

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

Главный редактор

Зурдинов А.З.

Зам. главного редактора

Бримкулов Н.Н.

Ответственный секретарь

Исакова Ж.К.

Редакционная коллегия

Алдашев А.А.
Джумабеков А.С.
Кудаяров Д.К.
Мамакеев М.М.
Мамытов М.М.
Мурзалиев А.М.
Нанаева М.Т.
Раимжанов А.Р.

Редакционный совет

Абилов Б.А.
Адамбеков Д.А.
Акынбеков К.У.
Алымкулов Р.Д.
Аскеров А.А.
Бейшембиева Г.Дж.
Кадырова Р.М.
Калиев Р.Р.
Карасаева А.Х.
Карашева Н.Т.
Кутманова А.З.
Куттубаева К.Б.

Куттубаев О.Т.
Кожокматова Г.С.
Кононец И.Е.
Молдобаева М.С.
Мусуралиев М.С.
Оморов Р.А.
Сатылганов И.Ж.
Сопуев А.А.
Тилекеева У.М.
Усупбаев А.Ч.
Чолпонбаев К.С.
Чонбашева Ч.К.

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.
Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ)

Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2014

Раздел 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА.

**Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М., Исмаилова А.А.,
Беднякова Н.Н.**

Диагностические критерии экссудативного среднего отита
на современном этапе 7

**Тулбаев Р.К., Мухамадиева Г.А., Папулова Н.М.,
Каримов А.М., Ерсаханова Б.К.**

Комплексное лечение хронических отитов с использованием
усовершенствованных технологий 10

Карабаев Х.Э., Орзиев С.Х.

О состоянии перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты
у детей при гнойно-воспалительных заболеваниях среднего уха 12

Холматов И.Б., Каримов А.О., Мавлонова З.Р.

Наш опыт неотложной тимпаноластики при острых травматических
разрывах барабанной перепонки и мембраны улитки с ликвореей 15

Холматов Д. И., Бободжонов Р. У., Махамадиев А. А., Алиев Н. В.

Эффективность тимпаноластики при внезапной тугоухости
травматической этиологии 17

Холматов И. Б., Очилзода А.А.

Тугоухость на почве родственного брака как фактор наследственной болезни.
(Обзор литературы) 21

Холматов И. Б., Очилзода А.А.

Аудиологическая характеристика тугоухости у детей
младшего возраста на почве родственного брака родителей 25

Петрова Л.Г.

Эффективность препарата Синупрет в лечении секреторного отита 28

Изаева Т.А., Жолдошова Ч.А., Сулайманов М. Ж.

Абсцесс височной доли головного мозга отогенного генеза 31

Сулайманов Ж.С., Орозобекова К.А., Жумабаева Ш.А.

Гирудотерапия при лечении нейросенсоральной тугоухости 37

Тургумбеков А.З.

Сроки адаптации слуховой функции у лиц, работающих в условиях
высокогорья в вахтовом режиме 40

Пак В.В., Изаева Т.А.

Нарушение проходимости евстахиевой трубы как одна из причин
развития хронического холестеатомного отита. Случай из практики 45

Джаманкулова Н.М.

Опыт применения физической терапии в комплексной
реабилитации больного с нейросенсорной тугоухостью 48

Раздел 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.

Насыров В.А., Исламов И.М., Беднякова Н.Н., Исмаилова А.А. Опыт применения препарата “Мукомилт” в лечении воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух	51
Джаббаров К.Д., Рузметов У.У., Расулов А.Б., Аvezов М.И. Эффективность препарата фузафунгина в комплексной терапии острых риносинуситов у беременных	55
Гуломов З.С. Местное применение интерлейкина-1В (беталейкина) при гнойных гайморитах	58
Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.Л. Хирургическое лечение деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух	61
Жолдошова Ч.А. Состояние иммунитета у больных с хроническими ринитами в зависимости от влияния сезонных климато-экологических факторов	65
Нарматова К.К. Комбинированная лечебная тактика при перцептивных обонятельных нарушениях	70
Эшимбетова М.З., Нуркеев Н.Б. В помощь практическому врачу. Воспалительные заболевания орбиты и их связь с патологией придаточных пазух носа	74
Солодченко Н.В. Клинико-лабораторная диагностика синуситов	77
Раздел 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ.	
Насыров В.А., Закиров Т.М. Эндоскопическая радиочастотная тонзилло-лакунотомия при хроническом тонзиллите	82
Арзыкулова Г.С. БГСА: фарингиты и тонзиллиты – роль в развитии острой ревматической лихорадки	85
Нарзуллаев Н.У., Хасанов С.А., Вохидов Н.Х., Нуров У.И., Вохидов У.Н. Клинико-иммунологические особенности течения хронического тонзиллита у вич-инфицированных детей в зависимости от путей инфицирования	90
Самиева Г. У., Карабаев Х. Э. Дисбиоз верхних дыхательных путей у детей с рецидивирующими стенозирующими ларинготрахеитами	94

Мельников О.Ф., Заболотный Д. И. Тонзилотрен как иммуномодулирующий препарат	97
Богомильский М.Р, Гаращенко Т.И., Балясинская Г.Л , Якушенкова А.П Циннабсин в комплексном лечении синуситов у детей	100
Эргешова А.М. Применение поливалентных бактериальных лизатов-исмижена в лечении хронических фарингитов и фаринготрахеобронхитов	103
Раздел 4. НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ.	
Фейгин Г.А., Шалабаев Б. Д., Чупрынина Н.В. Алгоритм возможностей хирургических доступов для удаления объемных деструктивных образований челюстно-лицевой области	110
Кадыров М.М., Мадаминова М.А. Состояние вкусового и слухового анализаторов у больных с опухолями ЛОР-органов	116
Абдурахманов О.Б., Джаббаров К.Д., Гафур-Ахунов М.А., Лутфуллаев Г.У. Анализ эффективности хирургических методов ангиофибромы носоглотки	121
Абдиджамилев Н.А. Изменение первичного и вторичного гемостаза у больных с юношеской ангиофибромой основания черепа до и после оперативного лечения	125
Каримова Б.К. Рак гортани Т3 N0 Mx(случай из практики)	128
Раздел 5. ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.	
Насыров В.А., Кадыров М.М., Сулайманов Т.М. Сапсег гортаноглотки с переходом на пищевод. Случай из практики	131
Насыров В.А., Халфина В.В. Внедрение кохлеарной имплантации в Кыргызстане	134
Насыров В.А, Ормокоева С.И. Лечение очагов хронической инфекции ЛОР-органов и респираторного тракта	137
Пашаев Б.Ю., Красножен В.Н., Бочкарев Д.В., Данилов В.И., Алексеев А.Г., Вагапова Г.Р., Шпанер Р.Я., Губаева А.А., Ибатуллин М.М., Быкова М.Н., Абдульянов В.А. Эндоназальная эндоскопическая хирургия хиазмально-селлярной области и основания черепа в клинике нейрохирургии	140
Покровская Е.М., Красножен В.Н.	

СОДЕРЖАНИЕ

Особенности диагностики и хирургических вмешательств на лобных и верхнечелюстных пазухах при остеомах	142
Джаббаров К.Д., Авезов М.И., Рузметов У.У. Диагностическая ценность белка p53, эпидермального фактора роста и эндотелиального фактора роста сосудов (VEGF) при полипозном риносинусите	145
Махмудов С.С., Джамолов Ф.П., Максудов Б.А., Муталибов А.З. Наш опыт мастоидопластики у детей при хроническом мастоидите с применением аутотрансплантата	150
Джандаев С.Ж., Касенова Д.С., Джандаев Д.С. Клиническая оценка эффективности хирургии травматического повреждения носа	152
Порсоев А.С., Очилова Б.А., Олимбоева Ф.А. Отдаленные результаты септопластики при травматических деформациях носа и носовой перегородки с применением пластического материала никелид – титана	158
Очилзода А.А., Абдусаторов А.А., Сулаймонов И.И., Шерматов Т.Р., Ходжибаев И.Х. Наш опыт комплексного лечения детей с нейросенсорной тугоухостью в сочетании детским церебральным параличом	161
Изаева Т.А., Миненков Г.О., Насыров М.В., Кочкорова А.К. Случай из практики. Предлежание сигмовидного синуса	164
Собирова М.И., Джалилов Д.А. Наш опыт комплексного лечения гипотонусной дисфонии с применением препарата кавинтон	168
Бейшенова М.У., Арзыкулова Г.С., Коржов В.П. Ринохирургия гемостатикалык тампондорду колдонуу	171
Шабданбаева Н.Б. Менингиттердин ар түрдүү формаларын айырмалап билүүгө жардам катары	175
Умарова М.М. Оценка функции слуховой трубы у детей с врожденной расщелиной неба	178
Умарова М.М. Применение препарата флуимуцин антибиотик ИТ у детей с врожденной расщелиной неба	181
Раздел 6. РАЗНОЕ.	
Буркутбаева Т.Н., Тулепбекова Н.М., Кириллова М.Н. Организация сурдологической службы в Республике Казахстан	183

СОДЕРЖАНИЕ

Ходжиев М.Х., Ходжиев Б.М., Аббосов Н.А., Байзоев К.Н. Опыт работы дневного оториноларингологического стационара	187
Дикамбаева М.К., Гогаева Л.Б. Лечение детей с привычно – избыточным напряжением аккомодации глаз	190
Шаяхметов Д.Б. Алгоритм лечения воспалительных заболеваний слюнных желез	193
Шаяхметов Д.Б. Алгоритм реабилитационных мероприятий у больных калькулезным сиалоаденитом	196
Садыбакасова Г.К. Клиническая характеристика внутриутробной цитомегаловирусной инфекции у новорожденных и детей грудного возраста	199
Суранова Г.Ж. Качественно-количественная оценка параметров гемодинамики у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ	202
Суранова Г.Ж. Неинвазивное моделирование показателей центральной гемодинамики у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, в зависимости от возраста	209
Нурлаев М.Д. Комплексное исследование анализаторов лор органов и иммунитета при сифилисе	215
Кубанычбек к.М., Жумабаева Н.Т. Влияние высокогорья на эндокринную систему детей препубертатного периода	219

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М.,
Исмаилова А.А., Беднякова Н.Н.**

Кафедра ЛОР болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева
Медицинский центр КГМА
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье представлены результаты обследования 85 пациентов, выявлены особенности микроотоскопии, импедансометрии и функции слуховой трубы в зависимости от формы экссудативного среднего отита и длительности процесса.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, тимпанометрия, евстахиевая труба, отоскопия.

АЗЫРКЫ УБАКЫТТАГЫ ЭКССУДАТИВТИК ОРТО ОТИТТИН ДИАГНОСТИКАЛЫК КРИТЕРИЙЛЕРИ

**Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М.,
Исмаилова А.А., Беднякова Н.Н.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Кулак мурун жана тамак оорулар кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Котурунду: Бул статьяда 85 пациенттин текшерүүсү көрсөтүлгөн, экссудативдик орто отиттин формасына жана уланганына карата микроотоскопия, импедансометрия жана угуу тутугунун өзгөчөлүктөрү табылды.

Негизги сөздөр: экссудативтик орто отит, тимпанометрия, евстахидик тутугу, отоскопия

THE DIAGNOSTIC MEASURES OF EXUDATIVE OTITIS MEDIA AT THE MODERN PERIOD

**Nasyrov V.A., Izaeva T.A., Islamov I.M.,
Ismailova A.A., Bednyakova N.N.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy
ENT- department
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article presents the results of examinations of 85 patients, microtscopy peculiarities, impedansometry and function of the auditory tube, depending on the form of exudative otitis media and processing time.

Key words: exudative otitis media, tympanometry, eustachian tube, otoscopy.

Введение

В последние годы возросло количество больных с негнойными заболеваниями среднего уха, среди которых наибольшее внимание привлекает экссудативный средний отит (ЭСО). Экссудативный средний отит - заболевание, для которого характерно накопление экссудата в полостях среднего уха на фоне асептического воспаления и наличие кондуктивной тугоухости различной степени. По данным ряда авторов экссудативный средний отит составляет 15-17% среди всех заболеваний уха [2, 3, 4, 5]. Эта заболевание встречается в основном в детском возрасте от 2-х до 5-ти лет. Считается, что до 4-х летнего возраста как минимум 80% детей переносят ЭСО [1, 2, 4, 5]. Так же существенно

снижается уровень социальной активности у взрослых пациентов с ЭСО, принимая во внимание тот факт, что максимальный процент заболеваемости приходится на наиболее социально активный возраст - 25-50 лет.

Как правило, экссудативный средний отит у детей характеризуется очень скудной клинической симптоматикой, что создает трудности в диагностике и затрудняет его своевременное выявление.

Резюмируя вышесказанное, можно заключить, что проблема ЭСО актуальна, а решение вопросов ранней диагностики поможет предупредить развитие стойких поражений слуха, а у детей раннего возраста - задержку речевого развития.

Материалы и методы

Наш личный опыт основывается на обследовании 85 пациентов в возрасте от 3-х до 43-х лет, прошедших обследование и получавших лечение при кафедре оториноларингологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, в ЛОР-отделении Медицинского Центра КГМА и Центре слуха «Фонотек». Двусторонний процесс наблюдался у 58 больных, односторонний у 27 пациентов. 60 пациентов относились к детскому возрасту. Всем пациентам проводилась отоскопия (включая эндоотоскопию), эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, аудиометрия, акустическая импедансометрия, рефлексометрия, барометрия слуховой трубы с нагрузочными пробами (Тоинби, Вальсальвы).

Результаты и обсуждение

В подавляющем большинстве (89,4%) случаев была установлена причина заболевания, среди которых заболевания носа, околоносовых пазух и носоглотки встречались в 69,3% случаев. Основными жалобами явились снижение слуха (93,6%), постоянная или периодическая заложенность уха (90,7%), шум в ухе или аутофония (81,4%), чувство «переливания жидкости в ухе» и флюктуация (14,7%), чувство «распирания» (8,2%). Отоскопическая картина отличалась значительной вариабельностью в зависимости от количества и вязкости экссудата барабанной полости (рис. 1). При выраженном и давнем процессе (более 1 года) в среднем ухе,

барабанная перепонка приобретала синюшный (43,4%) или желтоватый цвет (56,6%), с визуализацией уровня жидкости или выбуханием в нижнем квадранте, чаще неподвижная.

По данным эндоскопического обследования носоглотки наиболее часто встречались различные варианты обструкции глоточных устьев слуховых труб аденоидными вегетациями II степени у 26 (43,3%) детей в возрасте от 3 до 13 лет. Гипертрофия трубных валиков обнаружена у 5 детей (8,3%). Аденоидные вегетации III степени отмечались у 34 пациентов (56,7%). У детей аденоиды II-III степени занимают практически весь объем носоглотки, прикрывают глоточные устья слуховых труб, пролабируют в задние отделы носа, тем самым, значительно затрудняя носовое дыхание.

Достоверных различий в уровне слуха по данным исследования шепотной и разговорной речью, данных тональной и речевой аудиометрии нами обнаружено не было. Снижение слуха в подавляющем большинстве было в пределах II степени, кондуктивной формы. Выявлена закономерная связь выраженности тугоухости от длительности заболевания.

Импедансометрическое исследование во всех случаях выявляло нарушение подвижности структур среднего уха в виде изменения жесткости тимпанальной полости. Следует указать, что в подавляющем большинстве (75,4%) регистрировалась тимпанограмма - тип



Рис. 1. Отоэндоскопия



Рис. 2. Эндоскопическое исследование носоглотки (аденоидные вегетации II-III степени)

В или F. Акустические рефлексы в большинстве случаев либо отсутствовали, либо регистрировались частично. Характеристикой этих типов тимпанограмм является значительное снижение амплитуды тимпанометрической кривой без выраженного пика подвижности барабанной перепонки при резко расширенном градиенте, который является прямым показателем наличия экссудата в среднем ухе. При типе F – тимпанометрическая кривая плоская, параллельная оси абсцисс (минимум импеданса не определяется). Такой тип импеданса указывает на полную неподвижность барабанной перепонки. При изучении особенностей морфологических стадий секреторного отита (Научный центр аудиологии и слухопротезирования Минздравмедпром РФ) нами были выявлены некоторые особенности импедансометрических показателей в зависимости от качества экссудата барабанной полости. Так, пациенты с экссудативным средним отитом и тимпанограммой типа F были нами отнесены к секреторной стадии экссудативного отита и отмечали длительность заболевания не более 1 года в анамнезе. При тимпаностомии отмечалось выделение серозного жидкого (водянистого) экссудата в значительном количестве.

Однако при тимпанограмме с типом B, в анамнезе пациентов с экссудативным средним отитом отмечалась длительность заболевания более 2-2,5 лет. Отоскопически барабанная перепонка мутная, неравномерно синюшная, неподвижная при нагрузочных пробах на евстахиеву трубу. В ряде случаев (26,6%) определялось выбухание в нижних отделах тимпанальной мембраны. Содержимое барабанной полости в виде вязкого густого, мукозного экссудата (клейкое ухо).

Заключение

Таким образом, выявлены ряд особенностей диагностических критериев экссудативного среднего отита, определение которых позволит практикующему врачу оториноларингологу в определение тактики дальнейшего лечения и прогноза. Так, сочетание отоскопических и импедансометрических показателей может предположительно указывать на прогноз заболевания и более адекватную коррекцию выбираемой терапевтической тактики. Так при туботите с повышенным

внутрибарабанным давлением лечение, направленное на купирование вазомоторных и воспалительных изменений в полости носа, околоносовых пазухах и носоглотке, позволяет добиться нормализации состояния среднего уха. Или, при экссудативном среднем отите с тимпанограммой типа B и давностью процесса более 1 года будут показаны хирургические методы лечения, и сроки восстановления слуха и функции слуховой трубы зависят от вязкости секрета и степени фиброзных изменений в барабанной полости. Соответственно сроки восстановления в этих случаях значительно удлиняются, и не всегда отмечается полное восстановление слуха даже после оперативных вмешательств. Исходя из наших наблюдений, отмечена прямая зависимость сроков восстановления функции слуха, разрешения процессов в среднем ухе и восстановления проходимости слуховой трубы от возраста пациентов. Так, у пациентов детского возраста отмечалась значительная положительная динамика в течение первых суток после начатого лечения.

Диагностическая эндоскопия полости носа и носоглотки с визуальным контролем функциональных проб должна выполняться каждому пациенту с ЭСО, так как она позволяет уточнить характер причин, связанных с дисфункцией слуховой трубы, и является одной из определяющих в выборе объема необходимого как консервативного, так и оперативного лечения.

Литература:

1. Давидян Е.Д. Клинико аудиологические особенности туботита при накачивающем эффекте слуховой трубы: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.- С-Пб, 2007.- 28 с.
2. Дорошевич И.В. Лечебно-диагностическая тактика при мукозной стадии экссудативного среднего отита у детей: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.- М., 2011.- 27 с.
3. Котов Р.В. Эндоскопия в диагностике и лечении экссудативного среднего отита у детей: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.- М., 2007.- 26 с.
4. Магомедов М.М., Никиткин А.Ю., Левина Ю.В. и др. Экссудативный средний отит. Современные представления и актуальность проблемы // Вестник оториноларингологии.- 2012.- №5.- С. 93-97.
5. Саликов А.В. Экссудативный средний отит: функционально-морфологические изменения в носоглотке и барабанной полости, совершенствование методов их коррекции: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.- С-Пб., 2010.- 25 с.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОТИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**Тулєбаєв Р.К., Мухамадиева Г.А., Папулова Н.М.,
Каримов А.М., Ерсханова Б.К.**

АО «Медицинский университет Астана»
Астана, Республика Казахстан

Резюме: В данной статье авторами представлены результаты разработанного ими усовершенствованного комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при ведении пациентов с хроническим гнойным средним отитом.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, тимпанопластика.

COMPREHENSIVE TREATMENT OF CHRONIC OTITIS MEDIA WITH ADVANCED TECHNOLOGIES

**Tulebayev R.K., Muhamadieva G.A., Papulova N.M.,
Karimov A.M., Ersahanova B.K.**

JSC «Astana Medical University»
Astana, Republic of Kazakhstan

Resume: In this article, the authors present the results of the developed improved set of diagnostic, therapeutic and rehabilitation measures in the management of patients with chronic suppurative otitis media.

Key words: chronic suppurative otitis media, tympanoplasty.

Введение

Среди проблем современной оториноларингологии до настоящего времени сохраняются вопросы лечения хронического гнойного среднего отита. Следует особо подчеркнуть, что не своевременная, а также не в полной мере адекватная терапия указанной патологии, как правило, ведет к потере слуха. По данным российских оториноларингологов хронический средний отит и его осложнения занимают в структуре заболеваемости ЛОР-органов третье место и в среднем у взрослого населения частота встречаемости данного заболевания, составляет от 20 до 25% [1 - 4].

Необходимо отметить, что за последние годы появились новые подходы в лечении хронического гнойного среднего отита, связанные с развитием современных технологий, улучшением диагностики и расширением показаний к слухоулучшающим операциям, а также благодаря повышению качества современных слуховых протезов и использованию высоких технологий эндоскопической отохирургии.

В настоящее время отохирурги прибегают к более щадящей эндоскопической хирургии среднего уха с сохранением оставшихся костных

структур. Современные легкие и тончайшие протезы можно крепить на костных структурах наковальни или стремечка. Поэтому большинство отохирургов предпочитают пользоваться усовершенствованными слуховыми протезами, которые позволяют эффективно передавать звуковые колебания [5 - 8].

Цель исследования:

Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом.

Материалы и методы исследования:

Под нашим обследованием и наблюдением с 2010 по 2013 годы в условиях оториноларингологического отделения первой городской клинической больницы г.Астана находилось 250 больных в возрасте от 18 до 55 лет с хроническим гнойным средним отитом с преимущественно кондуктивной формой тугоухости. Среди них мужчин 138 (55,2%), женщин 112 (44,8%). Всем больным осуществлялось общее клинико-лабораторное обследование, а также специальное оториноларингологическое исследование, включающее эндоскопический осмотр верхних дыхательных путей и уха, а также функциональные тесты: изучение показателей мукоцилиарного клиренса,

термометрия носоглотки, ольфактометрия, риноманометрия, аудиометрия и тимпанометрия. Всем пациентам проводилась рентгенография и компьютерная томография височных костей в двух проекциях (коронарной и аксиальной) (на компьютерном томографе фирмы «Phillips»). С целью определения вентиляционной и дренажной функции слуховой трубы проводили пробы с пустым глотком, Тойнби, Вальсальвы и Политцера.

В зависимости от отохирургического вмешательства пациенты были распределены на две группы. Первую группу составили 145 больных, которым проводилась мирингопластика двухслойным трансплантатом. В этой группе у больных применяли хондро-перихондральный трансплантат и аутофасциальный лоскут. Вторая группа больных (n=105) включала лиц, которым была проведена тимпаноластика с применением композитного аутоотрансплантата. Эти пациенты имели ограниченную форму холестеатомы.

В контрольной группе (n=20) проводилось лечение по обычной стандартной методике: проводили консервативную терапию обострения хронического гнойного отита и только через 6 месяцев, при отсутствии рецидива заболевания, проводили слухоулучшающую операцию (тимпаноластику).

Результаты и их обсуждение:

На основании результатов проведенных исследований нами установлено, что наилучшие функциональные результаты достигаются у пациентов с первичной тимпаноластикой I-го типа без реконструкции цепи слуховых косточек и с мирингопластикой композитным аутоотрансплантатом в 91,2-96,8% случаев.

Вместе с тем, при наличии у пациентов тотальных и сочетанных дефектов слуховых косточек по нашему мнению у этих больных необходимо использовать тефлоновые протезы.

