотикам (Адам и соавторы, 1993 год). Ксилометазолин использовался в качестве местного сосудосуживающего средства. Оба указанных препарата обычно прописываются в отоларингологических отделениях армейских госпиталей, где исследование и проводилось. Фактически, растительный препарат был единственным новым компонентом в схеме лечения.

Растительный комбинаторный препарат Синупрет (Sinupret) является лекарственным средством, который используется для лечения синусита с 1934 года (в жидкой форме), и с 1968 года в форме таблеток в сахарной оболочке. Состав обеих лекарственных форм идентичен. В данном исследовании использовались таблетки в сахарной оболочке. 1 таблетка в сахарной оболочке содержит следующие составляющие, pulverизированные при низкой температуре: 6 мг *Radix Gentianae luteae* (генциана), 18 мг *Flos Primulae veris cum calycibus* (цветки первоцвета), 18 мг *Herba Rumicis acetosae* (щавель), 18 мг *Flos Sambuci nigri* (бузина) и 18 мг *Herba Verbenae officinalis* (вербена). Как коммерческий лекарственный препарат, продукт подпадает под соответствие жесткому контролю качества в отношении ингредиентов и производственных процедур, чтобы гарантировать воспроизводимое качество. Стандарты фитохимического качества выше тех, что определены в монографиях Немецкой фармакопеи DAB 10 и DAC 1986 года (*Deutscher Arzneimitteln Kodex*), и были разработаны компанией в соответствии со стандартом документа *Arzneimittelprüfrichtlinien* rsp. 75/318/EWG. Фармакологические исследования выявили секретолитические (Чибангуза и соавторы, 1984 год) и иммуномодулирующие/противовоспалительные свойства определенных компонентов и всего состава (Шмольц, 1992 год; Оттендорфер, 1992 год). Как было продемонстрировано в двойном слепом плацебо-контролируемом клиническом исследовании, препарат имеет значительный терапевтический эффект при хроническом синусите (Рихштайн и Манн, 1980). Несколько открытых исследований описали терапевтическую значимость и

безопасность препарата (Фолберт, 1975 год; Фолле, 1984 год, Королл и Штеле, 1982 год; Хан, 1982 год; Лов, 1975 год; Менгер, 1975 год; Шмидт, 1975 год; Вилде, 1972 год). В этом исследовании использовалась дозировка по 2 таблетки 3 раза в день.

Методы

Структура исследования и лечение: Данное исследование проводилось как плацебо-контролируемое двойное слепое на пациентах с острым бактериальным синуситом, которые получали антибиотики и сосудосуживающую терапию, что является обычным лечением данного заболевания (Хамори и соавторы, 1979 год; Хилдманн, 1991 год; Майерс, 1984 год; Перкинс и Моррис, 1993 год). Цель исследования – можно ли повысить эффективность лечения путем добавления растительного препарата в протокол лечения. Вибрамицин (доксциклин) использовался как антибиотик, а Отривен (ксилометазолин) – как сосудосуживающее средство. Таблетки Синупрета, абсолютно идентичное препарату плацебо, список выборки и формы истории болезни были предоставлены компанией, а также был присвоен специальный код.

Пациенты, критерии результатов: Критерием включения в исследование служили клинический диагноз острого синусита и затемнение на рентгенограммах придаточных пазух носа. Клинический диагноз ставился посредством передней и задней риноскопии (гиперемия и усиление циркуляции крови), исследование обструкции околоносовых пазух и проходимости носа, гнойных выделений и постназального затекания на предмет «патология/нет патологии». Головная боль регистрировалась как основная жалоба при остром синусите. Не были включены в исследование пациенты с серьезными анатомическими отклонениями перегородки носа, а также пациенты с известной непереносимостью доксициклина. Список участников исследования был генерирован компьютерной программой. В соответствии с этим списком пациентам предписывалось получить дополнительную терапию Синупретом и плацебо (2 таблетки три раза в день), соответственно, в течение 2 недель. Основным

критерием результата были рентгенограммы (полностью затемненные/частично затемненные/ норма) и оценка терапии пациентом (три категории: отсутствие симптомов/хороший эффект/отсутствие эффекта), которые регистрировались во время последующего визита к врачу. Второстепенные критерии включали различные клинические проявления (состояние слизистой оболочки, секреции, проходимость носа, головная боль). Исследование имело структуру, позволяющую оценить повышение эффективности лечения, и количество историй болезни было увеличено в сравнении с исследованиями простой эффективности препарата. Все оценки должны были проводиться приблизительно, так как не было предварительных результатов. Первоначальное количество пациентов в исследовании составляло 177 человек, но у 17 (7/10) пациентов отмечалась только часть клинических симптомов. Имея меньшее затемнение на рентгенограммах и историю болезни с указанием предыдущих инфекций полости носа, эти пациенты были отнесены к категории пациентов с хроническим синуситом. Их данные рассматривались отдельно в описательной манере. После двух недель терапии следовал один повторный визит к врачу.