Выводы:

Успешное закрытие перфорации барабанной перепонки не зависит от типа ее трансплантата. Ведущим моментом является размер перфорации, наличие ретракционных карманов и предпочтения отохирурга. Наиболее выраженное улучшение слуха у пациентов с хроническим гнойным средним отитом наблюдается при проведении таких оперативных вмешательств, как первичная

тимпаноластика без реконструкции слуховых косточек и мирингопластика композитным аутоотрансплантатом. Усовершенствованный комплекс послеоперационного лечения больных. Перенесших оперативное вмешательство на среднем ухе позволил сократить сроки пребывания в стационаре до $9,5 \pm 1,7$ дней по сравнению с контрольной группой – $19,4 \pm 2,3$ дня ($p < 0,05$).

Литература:

1. Полякова С.Д., Земсков А.М. Принципы послеоперационного лечения больных с хроническими гнойными средними отитами // *Материалы XV Всероссийского съезда оториноларингологов, 25-29 сентября 1995. - СПб. - Том. I. - С.347-350.*

2. Полякова С.Д., Земсков А.М. Зависимость иммунологической реактивности больных хроническим гнойным средним отитом от характера микрофлоры // *Материалы XV Всероссийского съезда оториноларингологов, 25-29 сентября 1995. - СПб. - Том. I. - С.402-405.*

3. Пятякина О.К. Функциональная хирургия при хронических средних отитах. // *Материалы Российской научно-практической конференции оториноларингологов. – Оренбург, 2002 г. - С.25-28.*

4. Косяков С.Я., Пискунов Г.З. Ретракционные карманы. Особенности тимпаноластики. // *Материалы Российской научно-практической конференции оториноларингологов. – Оренбург, 2002 г. - С.68-71.*

5. Асланов З.С., Гаджимирзаева Р.Г., Гамзатова Э.Г. Усовершенствование техники операции раздельной аттико-антротомии и одноэтапной тимпаноластики. // *Материалы Российской научно-практической конференции оториноларингологов. – Оренбург, 2002 г. - С.42-44.*

6. Извин А.И. Предпосылки, особенности течения и лечебной тактики хронических гнойных средних отитов в условиях Тюменского Севера. // *Материалы Российской научно-практической конференции оториноларингологов. – Оренбург, 2002 г. - С.61-63.*

7. Ситников В.П. Реконструктивная мастоидопластика у лиц, страдающих «болезнью оперированного уха». // *Материалы Российской научно-практической конференции оториноларингологов. – Оренбург, 2002г. - С.117-119.*

8. Ситников В.П., Дроздова М.В. Современные методы лечения секреторного среднего отита у детей. // *Материалы Российской научно-практической конференции оториноларингологов. – Оренбург, 2002г. - С.119-122.*

О СОСТОЯНИИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СРЕДНЕГО УХА

Карабаяев Х.Э., Орзиев С.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Ташкент, Узбекистан

Резюме: О состоянии перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у детей при гнойно-воспалительных заболеваниях среднего уха.

Цель работы - изучить состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями среднего уха.

При этом определено количество продуктов перекисного окисления липидов (диеновые конъюгаты и малоновые диальдегиды) и ферментов антиоксидантной защиты (каталаза и супероксиддисмутаза) у детей, болевших с острым гнойным средним отитом (n=47) и с хроническим гнойным мезотимпанитом (n=125), а также с хроническим гнойным эпитимпанитом и эпимезотимпанитом (n=49). Полученные результаты основной группы сравнивали и оценены с вышеописанными показателями 28 здоровых детей аналогичного возраста (контрольная группа). Возраст детей были 2-14 лет.

У этих больных происходит повышение количество продуктов перекисного окисления липидов и одновременно снижается активности ферментов антиоксидантной защиты, а также изменяется данные показатели в зависимости от течения и клинической формы заболевания.

Ключевые слова: перекисное окисление липидов, антиоксидантная защита, острый гнойный средний отит, хронический гнойный средний отит.

ABOUT CONDITION PEROXIDE LIPIDS OXIDATION AND ANTIOXIDANT DEFENSE OF CHILDREN IN SHARPNESS AND UNINTERRUPTED PURULENT DISEASE MIDDLE EAR

Karabayev X.E., Orziev S.X.

Tashkent pediatry medical institute
Andijan State medical institute
Andijan, Tashkent, Uzbekistan

Resume: The aim of this work – to learn about of peroxide lipids oxidation and antioxidant defense of children in sharpness and uninterrupted purulent disease middle ear.

In this research explained rate of production peroxidate lipids (dian steeds and malon dialdegids) and antioxidant system (katalaza and super oxiddismutaza) with children, of sharpness and acute suppurative otitis media (n=47) and with purulent uninterrupted mezotimpanit (n=125) and so that uninterrupted purulent epitimpanit and epitimezotimpanit (n=49).

In this result compared these indicators with healthy children. Peroxidant lipids pointers considerable increase and creasing of activation ferments for these patients so these excusing of diseases and cases of clines explained bring of changes. So that, these indicators are changed clinical disease and forms

Key words: peroxide lipids oxidation, antioxidant defense, acute suppurative otitis media, chronic suppurative otitis media.

У детей в раннем периоде механизмы физиологических и метаболических систем, в том числе антиоксидантной защиты (АОЗ), несформированны и нестабильны, в связи с этим они легко нарушаются. У детей более старшего возраста ослабление антиоксидантной защиты и неконтролируемое усиление процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) являются важными звеньями патогенеза различной патологии, в том числе воспалительной заболевании [7].

Многочисленные работы последних лет

показывают, что главной причиной патологических процессов в организме человека, является избыточное накопление в организме свободных радикалов кислорода. Эффективная защита от отрицательного разрушительного действия свободных радикалов обеспечивается антиоксидантами, которые способны их нейтрализовать [2]. Поэтому в настоящее время большое внимание уделяется изучению особенностей антиоксидантной защиты организма. Большой и все возрастающий интерес ученых к этим полифункциональным

веществам (антиоксидантам) объясняется прежде всего тем, что они обеспечивают необходимую активность антиоксидантной системы – универсальной регулирующей системы организма, контролирующей уровень свободно радикальных реакций окисления и препятствующей накоплению токсичных продуктов окисления [5].

Цель работы - изучить состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями среднего уха.

Материалы и методы – мы определили в крови количественные показатели – продукты ПОЛ (диеновые конъюгаты (ДК) и малоновые диальдегиды (МДА)) [1] и ферменты АОЗ – супероксиддисмутаза (СОД) [4] и каталаза (КТ) [3] у больных детей с острым гнойным средним отитом (ОГСО; n=47) и с хроническим гнойным мезотимпанитом (ХГМ; n=125), а также с хроническим гнойным эптитимпанитом и эпимезотимпанитом (ХГЭ и ХГЭМ; n=49). Полученные результаты основной группы сравнивали и оценивали с вышеописанными показателями 28 здоровых детей аналогичного возраста (контрольная группа). Возраст детей

был 2-14 лет.

Статистическая обработка полученных результатов включала в себя метод достоверности разностей средних величин с использованием критерия Стьюдента-Фишера.

Результаты и их обсуждение.

Результаты, полученные в исследованиях показали, что деятельность АОЗ и ПОЛ у детей с острым и хроническим гнойным воспалительным заболеванием среднего уха выражаются определенными изменениями.

С первой таблицы видно, что группа детей с ОГСО (I) ДК было статистически достоверно выше, чем у здоровых детей ($P < 0,02$) и эти показатели состоят из следующего: $7,18 \pm 0,43$ и $5,73 \pm 0,37$. МДА у больных этой группы составляли $4,73 \pm 0,44$, а у здоровых детей - $3,28 \pm 0,18$ ($P < 0,01$). Из ферментов защиты АОЗ лишь количество СОД было статистически ниже ($2,43 \pm 0,13$ против $2,86 \pm 0,15$; $P < 0,05$), а понижение концентрации КТ было статистически недостоверно ($11,23 \pm 0,61$ против $12,64 \pm 0,67$; $P > 0,05$).

В исследовании, проведенном Ф.Н. Файзуллаевой [6], у взрослого населения, болеющими ОГСО (в этом исследовании ДК

Таблица-1

Изменения показателей ПОЛ и АОЗ в сыворотке крови у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями среднего уха

Группа	Показатели			
	ДК нмоль /мл	МДА нмоль мда/мл	СОД актив. един./мл	КТ нмоль H ₂ O ₂ /мл
ОГСО (I) n=47	$7,18 \pm 0,43^{xx}$	$4,73 \pm 0,44^{xxx}$	$2,43 \pm 0,13^x$	$11,23 \pm 0,61$
ХГМ (II-A) n=125	$6,75 \pm 0,27^x$	$4,15 \pm 0,24^{xxx}$	$1,93 \pm 0,35^{xx}$	$10,18 \pm 1,01^x$
ХГЭ и ХГЭМ(II-B) n=49	$6,95 \pm 0,44^x$	$4,34 \pm 0,46^x$	$1,86 \pm 0,32^{xxx}$	$9,07 \pm 0,85^{xxxx}$
Здоровые n=28	$5,73 \pm 0,37$	$3,28 \pm 0,18$	$2,86 \pm 0,15$	$12,64 \pm 0,67$

Примечание: x-0,05; xx-0,02; xxx-0,01; xxxx-0,001. Результаты полученных показателей оценены, сопоставив результатам, полученным показателям у здоровых детей.

не изучен) МДА значительно повышен, чем в группах контроля ($P < 0,05$), а чем хронической формы гнойного среднего отита недостоверны ($P > 0,05$). Когда сопоставлено количество СОД и КТ с данными показателями контрольной группы, выявлена недостоверная низость и это составляло соответственно $0,59 \pm 0,01$ и $11,35 \pm 0,06$. Это состояние автор объясняет, присоединив к этому процессу компенсаторно – приспособительные механизмы целого организма.

В нашем исследовании, в группах детей, болевших с ХГМ (II-A) количество ДК составляло $6,75 \pm 0,27$ и этот результат в сравнении с группой детей, болевших с ХГЭ и ХГЭМ (II-B) отличали недостоверным ($6,95 \pm 0,44$), но с данными контрольной группы отличали достоверно ($5,73 \pm 0,37$, $P < 0,05$). Количество МДА у больных этой группы, чем контрольной группы значительно повышено ($4,15 \pm 0,24$, $P < 0,01$). Активность ферментов АОС, в отличие от изменения в ПОЛ, характеризовали понижением их количества. В этом исследовании концентрации СОД составляли $1,93 \pm 0,35$, а КТ – $10,18 \pm 1,01$. У больных II-B группы показатели ДК, МДА, СОД и КТ соответственно ограничивались следующими цифрами: $6,95 \pm 0,44$; $4,34 \pm 0,46$; $1,86 \pm 0,32$ и $9,07 \pm 0,85$ и они достоверно различались от показателей контроля. В вышеуказанном сопоставляемом исследовании МДА в крови у больных старшего возраста с ХГСО в 2,3 раза повысился ($P < 0,05$), чем в группах контроля. Мы связываем в исследовании значительное осязаемое повышение данного показателя с длительностью болезни. А также достоверное понижение ферментов СОД и КТ ($0,63 \pm 0,03$ и $10,35 \pm 0,72$; $P < 0,05$).

Значит, по полученным результатам можно сделать вывод, что у больных с гнойно-воспалительным заболеванием среднего уха показатели ПОЛ осязаемо повышаются и одновременно активность ферментов АОЗ

понижается в той или иной степени и они изменяются в зависимости от клинического течения и формы гнойного отита.

Выводы:

1. Активность продукции ПОЛ и понижение активности ферментов АОЗ можно считать одним из факторов в патогенезе при гнойно-воспалительных заболеваниях среднего уха.

2. Включение антиоксидантов в комплексное лечение гнойно-воспалительного заболевания среднего уха считается целесообразным для коррекции расстройств, возникших в ПОЛ и АОЗ.

3. В клинической практике можно пользоваться способом определения активности ферментов АОЗ и продукции ПОЛ в крови как прогностическим критерием для оценки тяжести и течения гнойных отитов.

Литература:

1. Владимирова Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. – М.: Наука, 1972, 252с.

2. Гудковский В. А. Природные антиоксиданты фруктов - надежная защита человека от болезней. // Ваше питание, 2001, №1, с.22-26.

3. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г. Определение активности каталазы. // Лабораторное дело, 1998, №1, с.16-19.

4. Мхитарян В.Г., Бадалян Г.Е. Определение активности супероксиддисмутазы. // Журнал экспериментальной и клинической медицины, 1978, №6, с.7-11.

5. Сим Е.В., Каримов М.Ш. Роль свободнорадикального окисления в прогрессировании воспалительного процесса при болезни Рейтера. // Медицинский журнал Узбекистана, 2005, №2, с.49-51.

6. Файзуллаева Ф.Н. Обоснование применения антиоксидантов при комплексном лечении больных острым и хроническим гнойным средним отитом с учётом показателей перекисного окисления липидов: автореф. дис. ...канд.мед.наук. – Ташкент, 1998, 17с.

7. Шилина Н.М. Механизмы антиоксидантной защиты у детей. // Вопросы питания, 2009, том-78, №3, с.11-16.

НАШ ОПЫТ НЕОТЛОЖНОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПРИ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ РАЗРЫВАХ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ И МЕМБРАНЫ УЛИТКИ С ЛИКВОРЕЕЙ

Холматов И.Б., Каримов А.О., Мавлонова З.Р.

Лор клиника Худжандского отделения

Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров

Согдийская областная клиническая больница

Худжанд, Таджикистан

Резюме: В работе проведено изучение эффективности применения неотложной тимпаноластики, с применением фасции височной мышцы в качестве трансплантатов при острых травматических средних отитах с разрывом первичной и вторичной мембраны среднего уха, осложненное ликвореей у 72 больных.

Результаты неотложной тимпаноластики с применением фасции височной мышцы при острых травматических разрывах барабанной перепонки с разрывом вторичной мембраны с ликвореей являются эффективным методом хирургического лечения. Оно позволило достичь положительного морфологического и функционального результата

Ключевые слова: неотложная тимпаноластика, мембраны улитки, отомикроскопия, трансплантат, фация височной мышцы.

OUR WORK OF URGENT TIMFONAPLASTIC IN SHARP TRAUMATIC RAPTURE OF EARDRUM AND SNAIL MEMBRANE WITH LIVERY

Kholmatorov I.B., Karimov A.O., Mavlonova Z.R.

ENT Clinic Khujand Branch Tajik Institute of Postgraduate medical training

Sughd Regional Hospital

Khujand, Tajikistan

Resume: In this work was carry out the studying about effective using of urgent timponaplastic by using farcies of surface muscles as the transplotation in sharp traumatic average ofitis with rapture of first and second membrane of average ofitis, complicated by the likvary are 83 patients.

The results of urgent timponaplostic raptures of eardrum with the rapture of a snail membranes with the livery is the effective method of surgery treatment. It helped to reach good morphological and functional results.

Key words: urgent timponoplastic, snail membrane, otomicroscope, transplant, fascia, of Sur face muscles.

Актуальность.

Травма среднего уха с повреждением барабанной перепонки и мембраны улитки является одной из актуальных проблем оториноларингологии. Травма уха составляет по данным разных авторов 32-70% всех травматических повреждений как в военное, так в мирное время [1, 3].

Проблема травмы среднего уха с разрывом барабанной перепонки и мембраны улитки изучена недостаточно. Своевременность и правильность диагностики и оказания неотложной помощи на ранних этапах поражения, в значительной степени зависит от своевременного обращения [2, 4, 5].

Целью нашей работы является оценка эффективности применения неотложной тимпаноластики при острых травматических средних отитах с разрывом барабанной перепонки улитки с истечением ликвора.

Материал и методы исследования.

Нами, в условиях лор - клиники СОКБ города Худжанда за период 2008-2013 г., обследовано 83 больных в возрасте от 16 до 40 лет, из них было женщин 46 (52,8%), мужчин 41(47,2 %) с острым травматическим разрывом барабанной перепонки, причиной которого были удары по уху ладонью. Давность получения травмы до обращения к специалисту в среднем составляла от 1 до 12 суток. Больные с травмами уха жаловались главным образом на внезапное понижение слуха - 50%, отмечались боль и шум в ухе с выделением светлой жидкости - у 20% больных, так же наблюдались больные с головной болью, тошнотой и рвотой временного характера.

Всем больным проводили полное клиническое обследование: отомикроскопия, комплексное аудиологическое исследование, рентгенография височной кости по Щюллеру,

при необходимости консультация невролога.

Результаты. При отомикроскопии установлено, что у 87 больных дефект на барабанной перепонке имел неровные края, локализовался на натянутой части барабанной перепонки. У некоторых при отомикроскопии наблюдается наличие ликвореи, которая связана с разрывом мембраны улитки, у 16 (22,2 %) больных дефект барабанной перепонки находился в переднем и заднем квадранте барабанной перепонки, но нарушение целостности цепи слуховых косточек не обнаружено.

Результаты аудиологических обследований показали, что у 69 (95,8%) больных отмечались тугоухость кондуктивного характера, у 18 (25,0%) больных выявлены нейросенсорная тугоухость (наличие высоких порогов восприятия ультразвука до 10 вольт, нарушения разборчивости речи до 80% и положительный ФУНГ).

Всем больным в день поступления, в клинике проведена неотложная тимпаноластика. Операция проведена под общим наркозом с использованием хирургического микроскопа, удалены сгустки крови и оторванные нежизнеспособные края дефекта барабанной перепонки. Ревизировали барабанную полость, цепь слуховых косточек при наличии ликвореи (дефект мембраны улитки), осуществляли мирингопластику с применением фрагмента фасции височной мышцы. В заключении, осуществляли подготовку ложа для укладки новой барабанной перепонки. Трансплантантом, подготовленным из фасции височной мышцы, в последующем тампонировали наружный слуховой проход и лечение послеоперационной раны. Послеоперационный период протекал удовлетворительно у подавляющего большинства больных, 50 % отмечали положительные морфологические и функциональные результаты.

Динамическое наблюдение после операции в течение 6 месяцев - у 18 (20,6%) больных наблюдали ухудшение слуха и наличие шума в ушах. Повторное аудиологическое

обследование выявило у этих больных картину нейросенсорной тугоухости травматического генеза, которым произведена консервативная, противоневритная терапия.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что неотложная тимпаноластика является наиболее эффективным методом хирургического лечения при острых травматических разрывах барабанной перепонки с разрывом мембраны улитки с ликвореей, полученные результаты убедительны и позволяют достичь положительного морфологического и функционального результата у 80 % оперированных больных. Она может быть рекомендована для широкого применения в практической оториноларингологии.

Литература:

1. Бободжанов У.Б. Клинико-аудиологическая характеристика острого травматического среднего отита с разрывом барабанной перепонки // Автореферат на соискание ученой степени кандидата мед. наук. Душанбе 1996г., 16 с.

2. Бободжанов Р.У., Холматов И.Б., Холматов Д.И. Тимпаноластика при внезапной тугоухости травматической этиологии. // Среднеазиатская научно - практический журнал стоматология № 3 – Материалы III съезда оториноларингологов Узбекистана » Ташкент - 2010.С. 108 – 109.

3. Ботиров А.Ж. Новый материал для реконструкции барабанной перепонки. // Среднеазиатская научно - практический журнал стоматология № 3–4. « Материалы III - съезда оториноларингологов Узбекистана » Ташкент - 2010.С. 108 – 109.

4. Маткулиев Х.М., Маткулиев К.Х. Зависимость исхода реконструктивно – слухулучшающих операции от методов укладки трансплантата. // Тезисы докладов научно - практической конференции детских оториноларингологов «Актуальные проблемы детской оториноларингологии» Ташкент. 2006. С.19 – 24.

5. Маткулиев К.Х. Оценка эффективности и прогнозируемые результатов различных вариантов тимпаноластики: Автореферат диссертации канд. мед. наук, Ташкент, 2006.- 23 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ ТУГОУХОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

¹Холматов Д. И., ²Бободжонов Р. У., ¹Махамадиев А. А., ¹Алиев Н.В.

¹Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

²Согдийская областная клиническая больница им. М. Кутфидинова

Душанбе, Худжанд, Таджикистан

Резюме: Одной из наиболее частых причин внезапной тугоухости в структуре заболеваний уха в большинстве случаев, являются различные травмы (баротравмы, механические, акустические и др.). Используя современные методы аудиологической диагностики и способы хирургической реабилитации (тимпаноластики) можно восстановить целостность среднего уха и функциональные свойства слухового анализатора.

TYMPANOPLASTY EFFICIENCY IN SUDDEN HEARING LOSS TRAUMATIC ETIOLOGY

¹Holmatov D.I., ²Bobodzhonov R. Y., ¹Mahamadiev A.A., ¹Aliev N.V.

¹Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sina

²Sughd Oblast Clinical Hospital. M. Kutfidinova

Dushanbe, Khujand, Tajikistan

Resume: One of the most frequent causes of sudden hearing loss in the structure of the ear diseases in most cases, are different injury (barotrauma, mechanical, acoustic, etc.). Using modern methods of audiological diagnostics and methods of surgical rehabilitation (tympanoplasty) can restore the integrity of the middle ear and the functional properties of the auditory analyzer.

Введение. В последнее время травмы уха занимают одно из ведущих мест в оториноларингологии, среди них, приобретает всё большую актуальность травматический разрыв барабанной перепонки с возникновением внезапной тугоухости [1, 2]. Наличие разрыва барабанной перепонки с отореей является одной из ведущих причин тугоухости [3, 4, 7, 8, 9]. По данным авторов, для устранения повреждений структур среднего уха и восстановления утраченной слуховой функции, эффективным методом является проведение тимпаноластики с одномоментной комплексной противоневритной терапией [5, 6].

В этой связи, мы решили обобщить результаты собственного опыта лечения больных с внезапной тугоухостью травматической этиологии.

В нашу задачу входило изучение частоты обнаружения внезапной тугоухости травматического характера, её клинических проявлений и результатов тимпаноластики у этих больных.

Материалы и методы. Обследовано 22 пациента с ВТТЭ, из них мужчин было 10 (45,4%), женщин - 12 (54,6%), в возрасте от 6 до 38 лет. Всем испытуемым

выполнено отоневрологическое, комплексное аудиологическое обследование, компьютерная томография сосцевидных отростков (по показаниям). Для оценки объективной картины уха, проводили отомикроскопию, рентгенографию и компьютерную томографию височной кости и черепа (по необходимости). Функциональное состояние органа слуха проверяли с помощью тональных пороговых и надпороговых тестов, куда входили: тональная пороговая аудиометрия в расширенном диапазоне частот при костном и воздушном проведении по Б.М. Сагаловичу, определение слуховой чувствительности к низким тонам, к ультразвуку частотой 80 кГц, определение дифференциального порога слуха по Люшеру и речевая аудиометрия.

Результаты и их обсуждение.

Распределение больных по возрасту и полу приведены в таблице 1. Обследованные больные имели следующий характер травмы уха: гиперемию и отёк слизистой барабанной полости, разрыв барабанной перепонки и цепи слуховых косточек в разной степени, а у некоторых наблюдали ко всему прочему отореею.

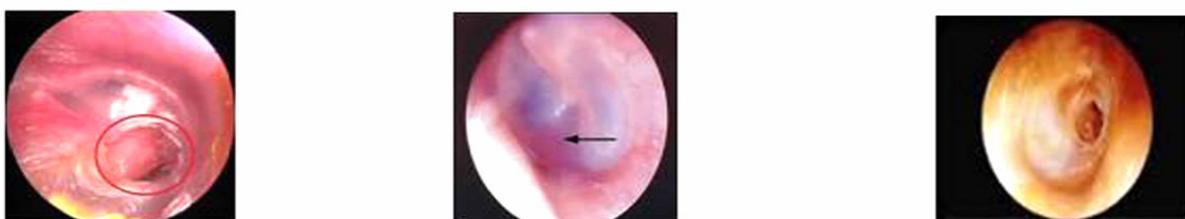
Больные жаловались в основном на снижение слуха, шум в ушах, периодическое

Таблица 1.