Анализ данных: База данных SPSS создавалась с применением программы SPSS Data Entry. Дальнейший статистический анализ данных выполнялся с применением статистического программного пакета SPSS/PC+/V2.0. Доверительные области рассчитывались и переводились в графики при помощи программы SYSTAT/SYGRAPH. Основные целевые критерии (рентгенограммы, оценка пациента) и второстепенные критерии (опухание слизистой оболочки, блокирование оттока слизи, головная боль, проходимость носа) клинически оценивались как трихотомические и дихотомические переменные, соответственно, и

рассматривались по таблицам сопряженности признаков (первый визит x последующий визит). Из этих таблиц были получены пропорции пациентов с улучшениями (реакция на терапию) по каждой группе. Разница в реакции на терапию высчитывалась в доверительной области 95% (Крамер, 1988 год) по технике, которая дает разницу вместе с ее значимостью. Была выполнена оценка второстепенных критериев по тому же методу на уровне объяснений для оценки фармакологического профиля действия препарата. Не делались поправки на повторные анализы.

Результаты

Все 160 пациентов в группе острого бактериального синусита имели рентгенограммы с полным или частичным затемнением (критерий включения в состав исследования). 81 пациент проходили лечение препаратом, а 79 – плацебо.

Данные в Таблице 1 и Таблице 2 демонстрируют разбивку пациентов по группам с хорошей сравнимостью (демографическая однородность и соотношение клинических показаний (признаков)) в группах в начале терапии. Ни по одному из клинических признаков не выявлена разница более чем 7%. Соответствие можно было бы проверить только по запросу. Из всех пациентов 10% получали масляные капли в нос или ингаляцию ромашкой в дополнение к основному медикаментозному лечению (отступление от протокола лечения). Эти пациенты были равномерно распределены во всех группах.

Терапевтический эффект, основанный на основных переменных (рентгенограммах), представлен в Таблице 3. Анализ этих данных по таблицам сопряженности признаков дает значение χ^2 15,5049 с пятью степенями свободы (d_f); $p = 0,0084$; присутствие эффекта против отсутствия эффекта по таблице 2×2 $\chi^2 = 5,1152$; соответствующее значение $p = 0,02372$; $d_f = 1$. Итак, результаты в пользу тестовой группы

Таблица 1
Характеристики пациентов (среднее значение и стандартное отклонение): возраст, вес; все пациенты – мужчины

Характеристики пациентов	Синупрет	Плацебо
возраст: средний	24,1	24,9
стандартное отклонение	8,0	7,3
вес: средний	73,8	72,7
стандартное отклонение	5,8	5,9

Таблица 2

Сравнительные характеристики групп лечения по рентгенограммам и клиническим проявлениям в начале лечения; пациенты, классифицированные как имеющие хронический синусит (не показано) имели схожие сравнительные характеристики с меньшей тяжестью заболевания

Острый синусит Характеристики групп лечения: Сравнимость перед проведением терапии	Синупрет	Плацебо
Рентгенограммы: полное затемнение	73,4%	67,1%
частичное	24,7%	32,9%
Отечность слизистой оболочки	98,8%	98,7%
Гнойные выделения	61,7%	59,0%
Заложенность	90,1%	82,3%
Местное воспаление	98,8%	94,9%
Проходимость	84,0%	92,4%

Таблица 3

Изменения на рентгенограммах во время проведения терапии (острый синусит) в %. $\chi^2 = 15,5049$; $p = 0,0084$ с пятью степенями свободы; «н.н.н.» - не обнаружено ничего ненормального; $N_{\text{син}}$ против $N_{\text{плац}}$: количество случаев в группах лечения.

Наблюдаемые изменения	Синупрет %	Плацебо %	$N_{\text{син}}/N_{\text{плац}}$
рентгеноконтрастность – н.н.н.	42,3	18,2	33/14
затемнение – н.н.н.	21,8	18,2	17/14
рентгеноконтрастность – затемнение	23,1	33,8	18/26
затемнение - затемнение	3,8	13,0	3/10
рентгеноконтрастность - рентгеноконтрастность	9,0	15,6	7/12
затемнение - рентгеноконтрастность	0,0	1,3	0/1

лечения (препаратом) весьма значимы.

Анализ оценок пациентов, записанный в конце терапии, также показал отличные результаты в пользу группы приема Синупрета (Таблица 4).

Анализ клинических переменных (который не зависел от рентгенограмм, и, поэтому, имел пояснительный характер) показал значительную разницу в пользу группы, принимавшей Синупрет, в отношении таких переменных, как отек слизистой оболочки, заложенность носа, головная боль и повышение проходимости носа. Не было обнаружено никакой разницы в отношении выделяемых секрций.

Группы сильно разнятся, когда доверительная область не покрывает нулевую границу.

Результаты всех переменных представлены на Рисунке 1, показывающем разницу в реакции на терапию в 95% доверительной области.

Общая переносимость терапии хорошая. Нет зарегистрированных случаев выхода пациентов из исследования, но часть данных была недоступна по обеим группам (которые не были связаны с медикаментозным лечением). Это не типично для такого относительно крупного исследования, но, вероятно, это могло быть связано с тем, что пациенты были людьми военными и, поэтому, более «дисциплинированными» в отличие от среднестатистического пациента.

Обсуждения

Основная терапия, примененная в настоящем исследовании, является наиболее типичной для лечения острого бактериального

Таблица 4

Оценка пациентов (острый синусит) после двух недель терапии. Не включены 24 наблюдения. Они равномерно распределены по обеим группам (13/11), $\chi^2 = 21,45517$ с двумя степенями свободы; $p = 0,000$.

Оценка пациентов	Синупрет %	Плацебо %	$N_{\text{син}}/N_{\text{плац}}$
Отсутствие симптомов	60,3	25,0	41/17
Хороший эффект	35,5	50,0	24/34
Отсутствие эффекта	4,2	25,0	3/17

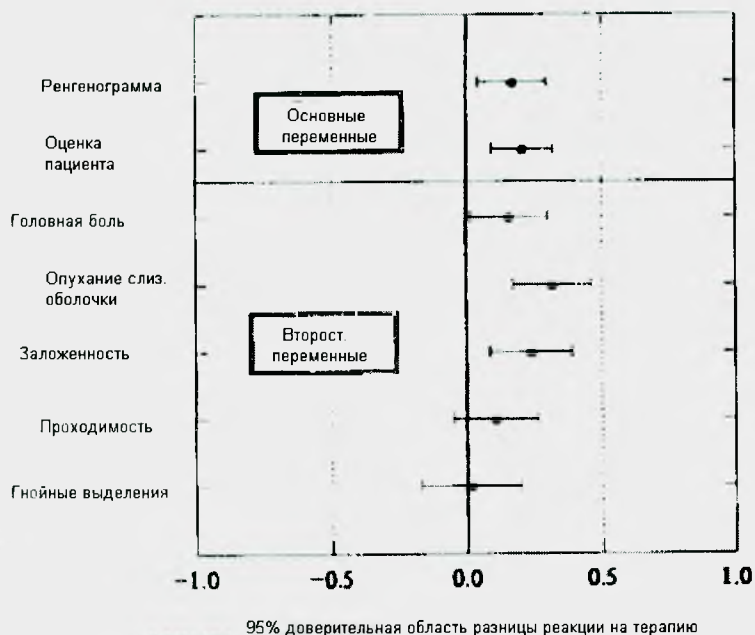


Рисунок 1

Разница в реакции на терапию с доверительной областью 95% на основные переменные (рентгенограммы и оценку пациента) и второстепенные переменные (головная боль, опухание слизистой оболочки, заложенность, проходимость носа и гнойные выделения).

синусита. Результаты этого и других исследований показывают, что эффективность одной терапии с применением доксициклина может быть неудовлетворительной в плане реакции пациента на терапию, и время, необходимо для успешного лечения.

Наши результаты показывают, что общая реакция на терапию была повышена дополнительным лечением растительным комбинированным препаратом, что статистически и клинически показало более значимые результаты. Более 50 пациентам из 78 был поставлен диагноз «н.н.н.» (нет отклонений) на основании рентгенограммы в группе приема препарата в сравнении с 28 пациентами из 77 в группе приема плацебо. Схожим образом, Циммер выделил более явные улучшения в

отдельном исследовании с контролем плацебо. Временной период не входил в основные критерии в исследовании, поэтому рассуждения о повышении реакции на терапию вследствие укорачивания периода могут рассматриваться только как предположительные. Первое исследование, которое детально затрагивало этот вопрос, было опубликовано в 1994 году, но в том исследовании нет указаний на то, что использовались и другие препараты, кроме антибиотиков (в настоящем исследовании использовались только растительные препараты, и использование других лекарственных средств было недопустимо). Схема медикаментозного лечения в нашем исследовании отчасти сложна с точки зрения пациентов, поэтому могут иметь место индивидуальные особенности в оценки,

но, учитывая тот факт, что было задействовано большое количество пациентов, можно считать, что такие особенности были равномерно распределены среди всего состава пациентов.

На основании наших данных нет возможности разъяснить основной механизм, который стоит за наблюдаемыми улучшениями. Возможны следующие гипотезы:

Секретолитическое действие Синупрета могло компенсировать мукодепрессивное действие основной терапии. Известно, что антибиотики и сосудосуживающие средства обладают таким эффектом;

Компенсирование иммунотоксического эффекта доксициклина, что было продемонстрировано в лабораторных условиях на ряде тестов с человеческими клетками, и даже на человеке. Было обнаружено, что гуморальный иммунитет, клеточный иммунитет и неспецифический иммунитет организма были ослаблены во время приема доксициклина, что

необходимо учитывать при оценке соотношения «риск-преимущества».