Распределение обследованных больных по возрасту

Распределение больных по полу	Возрастные группы (в годах)		
	6-16	17-27	28-38
мужчины	2	5	4
женщины	2	4	5
Итого	4	9	9

Эндофотография барабанных перепонок до операции



Эндофотография барабанных перепонок после операции



Рис.1 Эндофотография наружного слухового прохода некоторых обследованных больных до и после операции

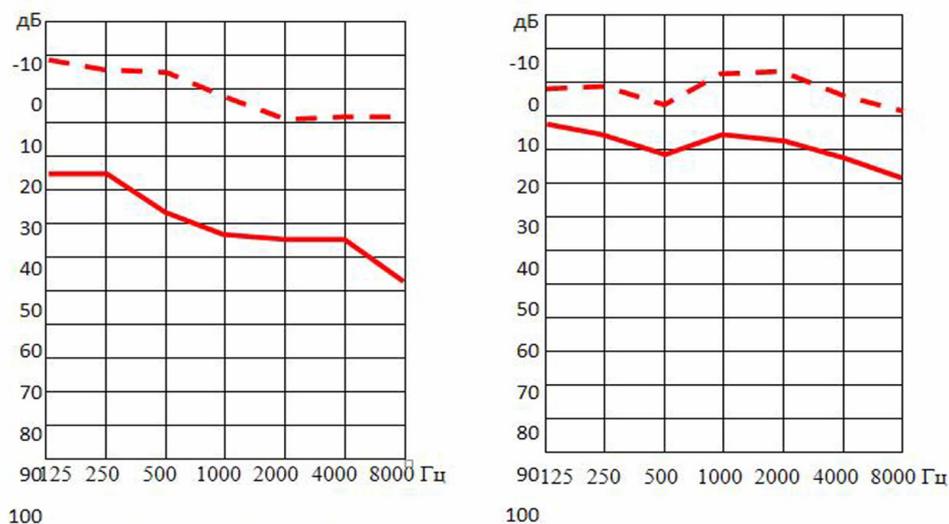


Рис. 2 Усреднённая аудиограмма обследованных больных

Таблица 2.

Результаты тимпаноластики обследованных больных

Результат операции	Через 2месяц после операции	
	Число больных N=22, 100%	
	n	%
Удовлетворительный	16	72,7
неудовлетворительный	6	27,3
Итого	22	100

головокружение и тошноту. У некоторых больных наблюдали признаки сотрясения мозга (в анамнезе отмечалась потеря сознания после полученной травмы с интенсивными приступами тошноты и рвоты), которые были подтверждены специалистами – невропатологами и нейрохирургами. После проведения тимпаноластики и курса дегидротационной, сосудистой и витаминотерапии в течение месяца, вышеуказанные жалобы у больных в разной степени уменьшились, либо вообще исчезли.

Как следует из приведенной таблицы, мужчины и женщины были распределены равномерно, а по возрастным группам больше было больных в возрасте от 17 до 38 лет.

Для оценки характера травмы всем больным проводили эндофотографирование барабанных перепонки, до и после операции. Ниже приводим ряд фотографий обследованных больных (Рис. 1).

После уточнения характера повреждений структур среднего уха, приступали к комплексному аудиологическому обследованию больных, согласно разработанного нами аудиологического алгоритма. Ниже приводим усреднённую аудиограмму обследованных больных до и после лечения (Рис. 2).

Из приведенных усреднённых аудиограмм, обследованных больных следует, что своевременно оказанная диагностико – лечебная помощь по разработанному нами алгоритму обеспечивает довольно хорошие результаты в отношении слуха. Как следует из данных приведенных аудиограмм, у больных с травматическим средним отитом с разрывом барабанных перепонки наблюдали понижение порогов слуха на речевых и высоких частотах в среднем на 20-25 дБ, как по воздушной так и по

костной проводимости.

Результаты проведенной тимпаноластики в сочетании с медикаментозной противоневритной терапией оценивали по морфологическому состоянию структур среднего уха, характеру слуховой функции и общего самочувствия больных. Предварительные результаты оценивали как удовлетворительные либо неудовлетворительные. Для иллюстрации эти данные приводим в таблице 2.

Как следует из данной таблицы, после проведенного хирургического вмешательства, у большинства больных (72,2%) получили удовлетворительный результат. У больных исчез субъективный шум в ушах, улучшился слух, исчезли признаки головокружения. При отомикроскопии наблюдали хорошее приживание новой барабанной перепонки. У остальных обследованных (27,3%), несмотря на проведенную терапию, у 3-х больных наблюдали не приживание неотимпанального лоскута в результате проявления аллергической реакции с признаками присоединения вторичной инфекции, и ещё у 3-х больных, несмотря на хорошие морфологические результаты среднего уха, наблюдали превалирование сенсоневрального компонента тугоухости с наличием субъективного ушного шума, и это усугубляло восприятие звука у этих больных.

Выводы. Таким образом, при внезапной тугоухости травматической этиологии, больные должны быть всесторонне обследованы, дана оценка состоянию структур среднего и внутреннего уха, а также проведено предварительное клинико-аудиологическое обследование с последующей тимпаноластикой и проведением комплексного противоневритного лечения.

Литература:

1. Дискаленко В. В., Пластика больших дефектов барабанной перепонки с применением биосинтетического раневого покрытия «Биокол-1» (предварительное сообщение) 2005, Российская оториноларингология. 2005. - № 2. - С. 47-48.
2. Пальчун В.Т. Наш опыт мирингопластики культурой аллофибробластов человека / В.Т. Пальчун, В.П. Туманов, А.А. Миронов и др. //Материалы XVI съезда оторинолар. РФ. Сочи, 2001. — С. 111-114.
3. Поляков С.Д., Комплексный подход к диагностике и лечению травматического отита. / С.Д. Поляков, Н.Н. Батенев, Е.А. Попов //Вестник оториноларингологии. – 2010. – № 5. – С.23-25.
4. Поматилов А.А. Заживление посттравматического дефекта барабанной перепонки методом трансплантации аллофибробластов человека: Автореф. дис. . канд. мед. наук / А.А. Поматилов — М., 2001. -22 с.
5. Холматов И.Б. Характеристики слуха по данным современных аудиологических методов при различных формах тугоухости и ее особенности у жителей Таджикистана / И.Б. Холматов. – Душанбе, 1972. – 37 с.
6. Холматов Д.И. клинико-аудиологическая характеристика больных с баротравмой уха./ Д.И.Холматов, Р.У. Бободжонов, А.А.Махамдиев // роль медицинской науки в оздоровлении общества: тез.док.59-я науч. – прак. конф. – Душанбе,2011. – С.342-343.
7. Chukuezi AB, Nwosu JN. An unusual cause of acute tympanic membrane perforation: A case report / International Journal of Medicine and Medical Sciences Vol 1(4) pp. 097-098, April, 2009
8. Orji FT, Agu CC. Determinants of spontaneous healing in traumatic perforations of the tympanic membrane. / Clin Otolaryngol. 2008 Oct;33(5):420-6. doi: 10.1111/j.1749-4486.2008.01764.x.
9. Matsuda Y [et al] Effect of tympanic membrane perforation on middle-ear sound transmission. / J Laryngol Otol Suppl. 2009 May;(31):81-9.

ТУГОУХОСТЬ НА ПОЧВЕ РОДСТВЕННОГО БРАКА КАК ФАКТОР НАСЛЕДСТВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Холматов И. Б., Очилзода А.А.

Курс оториноларингологии Худжандского отделения
Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров
Городской центр здоровья
Худжанд, Таджикистан

Резюме: В данном обзоре широко освещены вопросы тугоухости на почве родственного брака, как фактора наследственного заболевания. По данным Таджикских авторов изложены направление исследований, популяционная география наследственных болезней. Популяция с особыми характеристиками, в частности, высоким уровнем кровного родства, освещены такие факторы, как имбридинг в силу существования изолянта. Проведен анализ клинических аудиологических и вестибулометрических особенностей тугоухости на почве родственного брака. Анализ опубликованных материалов свидетельствует о том, что действительно существует наследственно - семейная форма тугоухости среди местных жителей Таджикистана. Данные исследования интересны тем, что для Таджикистана свойственны мононациональные браки, существование горных изолянтов, высокая частота кровнородственных браков

Ключевые слова: наследственные болезни, имбридинг, родственный брак, вестибулометрический, аудиологический.

HEARING LOSS OF SOIL RELATED TO MARRIAGE AS A FACTOR IN HEREDITARY DISEASE (LITERATURE REVIEW)

Holmatov I.B., Ochilzoda A.A.

Rates Otorhinolaryngology Khujand Branch
Tajik Institute of Postgraduate medical training
Urban Health Centre
Khujand, Tajikistan

Resume: In this review, widely covered issues related hearing loss on the basis of marriage, as a factor in hereditary disease. According to Tajik authors set out the direction of research, population geography of hereditary diseases. Population with specific characteristics, in particular, a high level of consanguinity highlights factors such as inbreeding because of the existence izolyanta. The analysis of clinical audiology and hearing loss vestibulometricheskikh features motivated rodsvennogo marriage. Analysis of published material suggests that there really is hereditary - familial form of hearing loss among locals Tajikistan. These studies are interesting in that peculiar Tajikistan mononatsionalnye marriage, the existence of mountain izolyantov, high frequency of consanguineous marriages.

Key words: genetic disease, inbreeding, consanguineous marriages vestibulometrichesky, audiology.

Среди многих сложных проблем наследственных патологий самой сложной и малопонятной остаётся проблема наследственных заболеваний, которая возникает в результате родственных брачных союзов. Проблема действительно сложная. Давно замечено, что дети супругов – родственников страдают наследственными заболеваниями чаще, чем дети от неродственных супружеских пар.

Родственные браки бывают различные по характеру в зависимости от родства: I степень – родство, связывающее родителей с детьми или родных братьев; II степень – родство между дядей, тетей и племянниками; III степень – родство двоюродных братьев и сестер; IV степень – родство троюродных братьев и сестер [19,

24, 31].

Обычай и законы многих стран прямо или косвенно препятствуют заключению браков между родственниками I степени, запрещены законодательством большинства стран. Своеобразные замкнутые общины издавна складывались в горных труднодоступных местах, на отдаленных островах. Многолетняя стабильность населения, его малая миграция делали здесь почти неизбежными родственные браки. Подобные изоляции кое – где сохранились и сейчас. Есть они например, в горных районах Швейцарии, на территории Южной Америки. Но самое удивительное – это существование замкнутых религиозных общин в многомиллионном Лондоне, а также

в США. К ним относятся, например секта менонитов (восемь тысяч человек), ведущая свое происхождение от немногочисленных эмигрантов, прибывших в Северную Америку еще в XVIII веке [19, 24].

В нашей республике наиболее замкнутым регионом является кишлак Марзиж Айнинского района, других населенных местах, где часто встречается родственно брачный союз [1].

Исследователи, изучавшие заболеваемость в подобных изолированных общинах с высоким процентом родственных браков, неизменно отмечали там и более высокий уровень заболевания, чем других наследственных заболеваний и пороков развития. Чаще регистрировались задержка умственного развития, дефекта речи, наследственно - семейная глухота, болезни обмена веществ [5, 20, 24, 29].

Среди причин нарушения слуха важное значение имеют факторы наследственного генеза, которые приводят к изменениям в различных структурах слухового анализатора.

О генетическом происхождении глухоты и тугоухости известно давно, однако отдельные формы наследственных дефектов слуха удалось выделить только в последние десятилетия [6, 9, 10, 11, 12, 21, 29].

Более 50% случаев врожденной сенсоневральной тугоухости и глухоты имеют генетическую (наследственную) причину. При этом нарушения слуха могут отсутствовать сразу при рождении, а развиться позднее, затрагивают одно или оба уха, варьируют от незначительных потерь до глухоты [6, 9, 10, 11].

Специальные генетические и аудиологические исследования, проведенные [3, 7, 22, 24], показали, что действительно существует семейная форма тугоухости среди местных жителей Таджикистана, которая аудиологически характеризуется глубокими кохлеарными поражениями и в проявлении ее отчетливо выступает роль родственных браков – фактора, как известно способствующего проявлению рецессивной наследственности.

С учетом всего изложенного И.Б.Холматовым (1972) была обследована группа больных с семейной тугоухостью, у которых имелось близкое родство родителей – в основном, браки между двоюродными братьями и сестрами [24]. Как правило, тугоухостью на почве родственного брака обнаруживалась у детей

здоровых родителей. При этом лишь часть детей этих родителей страдали тугоухостью, тогда как у других детей не было никаких нарушений слуха. Этим больным автор исследовал кариотип как у тугоухих больных, так и у здоровых родственников. Кроме того, кариологические и аудиологические исследования были проведены у группы больных, страдающих кохлеарным невритом, изучение кариотипа проводили в культурах лейкоцитов периферической крови. С целью увеличения количества делящихся клеток был исследован белково – полисахаридный комплекс фитогенаглютина с гипотоническим раствором.

Проведенные исследования показали, что кариотип больных семейной тугоухостью не имеет закономерных отличий от кариотипа здоровых и больных кохлеарным невритом [22].

Изучено состояние звуковоспринимающего аппарата и эффективность лечения семейной тугоухости на почве родственных браков [1, 2].

Авазов Б.А. (1984), впервые используя комплекс клинико-аудиологических исследований, изучал распространённость семейной тугоухости на почве родственных браков среди жителей этнически замкнутых групп населения Таджикистана, выявил 22% тугоухих детей из общего числа обследованных. Среди жителей, где не имеется этническая замкнутость населения, родственные браки попадаются реже и, соответственно, тугоухость встречается реже (2,4%) [3].

О влиянии комплекса природно - климатических факторов, экономических условий, генетической и территориальной принадлежности жителей разных областей лежит в основе формирования своеобразных функций различных систем организма, в том числе иммунного ответа, изучены М.Д. Вялушкиной М.Д. и соавтор. [5].

В развитии тугоухости на почве родственных браков важную роль играет иммунная система организма. Изменение иммунологического статуса у больных на почве родственных браков изучены Х.Х. Нурматовым и соавт. (1995) [14].

М.М. Рахимовой и соавтор. (1989) изучена эффективность сурдопедагогических занятий при ушном протезировании у взрослых больных с тугоухостью на почве родственного и выявили 100 % разборчивости речи при ушном

протезировании [19].

А.А. Очизода (1999), используя комплекс клинико - аудиологических исследований игровой тональной и игровой речевой аудиометрии у детей младшего возраста при семейной тугоухости на почве родственных браков разработал критерий дифференциальной диагностики тугоухости на почве родственного брака и нейросенсорной тугоухости у детей младшего возраста.

Выявил типичную картину нейросенсорной тугоухости, однако результаты игровой речевой аудиометрии свидетельствовали о нарушении слуховой функции по кондуктивному типу внутриулиткового характера. Для реабилитации детей с тугоухостью на почве родственного брака совместно с сурдопедагогами разработал таблицу таджикских слов для сурдопедагогических занятий с применением звукоусиливающей аппаратуры «Аудиофильтр МТ» [14, 16, 17].

З.Р. Мавляновой (2003), используя комплекс клинико - вестибулометрических исследований выявлены особенности состояния вестибулярного анализатора при тугоухости на почве родственного брака. Установлено, что нарушение вестибулярного анализатора выявляется не только у лиц с тугоухостью на почве родственного брака, но и у лиц с нормальной слуховой функцией, родители которых имеют родственный брак. При нарушении слуховой функции гипорефлексия вестибулярного анализатора более выражена, о чем свидетельствуют данные теста «спонтанной» вестибулометрии, калорической и вращательной стимуляции [7, 8].

Н.Ж. Хушвакова, в результате проведенных аудиологических и генетических исследований детей, находящихся в специализированных школах интернатах Самарканда, установила, что у 552 (97,7%) детей родители являлись между собой родственниками, тугоухость и глухота носили наследственный характер, преимущественно по аутосомно – рецессивному типу [27].

Таким образом, имеющиеся литературные данные разноречивы, не полностью отвечают современным требованиям научного и практического здравоохранения. Однако анализ опубликованных материалов свидетельствует о том, что действительно существует семейная форма тугоухости среди местных жителей Таджикистана. Он позволит оценить причины

формирования популяционной структуры и влияние на этот процесс имбридинга, изоляций, географических условий и иных факторов, расширить понимание причин тугоухости на почве родственного брака как фактор наследственного заболевания, а также улучшить перспективное планирование и организацию соответствующих мероприятий в системе здравоохранения республики.

Литература:

1. Авазов К.А., Хужуматишоев ИИ. Эффективность лечения семейной тугоухости на почве родственных браков. //Актуальные проблемы оториноларингологии. 1982. - С. 117- 118.
2. Авазов К.А. Состояние звуковоспринимающего аппарата у больных семейной тугоухостью. //Материалы 8 го съезда оториноларингологов СССР. 1982.-С. 115-116.
3. Авазов К.А. Клинико-аудиологическая характеристика семейной тугоухости на почве родственных браков. //Автореф. дис. канд.мед.наук. (Душанбе) 1984.14с.
4. Босимова М.Ш., Пак А.А., Бобониязов К.К., Нишанбаев К.Н. Глухота при наследственных заболеваниях у детей. // Тезисы докладов научно - практической конференции детских оториноларингологов «Актуальные проблемы детской оториноларингологии» Ташкент. 2006.С.7-8.
5. Вялушкина М.Д., Хайдарова О.Ф., Юрина Е. В., Мехробишоева З.С. Сезонная изменения показателей иммунного статуса у здоровых детей г. Душанбе. // Журн. Здравоохранения Таджикистана. 1990. - № 1 – С. 24 – 28.
6. Конинсмарк Б.В., Горлин И.Ф. Генетические и метаболические нарушения слуха. Пер. с англ.,- М., 1980.
7. Мавлянова З.Р. Характеристика слуха по данным аудиометрии в расширенном диапазоне частот у больных с тугоухостью на почве родственных браков. // Тез.докл. науч. теор. конф. Худжанд. 1997. 4.1. - С. 104-105.
8. Мавлянова З.Р.Клинико-вестибулометрическая характеристика тугоухости на почве родственных браков. // Автореф. дис. канд. мед.наук. Душанбе, 2003, 119 с.
9. Маркова Т. Г., Перетятая Е.В. Изучение медико-генетических аспектов врожденной и ранней детской тугоухости с помощью анкетирования родителей ребенка с патологией слуха. Матер. Всерос. науч.-практ. конф. молодых ученых-оторинолар. //Новости оторинолар. и логопатол.-2001.-N1(25).- С.72-74.
10. Маркова Т. Г. Клинико-генетический анализ врожденной и доречевой тугоухости. 2008.
11. Маркова Т.Г.,Кунельская Н.Л.Перспективы развития генетических исследований в сурдологии //Рос. оторинолар.-2008.- №3.-34-39.
12. Миразизов Р.К. Характеристика детской тугоухости, обусловленной взаимодействием генетических факторов. // В кн. 1-съезд оторинолар. Казахстана. Тезисы докл. Алма-Ата. 1983. 143 с.

13. Нурматов Х.Х., Вялушкина М.Д. Гафарова М.А. Иммунный статус больных с тугоухостью на почве родственных браков. // Журн. Здравоохранения Таджикистана. 1995. - № 1 – С. 40 – 42.
14. Очилзода А.А. Аудиологическая характеристика различных форм тугоухости у детей среди жителей Таджикистана. // Автореф. дис. . канд. мед. наук. Душанбе. 1999.
15. Олимов Ю.И., Мирзоева С.М., Победимская Т. Д. Частота имбридинга в различных популяциях // Журн. Здравоохранения Таджикистана. 1993. - № 4 – С. 44 – 47.
16. Очилзода А.А., Ибрагимов М.Ю. Речевая аудиометрия при помощи аппарата «Фильтр МТ» и ее эффективность при ушном протезировании у детей с наследственной формой тугоухости. //Тезисы докладов конференции молодых ученых Леннабадской области, посвященной 65-летию Худжандского государственного университета.—1997, ч. I, с. 102 — 103.
17. Очилзода А.А., Рахмонов З.П., Очилзода С.У. Эффективность сурдопедагогических занятий при ушном протезировании у детей младшего возраста с тугоухостью на почве родственного брака.// Журнал здравоохранения Таджикистана. 2002.-№3. С.123-124.
19. Рахимова М.М., Хукуматшоев И.И., Фазилова И.А. Эффективность Сурдопедагогических занятий при ушном протезировании у тугоухих на почве родственного браков. // Тезисы докладов VII съезд оториноларингологов Украины. 1989. - С. 136 – 137.
20. Сагалович Б.М. Тугоухость.//М. Медицина. 1978.
21. Ходжаев Ф.А., Рахмонов Р.А. Наследственные болезни нервной системы – актуальные проблемы в Таджикистане.//Журнал здравоохранения Таджикистана. 2012.-№1. С.11-19.
22. Холматов И.Б. Некоторые вопросы изучения наследственности при отосклерозе. // Докл. науч.конф. Москва. НИИ уха, горла и носа. 1970. – С. 10 – 12.
23. Холматов И.Б. Распространенность и структура болезней органа слуха среди жителей Таджикистана. // Здравоохранение Таджикистана 1971. С 29 - 32.
24. Холматов И.Б. Аудиологическая характеристика различных форм тугоухости и ее особенности у жителей Таджикистана. //Автореф.дис. .докт. мед. наук. Душанбе. 1972.
25. Холматов И.Б. Характеристика слуха по данным современных аудиологических методов при различных формах тугоухости и ее особенности у жителей Таджикистана. // Методическое письмо. Душанбе 1972.
26. Холматов И.Б. Некоторые вопросы изучения наследственности при отосклерозе. //Вест.оторинолар. 1973.- №6.- С.12.
27. Хушвакова Н.Ж. Врожденная нейросенсорная тугоухость у детей узбекской популяции. // Среднеазиатская научно - практический журнал стоматология № 3 – 4.« Материалы третьего съезда оториноларингологов Узбекистана » Ташкент – 2010. С. 98 – 99.
28. Kenneson et al., GJB2 (connexin 26) variants and nonsyndromic sensorineural hearing loss: a HuGE review, Genet. Med. 2002, 4(4):258-74. [PMID: 12172392].
29. Stewart J.E. Newborn infant hearing screening a five year pilot project.-J.Otolaringolog., 1977,6, 477- 479.

АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ПОЧВЕ РОДСТВЕННОГО БРАКА РОДИТЕЛЕЙ

Холматов И. Б., Очилзода А.А.

Курс оториноларингологии Худжандского отделения
Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров
Городской центр здоровья
Худжанд, Таджикистан

Резюме: В данной статье авторами изложены результаты аудиологического исследования слуха у 50 детей, 3-5 лет, с тугоухостью на почве родственного брака. Результаты проведенной игровой тональной пороговой речевой аудиометрии у детей младшего возраста выявили нарушение слуха, обусловленного поражением звукопроводящей системы внутриулиткового характера, что характерно при тугоухости на почве родственного брака и дает возможность на своевременную медицинскую и социальную реабилитацию.

Ключевые слова: родственный брак, игровая тональная и речевая аудиометрия, кондуктивная тугоухость внутриулиткового характера.

AUDIO LOGICAL DESCRIPTION OF HEARING LOSS FOR THE CHILDREN OF JUNIOR AGE ON SOIL OF FAMILY MARRIAGE OF PARENTS

Xolmatov I.B., Ochilzoda A.A.

Rates Otorhinolaryngology X TIPPMK About Republic of Tajikistan
Urban Health Centre
Khujand, Tajikistan

Resume: In given to the article authors are expound the results of audio logical research dry 50 children 3-5 with a hearing los on soil of family marriage. Results conducted by playing voice – frequency threshold speech and audiometry for the children of junior age educed violation of rumor conditioned by the defeat of the sound – conducting system in ulitkovy character, that characteristically at a hearing loss on soil of family marriage and gives an opportunity timely medical and social.

Key words: family marriage, playing voice – frequency and speech audiometry, conduct us hearing loss in ulitkovy character.

Введение.

Наследственные нарушения слуха, составляя значительную долю всех врожденных форм глухоты и тугоухости, требуют особого подхода в силу специфичности методов их профилактики [2, 3, 5].

Среди многих сложных проблем наследственных патологий самой сложной и малопонятной остаётся проблема наследственных заболеваний, одним из фактором которого, является родственный брачный союз [1, 4, 8, 9].

Установлено, что развитие тугоухости нередко связано с генетическими факторами, т.е. тугоухость часто развивается у лиц родители, которых имеют родственные браки. В литературе имеются сведения о поражении слухового анализатора на почве родственного брака у взрослых [1, 8].

В доступной литературе мы не встретили работ, посвященных исследованию функции

слухового анализатора у детей младшего возраста с патологией органа слуха на почве родственного брака.

В связи с этим, является актуальным изучение функции слухового анализатора у детей младшего возраста больных с тугоухостью на почве родственного брака.

Учитывая, региональные особенности Таджикистана и популярность родственных браков мы решили провести исследование в данном направлении.

Цель исследования.

Изучение состояния слухового анализатора при тугоухости на почве родственного брака. Выявление функциональных особенностей слухового анализатора при данной патологии. Разработка критерий дифференциальной диагностики с учетом их взаимосвязи с заболеваниями слухового анализатора.

Материал и методы исследования.

В условиях детского сурдологического

центра на основании клинико – аудиологических методов исследования, всестороннему обследованию подвергались 50 детей младшего возраста с тугоухостью на почве родственных браков: мальчиков – 30 (60%), девочек – 20 (40%).

Наличие родственных отношений родителей установили путём тщательного сбора анамнеза у тугоухих детей и их близких родственников.

С целью исследования слуховой функции детей 3-5 лет мы использовали модифицированную методику игровой тональной пороговой аудиометрии разработанную нами (1999) [7]. В состав которого входит - клинический аудиометр МА-31 (производство Германии), игровой блок «сказочный домик», выполняющий различные игровые движение, с использованием условного рефлекса, и игровую речевую аудиометрию на таджикском языке [6], а у детей до трех лет мы применяли метод визуальной регистрации ориентировочных реакции с использованием детского аудиометра типа АУД-174 (ПНР) и методику определения отоакустической эмиссии при помощи прибора “ОАЭ” (производство Иран).

Результаты.

При игровой тональной пороговой аудиометрии у детей младшего возраста определяется нисходящая кривая аудиограммы напоминающие картину нейросенсорной тугоухости. Результаты проведенного нами игровой тональной пороговой аудиометрии у 50 детей младшего возраста (3-5 лет), определяется следующие конфигурации кривой аудиограммы: у 18 (38%) определяется горизонтальная, у 21(42%) горизонтально - нисходящая, и у 11 (22%) - обрывистая конфигурация аудиограмм. При аудиометрическом исследовании восприятие звуков по костной проводимости у детей первой группы с горизонтальной и второй группы с горизонтально нисходящей конфигурацией аудиограмм, кривая костной проводимости сопровождала параллельно конфигурацию кривой аудиограмм по воздушной проводимости, по всем частотам аудиометрической шкалы. В то же время у больных детей третьей группы с обрывистой конфигурацией кривой аудиограммы такой закономерности мы не наблюдали.

Для суждения о функциональном состоянии звуковоспринимающего аппарата внутреннего уха у детей младшего возраста большое значение имеет игровая речевая

аудиометрия в виде определения процента разборчивости речи при разных уровнях его интенсивности. Мы проводили игровую речевую аудиометрию на таджикском языке у детей в возрасте от 3 - 5 лет с семейной тугоухостью различными формами конфигурации аудиограмм. Все дети к моменту исследования обладали способностью к речевому общению с окружающими. Необходимо отметить то, что у большинства детей имелись некоторые дефекты речи (неправильное произношение или замена высокочастотных звуков речи низкочастотными).

Речевым материалом для исследования слуха служили составленные нами таблицы слов на Таджикском языке для детей дошкольного возраста [5].

При игровой речевой аудиометрии у всех обследованных детей выявили 100% разборчивости речи.

Выводы:

Результаты наших исследований совпадают с выводами других авторов о возможных причинах стойких нарушений слуха у взрослых детей с тугоухостью на почве родственного брака.

Таким образом, полученные результаты исследования слуха у детей младшего возраста и нейросенсорная тугоухость на почве родственных браков являются достаточно убедительными, нарушение слуха обусловлено поражением звукопроводящей системы внутрилиткового характера, что дает возможность своевременной медицинской и социальной реабилитации путем ушного протезирования и сурдопедагогических занятий.

Литература:

1. Авазов К.А. Клинико - аудиологическая характеристика семейной тугоухости на почве родственных браков. //Автореф. дис. . канд.мед.наук. Душанбе, - 1984.14с.
2. Босимова М.Ш., Пак А.А., Бобониязов К.К., Нишанбаев К.Н. Глухота при наследственных заболеваниях у детей. // Тезисы докладов научно - практической конференции детских оториноларингологов «Актуальные проблемы детской оториноларингологии» Ташкент. 2006. С.7- 8.
3. Конинсмарк Б.В., Горлин И.Ф. Генетические и метаболические нарушения слуха. Пер. с англ.,- М., 1980, 168с.
4. Мавлянова З.Р. Клиника - вестибулометрической характеристики тугоухости на почве родственных браков. //Автореферат кандидатской диссертации. Душанбе, 2003. 22с.

5. Миразизов Р.К. Характеристика детской тугоухости, обусловленной взаимодействием генетических факторов. // *Материалы I - съезда оторинолар. Казахстана. Тезисы докл. Алма-Ата. 1983. С. 143 – 144.*
6. Очилзода А.А., Махсудов Т.М. Очилзода С.У. Таблица таджикских фонем для исследования слуха. // *Тез., научно-теоретической конф. молодых учёных и специалистов Ленинабадской области.- Худжанд.- 1996.- С.137-138.*
7. Очилзода А.А. Аудиологическая характеристика различных форм тугоухости у детей среди жителей Таджикистана. // *Автореф. дис. . канд. мед. наук. Душанбе. 1999. 16 с.*
8. Холматов И. Б., Очилзода А.А. Тугоухость на почве родственного брака как - фактор наследственной болезни. (Обзор литературы).. // *Республиканский научно - практический журнал «Здравоохранения Таджикистана» №2. «Материалы I-го съезда неврологов» Душанбе – 2014. С. 165 – 166.*
9. Хушвакова Н.Ж. Врожденная нейросенсорная тугоухость у детей узбекской популяции. // *Среднеазиатская научно - практический журнал стоматология № 3 – 4. « Материалы III -го съезда оториноларингологов Узбекистана » Ташкент – 2010. С. 40 – 44.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «СИНУПРЕТ» В ЛЕЧЕНИИ СЕКРЕТОРНОГО ОТИТА

Петрова Л.Г.

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Беларусь

Резюме: В данной статье представлена эффективность препарата «Синупрет» в лечении секреторного отита.

EFFECTIVENESS OF THE DRUG IN THE TREATMENT OF «SINUPRET» SECRETORY OTITIS

Petrova L.G.

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education

Belarus

Resume: The paper presents the effectiveness of the drug «Sinupret» treatment of secretory otitis media.

Секреторный средний отит – наиболее распространенное заболевание среднего уха, особенно в детском возрасте, часто развивающееся на фоне острой респираторной вирусной инфекции и риносинуситов. Эффективное лечение секреторных отитов – профилактика развития тугоухости.

В основе этиологии и патогенеза секреторного отита лежит вялотекущее воспаление слизистой оболочки среднего уха, развивающееся на фоне недостаточной функции слуховой трубы. При этом в полостях среднего уха создается отрицательное давление и повышается содержание углекислого газа, что способствует увеличению количества слизиобразующих клеток [5].

Секреторный отит чаще всего встречается в дошкольном и младшем школьном возрасте, чему способствует возрастной иммунодефицит, начало посещения детского коллектива и инфицирование респираторными вирусными инфекциями [4]. Как правило, острые вирусные инфекции, сопровождающиеся ринитом или риносинуситом, являются пусковым механизмом для развития секреторного отита, поскольку развивающийся при этом отек слизистой носа ведет к нарушению проходимости слуховой трубы и к изменению давления в полости среднего уха. Кроме того, изменяются реологические свойства слизи, нарушаются нормальные пути оттока ее из носа и носоглотки, что приводит к патологическому рефлюксу слуховой трубы и развитию отита.

Таким образом, основную роль в развитии секреторного отита играет нарушение функции

слуховой трубы [1, 3]. Слуховой трубе присущи три основные функции: вентиляционная, дренажная и защитная [1]. Вентиляционная функция заключается в поддержании постоянного давления в барабанной полости, что осуществляется поступлением воздуха через слуховую трубу при каждом акте глотания, зевании. Дренажная функция обеспечивается работой мукоциллиарного эпителия и мышц трубы и заключается в эвакуации секрета барабанной полости в носоглотку. Защитная функция трубы заключается в выработке слизистой оболочкой неспецифических медиаторов клеточной и секреторной защиты от инфекций.

Выделяют несколько вариантов нарушения функции слуховой трубы: патологический рефлюкс в устье трубы, обструктивная дисфункция, «зияющая» слуховая труба». Наиболее частым вариантом является обструктивная дисфункция [3].

В острой стадии секреторного отита возникает отек слизистой оболочки слуховой трубы, вследствие чего просвет ее сужается, нарушается функция мерцательного эпителия вследствие обездвиживания или гибели его ресничек, стенки слуховой трубы плотно смыкаются и теряют способность отделяться одна от другой, просвет трубы не открывается. В барабанной полости развивается отрицательное давление и происходит выпотевание и накопление секрета.

Острый секреторный отит может перейти в хроническую форму, характеризующуюся определенными изменениями слизистой

оболочки уха: на первой стадии происходит пролиферация покровного эпителия, увеличивается количество бокаловидных клеток и слизистых желез; содержимое барабанной полости представлено транссудатом с примесью слизи (серозный отит);

на второй стадии вся поверхность слизистой продуцирует слизь, которая вместе с продуктами клеточного распада становится вязкой;

на третьей стадии количество слизи уменьшается, а скопившийся вязкий экссудат организуется, и возникают условия для образования спаечного процесса, которые в конечном итоге ведут к адгезивному отиту или рубцовой облитерации барабанной полости [5].

Диагностика секреторного отита не представляет особых трудностей.

Из отиатрических жалоб главной, а порой единственной, является снижение слуха, которое может развиваться как остро, так и постепенно. В начале заболевания может отмечаться флюктуация слуха при перемене положения головы, чихании, сморкании и т.д., а в последующем тугоухость приобретает стойкий характер. Может беспокоить чувство полноты, заложенности в ухе, пощелкивание при глотании, аутофония; шум в ухе низкочастотного характера. Боль в ухе не характерна. У детей с секреторным отитом также имеются нарушения слуховой функции, однако жалобы они обычно не предъявляют. Родители могут заметить, что ребёнок стал “невнимательным”, не всегда откликается, смотрит телевизор с большей, чем обычно, громкостью.

Характерные изменения отмечаются при отоскопии. Цвет барабанной перепонки может быть от тускло-серого, желтоватого до синюшного при гематотимпануме. При дисфункции слуховой трубы барабанная перепонка резко втянута, иногда обнаруживаются ретракционные карманы, участки атрофии; при длительно существующем процессе может наблюдаться коллапс барабанной перепонки, когда она плотно прилегает к медиальной стенке барабанной полости (сомнения об отсутствии или наличии барабанной перепонки разрешаются после продувания слуховой трубы и осмотра с применением оптики). Если экссудат заполняет не всю барабанную полость, то за барабанной перепонкой может быть виден уровень жидкости,

при сильном помутнении барабанной перепонки экссудат может не просматриваться. После продувания слуховой трубы за барабанной перепонкой часто появляются пузырьки вспененного экссудата.

Аудиологическое исследование имеет основное значение.

Тугоухость при секреторном отите, как правило, имеет кондуктивный характер. Однако, в ряде случаев (в частности при длительном течении заболевания) она может быть смешанной и перцептивной.

Камертональное исследование позволяет получить ориентировочное представление о состоянии слуха. Для кондуктивной тугоухости характерна латерализация звука в сторону поражения в опыте Вебера, отрицательные опыты Ринне и Федеричи. При небольшой кондуктивной тугоухости опыты Ринне и Федеричи с камертонами С265, С512 могут ее не выявлять, поэтому обязательно использование камертона С128.

Тональная аудиометрия позволяет более точно определить степень и характер тугоухости. Наиболее типично повышение порогов восприятия воздушно-проведенных звуков в пределах 30-40 дБ (кондуктивная тугоухость); при повышении порогов восприятия воздушно- и костно-проведенных звуков костно-воздушный разрыв уменьшается (смешанная тугоухость), либо отсутствует (10-20 дБ) (перцептивная тугоухость).

Импедансометрия является одним из наиболее информативных методов в случаях затруднительной диагностики. Для секреторного отита характерна тимпанограмма типа В, акустический рефлекс не регистрируется. Однако, тимпанограмма типа С и отсутствие акустического рефлекса также могут быть признаками наличия экссудата в барабанной полости.

Лечение секреторного отита основано на трех основных принципах:

1. устранение фактора, явившегося причиной заболевания или способствовавшего его развитию;
2. удаление экссудата из среднего уха и создание условий для последующей эвакуации;
3. терапевтическое воздействие, направленное на нормализацию слизистой оболочки среднего уха.

Пусковым моментом для развития секреторного отита очень часто является риносинусит, сопровождающийся воспалением и отеком слизистой носа, что ведет к нарушению функции слуховой трубы и к изменению давления в полости среднего уха с последующим выпотеванием жидкости [2]. Одним из эффективных препаратов в лечении риносинуситов является Синупрет. Вместе с этим, Синупрет эффективен в лечении секреторного отита благодаря противовоспалительному и мукоактивному действиям, приводящим к уменьшению отека слизистой оболочки носа и слуховой трубы, улучшению мукоциллиарного клиренса среднего уха.

Материал и методы.

Проведено лечение 52 пациентов с секреторным отитом. Возраст пациентов от 4 до 50 лет.

- Основная группа: 32 пациента (19 - острый секреторный отит, 13 - хронический секреторный отит)
- Контрольная группа: 20 пациентов (10 - острый секреторный отит, 10 - хронический секреторный отит)

При остром секреторном отите лечение в основной группе заключалось в продувании слуховых труб, пневмомассаже барабанных перепонок, и приеме препарата Синупрет в возрастных дозировках. В контрольной группе вместо препарата Синупрет назначались сосудосуживающие капли в нос.

При лечении больных с хроническим секреторным отитом вначале выполняли миригнотомию, в некоторых случаях шунтирование барабанной полости. Проводили эвакуацию секрета и вводили в барабанную полость раствор дексаметазона. В основной группе дополнительно применяли Синупрет.

Клинический эффект оценивали по следующим признакам:

- субъективные - жалобы больных (заложенность в ухе, снижение слуха);
- объективные - данные клинического осмотра (отоскопическая и риноскопическая картина);
- данные аудиологического исследования;
- данные тимпанометрии.

Результаты.

Применение Синупрета при остром

секреторном отите способствовало более быстрому улучшению слуха и нормализации тимпанограммы. Ни в одном случае не потребовалось проведения тимпанопункции.

В основной группе к пятому дню с момента лечения слуховая функция восстановилась у 68% пациентов, в контрольной группе у 41%. К 14 дню лечения в основной группе слуховая функция восстановилась у всех пациентов, в контрольной группе у 85% пациентов.

Нормализация тимпанограммы в основной группе к 5 дню лечения наблюдалась у 52% пациентов, в контрольной у 31% пациентов. К 14 дню лечения в основной группе нормальная форма тимпанометрической кривой отмечена у 88% пациентов, в контрольной группе у 62% пациентов.

Применение Синупрет при хроническом секреторном отите способствовало более быстрой эвакуации секрета из барабанной полости и улучшению функции слуховой трубы.

В основной группе к 5 дню лечения экссудат в барабанной полости отсутствовал у 48% пациентов, в контрольной у 31% пациентов. К 14 дню лечения отсутствие экссудата отмечено у 92% пациентов основной группы и у 78% пациентов контрольной группы.

Выводы:

- Назначение препарата Синупрет для лечения секреторного отита патогенетически обосновано и повышает эффективность лечения.

Литература:

1. Бобошко М.Ю., Слуховая труба./М.Ю. Бобошко, А.И. Лопотко. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2003.-355с
2. Гаращенко Т.И. Синупрет в лечении заболеваний полости носа, околоносовых пазух и среднего уха/Т.И. Гаращенко, М.Р. Богомилский, Е.Ю. Радциг//Российская ринология -2000. - №4. - С.38-42
3. Давыдов А.В., Староха А.В. Клиническая эффективность метода самопродувания слуховой трубы при лечении экссудативного среднего отита и тубарной дисфункции у детей// Тез. докл. XVII съезда оторин. Росси. С-Пб, 2006 С. 436.
4. Лихолап О.Б., Меркулова Е.П. Селективный скрининг метод ранней диагностики ЭСО у детей // Тез. докл. XVII съезда оторин. России. С-Пб, 2006 С. 454.
5. Сватко Л.Г. Морфологические особенности слизистой оболочки среднего уха и глоточной миндалины при экссудативном среднем отите./Л.Г. Сватко., Д.Э. Циплаков, В.В. Рафаилов //Материалы VII съезда оториноларингологов РФ. - . 2001. - С.141-143.

АБСЦЕСС ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТОГЕННОГО ГЕНЕЗА.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Изаева Т.А., Жолдошова Ч.А., Сулайманов М. Ж.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ

кафедра ЛОР болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева

отделение нейрохирургии НГМЗКР

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Внутричерепные осложнения, возникающие в связи с наличием гнойного воспаления среднего уха, относятся к крайне тяжелым заболеваниям. Больные с внутричерепными осложнениями, как правило, госпитализируются в ЛОР и нейрохирургические отделения ввиду необходимости их преимущественно хирургического лечения на первом этапе. Практика показывает, что оториноларингологи часто испытывают затруднения в распознавании внутричерепных осложнений, особенно комбинированных, для уточнения диагноза и лечения которых необходимо не только знание основных неврологических синдромов, но и понимание всех условий, при которых они возникают.

Ключевые слова: отит, абсцесс мозга, височная доля, холестеатома, кариес, полип, грануляции.

КУЛАК ООРУЛАРЫНАН ТАТААЛДАНГАН БАШ МЭЭНИН ЧЫКЫЙ БӨЛҮГҮНҮН АБСЦЕССИ.

ПРАКТИКАЛЫК ВРАЧКА ЖАРДАМ КАТАРЫ

Изаева Т.А., Жолдошова Ч.А., Сулайманов М.Ж.

КРСУнун офтальмология жана оториноларингология кафедрасы

И.К. Ахунбаев атындагы КММАт кулак, мурун жана тамак кафедрасы

Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министирлигинин алдындагы

Улуттук госпиталдын нейрохирургия бөлүмү

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: ортонку кулактын ириндүү кабылдоо сунан пайда болгон баш сөөктүн ичин дегитата алданышуулар эноор оорулардын катарына кирет. Аталган оорулуулар адат катары, аларды биринчи этапта хирургиялык жол менен дарылоо керек болгон үчүн ЛОР жана нейрохирургиялык бөлүмдөрүнө жаткырылат. Практика көргөзгөндөй, оториноларингологдор баш сөөктүн ичин дегитата алданышууларду, айрык чакоштолгон түрлөрүнаныктоодо бир катар кыйынчылыктаргаду ушар болушат, себе биалардын диагнозун коюуда жана дарылоодо жалаң негизги неврологиялык симптомдорду билүүгана эмес, алардын пайдаболуу шарттарын билүү жана түшүнүү зарыл.

Негизги сөздөр: отит, мээнин чыкый бөлүгүнүн абсцесси, холестеатома, кариес, полип, грануляция.

TEMPORAL LOBE ABSCESS OF THE BRAIN WITH OTOLOGY GENESIS.

TO THE HELP FOR PRACTICAL PHYSICIAN

Izaeva T. A., Joldoshova Ch. A., Sulaimanov M. J.

Ophthalmology and otorhinolaryngolog Chair of KRSU

ORI-HNS Chair of KSMA

neurosurgery department of a National Hospital

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Intracranial complications arised after suppurative inflammation in the middle ear apply to very difficult diseases. The patients with intracranial complications, as a rule, hospitalise in ORL and neurosurgery in-patient departments because of surgical treatment is necessary in a first stage. Practical work shows that ORL-specialists have troubles in verification of intracranial complications, especially combined. For clear diagnosis and treatment of above-mentioned diseases is necessary have a knowledge wot only in neurological syndromes, but in understanding all conditions of their appearance.

Key words: otitis, brain abscess, temporal lobe, cholesteatoma, polip, granulations.

Многочисленные литературные данные, подтвержденные и нашими наблюдениями, показывают, что в настоящее время отогенные внутричерепные осложнения возникают преимущественно контактным путем вследствие деструктивных изменений в височной кости через крышу барабанной полости и антрума или в области sulcus sigmoideus в период обострения хронического эптитимпанита, нередко протекающего с образованием холестеатомы.

Существуют общие и местные причины, способствующие развитию хронического гнойного эптитимпанита.

К общим причинам относятся:

- Высокая вирулентность микрофлоры, представленной гемолитическим стрептококком, протеем, синегнойной палочкой, анаэробами (тяжелые общие инфекции), стафилококковым или атипичными бактериями (хламидии, микоплазмы).

- Генетическая предрасположенность (фактор наследственности).

- Нарушение питания, тяжелые авитаминозы.

- Аллергия, снижение иммунореактивности организма.

- Хронические заболевания дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта.

- Нерациональное лечение острого среднего отита.

- Частые острые воспаления среднего уха.

К местным причинам относятся:

- Нарушение функции слуховой трубы.

- Аденоидные вегетации в носоглотке.

- Хронические воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух, полипы носа.

- Гипертрофия задних и передних концов нижних носовых раковин, приводящая к туботиту и ухудшению функции слуховой трубы.

- Анатомические особенности строения среднего уха у детей: плохое сообщение между аттиком и клетками сосцевидного отростка вследствие блока сосцевидной пещеры, легко наступающий отек слизистой оболочки, множество складок, карманов слизистой оболочки, ухудшающих дренаж и отток гноя из среднего уха при остром отите.

- Плохая пневматизация сосцевидного отростка, его спонгиозный или склеротический тип.

- Тесная сосудистая связь между слизистой оболочкой и костномозговыми полостями

(особенно в детском возрасте), что ведет к развитию остеомиелита.

Остеомиелитический процесс при эптитимпаните часто сопровождается развитием грануляции. В этом случае они даже видны через перфорационное отверстие, а в выделениях из уха появляется примесь крови. Грануляции могут выпячиваться через это отверстие в наружный слуховой проход и приобретать вид полипа. Особого внимания заслуживает своеобразное опухолевидное образование, называемое холестеатомой. Среди всех лечившихся по поводу хронического отита детей она встречается в 20-30% случаев. Патогенез до конца не выяснен, хотя существует множество теорий по этому поводу. Опухолевая, эпибластическая, деваскулярная, миграционная, воспалительная и другие теории не в состоянии полностью объяснить механизма ее развития. Некоторые авторы придают основное значение наследственности и считают, что холестеатома возникает вследствие метаплазии эпителия среднего уха при определенных анатомических особенностях. Другие полагают, что холестеатома является результатом прорастания эпителия наружного слухового прохода в барабанную полость при краевой перфорации и отсутствии механического барьера в виде остатков барабанной перепонки.

Холестеатомные массы пропитываются холестерином, продуктами жизнедеятельности микроорганизмов, слущенным эпителием, и вследствие постоянного роста оболочки холестеатомы, происходят атрофия и разрушение (лизис) отдельных участков височной кости.

У грудных детей и в раннем возрасте в области крыши барабанной полости вообще сохраняются дегисценции вследствие незаращения каменисто-чешуйчатой щели. Гной попадает, таким образом, под твердую мозговую оболочку и возникает экстрадуральный абсцесс.

В дальнейшем при разрушении твердой мозговой оболочки развивается субдуральный абсцесс. При этом возможны два варианта распространения процесса. В первом – в гнойный процесс вовлекается мягкая мозговая оболочка с развитием лептоменингита, иногда распространяющегося по основанию мозга – так называемый базальный менингит. Во втором варианте гнойный процесс распространяется вглубь в височную долю мозга, возникает энцефалит, далее абсцесс, который иногда может захватывать и теменную долю.