Растительный комбинированный препарат показал, что он может оказывать иммуномодулирующий эффект и в лабораторных условиях и на живых организмах;

Секретолитические агенты могут стимулировать секрецию противомикробных веществ в секретолитическую систему дыхательной системы и, тем самым, повышать концентрацию антибиотиков. Тот же механизм используется как биологический метод определения секретолитического действия лекарственных препаратов. Необходимо проведение последующих исследований для подтверждения этих гипотез.

Результаты второстепенных целевых критериев, то есть клинические показания, такие как - отек слизистой оболочки, заложенность пазух носа и головная боль - показали, что группа, принимавшая Синупрет, имеет преимущества за

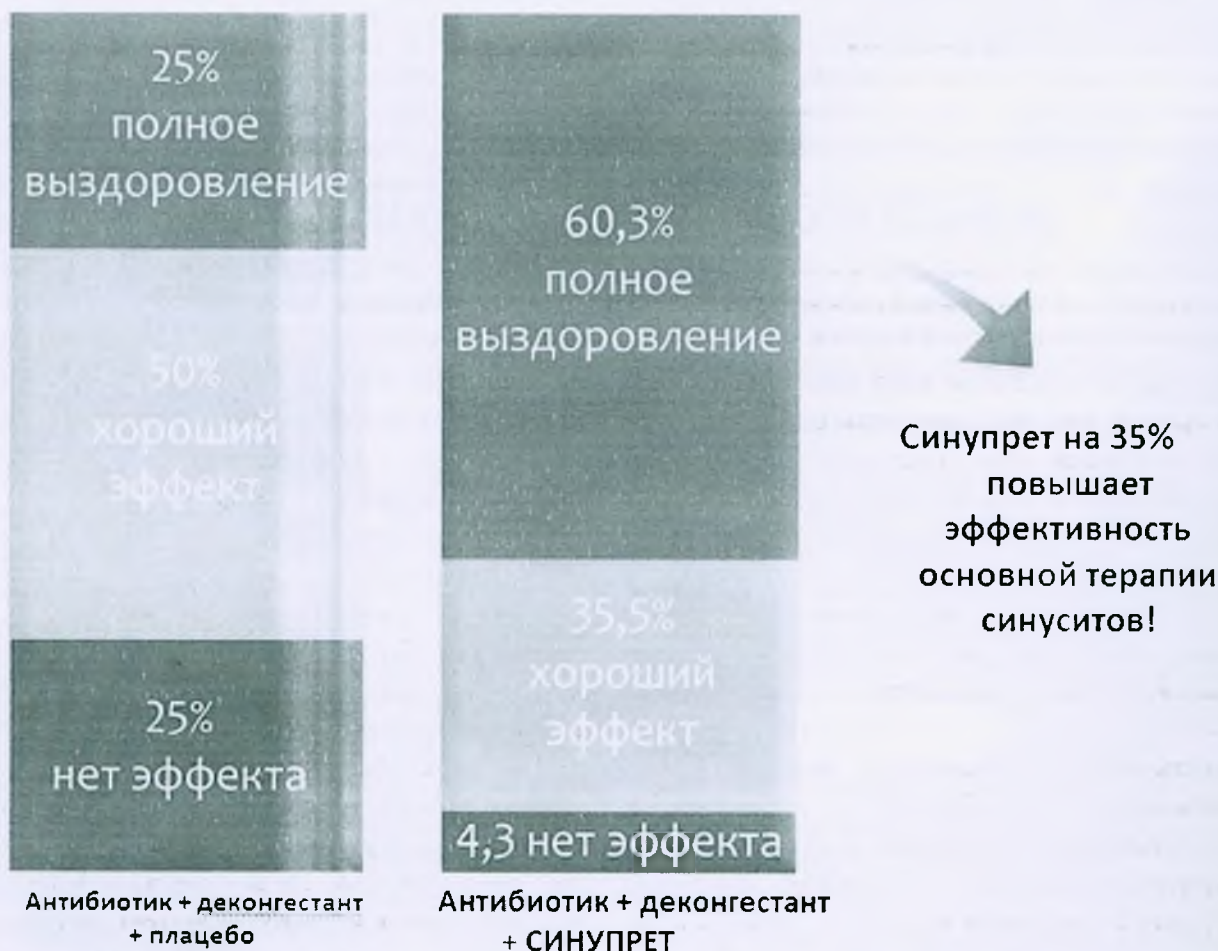


Рисунок 2.
Результаты исследования

исключением двух моментов: проходимость носовой полости и гнойные выделения. Учитывая структуру исследования, использовались местные сосудосуживающие препараты для всех пациентов. Проходимость носовых пазух в значительной степени зависит от таких препаратов. С другой стороны, было отмечено, что отек слизистой оболочки значительно снижался в группе приема Синупрета. Это несоответствие не может быть решено с использованием наших данных. Гнойные выделения отмечались в обеих группах и имели одинаковую степень, что точно отражает эффективность противомикробной терапии. В группе плацебо у 33 пациентов из 35 гнойные выделения сменились на негнойные, в