В случае распространения процесса зади сначала возникает гнойный мастоидит, затем разрушается внутренняя стенка сосцевидного отростка, прилежащая к сигмовидному синусу. Поскольку сигмовидный синус является дубликатурой твердой мозговой оболочки, то по аналогии с экстрадуральным абсцессом в данном месте возникает его частный вариант – перисинуозный абсцесс. В дальнейшем в процесс вовлекается стенка синуса, и развивается флебит. Воспаление стенки сосуда замедляет ток венозной крови в синусе, наступает агрегация эритроцитов, что приводит к тромбозу синуса (синустромбоз).

Гнойный тромб из сигмовидного синуса может продвигаться и кнутри (дистально) в полость черепа. Тогда расплавляется внутренняя стенка сигмовидного синуса и гнойный процесс распространяется на прилежащее к ней полушарие мозжечка, в таких случаях возникает абсцесс мозжечка [16].

Абсцесс мозга ушного происхождения – гнойник вещества, имеющий отогенное происхождение. Абсцесс мозга в большинстве случаев развивается на стороне пораженного уха и становится продолжением воспалительного процесса в нем. Сначала развивается энцефалит и лишь через 10-14 дней обычно наступает абсцедирование, сопровождающееся общемозговыми и очаговыми симптомами.

В течении мозговых абсцессов выделяют четыре стадии – начальную, латентную, явную и терминальную.

Начальные проявления развития отогенного мозгового абсцесса наступают всегда медленно и выражаются в симптомах общего характера, как разлитые головные боли, общая слабость, лихорадка, головокружение и иногда рвота. Такой период может продолжаться от нескольких дней до нескольких недель и переходит в явную стадию или в промежуточную латентную, в течение которой могут отсутствовать всякие болезненные симптомы. В других случаях латентность неполная: с чувством общего недомогания, бессоницы и легких психических расстройств.

Явная стадия характеризуется полным симптомокомплексом, наступающим обычно внезапно.

Терминальная стадия наступает вместе с прорывом абсцесса в боковую желудочек или на поверхность мозга, когда выступает вперед

картина менингита.

Все симптомы принято делить на три группы:

1. Общие симптомы, вызываемые самим процессом нагноения независимо от его местоположения;

2. Общемозговые симптомы, зависящие от нагноения и вызываемые увеличенным давлением в мозгу;

3. Местные мозговые симптомы, возникающие на почве поражения отдельных участков мозга (гнездные симптомы) или отдельных нервных стволов.

Общие симптомы

Общие симптомы дают картину тяжелого заболевания: угнетенное состояние, слабость, похудание, землистый цвет лица, отсутствие аппетита, обложенный язык, резкий запах изо рта, повышение температуры тела в умеренной степени. Неисключаются случаи субфебрильной температурой (50%). И этот симптом не является обязательным для мозгового абсцесса.

Общемозговые симптомы

Головные боли являются самым постоянным и ранним симптомом, усиливаются при напряжении или от перемены положения тела, их интенсивность переменна. Локализуются последние в основном на пораженной стороне, иногда приобретая диффузный характер. Однако при абсцессах височной доли головные боли могут локализоваться в затылке, при абсцессах мозжечка – во лбу.

При постукивании в области над больным ухом, отмечается отчетливая локализация болей на соответствующей половине затылка.

Замедление пульса при нормальном артериальном давлении и с более или менее выраженной лихорадкой. Наполнение и ритм пульса не меняется. Однако этот симптом не постоянен.

Изменение глазного дна в виде застойного соска или neuritis optica – также непостоянный симптом. Эти изменения в большинстве случаев развиваются двусторонне и обычно сильнее на больной стороне.

Расстройства психики обнаруживаются уже в очень ранних стадиях болезни и в дальнейшем прогрессирует. Сначала проявляется резкая сонливость больного, который часто зевает, много спит. Затем он становится вялым, безучастным. На вопросы не отвечает, или отвечает неохотно, после долгого раздумья. В

дальнейшем все доходит до сильного беспокойства, бреда, отсутствия сознания и, наконец, комы, переходящей в терминальную стадию.

Тошнота и рвота не связаны с приемом пищи, увеличиваются вместе с усилением головных болей. Головокружение может зависеть от лабиринтита, особенно при мозжечковых абсцессах, или от сопутствующего менингита.

Вынужденное положение головы – поворот подбородка в противоположную сторону.

Симптомы Очаговые (местные мозговые)

Сенсорные афазии при абсцессах левой височной доли (месторасположение сенсорного центра в заднем отделе левой первой височной извилины):

Амнестическая афазия – больной называет функцию предмета, описывает его, а назвать не может.

Оптическая – больному недостаточно видеть предмет, чтобы его назвать, а необходимо пользоваться каким-либо другим чувством, например слухом или осязанием. Наряду с этим наблюдается и парафазия, когда больные заговариваются, употребляя неверное название для всего, что им показывают, алексия – неправильное чтение слов, аграфия – неправильное писания их.

Моторная афазия – когда больные понимают слова, но не могут их повторить. При неосложненных абсцессах наблюдается редко. Также редка топографическая афазия – когда больные не помнят географических названий. Описанные формы афазии имеют место при абсцессах левой височной доли у правшей. У правшей эти нарушения при правостороннем абсцессе описаны в отдельных случаях. В связи с этим правое ухо является как бы немым и диагностика в этой ситуации всегда вызывает большие затруднения.

Поражения слуха на противоположной стороне при абсцессах височной доли связано с расположением здесь центра слуха для противоположной стороны.

В результате давления самого абсцесса и окружающего его мозгового отека развиваются явления выпадения или раздражения, именно парезов, параличей и спазмов противоположной стороны. Чаще наблюдаются парезы и параличи контралатеральных конечностей, реже перекрестные спазмы и конвульсии, парезы

и спазмы в области n.fasialis, n.oculomotouius (птоз, расширение зрачка на больной стороне), n.trigeminus, n.abducens.

При спинномозговой пункции – ликвор прозрачный, выделяется чаще под давлением, обнаруживается некоторое повышение количества белка и лейкоцитов. Большое количество лейкоцитов, отсутствие прозрачности могут свидетельствовать о периодическом опорожнении абсцесса в желудок мозга.

Компьютерная томография позволяет точно определить локализацию абсцесса, его размеры, глубину расположения, перифокальный отек мозговой ткани, перивентрикулярный отек.

Для иллюстрации отмеченного, приводим краткую выписку из истории болезни.

Больной Ж. 1993 г.р. (история болезни №34960/2045), поступил с жалобами на сильную головную боль, локализованную в височной области, тошноту, неоднократную рвоту, зноетечение из правого уха, общую слабость.

Больной страдает хроническим гнойным средним отитом на протяжении 14 лет. Неоднократное лечение в амбулаторных условиях с использованием официальных капель позволяло получить только кратковременный эффект. Последнее обострение наступило месяц назад, в связи с чем был госпитализирован в ЛОР отделение по месту жительства, где 11.11.13г. была произведена радикальная saniрующая операция на среднем ухе справа, получил курс этиопатогенетической терапии, но положительная динамика отсутствовала. В связи с чем с диагнозом обострение хронического гнойного кариозно-холестеатомного среднего отита, осложненного вторичным гнойным менингитом был направлен в ЛОР отделение НГМЗКР.

При поступлении общее состояние больного тяжелое. Сознание сонор. На вопросы отвечает после нескольких повторений. Простые инструкции выполняет. На болевые раздражители реагирует подергиванием конечностей. Зрачки S<D, фотореакции слева сохранена, справа вялое. Анизокория справа. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы с конечностей S=D. Тонус мышц конечностей повышен по спастическому типу. Движения в конечностях в полном объеме. В позе Ромберга проверить не удалось. Доскообразная ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига резко положительный с обеих сторон.

ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА

Очаговая симптоматика отсутствует. ЧД 20 в минуту. АД 115/80 мм.рт.ст. ЧСС 58 ударов в минуту. Глазное дно: диски зрительных нервов ярко розовые, монотонные, границы контурированы, сосудистый пучок в центре, артерии среднего калибра, вены полнокровные, расширенные. Справа по ходу сосудистых пучков отходящих от зрительного нерва есть перифокальный отек сетчатки, слева границы зрительного нерва контурированы, но не совсем четко. Очаговых изменений нет. Заключение: признаки внутричерепной гипертензии, более выраженная справа.

При отоскопии: АД – в заушной области послеоперационный рубец. Наружный слуховой проход широкий, в радикальной полости гнойное отделяемое желтоватого цвета с запахом. Медиальная стенка барабанной полости отечная, утолщена. Пропитимость слуховой трубы III степени.

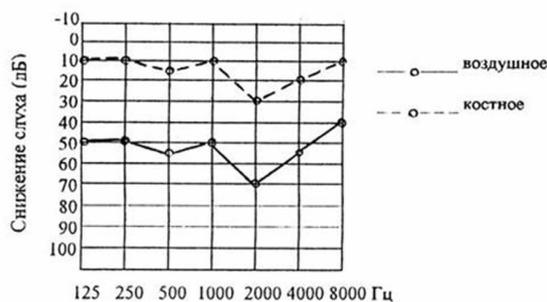
AS – ушная раковина обычной формы. Область сосцевидного отростка и козелка при пальпации безболезненна. Наружный слуховой проход широкий. Барабанная перепонка серо-перламутрового цвета, опознавательные знаки контурируются. Пропитимость слуховой трубы I степени [15].

Больному по жизненным показаниям в экстренном порядке 13.12.13г. в отделении нейрохирургии произведена операция – Костно-

пластическая трепанация черепа в височной области справа с удалением внутримозговых множественных абсцессов правой височной доли.

Ход операции. Под общим интубационным наркозом произведен подковообразный разрез кожи и подкожной клетчатки в височной области справа. Гемостаз. Кожно-апоневротический лоскут сформированный из 4х фрезевых отверстий, отпилен и отвернут к правому виску. Гемостаз. Твердая мозговая оболочка напряжена, пульсации нет. Подковообразный разрез твердой мозговой оболочки. При ревизии головного мозга на глубине 4 см обнаружен абсцесс височной доли, с формирующейся капсулой, распространяющаяся вглубь до базальных отделов. Произведена пункция с канюлей капсулы абсцесса и получен густой гной зеленоватого цвета, объемом около 30 мл. Так же удалены 2 узла абсцесса височной доли головного мозга справа, объемом 10-15 мл. Далее удалена толстая капсула абсцесса тотально. Ложе удаленного абсцесса неоднократно промыто фурацилином и перекисью водорода. Туалет. Гемостаз. Швы на твердую мозговую оболочку. В ложе удаленного абсцесса оставлены 2 дренажные трубки. Костный лоскут уложен на место и фиксирован за надкостницу. Послойные швы послеоперационной раны с подведением резинового выпускника. Повязка.

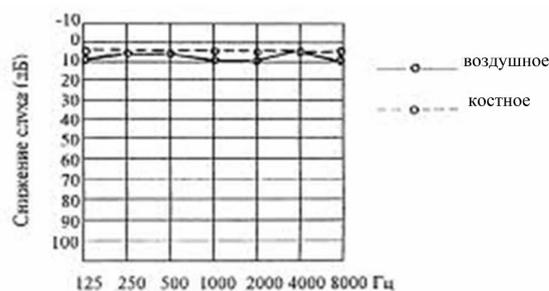
АД – правое ухо



AD(правое ухо)

-	СШ
2 м	ШР
4 м	РР
-	R
←	W
удлинен SchN	(N - норма)
+	G
-	Vi
Шст	ET

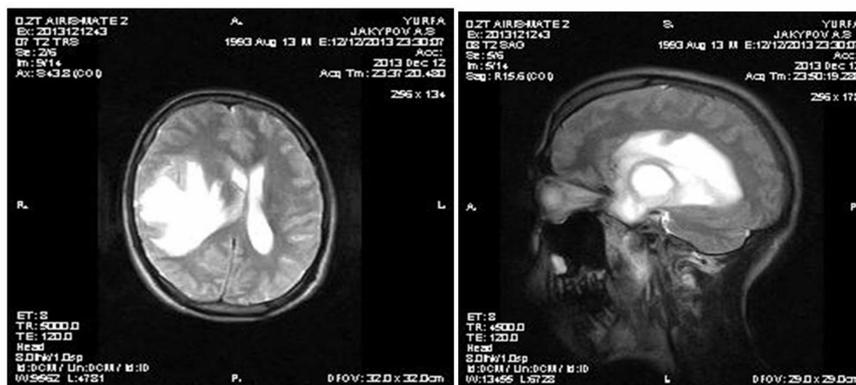
AS – левое ухо



AS(левое ухо)

-	
6 м	(N – 6 метр)
>6 м	(N - >6 метров)
+	(N - R +)
	(N - W ↔)
+	(N – полож.)
-	(N – отриц.)
Пст	(N – I – Пст)

На аудиограмме от 13.12.13г. Закл.: Кондуктивная тугоухость II степени справа.



а – аксиальная проекция

б – сагитальная проекция

На МРТ головного мозга от 13.12.13г. Данные соответствуют абсцессу височной доли справа с дислокацией срединных структур влево до 15,0 мм. МРТ признаки отека мозга.

Состояние после операции: тяжелое, соответствует тяжести перенесенной операции.

Послеоперационное лечение: Аминокапроновая кислота 100,0 x 1 р/д в/в кап; Этамзилат 2,0 x 3 р/д в/м; Абактал 5,0 на 0,5% р-ре Глюкозы – 200,0 x 2 р/с в/в кап; Сульперазон 1,0 на 0,9% NaCl – 100,0 x 3 р/с в/в кап; Маннит 400,0 x 1 р/с в/в кап.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы с послеоперационной раны сняты на 12 день. Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение:

Таким образом, комплексное использование современных методов диагностики и всестороннего подхода к проблеме лечения отогенных внутричерепных осложнений, на наш взгляд, поможет практикующим врачам в своевременной и правильной постановке диагноза и терапии, что в свою очередь улучшит клинические результаты.

Литература:

1. Богомольский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. -М.: ГЭОТАР_МЕД, 2002. - 432 с.
2. Бояджан Г.Г. Холестеатома среднего уха: вопросы лучевой диагностики. //Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1999. - №4(20). - С.6-9.
3. Воронкин В.Ф. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения отогенных внутричерепных осложнений. //Автореф.дисс. ... канд.мед.наук. - М, 1995. - 37 с
4. Гаджимирзаев Г.А. Современная оценка некоторых положений проблемы отогенных внутричерепных осложнений. // Вестник оториноларингологии. - 1999. - №3. - С.38-41.
5. Гаращенко Т.Н. Отиты и синуситы у детей. //Вопросы антибактериальной терапии в практике участкового педиатра. - Москва, 2000. - С.5-10.

6. Гаршин М.И. Клиника отогенных абсцессов полушарий головного мозга. //Вестник оториноларингологии. - 1990. - №1. - С.88-89.

7. Гаршин М.И. Отогенные абсцессы мозга. - Медгиз, 1963. - 198 с.

8. Изаева Т.А., Исламов И.М., Жолдошева Ч.А. Заболевания уха в детском возрасте. – Методическое пособие. – Бишкек, 2007. – 40 с.

9. Изаева Т.А., Насыров В.А., Исламов И.М., Исмаилова А.А. Отогенные и риногенные осложнения. Клиника, диагностика, лечение: монография. - Бишкек, 2008. - 191 с.

10. Курдова З.И. Диагностика отогенных внутричерепных осложнений. - М, 1966. - 174 с.

11. Муратов Н.И., Воронкин В.Ф. Лептоменингит и множественные абсцессы головного мозга при остром среднем отите. //Вестник оториноларингологии. - 1999. - №5. - С.79-80.

12. Насыров В.А., Исламов И.М., Изаева Т.А., Исмаилова А.А. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения. - Методическое пособие. – Бишкек, 2002. – 42 с.

13. Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М и др. Практическое руководство по аудиологии. - Бишкек, 2014. - 133 с.

14. Солдатов И.Б. Отогенные внутричерепные осложнения и отогенный сепсис. – Руководство по оториноларингологии. – М: медицина, 1997. -С.137-153.

15. Ульянов Ю.П., Шадыев Х.Д., Шадыев Т.Х. Хронический средний отит.- Учебное пособие по оториноларингологии. – М, 2008. - 220 с.

16. Шустер М.А., Трескина А.Я. Принципы комплексной терапии больных с гнойными осложнениями в ЛОР-клинике. // Вестник оториноларингологии. – 1986. - №4. - С.40-44.

17. Brook I. Diagnosis and management of anaerobic infections of the Head and Neck. // Ann.-Otol.-Rhinol.-Laryngol. - 1992. - Vol.101. - №4. - P.9-15.

18. Harris G.J. Subperiosteal abscess of the orbit: computed topography and the clinical course. //Ophtal.-Plast.-Reconstr.-Surg. - 1996. - Vol.12. - №1. - P.1-8.

ГИРУДОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Сулайманов Ж.С., Орозобекова К.А., Жумабаева Ш.А.

Курс оториноларингологии-хирургии головы и шеи

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
Национальный госпиталь при Минздраве Кыргызской Республики
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Цель работы улучшить результаты лечения больных хронической сенсоневральной тугоухостью. В работе приведены результаты гирудотерапии в комплексном лечении у 14 больных с хронической сенсоневральной тугоухостью. Использование пиявок в лечении данной патологии в большинстве случаев дает положительный эффект и снижает интенсивность ушного шума.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, гирудотерапия, немедикаментозная терапия.

НЕЙРОСЕНСОВРАЛДЫК КУЛАКТЫН УЧУУСУН ТОМОНДОШУН ДАРЫЛООДО СУЛУК КУРТТУН КОЛДОНУЛУШУ

Сулайманов Ж.С., Орозобекова К.А., Жумабаева Ш.А.

Оториноларингологиялык курсу – баш жана моюн хирургиясы

Кыргыз мамлекеттик медициналык институт кайра даардоо
жана квалификацияны жогорлатуу

Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо
Министерлигинин алдындагы улуттук госпиталь
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: кулактын угуусунунун өнөкөт сенсоневралдык төмөндөшүн дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу. Жумушта кулактын угуусунунун өнөкөт сенсоневралдык төмөндөшү менен ооруган 14 оорудууну комплекстик дарылоодо гирудотерапияны колдонуунун жыйынтыктары келтирилген. Аталган патологияда сүлүк курттарды колдонуу көп учурда оң жыйынтыктарды берет жана кулактын чуулдоосунун күчүн азайтат.

Негизги сөздөр: сенсоневралдык угуунун төмөндөшү, гирудотерапия, медикаментоздук эмес терапия.

LEECH THERAPY IN THE TREATMENT OF DEAFNESS NEYROSENSOVRALNOY

Sulaymanov J.C., Orozobekova K.A., Zhumabaeva Sh.A.

Rates of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery

Kyrgyz State Medical Institute retraining and skills

National Hospital at Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The purpose of this work is to improve the results of patients' treatment with chronic sensorineural deafness.

There are the results of hirudotherapy in complex treatment of 14 patients with chronic sensorineural deafness. Using leeches in treatment gives positive effects and decreases the intensity of ear noise.

Key words: sensorineural deafness, hirudotherapy, drug-free therapy.

Введение.

В оториноларингологии одной из актуальных проблем ранней диагностики, лечения и реабилитации больных является сенсоневральная тугоухость (СНТ). Доля СНТ среди тугоухих составляет до 90% [3]. Заболевание имеет тенденцию к омолаживанию и поражает все более молодой возраст [2]. У большинства больных страдающих СНТ выявляется шум в ушах, причиняющий

значительно больше страдания, чем снижение слуха [1]. Несмотря на успехи в лечении СНТ, медикаментозная терапия остается недостаточно эффективной.

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.

Лечение пиявками - одно из направлений традиционной медицины. Великие русские врачи Н.И.Пирогов, М.Я. Мудров, Г.А.Захарьин придавали гирудотерапии огромное значение и применяли ее при лечении множества недугов. В 30-е годы XVIII века в России ежегодно использовали около 30 миллионов пиявок. Метод приставления пиявок применялся не только с лечебной, но и с косметической целью.

Метод лечения пиявками - гирудотерапия - неоднократно предавался забвению. Однако, все более очевидная 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 минифабрикой.

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

Механизм действия гирудотерапии

Лечебный эффект гирудотерапии складывается из нескольких факторов рефлекторного, механического и биологического.

Рефлекторное действие заключается в том, что пиявка прокусывает кожу только в биологически активных точках (точках акупунктуры). Механизм рефлекторного действия сходен с таковым при иглорефлексотерапии.

Механическое действие выражается в разгрузке регионального кровотока пиявками.

Биологическое действие обеспечивается благодаря наличию в слюне пиявки целой гаммы биологически активных веществ.

Основные воздействия медицинской пиявки на организм человека: антикоагулирующее (снижение свертываемости крови), тромболитическое (разрушение тромбов), противоишемическое (улучшение снабжения кровью тканей и органов), антигипоксическое (улучшение снабжения кровью кислородом тканей и органов), гипотензивное (нормотензивное), противоотечное, дренирующее, восстановление микроциркуляции, липолитическое (расщепление жировых отложений), восстановление нервно-мышечной передачи импульсов, общее рефлекторное, восстановление проницаемости сосудистой стенки, бактериостатическое (гибель микроорганизмов, вызвавших воспалительный процесс), иммуностимулирующее, анальгезирующее (обезболивающее).

Противопоказания к применению гирудотерапии

Заболевания, характеризующиеся склонностью к кровоточивости (гемофилия, геморрагический диатез), значительное стойкое снижение артериального давления, индивидуальная непереносимость.

Относительные противопоказания:

Беременность, злокачественные образования.

Под нашим наблюдением находились 14 больных с хронической сенсоневральной тугоухостью. Возраст больных варьировал от 15 до 61 лет. Давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 15 лет. Снижение остроты слуха отмечали 14 человек. Субъективный шум в ушах отмечен у 12 больных. По данным тональной пороговой аудиометрии у всех больных выявлена сенсоневральная тугоухость с повышением порога костной проводимости в среднем до 19 дБ. При этом одностороннее поражение отмечено у 3 (21,4%) больных, двустороннее – 11 (78,6%).

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, данные литературы и полученные нами результаты лечения свидетельствуют о том, что использование гирудотерапии 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 плазмофореза в лечении пациентов с сенсоневральной тугоухостью. *Вестн. оторинолар.*, 2009, 3, 36-38.
3. Троль В.Г., Вишняков В.В. Баротерапия и интервальная гипоксическая тренировка в лечении сенсоневральной тугоухости. *Вестн. оторинолар.*, 2009, №3, 39-41.

СРОКИ АДАПТАЦИИ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ В ВАХТОВОМ РЕЖИМЕ

Тургумбеков А.З.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра ЛОР – болезней

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: выявлены сроки адаптации слуховой функции у лиц, работающих в условиях высокогорья в вахтовом режиме.

Ключевые слова: высокогорье, слуховой анализатор, вахтовый режим работы.

БИЙИК ТООЛУ АЙМАКТА ВАХТА РЕЖИМИНДЕ ИШТЕГЕН ЖУМУШЧУЛАРДЫН УГУУ ЖӨНДӨМДҮГҮНҮН КӨНҮГҮҮ УБАКЫТТАРЫ

Тургумбеков А.З.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы

Кулак мурун жана тамак оорулар кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бийик тоолу аймакта вахта режиминде иштеген жумушчулардын угуу жөндөмдүгүнүн көнүгүү убакыттары чектелди.

Негизги сөздөр: бийик тоолу аймак, угуу анализатор, вахталык режиминдеги иш.

THE TERM OF ADAPTATION OF THE HEARING FUNCTION IN PERSON WORKING IN ALTITUDE ON THE DUTY REGIME

Turgumbekov A.Z.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

ENT- department

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: definition the term of adaptation of the hearing function in person working in altitude on the duty regime.

Key words: altitude, hearing function, duty regime.

Введение. Известно, что при воздействии факторов высокогорья на организм человека, наиболее чувствительным к гипоксии является головной мозг. В свою очередь различные отделы ушного лабиринта анатомически и функционально находятся с ним в тесном взаимодействии.

Поэтому под влиянием высокогорных факторов могут иметь место нарушения функции слухового и вестибулярного анализаторов. При этом вестибуловегетативные нарушения на высоте 2000 - 2500 м проявляются общей слабостью, головокружением, шумом и заложенностью в ушах, учащением пульса и дыхания, нарушением ориентации в пространстве и нарушением внимания [2, 3, 4]. Проявление таких симптомов может отрицательно сказаться на работоспособности.

Актуальность изучаемой проблемы

состоит в том, что рабочие вахтовики находятся в условиях сочетанного воздействия факторов высокогорья, профессиональных вредностей и постоянной миграции в горах, с частым подъемом и спуском.

Ранее известные разработки, посвященные изучению адаптационных возможностей организма при производственной деятельности в «вахтовом режиме», выполнены в основном в условиях южного и северного Приполярья [1, 5, 6, 7, 8].

Работ, посвященных изучению влияния высокогорных и производственных факторов на состояние слухового и вестибулярного анализаторов при вахтовом режиме труда в горнодобывающей отрасли, в литературе мы не встретили.

В этой связи целью настоящего исследования явилось изучение динамики

функционального состояния слухового анализатора у лиц работающих в условиях высокогорья.

Задачи исследования.

На основании динамического исследования, определить сроки адаптации слухового анализатора у лиц впервые поднявшихся на высоту и работников рудника «Кумтор» (3800 - 4200 м над ур. м).

Материалы и методы исследования.

На высокогорной базе золоторудного комбината «Кумтор» обследовано 82 рабочих основных и вспомогательных профессий в возрасте от 20 до 58 лет, средний возраст которых составил 37,5 года (Таблица 1).

В зависимости, от профессии обследуемые были подразделены на следующие группы: I группа - операторы тяжелой техники - 23 рабочих, работающих на экскаваторах, бульдозерах, грейдерах, самосвалах, буровой установке; II группа - работники фабрики - 17 человек, работающих на участке измельчения, дробления породы, обжига, химической обработки и др.; III группа - 22 работника вспомогательных профессий - механики, ремонтники, водители грузового, и легкового автотранспорта, работники службы безопасности, переводчики, геологи, взрывники, инженеры и др. В состав контрольной группы вошли 20 человек, которые не сталкивались с воздействием производственных вредностей. К профессиональным вредностям работников золоторудного комбината «Кумтор» были отнесены: вахтовый метод работы, удаленность от дома, сухой арктический климат, гипоксия, лимит времени на восстановление сил после физических нагрузок, шум, вибрация, запыленность рудничного воздуха. Все работники были тщательно обследованы в ходе ежегодных медосмотров в клинике компании, оснащенной передовой техникой и были признаны пригодными для работы в условиях высокогорья. Оценка слуховой функции проводилась методом пороговой аудиометрии на аудиометре ВА-20

Результаты и их обсуждение.

С целью выявления влияния сроков адаптации к высокогорью на функцию слухового анализатора в условиях некомпенсированного дискомфорта и воздействия производственных факторов мы изучали их состояние у 9 лиц впервые поднявшихся на высокогорье на 1-е,

3-е, 7-е и 14-е сутки (таблица 2).

Исследуемые были практически здоровыми людьми. Средний их возраст составил - 24 года. Как видно из таблицы 2, сравнительный анализ между средними порогами слуха показал достоверно значимую разницу на всех частотах, в зависимости от длительности пребывания их на высоте. Так, средние показатели порогов слуха контрольной группы на 1-й день показали более выраженное повышение значений средних показателей порогов слуха, причем наибольшие значения были на низких и высоких частотах, разница колебаний в зоне речевых частот составила от 7,2 до 13,6 дБ. Обращает на себя внимание факт повышения средних порогов слуха с первых дней адаптации. Причем прослеживается в последующие дни снижение их и приближение к исходным данным уже на 7-е сутки и полное восстановление на 14-е сутки. Это обстоятельство, прежде всего, связано с развитием адаптационно-приспособительных механизмов со стороны слухового анализатора в условиях высокогорья. Разница на низких частотах между средними показателями порогов слуха перед поднятием на высоту 4200 м и в первые сутки пребывания на высоте составила на частоте 500 Гц - 15,6 дБ ($18,0 \pm 1,7$ против $4,4 \pm 0,3$ дБ, $P < 0,001$), на высоких частотах 6000 Гц - 12,2 дБ ($18,0 \pm 2,4$ против $5,8 \pm 0,7$ дБ, $P < 0,001$), повышение средних порогов слуха было обнаружено и в зоне речевых частот ($P < 0,05$; $P < 0,02$) в первые сутки пребывания их на высоте. Проведенные исследования у этих людей по костной проводимости показали примерно однотипную картину, средние пороги слуха повышались на высоких и низких частотах незначительно.

Таким образом, для лиц впервые поднявшихся в высокогорье (3800-4200 м над ур. м) состояние слухового анализатора характеризовалось более резкими колебаниями средних показателей порогов слуха, начиная с первых дней пребывания на высоте.

Исследование слуха в динамике у 23 операторов тяжелой техники, нам представилось интересным для выявления характерных приспособительных реакций со стороны слухового анализатора (таблица 3). Исследования проводили перед поднятием на высоту и на 1-е, 3-е, 7-е, 14-е сутки пребывания на высоте. В результате проведенного исследования выявлено, что, несмотря на наличие тренированности

Таблица 1
Общая характеристика обследованного контингента работников рудника «Кумтор» и лиц контрольной группы

Классификационные группы	Общее количество		Пол		Средний возраст (M±T)	Средний высокогорный стаж (M±T)
	N	%	муж.	жен.		
			N - %	N - %		
Контрольная группа	20	100	18 - 90	2 - 10	36,2 ± 2,0	4,4 ± 0,4
Операторы тяжелой техники	23	100	23 - 100		40,3 ± 1,3	5,0 ± 0,4
Работники фабрики	17	100	16 - 94,1	1 - 5,9	36,0 ± 2,1	5,0 ± 0,6
Работники вспомогательных профессий	22	100	21 - 95,4	1 - 4,5	37,7 ± 2,1	5,1 ± 0,4
ВСЕГО:	82	100	78 - 95,1	4 - 4,9	37,5 ± 1,9	4,9 ± 0,4

Таблица 2
Изменение средних порогов слуха у лиц впервые поднявшихся в высокогорье (3800-4200 м над ур. м), в процессе адаптации (M ± m)

Звуков частот. Гц	Исходные данные	Длительность пребывания на высоте 3800 - 4200 м над ур. м. (N = 9)							
		1 день _____		3 день		7 день		14 день	
125	5,5 ± 0,7	14,4 ± 1,7	PK 0,001	11,1 ± 1,0	PK0.001 P2 > 0,2	7,8 ± 0,7	P K 0,05 P2 < 0,01 P3 < 0,05	6,4 ± 0,7	P1 > 0,5 P2 < 0,001 P3 < 0,01 P4 > 0,2
250	6,1 ± 0,7	14,2 ± 1,4	P1 < 0,001	11,4 ± 1,0	PK.001 P2 > 0,2	7,8 ± 0,3	P1 > 0,1 P2 < 0,001 P3 < 0,01	7,2 ± 0,3	P1 > 0,2 P2 < 0,001 P3 < 0,01 P4 > 0,5
500	4,4 ± 0,3	18,0 ± 1,7	P1 < 0,001	12,5 ± 1,4	PK0.001 P2 < 0,05	9,2 ± 1,0	P1 < 0,001 P2 < 0,01 P3 > 0,1	6,1 ± 0,3	P1 < 0,01 P2 < 0,001 P3 < 0,01 P4 < 0,02
1000	5,0 ± 0,7	12,2 ± 2,4	P K 0,02	12,2 ± 1,0	PK0.001 P2 > 0,5	6,1 ± 1,0	P1 > 0,5 P2 < 0,05 P3 < 0,01	5,5 ± 0,3	P1 > 0,5 P2 < 0,05 P3 < 0,001 P4 > 0,5
2000	2,5 ± 0,3	6,9 ± 1,7	P K 0,05	3,6 ± 1,4	P1 > 0,5 P2 > 0,2	0,8 ± 0,3	P1 < 0,001 P2 < 0,01 P3 > 0,1	1,1 ± 0,3	PK0.01 P2 < 0,01 P3 > 0,2 P4 > 0,5
3000	3,9 ± 0,7	9,7 ± 2,4	P K 0,05	7,8 ± 1,0	P K 0,02 P2 > 0,5	5,8 ± 0,7	P1 > 0,1 P2 > 0,2 P3 > 0,2	4,7 ± 0,7	P1 > 0,5 P2 > 0,1 P3 > 0,1 P4 > 0,05
4000	4,4 ± 0,7	12,5 ± 1,7	P1 < 0,001	10,5 ± 1,4	PK0.01 P2 > 0,5	8,0 ± 1,0	PK0.02 P2 < 0,05 P3 > 0,2	6,1 ± 0,3	P1 > 0,1 P2 < 0,01 P3 < 0,02 P4 > 0,2
6000	5,8 ± 0,7	18,0 ± 2,4	P1 < 0,001	13,9 ± 1,4	P1 < 0,001 P2 > 0,2	11,4 ± 2,1	P1 > 0,1 P2 > 0,1 P3 > 0,5	8,0 ± 0,7	P1 > 0,1 P2 < 0,01 P3 < 0,01 P4 > 0,2
8000	4,2 ± 0,7	7,2 ± 1,0	P K 0,05	9,4 ± 1,4	P1 < 0,01 P2 > 0,5	5,3 ± 1,0	P1 > 0,5 P2 > 0,5 P3 < 0,1	4,1 ± 0,7	P1 > 0,5 P2 > 0,1 P3 < 0,01 P4 > 0,5

*P1 достоверность разницы по сравнению с исходными данными
P2 достоверность разницы по сравнению с данными 1 х суток
P3 достоверность разницы по сравнению с данными 3х суток
P4 достоверность разницы по сравнению с данными 7 х суток.*

Изменение средних порогов слуха у операторов тяжелой техники (3800-4200 м над ур. м), в процессе адаптации (M ±m)

Звуков част. Гц	Исходные данные.	Длительность пребывания на высоте 3800 - 4200 м над ур. м. (n = 23)							
		1 день		3 день		7 день		14 день	
125	5,1 ± 0,5	7,6 ± 0,8	Р К 0,02	7,9 ± 0,6	P1<0,01 P2 > 0,5	7,8 ± 0,6	P1<0,01 P2 > 0,5 P3 > 0,5	7,6 ± 0,4	PK 0,001 P2 > 0,5 P3 > 0,5 P4 > 0,5
250	5,6 ± 0,6	8,6 ± 0,6	PK0.01	8,8 ± 0,5	P1< 0,001 P2 > 0,5	8,2 ± 0,8	Р К 0,02 P2> 0,5 P3> 0,5	8,4 ± 0,6	PK0.01 P2>0,5 P3 > 0,5 P4 > 0,5
500	7,1 ± 0,8	7,1 ± 0,8	P1>0,5	7,5 ± 0,7	P1> 0,5 P2 > 0,5	8,2 ± 0,6	P1>0,5 P2 > 0,5 P3 > 0,5	7,3 ± 0,6	P1 >0,5 P2 > 0,5 P3 > 0,5 P4 > 0,5
1000	7,3 ± 0,6	8,6 ± 2,4	P1>0,5	7,8 ± 0,6	P1>0,5 P2 > 0,5	7,7 ± 0,6	P1>0,5 P2 > 0,5 P3 > 0,5	7,6 ± 0,7	P1 > 0,5 P2 > 0,5 P3 > 0,5 P4 > 0,5
2000	4,3 ± 0,6	4,2 ± 0,6	P1>0,5	4,5 ± 0,7	P1> 0,5 P2 > 0,5	4,8 ± 05	P1> 0,5 P2>0,5 P3 > 0,5	4,6 ± 0,5	P1 >0,5 P2 >0,5 P3 > 0,5 P4 > 0,5
3000	10,0±1,8	12,9 ±1,5	P1 > 0,5	13,2 ± 1,3	P1> 0,2 P2 > 0,5	13,0 ± 1,2	P1> 0,5 P2 > 0,5 P3 > 0,5	13,1 ± 0,9	P1 > 0,5 P2>0,5 P3 > 0,5 P4 > 0,5
4000	16,0 ± 0,9	23,0 ± 0,8	P1< 0,001	22,0 ± 0,6	P1< 0,001 P2 > 0,5	22,4 ± 0,8	PK 0,001 P2 > 0,5 P3 > 0,5	22,0 ± 0,8	PK 0,001 P2>0,5 P3 > 0,5 P4 > 0,5
6000	21,0 ±0,9	28,6 ± 1,0	P1< 0,001	28,8±1,0	PK 0,001 P2>0,5	28,6 ± 1,0	PK 0,001 P2 >0,5 P3 >0,5	28,4 ± 0,9	PK 0,001 P2 > 0,5 P3 > 0,5 P4 > 0,5
8000	19,2 ± 1,0	24,3 ± 0,8	P1< 0,001	24,4 ± 0,8	PK 0,001 P2 > 0,5	24,0 ±0,6	PK 0,001 P2 > 0,5 P3 > 0,5	24,1 ±0,5	PK.001 P2>0,5 P3 > 0,5 P4 > 0,5

P1 достоверность разницы по сравнению с исходными данными

P2 достоверность разницы по сравнению с данными 1х суток

P3 достоверность разницы по сравнению с данными 3х суток

P4 достоверность разницы по сравнению с данными 7 х суток

функции слухового анализатора (пребывание ранее в горах), на 1-е сутки пребывания в высокогорье выявлено достоверно значимое повышение средних порогов слуха, причем более высокие их значения имели место на низких и высоких частотах. Следует отметить, что в зоне речевых частот существенных изменений средних порогов слуха не было обнаружено, в то время как у лиц, впервые поднявшихся на высокогорье (3800-4200 м), мы выявили достоверно значимую разницу, по сравнению с показателями средних порогов слуха перед поднятием на высоту.

Возможно, более стабильное показание

средних порогов слуха в зоне речевых частот у операторов тяжелой техники связано с адаптивными реакциями слухового анализатора к экстремальным условиям высокогорья. Аудиограммы операторов тяжелой техники характеризовались резким обрывом на высоких частотах, чаще на 6000 Гц. Эти изменения сохранялись в течение всего периода пребывания на высоте.

Проведенный анализ результатов исследования слухового анализатора у лиц, впервые поднявшихся на высоту в 1-е, 3-е, 7-е, и 14 -е сутки, и у работников группы риска, куда мы отнесли операторов тяжелой техники,

показали различные реакции. Так, у лиц впервые поднявшихся на высоту (3800 - 4200 м над ур. м) выявлены резкие колебания слуха на всех частотах с первых суток пребывания на высокогорье. Причем тенденция к нормализации мы обнаружили, начиная с 3-х, 7-х суток, а полное восстановление наступило на 14-е сутки. У работников группы риска рудника «Кумтор» также, выявлено повышение средних порогов слуха на высокогорье, несмотря на регулярные подъемы и спуски по вертикали. Обращает на себя внимание то, что на протяжении всего времени наблюдения восстановление показателей порогов слуха не было, оставаясь на высоких частотах повышенными. Очевидно, что такое положение связано с длительным влиянием производственных и высокогорных факторов на слуховую функцию. Эти факторы усугубляются вахтовым режимом работы операторов тяжелой техники и работников вспомогательных профессий. По данным Х. Мулладжанова (1982), исследовавшего сроки адаптации у лиц впервые поднявшихся на высоту (3600 м над ур. м), восстановление слуха начиналось с 7-х суток, а полное восстановление наступало к 15-м суткам, что согласуется с нашими данными.

Выводы:

1. У лиц, впервые привлекаемых к работе в условиях высокогорья (3800-4200 м над ур. м.) слуховая адаптация завершается к 14-суткам пребывания на высоте.

2. У работников группы риска рудника, выявлено повышение средних порогов слуха на высокогорье, восстановление показателей

порогов слуха не было, оставаясь на высоких частотах повышенными.

Литература:

1. Агаджанян Н.А., Хрущев В.Л. Динамика некоторых физиологических показателей человека при вахтово-экспедиционном методе труда в Заполярье // Бюллетень СОАМН СССР. – 1981. – №2. – С. 79 – 84.
2. Зурдинов А.З., Морозов И.С., Кундашев У.К. Изменения психофизиологического состояния при кратковременном пребывании в условиях высокогорья // Фармакологическая коррекция гипоксических состояний: Тезисы докладов II Всесоюзной конференции. – Гродно, 1991. – 364с.
3. Миррахимов М.М. Физиологическое исследование человека на высотах Тянь-Шаня // Адаптация человека. – Л.: Наука. – 1972. – 112с.
4. Мулладжанов Х.М. Функциональное состояние ЛОР - органов при адаптации к высокогорью и использование элеутерококка // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Душанбе. – 1982. – 23с.
5. Калпаков В.В. Медико-биологические проблемы нетрадиционных форм производственной деятельности // Механизмы компенсации и восстановления функции, физиологические и медицинские вопросы нетрадиционных форм производственной деятельности человека. - Тюмень, - 1991. – Т.1. – С. 9 – 18.
6. Хрущев В.Л. Здоровье человека на Севере (медицинская энциклопедия северянина) Новый Уренгой, 1994. – 508с.
7. Сарычев А.С. Анализ особенностей адаптивных реакций организма вахтовых рабочих в Заполярье / А.С. Сарычев, А.Б. Гудков // Материалы XXI съезда физиологов России. – М.; Калуга, 2010. – С. 543.
8. Сарычев А.С. Характеристика компенсаторно-приспособительных реакций внешнего дыхания у нефтяников в динамике экспедиционного режима труда в Заполярье / А.С. Сарычев, А.Б. Гудков, О.Н. Попова // Экология человека. – 2011. – № 3. – С. 7–13.

НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ЕВСТАХИЕВОЙ ТРУБЫ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕСТЕАТОМНОГО ОТИТА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Пак В.В., Изаева Т.А.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: известно, что хронический гнойный средний отит (ХГСО) часто развивается на фоне нарушения функционального состояния слуховой трубы. В данной статье авторы представляют случай длительного обострения хронического гнойного среднего отита с сопутствующей оссификацией костного отдела слуховой трубы. Также описывается клинический подход и литературные данные по теме.

Ключевые слова: евстахиева труба, хронический отит.

ЕВСТАХИЙ ТҮТҮГҮНҮН ӨТКӨРҮМДҮҮЛҮГҮНҮН БУЗУЛУШУ ӨНӨКӨТ ХОЛЕСТЕАТОМДУУ ОТИТТИН ӨРЧҮШҮ БИР СЕБЕБИ КАТАРЫ. ПРАКТИКАДАН АЛЫНГАН ОКУЯ

Пак В.В., Изаева Т.А.

КРСУнун офтальмология жана оториноларингология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Өнөкөт ириңдүү ортонку отит угуу түтүгүнүн функционалдык абалынын бузулушунда көпкездешет. Келтирилген статьяда автор ириңдүү өнөкөт ортонку отиттин узакка созулган угуу түтүгүнүн сөөк бөлүгүнүн оссификациясы менен коштолгон мисалын келтирген. Ошону менен катар тема тууралуу адабий клиникалык чагылдуу көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: евстахий түтүгү, өнөкөт отит.

IMPAIRED PATENCY OF THE EUSTACHIAN TUBE AS ONE OF THE CAUSES OF CHRONIC OTITIS WITH CHOLESTEATOMA. CASE REPORT

Ophthalmology and otorhinolaryngolog Chair of KRSU
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: chronic suppurative otitis media (CSOM) often develops in the violation of the functional state of the auditory tube. In this article the authors present the case of long-term exacerbation of chronic suppurative otitis media with concomitant bone ossification of the auditory tube. Also describes the clinical approach and the related literature review.

Key words: Eustachian tube, chronic otitis.

Введение.

Функциональные проявления патологии слуховой трубы влекут за собой нарушение вентиляции и аэрации полости среднего уха и как следствие дисфункция слуховой трубы является ведущей в патогенезе хронического среднего отита.

Приводим наше наблюдение.

Женщина 43 года, поступила в ЛОР отделение Национального Госпиталя МЗ КР с жалобами на боль в правом ухе, упорное

гноетечение из правого уха, снижение слуха справа. Хроническим гнойным средним отитом справа болеет несколько лет. В течение последнего года получала консервативное лечение, но без положительного эффекта.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Чд18/мин, пульс 76 уд/мин, АД 130/70 мм.рт.ст, температура тела в норме.

AD: ушная раковина обычной формы, область козелка и сосцевидного отростка не



Рис.1. Локальный дефект tegmentum tympani.



Рис.2. Частичный блок костного устья слуховой трубы.

изменена. Наружный слуховой проход средних размеров, проходим. Имеется субтотальный дефект барабанной перепонки, края перепонки гиперемированы. В верхней части барабанной полости имеется образование, напоминающее холестеатому. Проходимость Et справа III-IV степени.

На компьютерной томограмме височной кости от 04.04.2014г. справа в эпитимпануме, антруме и костном устье слуховой трубы определяется гетерогенное патологическое содержимое, на фоне которого определяются очажки оссификации. Слуховые косточки визуализируются фрагментарно с частично узурированными контурами. Отмечается локальный дефект tegmentum tympani (рис. 1 и 2).

На основании вышеизложенного выставлен диагноз: Обострение хронического гнойного холестеатомного эпимезотимпанита справа.

В плановом порядке произведена операция: расширенная антромастоидотомия справа со вскрытием средней черепной ямки.

Медикаментозное лечение заключалось в антибактериальной терапии Сульперазоном

1,0 x 2 раза в день в/м, дезинтоксикационной терапии.

Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии через 7 дней после операции.

Обсуждение:

Доказано, что дисфункция слуховой трубы является одним из основных предрасполагающих факторов развития хронического среднего отита. Длительное нарушение вентиляционной функции слуховой трубы с выраженным снижением интратимпанального давления может приводить не только к выпоту жидкости в барабанную полость, но и к формированию ретракционных карманов. Патологические стяжения могут локализоваться в различных отделах натянутой и ненапрянутой части барабанной перепонки и проявляться с разной степенью выраженности. Истонченная, лишенная фиброзного слоя перепонка, втягиваясь внутрь, достигает промоториума, блокируя лабиринтные окна и обволакивая цепь слуховых косточек. При инфицировании эта форма патологии может приводить к перфорации барабанной перепонки, формированию холестеатомы [1, 2, 4].

При хронических гнойных средних отитах с наличием обширной перфорации барабанной перепонки отток гноя и вентиляция среднего уха происходят, главным образом, через перфорацию. Казалось бы, физиологическая роль слуховой трубы отступает при этом на второй план. Однако стойкие изменения, развивающиеся в трубе вследствие хронического воспаления, могут в течение длительного времени препятствовать прекращению гноетечения из уха [3, 5, 6].

Литература:

1. Антонян Р. Г. *Функциональные нарушения слуховой трубы и разработка способа их коррекции при различной патологии среднего уха: Дис. ...канд. мед. наук. — М., 1994. — С. 26-38.*
2. Бобошко М.Ю., Лопотко А.И. *Слуховая труба. — СПб.: СпецЛит, 2003. — 360 с.*
3. Крук М.Б., Крук М.М. *Сучасна діагностика ретракційних кишень в патології середнього вуха у дітей // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 2001. - № 5 (додаток). - С.33.*
4. Darrouzet V, Duclos JY, Portmann D, et al. *Preference for the closed technique in the management of cholesteatoma of the middle ear in children: a retrospective study of 215 consecutive patients treated over 10 years. Am J Otol 2000;21:474-481*
5. Mak DB, MacKendrick A, Bulsara MK, et al. *Long-term outcomes of middle-ear surgery in Aboriginal children. Med J Aust 2003;179:324-325.*
6. Mewes T, Mann W. *Funktion der Tuba auditiva bei epiympanalen Retraktionstaschen // HNO. - 1998. - Bd 46,*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Джаманкулова Н.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлен опыт применения физических методов лечения в комплексной терапии нейросенсорной тугоухости.