сравнении с 28 пациентами из 31 в группе приема препарата. В этой группе зарегистрирован один случай развития гнойных выделений. В общем, было ясно продемонстрировано повышение эффективности основной терапии применением растительного комбинированного препарата. Более того, из наших результатов можно заключить, что не отмечено отрицательного взаимодействия растительного препарата и основной терапии. Такое взаимодействие отмечается у муколитического вещества ацетилцистеина с пенициллином, амфотерицином, эритромицином и некоторыми тетрациклинами (Бертге, 1990 год).

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОБОНЯТЕЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Нарматова К.К.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К.Ахунбаева,
кафедра оториноларингологии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены результаты лечения больных с обонятельными нарушениями. Клинико-функциональное сопоставление позволило сделать вывод, что наиболее эффективным является раннее комплексное лечение острых и подострых дизосмий, с применением антигипоксантных препаратов и гелий-неонового лазера на обонятельную зону полости носа.

Ключевые слова: обоняние, дизосмии, гелий-неоновый лазер, лечение

OLFACTORY DISORDERS AND CORRECTION

Narmatova K.K.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev, chair of ENT

Resume. In the article we present the results of treatment of patients with disorders of the olfactory analyzer. The conclusion is made on validity of using helium – neon laser in perceptive olfactory defects. The investigations were conducted with an original olfactometer.

Key words: disorders. Helium-neon laser, treatment

Актуальность проблемы. В настоящее время среди взрослого населения стали наиболее распространенными те или иные нарушения обонятельной функции. Но, несмотря на это, нарушениям обоняния или дизосмиям посвящено незначительное количество работ за последние 10-20 лет.

Обонятельные нарушения полиэтиологичны. Самый частый вид дизосмии – респираторная, или кондуктивная гипо- и аносмия, которая вызвана риногенными причинами, т.е. изменениями в полости носа, механически затрудняющими или препятствующими доступу пахучих веществ в обонятельную область. Нарушение обоняния при синуситах, помимо

кондуктивного компонента, обусловлено также изменением pH секрета боуменовых желез, являющегося растворителем пахучих веществ. При хронических воспалительных заболеваниях полости носа и околоносовых пазух отмечается также метаплазия эпителия, что приводит к поражению обонятельного рецепторного аппарата. При синуситах, протекающих с образованием гнойно-гнилостного содержимого, может проявляться объективная какосмия.

При атрофических и субатрофических изменениях слизистой оболочки полости носа имеют место, как кондуктивный компонент, так и поражение обонятельного нейроэпителия.

Перцептивные (нейросенсорные или

эссенциальные) расстройства обоняния имеют место при периферическом поражении нейроэпителиальных клеток или/и обонятельных нервов, а также в случае центральных нарушений обонятельных образований передней или средней черепных ямок.

Частые причины обонятельных нарушений «рецепторного уровня» - травмы обонятельной зоны и ситовидной пластинки, воспалительный процесс, черепно-мозговая травма, лекарственная интоксикация, аллергическая реакция, генетическая мутация, недостаточность витаминов А и В12, интоксикация солями тяжелых металлов (кадмий, свинца, ртути), вдыхание паров раздражающих веществ (формальдегида), вирусное поражение, нарушение обмена Zn, ионизирующее излучение.

Патологические изменения на уровне обонятельного нерва чаще всего бывают обусловлены инфекционными заболеваниями, обменными нарушениями, токсическим воздействием лекарственных препаратов, демиелинизирующими процессами, повреждением при хирургических вмешательствах, опухолями (в частности, менингиомой обонятельного нерва). Центральные обонятельные нарушения разнообразны и, по классификации О.Г.Агеевой-Майковой, подразделяются на поражение первичных обонятельных образований в медиобазальных отделах передней черепной ямки, что проявляется гипо- и anosмией на стороне патологического процесса, и поражение вторичных обонятельных образований в височно-базальных отделах средней черепной ямки, что проявляется в нарушении распознавания запахов, гиперосмией или обонятельными галлюцинациями. Причинами центральных обонятельных нарушений могут быть черепно-мозговая травма, нарушение мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, демиелинизирующие процессы, обменные нарушения, генетические и инфекционные заболевания, саркаидоз, болезни Паркинсона, Альцгеймера. Описаны случаи дизосмии при дисменорее. Имеют место нарушения обоняния при сифилисе, склероме и туберкулезе, леченном стрептомицином, при базальном и

оптохиазмальном арахноидите, аллергической риносинусопатии, после ринохирургических вмешательств, при патологии органов пищеварения, врожденной наследственной anosмии [1].

Следует отметить, что нарушение остроты обоняния возможно при всех трех формах дизосмии либо по типу anosмии (отсутствие восприятия и распознавания запахов), либо по типу гипосмии (снижении способности воспринимать и адекватно распознавать пахучие вещества). Нарушения дифференциации запахов возможны при перцептивной и смешанной формах дизосмии и проявляются по типу алиосмии, когда пахучие вещества воспринимаются как один из запахов окружающей среды, в том числе какосмии (гнилостный, фекальный запах), торкосмии (химический, горький запах, запах гари, металла), паросмии – специфической трансформации узнавания запахов. Фантосмия проявляется обонятельными галлюцинациями. Не следует забывать о возможности объективной какосмии, в частности, при гнойном поражении клиновидной пазухи.

При наличии у пациента как кондуктивного, так и перцептивного компонентов обонятельных расстройств выделяют перцептивно-кондуктивную (смешанную) дизосмию. Неспособность охарактеризовать запах словами, даже если он ему знаком, называют обонятельной агнозией.

Риногенная гипо- и anosмия устраняются лечением заболевания, послужившего его причиной. Следует подчеркнуть, что при эндоназальных хирургических вмешательствах очень важно соблюдать щадящее отношение к обонятельной области, сохранять целостной слизистую оболочку носа [3]. Это обосновывает целесообразность более широкого применения в ринологии эндоскопических и лазерных методов лечения.

Сложной проблемой остается лечение перцептивных обонятельных нарушений, которое, с точки зрения критериев доказательной медицины, проводится в большинстве случаев эмпирически. Лекарственные препараты, применяемые при перцептивной дизосмии, сходны с используемыми при пейросенсорной

тугоухости: ноотропы, препараты, улучшающие нервную проводимость, церебральную гемодинамику и реологические свойства крови, витамины группы В, внутривенное введение 40% раствора глюкозы, при необходимости – антибиотики и антигистаминные препараты. Распространенным и достаточно эффективным методом консервативного лечения перцептивных дизосмий является использование витамина А внутримышечно либо местно – в виде эндоназально применяемых капель [16].

При аллергических поражениях носа и околоносовых пазух, сопровождающихся явлениями нарушения обоняния, Л.Дайняк (1995) рекомендует местное применение кортикостероидных средств (введение на тампонах в полость носа либо инъекции в слизистую оболочку среднего носового хода).

Применение акупунктуры повышает эффективность медикаментозного лечения [1]. Рефлексотерапия-акупунктура предполагает воздействие на корпоральные точки общего симптоматического действия преимущественно верхних конечностей, а также аурикулярные и локальные точки на лице, которые подбирают с учетом влияния на вегетативную реакцию: воздействие на аурикулярные точки, вызывающие седативную реакцию; воздействие на эмоциональную сферу, противоаллергический эффект и влияние на центральный отдел обонятельного анализатора.

Эффективно использование гелий-неонового лазерного излучения на базе установки ЛТМ-01 с длиной волны 0,63 мкм со специальными световодными устройствами и расфокусирующим наконечником, при непосредственном эндоназальном воздействии на обонятельную зону полости носа, при плотности мощности 2 мВт/см², при экспозиции 10 мин. Перспективным представляется использование аппаратов магнитолазерного и магнитооптического локального воздействия, сочетающих возможности инфракрасного лазерного излучения и постоянного магнитного поля [1].

Многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями, доказано, что низкоэнергетическое излучение гелий-

неонового лазера оказывает вазоактивное, тромболитическое, противоотечное воздействие, улучшает обменные процессы в тканях, нормализует проницаемость сосудистой стенки, а также обладает адаптирующим влиянием на факторы местного и системного иммунитета [6].

Учитывая важное патогенетическое значение гипоксии в формировании патологических состояний нервно-рефлекторных структур [7], можно считать обоснованным использование препаратов антигипоксантной направленности в терапии перцептивной дизосмии. По данным литературы была оценена эффективность антигипоксантов пирацетама, вазобралы, ороцетама, флунаризина и танакана.

Материалы и методы. В клинике болезней уха, горла и носа НГ МЗ КР проведены обследование и лечение 46 больных, страдающих обонятельными нарушениями, в возрасте от 18- до 58 лет (мужчин-16, женщин-30).

Всем больным проводили многоплановое обследование, включающее осмотр и при необходимости эндоскопию ЛОР-органов, ольфактометрию ольфактометром карусельного типа с определением порога восприятия и распознавания, времени утомления и восстановления, рентгенографию придаточных пазух, при необходимости ЭЭГ, Эхо ЭГ.