Ключевые слова: нейросенсорная тугоухость, реабилитация, физиотерапия.

ДҮЛӨЙЛҮКТҮ ДАРЫЛООГО АРНАЛГАН ФИЗИОТЕРАПЕВДИК ЫКМАЛАР

Джаманкулова Н.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада дүлөйлүктү дарылоого арналган физиотерапевдик ыкмалары берилген.

Негизги сөздөр: дүлөйлүк, реабилитациясы, физиотерапия.

THE EXPERIENCE OF THE APPLICATION OF PHYSICAL METHODS OF TREATMENT IN THE COMPLEX THERAPY OF NEUROSENSORY DEAFNESS

Djamankulova N.M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The article are presents the experience of the application of physical methods of treatment in the complex therapy of neurosensory deafness.

Key words: hypoacusis, diagnostics.

Введение. Нейросенсорная тугоухость относится к числу социально значимых патологий и поражает все возрастные группы населения. По мнению исследователей в настоящее время около 10% населения земного шара страдают этим недугом. Несмотря на достигнутые результаты в отоларингологии и многочисленные методы медикаментозной терапии количество лиц страдающих нейросенсорной тугоухостью не имеет тенденции к снижению. Заболевание характеризуется снижением слуха и сопровождается субъективным шумом в ушах, вестибулярными расстройствами (головокружение, тошнота, рвота) что ведет к снижению качества жизни больного.

По данным ВОЗ за последние 20 лет поражение слуха возросло на 6%, а к 2030 году ожидается увеличение численности населения с дефектом слуха более чем на 30%.

Проблема нейросенсорной тугоухости привлекает большое внимание врачей разных

специальностей. Это обусловлено тяжестью расстройств здоровья, большим количеством патогенетических причин заболевания, частотой его возникновения и недостаточной эффективностью терапии. Все это диктует необходимость поиска новых схем лечения данной патологии, включая использование физических методов.

Цель исследования. Изучение влияния физических методов лечения, акупунктуры и массажа в комплексной реабилитации слуха у больного с нейросенсорной тугоухостью.

Материалы и методы. Больной М., 1982 года рождения находился в ЛОР отделении НГМЗ КР на стационарном лечении с 07.10.13 по 18.10.13 гг. с клиническим диагнозом: Острая нейросенсорная тугоухость, цервикокраниалгия, обусловленная остеохондрозом шейного отдела позвоночника с умеренным болевым синдромом.

Результаты и обсуждения. При поступлении пациент предъявлял жалобы на

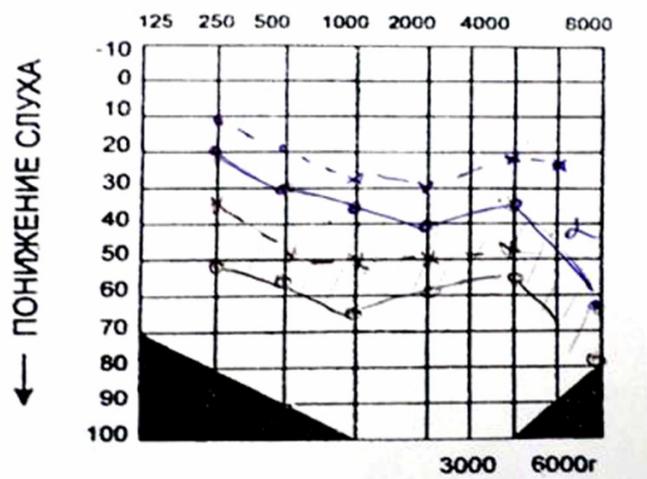


Рис №1. Аудиограмма до лечения. Острая нейросенсорная тугоухость III степени.

снижение слуха с обеих сторон больше справа, головокружение и шум в ушах.

Из анамнеза выяснено, что болеет в течении месяца. Лечился самостоятельно дома без эффекта.

Status localis: при поступлении AD-AS обычной формы, наружный слуховой проход свободный, широкий. Барабанная перепонка серая, опознавательные знаки контурируются.

Шепотная речь - 0,5 м, разговорная речь - 1,5 м.

Данные аудиограммы за двухстороннюю нейросенсорную тугоухость III ст. (рис. 1)

Протокол ультразвукового исследования: Правая внутренняя яремная вена: не расширена, не напряжена, просвет свободен, при надавливании датчиком компрессируется, признаков тромбоза не выявлено.

Правая общая сонная артерия, наружная и внутренняя сонные артерии: не расширены, контур артерий ровный, внутренний просвет свободен, комплекс интима-медиа до 0,5 мм, скорость кровотока в общей сонной артерии: Vmax. 89 см/с, Vmin. 25 см/с; PI 1,7; RI 0,72; S/D 3,5; объемная скорость кровотока 686 мл/мин, спектр не изменен.

Правая позвоночная артерия: диаметр артерии до 4,1 мм, имеет умеренно извитой ход, проходимость сохранена, скорость кровотока до вхождения в костный канал до 49 см/с, спектр не изменен, в сегментах V2 и V3 до 33 см/с.

Левая внутренняя яремная вена не расширена, не напряжена, просвет свободен, при надавливании датчиком компрессируется, признаков тромбоза не выявлено.

Левая общая сонная артерия, наружная

и внутренняя сонные артерии не расширены, контур артерий ровный, внутренний просвет свободен, комплекс интима-медиа до 0,4 мм, скорость кровотока в общей сонной артерии: Vmax. 80 см/с, Vmin. 25 см/с; PI 1,8; RI 0,68; S/D 3,2; объемная скорость кровотока 671 мл/мин, спектр не изменен.

Левая позвоночная артерия: диаметр артерии до 4,1 мм, имеет умеренно извитой ход, проходимость сохранена, скорость кровотока в позвоночной артерии до вхождения в костный канал до 48 см/с, спектр не изменен, в сегментах V2 и V3 до 32 см/с.

Заключение.

Гемодинамических нарушений на момент осмотра не выявлено.

В стационаре получил медикаментозное лечение (кавинтон 4,0 на физ. растворе № 5, хим. смесь преднизолон 90-60-30 + димедрол 1% - 10 на физ.растворе 200.0 №3, гепарин 5 тыс.ед. 4 р. в день п/к по схеме, бетилин 5.0 №10).

Помимонесобходимых препаратов для более выраженного результата лечения применялось: 1) амплипульсофорез с лидазой № 10 – сущность действия синусоидальных модулированных токов заключается в улучшении состояния спинного и головного мозга, улучшается периферическое кровообращение, повышается иммунозащитные свойства тканей. Под воздействием лидазы увеличивается проницаемость тканей и облегчает движение жидкости в межтканевых пространствах, благодаря чему восстановление слуха происходит быстрее, а вероятность возвращения слуха повышается, 2) массаж шейно-воротниковой зоны (№ 10 через день) – создает активную оксигенацию и гиперемия

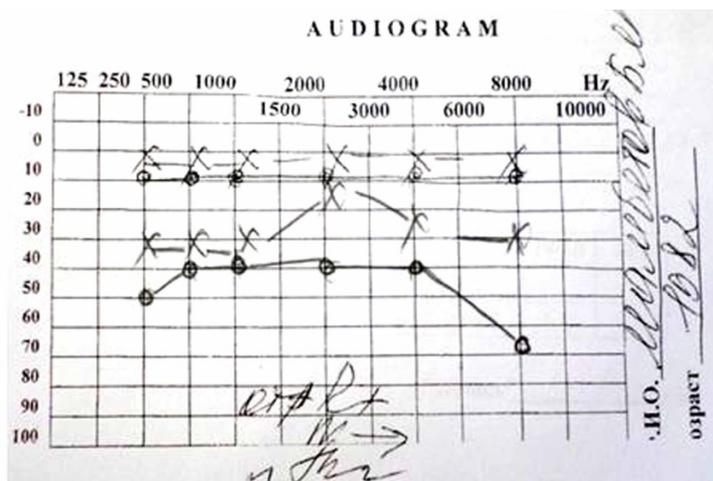


Рис. №2. Аудиограмма после лечения. Нейросенсорная тугоухость I степени.

тканей, 3) акупунктура биологически активных точек (№ 10 через день) – активизируются нейро-рефлекторные механизмы в тканях.

Анализ полученных данных показал положительную динамику после проведенного амплипульсфореза с лидазой, массажа шейно-воротниковой зоны и акупунктуры на фоне медикаментозного лечения. Пациент отмечал значительное улучшение состояния, улучшение слуха и исчезновение шума в ушах.

После проведенного лечения больной отмечал значительное улучшение состояния, улучшение слуха и исчезновение шума в ушах.

Status localis после лечения: AD-AS наружный слуховой проход свободен, широкий, барабанная перепонка серая, опознавательные знаки контурируются.

Шепотная речь - 1,5 м., разговорная речь – 4 м.

Данные аудиограммы после лечения представлены на рис.2

Таким образом полученные результаты говорят о положительной динамике в течении тугоухости под влиянием амплипульсфореза с лидазой, массажа шейно-воротниковой зоны и акупунктуры.

Литература:

1. Алексеева Н.С. Ценность компьютерной и магнитно-резонансной томографии головного мозга в установлении этиологии головокружения и уровня поражения кохлеовестибулярного анализатора // *Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. науч.-практ. конф.* – 2003. – С. 138-139.
 2. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы: М.: Медицина, 1990г. –с.328.

3. Гапоева Э.Т. Предварительный прогноз результатов консервативного лечения острой сенсоневральной тугоухости / Э.Т. Гапоева // *Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии: материалы юбил. Всерос. науч.-практ. конф., Москва, 29-20 сент. 2005 г. / Науч.-клинич. центр оториноларингологии Росздрава.* – М., 2005. – С. 31.
 4. Кадымова М.И. Оптимизация методов лечения внезапной нейросенсорной тугоухости / М.И. Кадымова // *Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. науч.-практ. конф.* – 2003 – С. 155-156.
 5. Сагалович Б.М. Болезнь Меньера, /Б.М. Сагалович, В.Т. Пальчун - М.: Медицинское информационное агенство, 1999.
 6. Пальчун В.Т. Принципы лечения острой нейросенсорной тугоухости / В.Т. Пальчун, И.В. Иванец // *Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. конф. оториноларингологов.* – 2002. – С.159-160.
 7. Пальчун В.Г., Крюков А.И. *Оториноларингология: М.: Литера, 1997г.- с. 512*
 8. Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия. М. «Медицина-2005»
 9. Табеева Д.М. практическое руководство по иглорефлексотерапии. М. «МЕДпресс-информ» 2004г.
 10. Этиопатогенетические аспекты в лечении кохлеовестибулярных нарушений / Т.С. Полякова [и др.] // *Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. науч.-практ. конф.* – 2003. – С. 182-185.
 11. Cheng Xinnonc. *Chinese Acupuncture and Moxibustion. Foreign Languages Press, Beijing, China 1999.*

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА “МУКОМИЛТ”
В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА
И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

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

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
кафедра ЛОР болезней
Медицинский центр КГМА
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: цель данного исследования оценка клинической эффективности препарата “Мукомилт” при лечении риносинусита.

Ключевые слова: муколитические препараты, риносинусит.

**МУКОМИЛТ ДААРЫСЫН МУРУН ЖАНА МУРУН
КӨНДӨЙ ООРУЛАРДЫН ДАРЫЛОО КОЛДОНУУ
ТАЖЫРБАСЫ**

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

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
кулак мурун жана тамак оорулар кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Риносинуситтин дарылоосунда «Мукомилт» фармацевтикалык зат клиникалык эффективдүүлүгүн изилдөө максат коюлган.

Негизги сөздөр: муколитикалык фармацевтик заттары, риносинусит.

**THE USING EXPERIENCE OF “MUCOMILT” MEDICINE
IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF
NOSE AND PARANASAL SINUSES**

Nasyrov V.A., Islamov I.M., Bednyakova N.N., Ismailova A.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy
ENT- department
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: the purpose of this research is too estimate clinical effectiveness of the drug “Mucomilt” in the treatment of rhinosinusitis.

Key words: mucolytic drugs, rhinosinusitis.

Введение

Следует отметить, что за последние годы отмечается значительное увеличение частоты воспалительных процессов в полости носа и околоносовых пазухах. В качестве причин развития такой тенденции выступают анатомо-физиологические особенности, полиэтиологичность, сложность патогенеза, возросшее количество аллергических и респираторных вирусных заболеваний, неблагоприятная экологическая обстановка, а также снижение местного и общего иммунитета [4, 5, 7].

Проблема лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух остается до сих пор актуальной из-за значительной

их распространенности и недостаточности удовлетворительных результатов лечения. Данное заболевание остается частым и по данным некоторых авторов составляет 25-30% от всех оториноларингологических заболеваний среди стационарных больных [3, 6, 8]. Однако реальное количество больных в несколько раз выше указанных цифр, т.к. многие пациенты не обращаются к врачу при относительно легких катаральных формах заболевания.

В патогенезе синуситов одну из ведущих ролей отводят изменению качества, количества и транспортабельности слизи в узких и сложных анатомических структурах, особенно в так называемом остеомеатальном комплексе передних и задних околоносовых пазух. Основная

Распределение больных на клинические группы в зависимости от характера получаемого лечения

Клинические группы	Количество больных	Характер получаемого лечения
Первая группа	n=18	Стандартное консервативное лечение.
Вторая группа	n=20	Стандартное консервативное лечение и применения секретолитиков с мукорегулирующим эффектом.

стратегия лечения риносинуситов основана на улучшении вентиляции и дренажа околоносовых синусов, налаживании адекватного дренажа в общие пути миграции слизи по верхним дыхательным путям. Таким образом, важное значение в лечении данного состояния (помимо антибиотикотерапии) имеет размягчение и разжижение вязкого густого секрета, а также активация моторики мерцательного эпителия полости носа, околоносовых пазух.

Среди препаратов, влияющих на мукоцилиарную активность, выделяют несколько групп [1, 2, 6]. Муколитики - препараты, разжижающие ринобронхиальный секрет путем изменения его физико-химических свойств. В этой группе препаратов ранее всего стали применять протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин), которые в настоящее время в связи с рядом серьезных побочных эффектов не применяются. Муколитическим эффектом обладают также детергенты (тилоксалон), снижающие поверхностное натяжение. К наиболее известным препаратам этой группы относятся также рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза и производные L-цистеина, в частности ацетилцистеин (АЦЦ, Флуимуцил, Муколикт и др.), вызывающие разрыв дисульфидных связей кислых мукополисахаридов. Муколитическим свойством обладает и группа бензиламина (бромгексин и его производные), муколитически действующие ферменты, ведущие к деструкции кислых мукополисахаридов.

Бензиламинам (Бромгексин, Бисульфон, Мукосольвин) присущ также и секретомоторный эффект, поэтому они также входят и в другую группу секретомоторных препаратов, стимулирующих выведение слизи. Лекарственные

препараты этой группы имеют различные механизмы активации мерцательного эпителия, повышающие эффективность мукоцилиарного очищения слизистой верхних дыхательных путей и уха. Этим свойством обладают также стимуляторы 2-адренорецепторов (тербуталин-бриканил, эфирные масла - анисовое, эвкалиптовое, мятное, пихтовое, сосновое, тимьяновое, шалфейное и др.). Третья группа препаратов - средства, изменяющие характер секреции за счет изменения ее внутриклеточного образования, так называемые секретолитические препараты. Этими свойствами обладают эфирные масла растительного происхождения, синтетические бензиламина - бромгексин и амброксол, экстракты различных растений (корень алтея, примулы, трава щавеля, вербены, тимьяна, цветы бузины и др.), которые входят в различных композициях в состав грудных сборов. Значительное место в этой группе занимают производное цистеина - карбоцистеин (Мукомилт, Мукопронт, Флуифорт, Бронкатар, Мукодин и др.), способный стимулировать в бокаловидных клетках продукцию менее вязкого муцина, оптимизировать соотношение кислых и нейтральных сиаломукоидов. Препарат стимулирует регенерацию слизистой, восстанавливает ее структуру и уменьшает избыточное количество бокаловидных клеток в самой слизистой. Карбоцистеины восстанавливают также секрецию активного IgA, потенцируют деятельность реснитчатых клеток, являясь тем самым и муколитиком и мукорегулятором.

Материал и методы.

Мы провели комплексное консервативное лечение 38 пациентов с диагнозом острый и хронический риносинусит, которые находились

ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

на амбулаторном и стационарном лечении в медицинском центре КГМА в период с октября 2013 г. по март 2014 г. Возраст пациентов варьировал от 14 до 67 лет, из них 17 мужчин и 21 женщина. Все больные в соответствии с применяемым способом лечения были разделены на две группы (таб.1).

Все пациенты получали стандартное комплексное лечение: сосудосуживающие капли в нос и антибиотики широкого спектра действия (амоксциллин или цефуроксима аксетил). В случае аллергии к β -лактамам 5-ти больным назначали макролиды: рокситромицин, спирамицин курсом не менее 7 сут. При температуре выше 38°C 9-ти больным назначали антибиотики - цефалоспорины парентерально: цефуроксима аксетил, цефтриаксон.

Во второй группе помимо стандартного лечения назначали карбоцистенин (Мукомилт) и секретолитики. Карбоцистенин (Мукомилт) назначали перорально по 1 таб. (750 мг.) 3 раза/сут. не более 10 дней. Механизм действия Мукомилта связан с активацией сиаловой трансферазы – фермента бокаловидных клеток слизистой оболочки. Он способствует разряжению чрезмерно густого секрета околоносовых пазух, облегчает отхождение мокроты, улучшает мукоцилиарный клиренс, повышает секрецию IgA, а также способствует проникновению антибиотиков в ринобронхиальный секрет, что приводит к снижению воспаления в слизистой оболочке.

Динамику основных симптомов заболевания регистрировали в процессе терапии, и после ее окончания.

Критериями эффективности лечения служили: нормализация общего состояния, восстановление носового дыхания и прекращение патологического отделяемого из носа, купирование боли, давления в проекции пазух, восстановление риноскопической картины, также проводилась оценка лечения самими пациентами.

Результаты исследования

На фоне применения секретолитиков с мукорегулирующим эффектом у большинства пациентов была отмечена быстрая положительная динамика основных симптомов хронического синусита. Боль, тяжесть, давление в области пазух купировались к 3 дню (в среднем через $3,2 \pm 0,5$ дня) приема препаратов. Особые различия у больных обеих групп проявились в количестве, длительности и характере отделяемого из носа. У большинства больных второй группы на 2-3 день от начала терапии увеличилось количество отделяемого, а с 3-го дня стал меняться его видимый характер, выделения быстро приобретали слизистый характер и лучше удалялись при отмаркивании и при промывании. Купирование жалоб у больных второй группы в среднем было на 2–3 сут. раньше, чем у больных первой группы.

По оценке самих пациентов с воспалительным поражением околоносовых пазух к 7 дню заболевания окончательный результат признан как выздоровление у 18-ти (90%) больных 2 группы и у 15-ти (83,3%) первой группы, отсутствие эффекта отмечено только у 2-х пациентов первой группы (11,1%) и невозможно было оценить результат лечения у 2-х

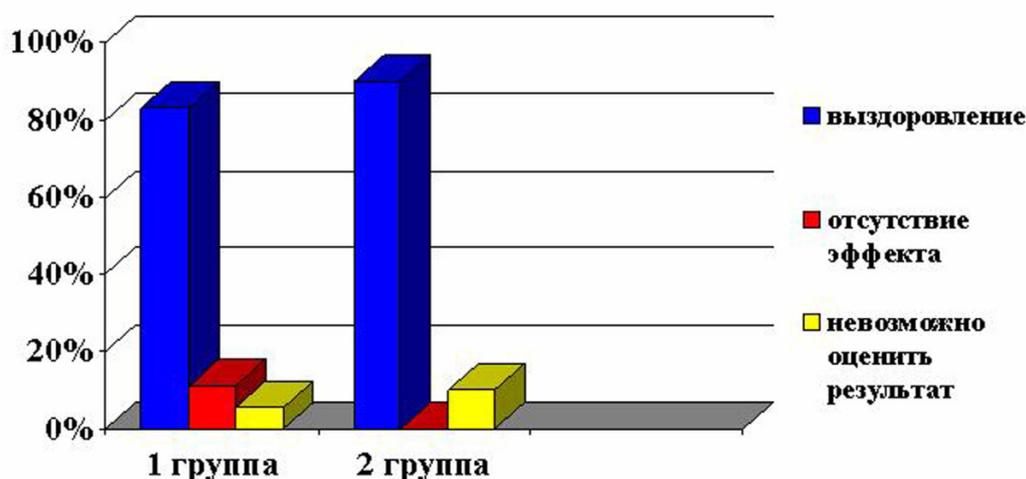


Рис. 1. Клиническая эффективность лечения риноинусита в сравниваемых группах

человек (10%) второй группы и соответственно у 1-го (5,6%) в первой группе (рис. 1).

Результаты исследования свидетельствуют о хорошем терапевтическом эффекте применения секретолитиков с мукорегулирующим эффектом в комплексной терапии воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, а также очень низкой частоте нежелательных явлений в процессе терапии. Препараты хорошо переносятся пациентами, удобны в применении и могут быть рекомендованы для широкого применения в условиях стационара и в амбулаторной практике.

Заключение

Мукоактивные препараты должны занять прочное место в терапии воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, связанных с мукоцилиарной дисфункцией. Выбор того или иного препарата определяется во многом фазой заболевания, характером изменения секрета, представлениями как о патогенезе заболевания, так и о механизмах действия самих препаратов. При использовании мукоактивных средств, в лечении заболеваний носа и околоносовых пазух, следует также учитывать совместимость препаратов.

Достоинством карбоцистеина является то, что при сочетанном применении антимикробными средствами он способствует проникновению последних в ринобронхиальный секрет и слизистую оболочку.

Литература:

1. Амелина Е.Л. Мукоактивные препараты.- М.- 2006.- 120 с.
2. Гаращенко Т.И., Богомилский М.Р., Якушеникова А.П. и др. Секретолитические препараты и антибиотики в лечении острых и хронических заболеваний носа, околоносовых пазух и заболеваний среднего уха у детей // Антибиотики и химиотерапия.- 2000.- №11.- С. 33-35.
3. Исламов И.М., Кадыров М.М., Арзыкулова Г.С. Рациональная антибиотикотерапия синуситов.- Бишкек.- 2004.- 16 с.
4. Соколов С.Я. Фитотерапия и фитотерапевтика. Руководство для врачей. М., 2000.- 976 с.
5. Страчунский П.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. и др. Антибактериальная терапия синусита. Антибиотики и химиотерапия.- 1999.- 44(9).- С.23-24.
6. Студеный М.Е. Комплексное лечение больных с ринитами и риносинуситами: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006.- 121 с.
7. Сэнфорд Дж., Гильберт Д., Гербердинг Дж. и др. Антимикробная терапия.- М.- 1996.- 219 с.
8. Kennedy D.W., Hwang P.H. Rhinology: Diseases of the Nose? Sinuses and Skull Base.- NY.- 2012.- С. 24-29.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ФУЗАФУНГИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РИНОСИНОСИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Джаббаров К.Д., Рузметов У.У., Расулов А.Б., Аvezов М.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Кафедра оториноларингологии

Ташкент, Узбекистан

Резюме: Синуситы занимают одно из ведущих мест в структуре ЛОР-заболеваний, встречаясь в любом возрасте. Особую группу пациентов любого врача занимают беременные женщины. Лечение экстрагенитальной патологии у беременных является сложной задачей для врача. Одним из вариантов решения этой проблемы является местная антибактериальная терапия препаратом «Биопарокс». Проведенное исследование доказывает большую эффективность лечения синуситов при применении фузафунгина в качестве дополнения к общепринятому лечению.