При сборе анамнестических сведений нами был сделан акцент на выяснение ранее перенесенных заболеваний, делая упор на патологию носа и околоносовых пазух, уточняли условия жизни и труда, наследственность.

Результаты и обсуждение. Как показали результаты данного исследования, возникновение обонятельных расстройств больные связывали с перенесенным гриппом и ОРВИ (21 больных-45,6%), несколько реже – с вдыханием раздражающих веществ (4 больных-8,7 %), черепно-мозговой травмой (падение и удар затылком о твердую поверхность, 16 больных – 34,7 %), психо-эмоциональной травмой (5 больных- 10,8 %).

В зависимости от давности заболевания оценивалось как острое перцептивное нарушение в период до 1 месяца, как подострое – в период от

1 до 6 месяцев, хроническое – свыше 6 месяцев. К сожалению, достаточно частыми остаются обращения больных в клинику в поздние сроки свыше 6 месяцев от начала заболевания, в связи, с чем возникает необходимость информировать врачей оториноларингологов и невропатологов о возможностях современных лечебных мероприятий при нарушениях обоняния.

У 17 больных была диагностирована острая перцептивная дизосмия, у 29 больных – хроническая перцептивная дизосмия.

Клинические проявления нарушений обоняния у большинства наблюдаемых больных были представлены снижением или выпадением обонятельной функции (37 больных, 80,4 %), реже регистрировались явления гиперосмии (3 больных, 6,5 %), какосмии (постоянное либо периодическое восприятие неприятных запахов, 6 больных, 13,04 %).

Пациенты получали комплексное медикаментозное лечение по следующей схеме: в течение первых 10 дней пирацетам инфузионно в возрастающей дозировке от 5,0 до 15,0 мл в 250,0 мл физиологического раствора (5,0 мл пирацетама в 1-й и 2-й день, 10,0 мл – на 3-й и 4-й день и 15,0 мл в период с 5-го по 10-й день), затем в течение 10 дней

пирацетам назначали внутримышечно по 5,0 мл 2 раза в сутки, аевит, мочегонные, седативные. После завершения курса инфузионной терапии назначали курс лечения гелий-неоновым лазером на обонятельную область. Курс лечения – 10 ежедневно проводимых процедур. При необходимости проводили второй и третий курсы, состоящие из 8-10 процедур каждый, с интервалом в 1-3 мес соответственно.

Критерием эффективности лечения служили результаты клинко-функционального обследования до лечения и после его завершения, что выражалось в субъективном улучшении восприятия и распознавания пахучих веществ, исчезновении явлений какосмии и данным ольфактометрии. Результаты лечения оценивались по градациям: «значительное улучшение», «улучшение», «без перемен».

В результате проведенного лечения у 29 больных зарегистрирована положительная клиническая динамика, что выражалось в субъективном улучшении восприятия и распознавания пахучих веществ, исчезновении явлений какосмии. Положительная клиническая динамика коррелировала с данными ольфактометрии, выполненной после проведенного лечения.

Таблица 1
Эффективность лечения больных дизосмией гелий-неоновым лазером в зависимости от формы заболевания

Форма дизосмии	Характер дизосмии	Результаты лечения (количество больных)		
		Значительное улучшение	улучшение	Без перемен
Перцептивная	Острая	1	5	2
	подострая	3	2	4
	хроническая	1	0	5
Смешанная	острая	3	2	0
	подострая	4	5	3
	хроническая	1	2	3
Общее количество		13	16	17

Клинико-функциональное сопоставление позволило сделать вывод, что наиболее перспективным является использование гелий-неонового лазера у больных с острой и подострой гипосмией после перенесенного гриппа и ОРВИ; эффективность лазеротерапии повышается при комплексном применении медикаментозной терапии.

Литература:

1. Овчинников Ю.М., Морозова С.В., Минор А.В. Нарушения обоняния (вопросы теории, диагностики, лечения). М 1999; 155.

2. Винников Я.А., Титова Л.К. Морфология органа обоняния. М 1957; 296.

3. Морохоев В.И. Вестник оториноларингологии 1990; 6:36-40.

4. Дайняк Л.Б. Новости оторинолар логопатологии 1990; 3-4:131.

5. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы – М., 1990. – С. 334-357.

6. Безчинская М.Я., Свистушкин В.М., Морозова С.В., Макеева Н.С.. //Вестн. Оторинолар. – 1992. – №1. – С. 16-18.

Правила оформления статей при направлении в редакцию

Журнал публикует оригинальные исследования, обзорные и общетеоретические статьи по актуальным проблемам медицины и биологии.

При направлении статьи в журнал редакционная коллегия просит авторов соблюдать следующие правила:

1. Редакция принимает на рассмотрение рукописи в напечатанном виде (2 экземпляра) в сопровождении электронных носителей. Рукопись должна иметь визу заведующего кафедрой или руководителя подразделения (на первой странице, в верхнем левом углу) и направление от учреждения (с печатью), где работают авторы. Рукопись должна быть подписана всеми авторами в конце текста (ФИО автора - подпись). Следует указать полностью фамилию, имя, отчество, ученую степень, ученое звание, должность, рабочий адрес с почтовым индексом, служебный телефон, адрес электронной почты каждого автора.

2. Статья печатается на компьютере через 1,5 интервала, шрифтом Times, кеглем 14 на листе формата А4. Поля: верхнее и нижнее - 2,5 см, левое - 3,5 см, правое - 1,5 см. К статье прилагается иллюстративный материал в виде фотографий, рисунков, рентгенограмм, графиков, таблиц. Фотографии (черно-белые или цветные), представленные на глянцевой бумаге, должны быть контрастными, рисунки четкими. Фотокопии рентгенограмм представляются в позитивном изображении. На обороте рисунка ставится его номер, фамилия автора и название статьи (карандашом, без нажима). На отдельном листе печатаются подписи к рисункам со всеми обозначениями. Представляемая в редакцию распечатка статьи, включая иллюстративный материал, должна быть полностью идентичной электронному варианту. Все страницы должны быть пронумерованы.

3. Объем статей: не более 15 страниц - для оригинальной, 20 - для обзора литературы, 8 - для клинического наблюдения.

4. В начале первой страницы статьи пишутся: 1) название статьи, 2) инициалы и фамилии авторов, 3) полное наименование кафедры или лаборатории (в скобках указать ученое звание, инициалы и фамилию руководителя) и учреждения. Если авторы статьи из разных учреждений, то следует указать (надстрочными цифрами), в каком учреждении работает каждый из авторов. Структура оригинальной статьи: введение, пациенты (материалы) и методы, результаты исследования и их обсуждение, выводы (заключение), литература. Отдельно прилагаются резюме с ключевыми словами (см. п. 7).

5. В тексте сокращения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при первом упоминании. Не допускается использование сокращений в названии работы, а также употребление необщепринятых сокращений. Номера библиографических ссылок даются в тексте в квадратных скобках в соответствии с приставным списком литературы. Единицы измерения даются в системе СИ. При статистической обработке данных необходимо указывать использованные методы и приводить наименование показателей. Повторение одних и тех же данных в тексте, таблицах и рисунках не допускается.

6. К статье прилагается список литературы (не более 25 источников в оригинальной статье, 60 источников - в обзоре литературы) в порядке цитирования автором (не по алфавиту!), напечатанный на отдельном листе через 1,5 интервала. Для книг, диссертаций, сборников, материалов съездов и конференций указываются фамилии и инициалы авторов, название работы (если указываются конкретные страницы), полное название книги, место, издательство и год издания, количество страниц в книге или конкретные страницы. Примеры: Бураковский В.И., Лищук В.А., Ксрцман В.П. и др. Пятнадцатилетний опыт разработки и использования мониторно-компьютерной технологии интенсивного лечения. - В кн.: Информатика в здравоохранении. - М.: Медицина, 1990. - С. 3-6. Сидорова И.С., Макаров И.О. Эклампсия и современные аспекты ее лечения. - В кн.: Материалы 6-го Российского форума «Мать и дитя»: тезисы докладов - М., 2004. - С. 121. Для журнальных статей - фамилии и инициалы авторов (если авторов пять и более, то указывают первых трех авторов и ставят «и др.» или «et al.» соответственно для русского или английского языка), полное название статьи, сокращенное название журнала (использовать сокращения, принятые в Inclex), год, том, номер выпуска, номера страниц (первая и последняя). Например: Насонов Е.Л., Самсонов Ю.М., Беленков Ю.Н. и др. Иммунопатология застойной сердечной недостаточности: роль цитокинов // Кардиология. - 1999. - №3. - С. 66-73.

7. К статье должны быть приложены резюме (объемом до 0,5 страницы) на русском, кыргызском и английском языках с кратким указанием цели исследования, использованных материалов и методов, основных полученных результатов и выводов, а также список ключевых слов на трех языках (не более 7). Над текстом резюме указываются название статьи, инициалы и фамилии авторов, подразделение и учреждение, откуда направлена статья.

8. Статья должна быть тщательно проверена автором. Все названия, химические формулы, дозировки, цифровые данные в таблицах и на рисунках, размерности лабораторных и клинических показателей должны быть выверены.

9. Отклоненные рукописи авторам не возвращаются. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки ее к изданию, датой поступления считается день поступления окончательного текста.

10. Не допускается направление статей, ранее опубликованных или направленных в другие журналы или сборники. Рукописи, оформленные не в соответствии с правилами, возвращаются без рассмотрения.