EFFECTIVENESS OF THE DRUG FUSAFUNGINE IN THE COMPLEX TREATMENT OF ACUTE RHINOSINUSITIS IN PREGNANT WOMEN

Djabbarov K.D., Ruzmetov U.U., Rasulov A.B., Avezov M.I.

Tashkent Institute of Advanced Medical

Department of Otorhinolaryngology

Tashkent, Uzbekistan

Resume: Sinusitis occupy a leading position in the structure of ENT diseases, occurring at any age. A special group of patients of any doctor are pregnant women. Treatment of extragenital pathology in pregnancy is a challenge for the physician. One solution to this problem is local antibiotic therapy drug "Bioparox." The study proves more effective treatment of sinusitis when used fusafungine as a supplement to conventional treatment.

Воспалительные заболевания околоносовых пазух (ОНП) занимают одно из ведущих мест в общей структуре ЛОР – заболеваний [1, 3]. Однако в литературе очень мало сведений о лечении указанных заболеваний в период беременности [2].

Проблема патологии беременности и неблагоприятного исхода последней (недоношивание, уродства, мертворождаемость, смертность новорожденных и матерей) с давних пор является одной из центральных проблем медицинской науки [7]. Эти вопросы привлекают внимание не только акушеров – гинекологов, но и оториноларингологов, т.к. важное значение приобретает полноценная санация латентных очагов инфекции.

Лечение экстрагенитальной патологии у беременных практически всегда является сложной задачей для врача [4, 8]. В первую очередь это связано с тем, что традиционные схемы терапии при беременности ограничены особыми требованиями к безопасности применяемых средств. Практически во всех случаях бактериального риносинусита показано назначение антибиотиков, и беременные не являются исключением. Более того, нерациональная антибактериальная терапия или

ее отсутствие может быть опасно не только для матери, но и для плода.

Решением этой проблемы может служить местная противовоспалительная антибактериальная терапия. Поступление препаратов непосредственно на слизистую оболочку респираторного тракта позволяет избежать попадания лекарственного средства в кровотоки и обеспечивает доставку оптимальной дозы лекарства непосредственно в инфекционный очаг [5, 6].

В этом отношении интерес представляет фузафунгин («Биопарокс») — антибиотик местного действия с выраженной активностью в отношении широкого спектра возбудителей инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей.

Фузафунгин — один из немногих препаратов, применение которого показано при лечении ОРЗ у беременных. Фузафунгин - бактериостатический полипептидный антибиотик широкого спектра действия, предназначенный для местного применения.

Спектр антибактериальной активности фузафунгина распространяется на все грамположительные бактерии, включая *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus*

ruogenes, Staphylococcus aureus и др., а также на некоторые грамотрицательные бактерии (*Moraxella catarrhalis*, *Neisseria meningitidis*), ряд анаэробных микроорганизмов, *Candida albicans* и *Mycoplasma pneumoniae*. На сегодняшний день отсутствуют сообщения, как о прямой, так и перекрестной устойчивости указанных микроорганизмов к фузафунгину.

Помимо прямого антибактериального действия фузафунгин обладает дополнительными противовоспалительными свойствами, обнаруженными в экспериментальных исследованиях и подтвержденными на животных, а также в клинических плацебо-контролируемых исследованиях.

Фузафунгин не вызывает прямой или перекрестной резистентности к системным антибактериальным средствам, что позволяет проводить длительное лечение с повторными курсами. Кроме того, «Биопарокс» может успешно использоваться в комбинации с другими лекарственными средствами.

Цель работы:

Определить клиническую эффективность и безопасность применения препарата «Биопарокс» (фузафунгин) в режиме комплексной терапии в комбинации с системными антибиотиками и деконгестантами у беременных II – III триместра, страдающих острым бактериальным риносинуситом.

Материал и методы исследования:

В ходе исследования были сформированы 2 группы, в составе которых находились по 25 беременных с острым риносинуситом.

После установления диагноза по общепринятой методике больные были рандомизированы врачом-исследователем в основную или группу сравнения. Курс лечения составлял 8 дней с контрольными осмотрами в исходном состоянии (1-й день), на 3-й и 6-й дни от начала лечения. Заключительное обследование проводилось на 8-й день. 1-й визит совпадал с днем начала терапии. Все осмотры проводились в утренние часы.

Динамика субъективных признаков заболевания самостоятельно оценивались больным по 10-балльной системе, где: 0- симптом отсутствует, 10 баллов – симптом мучителен, насколько это можно представить. Динамика объективных данных регистрировались врачом по 3-балльной системе, где 0 - отсутствие симптомов, 1- легко выраженные симптомы,

2- умеренно выраженные симптомы 3 – сильно выраженные симптомы.

Переносимость препарата биопарокса самостоятельно оценивались больным по 10-балльной системе, где: 0- отсутствие побочных явлений, 10 мучительное жжение, раздражение в носу, сильное, насколько это можно представить.

Схема лечения в основной группе: «Аугментин» по 1,0 г 2 раза в сутки, «Виброцил» по 2 дозы в каждую половину носа 2 раза в сутки - первые 5 дней, далее по необходимости; «Биопарокс» ежедневно один раз в сутки, по одной дозе в каждую половину носа. Больные группы сравнения получали то же лечение, но без препарата «Биопарокс».

Результаты и их обсуждение:

Оценка динамики объективных признаков

До начала терапии средняя оценка риноскопической картины в баллах в основной группе и в группе сравнения составила 8 и 7,93 ($p < 0,05$) соответственно. На 3-й день исследования количество патологических выделений в исследуемой группе (1-я группа) достоверно уменьшилось на 41,5% и в группе сравнения (2-я группа) 24,3% ($p < 0,05$). На 6-й день количество выделений снизилось в 1-й группе на 87%, а во 2-й группе – на 59,5% ($p < 0,01$). На 8-й день исследования количество выделений сократилось на 96,4 % в 1-й группе и на 83,8% во 2-й группе ($p < 0,05$).

Выраженность отека слизистой оболочки на 3-й день исследования в 1-й группе достоверно уменьшилась на 62,7%, а во 2-й группе – на 33% ($p < 0,01$), на 6-й день – 84,5% и на 61% соответственно в 1-й и во 2-й группах ($p < 0,01$), а на 8-й день – на 95,4% и на 77,8% соответственно ($p < 0,01$).

На 3-й день исследования гиперемия слизистой оболочки полости носа в 1-й группе уменьшилась на 42,1%, во 2-й группе – на 26% ($p < 0,05$). На 6-й день в 1-й группе гиперемия слизистой оболочки уменьшилась на 72,7%, во 2-й группе на 53 % ($p < 0,01$), на 8-й день – на 94 и 81% соответственно ($p < 0,05$).

Оценка динамики субъективных признаков риносинусита

До начала терапии средняя оценка в баллах субъективных параметров в основной группе и в группе сравнения составила 24,74 и 24,86 ($p < 0,05$) соответственно. На 3-й день

исследования носовое дыхание в 1-й группе достоверно улучшилось на 43,4%, а во 2-й группе – на 24,2% ($p < 0,01$). На 6-й день носовое дыхание улучшилось в 1-й группе 74,2%, во 2-й на 56,8% ($p < 0,01$). На 8-й день исследования носовое дыхание в 1-й группе улучшилось на 94,2% и во 2-й – на 81,3% ($p < 0,01$). Выделения из полости носа на 3-й день в 1-й группе достоверно уменьшились на 49,3% , а во 2-й – на 27,3% ($p < 0,01$), на 6-й день исследования – соответственно на 77,6% и на 58,2% ($p < 0,01$) , на 8-й – на 93,4% и на 81,1% ($p < 0,05$) .

Уменьшение головной боли и восстановление обоняния отмечались в обеих группах, были более выражены в 1-й группе, однако различия не достигали величины статической достоверности ($p < 0,05$).

Измерение времени мукоцилиарного транспорта производилось у всех пациентов при помощи сахаринового теста. До начала лечения оно не имело статистически достоверных различий в обеих группах и составило 22,2 3,82 и 22,4 3,64 мин; к 8-му дню лечения этот показатель уменьшился в основной группе до 14,9 мин, а в группе сравнения – до 16,0 3,98 мин.

Таким образом, при использовании в комплексной терапии больных гнойным синуситом препарата «Биопарокс» мы получили достоверно лучший клинический результат по сравнению с антибактериальной монотерапией.

Нежелательных явлений, повлекших бы за собой исключение пациента из исследования, связанных с применением препарата «Биопарокс», не выявлено. Средний балл переносимости препарата «Биопарокс» по 10-балльной визуальной аналоговой шкале составил 5,64. Ни в одном случае у нас не возникло необходимости прибегать к пункционному методу лечения больных.

Вывод:

На основании проведенного исследования можно сделать вывод о целесообразности и безопасности использования препарата «Биопарокс» в комбинации с системной антибактериальной терапией (амоксциллина клавулат) для лечения беременных с острым бактериальным риносинуситом.

Литература:

1. Лопатин А.С. // *Вестн. оторинолар.* – 1999. – №2. – С. 54.
2. Лопатин А.С. и др. // *Вестн. оторинолар.* – 2000. – № 4. – С. 60.
3. Holmgren K., Karlsson G. // *Eur. Resp. Rev.* – 1994. – V. 4. № 20. – P. 260-6.
4. Maran G.D., Lund V.J. *Clinical Rhinology.* – Stuttgart; N.Y., 1990. – P. 94.
5. Mygind N. et al. // *Clin. Allergy.* – 1975. – V. 5. – P. 159.
6. Minshall E. et al. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998; 118 (5): 648-654.
7. O'Brien et al. // *J Allergy Clin Immunol.* – 1997.
8. Larsen P.L., Tos M. // *Rhinology.* – 1995. – V. 33. – P. 185.

МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1В (БЕТАЛЕЙКИНА) ПРИ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТАХ

Гуломов З.С.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино
Душанбе, Таджикистан

Резюме: Изучалась эффективность интерлейкина-1в (беталейкина) у 82 больных с гнойными заболеваниями околоносовых пазух путём оценки состояния мукоцилиарного транспорта. Динамика восстановления мукоцилиарного клиренса у больных гнойным гайморитом при лечении беталейкином была более выраженной по сравнению с группой сравнения.

LOCAL APPLICATION OF INTERLEIKIN-1B AT THE TIME OF PURULENT ANTVITISES

Gulomov Z.S.

Abuali ibni Sino Tajik State Medical University
Dushanbe, Tajikistan

Resume: The effectiveness of interleikin-1b (betaleukin) was studied on 82 patients with purulent diseases of accessory nasal sinuses through assessment of mucocilliary clearance condition. The mucocilliary clearance restoration dynamics of the patients with purulent antvitisises who were treated by betaluekin were much efficient comparing to the control group.

Введение. Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух по частоте распространения занимают второе место в структуре заболеваний ЛОР-органов [1, 2].

«Беталейкин» является иммуностимулятором широкого спектра действия, что подтверждают результаты клинических испытаний препарата для коррекции вторичных иммунодефицитных состояний у больных с гнойно-септическими процессами [3, 4].

Имеющиеся в доступной нам литературе сведения о применении беталейкина при хроническом гнойном риносинусите рассматривают, преимущественно, иммунологические механизмы нарушений (продукцию противовоспалительных цитокинов клетками крови *in vitro* и очага воспаления *in vivo*, цитограмму из лакун небных миндалин больных хроническим гнойным риносинуситом) [1, 2]. При этом отсутствуют сведения о функциональном состоянии воздухопроводящих путей больных ХГРС непосредственно после проведенного курса и в отдаленные сроки наблюдения.

Целью настоящего исследования явилось: изучение эффективности беталейкина у больных с гнойным гайморитом путём оценки состояния мукоцилиарного транспорта.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 82 больных хроническим гнойным риносинуситом с давностью заболевания не менее 5 лет. Односторонний процесс наблюдался у

57,8% пациентов, двусторонний - у 42,9%. 21 человек - группа сравнения получали противовоспалительное лечение диоксицином. 61 человек - основная группа - получали иммуностропное лечение беталейкином.

Препарат вводили или путем пункции верхнечелюстных пазух либо через синус-катетер по 2 мл в пораженную пазуху. Курс лечения составил 5 процедур в течение 8-12 дней.

Методы обследования пациентов традиционные, принятые в оториноларингологии - сбор анамнеза жизни, анамнеза заболевания, риноскопическое и эндоскопическое исследование, рентгенография околоносовых пазух. У всех обратившихся больных мы наблюдали картину обострения ХГРС с наличием гнойных выделений в среднем и нижнем носовых ходах, значительное сужение носовых ходов, нарушение проходимости между средним носовым ходом и гайморовой пазухой, гиперемия слизистой оболочки носа. В более запущенных случаях заболевания гнойные выделения скапливались в нижнем носовом ходе, наблюдались участки дезэпителизации стенок полости с наличием атрофичных плоских грануляций.

Риноскопическое исследование при первичном обращении показало наличие выраженных признаков воспаления (отек, гиперемия, ринорея) у всех больных на стороне поражения.

Состояние мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки носа оценивали с использованием сахариновой пробы. При проведении сахариновой пробы определяли степень снижения функции мукоцилиарного клиренса.

Результаты и их обсуждение.

Исследование состояния мукоцилиарного транспорта с использованием сахариновой пробы обнаружило значительные нарушения. Сахариновая проба, проведенная в первые двое суток после обращения, показала, что на стороне поражения почти у всех больных с односторонним процессом (у 85,7% пациентов) выявлена 2-3 степень на стороне поражения и 1 степень (у 85,7% пациентов) на непораженной стороне, при двустороннем процессе - 3 степень (у 92,9% пациентов) нарушения транспортной функции мерцательного эпителия. Рис. 1.

В результате проведенного курса лечения прийти к нормальным показателям сахариновой пробы не удалось ни у одного больного хроническим гнойным риносинуситом.

Известно, что функция мерцательного эпителия слизистой оболочки носа и околоносовых пазух даже при острых респираторных заболеваниях и ринитах у здоровых людей восстанавливается в последнюю очередь. Несмотря на субъективные признаки клинического выздоровления, транспортная функция мерцательного эпителия полости носа заметно снижена даже при остром рините.

Давая оценку результатам сахариновой пробы больных, получавших традиционную терапию, мы отметили преобладание 2 степени нарушений: при одностороннем и двустороннем процессах (57,1% и 71,4%, соответственно). Следует отметить, что при традиционном лечении улучшения мукоцилиарного клиренса до 1 степени после проведенного курса лечения практически не наблюдалось (14,3%).

Анализ результатов сахариновой пробы у больных, получавших беталейкин, показал преобладание 1 степени нарушений мукоцилиарного клиренса на стороне поражения при одностороннем процессе (76,3% пациентов)



Рис. 1. Степень нарушения функции мукоцилиарного транспорта у больных ХГРС после местной иммунотерапии беталейкином (сахариновая проба)



Рис. 2 Степень нарушения функции мукоцилиарного транспорта у больных ХГРС после традиционной терапии (сахариновая проба).

и 1 степени нарушений при двустороннем процессе (56,5%).

В результате проведенного местного лечения у всех больных наблюдалась положительная динамика клинической картины: исчезновение гноетечения, головных болей, рентгенологическое снижение степени затемнения околоносовых пазух, снижение аэродинамического сопротивления, повышение функции мукоцилиарного клиренса. Положительная клиническая динамика коррелировала с показателями функционального состояния воздухопроводящих путей пролеченных больных. При традиционном лечении положительная динамика наблюдалась в более поздние сроки, чем при лечении беталейкином: 9-10 день против 4-6 дня лечения.

Температурной и других нежелательных реакций или осложнений на фоне местного применения беталейкина мы не наблюдали. Наилучшие результаты получены при лечении односторонних поражений верхнечелюстных пазух. Применение местной иммунотерапии хронического гнойного риносинусита препаратом беталейкин позволило сократить сроки лечения больных до 4-6 дней против 9-10 дней при лечении диоксициномом.

Динамика восстановления мукоци-

лиарного клиренса у больных хроническим гнойным риносинуситом при лечении беталейкином была более выраженной по сравнению с группой сравнения.

Выводы: Полученные нами данные свидетельствуют о целесообразности использования препарата беталейкина в комплексной терапии хронических заболеваний околоносовых пазух. Препарат может быть рекомендован для широкого использования, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Литература:

1. Азнабаева Л.Ф., Арефьева Н.А., Кильсенбаева Ф.А. и др. Продукция противовоспалительных цитокинов клетками крови (*in vitro*) и очага воспаления (*in vivo*) у больных хроническим гнойным риносинуситом при различных способах лечения беталейкином. *Мед. Иммунология* 2000; 2:2: 207.
2. Арефьева Н.А., Медведев Ю.А., Фазлыева Р.М. и др. *Иммунология, иммунопатология и проблемы иммунотерапии в ринологии.* Уфа 1997; 120.
3. Кетлинский С.А., Конусова В.Г., Симбирцев А.С. и др. Получение и свойства интерлейкина-1 из моноцитов крови человека. *Бюлл эксп-биол и мед* 1988; 108;11: 581-583.
4. Симбирцев А.С. Новые подходы к клиническому применению рекомбинантного интерлейкина-1b. *Мед. иммунология.* 1999; 1: 1-2: 141-146.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА, СОЧЕТАННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.Л.

Таджикский государственный медуниверситет имени Абуали ибни Сино
Душанбе, Таджикистан

Резюме: В статье авторы приводят собственный опыт хирургического лечения 256 больных с деформацией наружного носа, сочетанных с патологией полости носа и околоносовых пазух. При этом, в ходе работы некоторые методы операции оптимизированы и усовершенствованы. Показана возможность и эффективность симультанных операций при комбинированных патологиях наружного носа, носовой полости и околоносовых пазух.

SURGICAL NOSE DEFORMITY, COMBINED WITH PATHOLOGY NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

Mahmudnazarov M.I., Tuydiev Sh.Sh., Aripova M.L.

Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sina
Dushanbe, Tajikistan

Resume: In this article author describes his practice of surgical rehabilitation of external nose deformations, combined with pathology of nasal cavity and accessory nasal sinuses based on the examination of 256 patients with named pathology. During the work some methods of operation were optimized and improved. Simultaneous operation of combined pathologies of nose, nasal cavity and accessory nasal sinuses showed their effectiveness and possibility.

Введение.

Данные литературы и клинические наблюдения указывают, что в большинстве случаев деформации наружного носа сопровождаются патологией носовой полости и околоносовых пазух в виде искривления перегородки носа, гипертрофии носовых раковин, а также полипозными синуситами, что отрицательно сказывается не только на функциях носа и околоносовых пазух, но и на функциях других органов и систем организма [1, 3, 4, 5]. С внедрением в клиническую практику современных методов риносептопластики стало возможным применение одномоментных (симультанных) операций на скелете наружного носа и структурах носовой полости при сочетанной их патологии [2, 3, 4, 6]. Несмотря на достигнутые значительные успехи в области ринохирургии вопросы хирургической реабилитации больных с сочетанной патологией наружного носа и носовой полости в республике Таджикистан остаются актуальными и требуют оптимизации и дальнейшего усовершенствования.

Материал и методы исследования.

В период с 2008 по 2013 год под нашим наблюдением находились 256 больных с деформацией наружного носа в сочетании с патологией внутриносовых структур и околоносовых пазух. Возраст больных

колебался от 16 до 48 лет. Из них мужчин было - 175, женщин - 81. Больным до операции и в послеоперационном периоде проводились исследования функционального состояния носовой полости, рентгенография и КТ околоносовых пазух, оценка состояния наружного носа с фотографированием, а также клинико-лабораторные исследования.

Результаты обследования и их обсуждения.

Больные были распределены на три группы. В первую группу вошли 102 больных с искривлением наружного носа и носовой перегородки, во вторую - 83 пациента с деформацией наружного носа, носовой перегородки в сочетании с хроническим гипертрофическим ринитом, а третью группу составили 71 больной с деформацией наружного носа, носовой перегородки, сочетанные с патологией носовых раковин и околоносовых пазух.

В первой группе у 57 больных обнаружен сколиоз наружного носа с девиацией хрящевой части носовой перегородки в соответствующую сторону, а в 45 случаях сколиоз костного отдела носа сопровождался искривлением перегородки носа в противоположную сторону. При исследовании функционального состояния носа у этой группы больных выявлено в основном

нарушение дыхательной функции носа.

Во второй группе наряду с различной деформацией наружного носа и носовой перегородки у 35 больных выявлена гипертрофия нижней и средней носовой раковин слева, у 32 пациентов гипертрофия носовых раковин справа и у 16 гипертрофия носовых раковин с двух сторон. В этой группе практически у всех пациентов выявлены нарушения дыхательной, защитной и обонятельной функций носа.

Наибольшие изменения функционального и косметического характера были выявлены в третьей группе больных, где у 28 пациентов деформации наружного носа и носовой перегородки сопровождалась гипертрофией носовых раковин и полипозным этмоидитом, у 25 больных с хроническим гипертрофическим ринитом и полипозным гайморитом и у 18 – хроническим гипертрофическим ринитом и кистозным верхнечелюстным синуситом. При исследовании функционального состояния носа выявлено значительное нарушение основных функций (дыхательной, защитной и обонятельной) носа.

Тактику одномоментного оперативного вмешательства на наружном носе и в полости носа определяли в зависимости от вида деформации носа и патологии носовой полости и околоносовых пазух. Операцию начинали с коррекции носовой перегородки с использованием общеизвестных вариантов шадящей резекции и коррекции перегородки носа, направленные на сохранение

её опорных функций. После завершения септум-операции выполняли этап ринопластики, также используя тот или другой способ оптимальной хирургической коррекции наружного носа. В частности, для устранения западения спинки носа в хрящевом отделе, сочетанной с искривлением носовой перегородки у 19 пациентов мы использовали аутохрящ носовой перегородки, а в 17 случаях - свежие гомохрящи, взятые из носовой перегородки других больных в день операции. У 13 больных с западением спинки в костно-хрящевом отделе носа ринопластику мы производили смоделированной аутоканью из кости и хряща носовой перегородки самого больного (рац. предл. №3008/P-223 ТГМУ). При этом, для предупреждения возможного смещения имплантата его фиксировали двумя толстыми чрескожными шелковыми швами на спинке носа на 10-12 суток. (рац. предл. № 3065/P-279 ТГМУ). (рис. 1).

После ринопластических операций, связанных с остеотомией и репозицией костей носа по поводу деформаций костного отдела наружного носа возникает необходимость прочной фиксации костных фрагментов в правильном положении. Для оптимизации фиксации наружного носа после ринопластических операций нами создано оригинальное устройство (патент № ТУ 71), состоящее из двух пластмассовых пластин с проушинами, соединенных общей осью. В ось введена пружина, которая обеспечивает раскрытие



Рис. 1. Фиксации трансплантата чрескожными швами



Рис. 2. Схема и общий вид устройства.



Рис. 3. Устройство в рабочем состоянии.

пластин. Через отверстие в проушинах введен болт с винтом, который регулирует степень раскрытия пластин и давления на костные скаты носа. Изнутри пластины оклеены тонким слоем поролона с целью смягчения чрезмерно жесткого давления пластин на кожу наружного носа (рис. 2).

После окончания остеотомии, мобилизации и редрессации костей носа, устройство с раскрытыми пластинками накладывается на наружный нос и с помощью четырех марлевых тесемок фиксируется по окружности головы и шеи больного. Далее вращением винта подбирается оптимальная степень компрессии на костный отдел носа по ощущениям больного (рис.3).

Данное устройство позволяет по мере необходимости менять степень давления на костный скелет носа не только врачу, но и самому больному в период послеоперационного наблюдения. Устройство можно ежедневно снимать и вновь устанавливать после проверки состояния наружного носа и смены маевой повязки. Клинические наблюдения показали эффективность данного способа фиксации костей носа после ринопластических операций, выполненных по поводу деформаций наружного носа.

Больным второй группы, у которых деформация наружного носа и носовой перегородки сопровождалась гипертрофией носовых раковин, проведена одномоментная риносептопластика и ультразвуковая дезинтеграция (УЗД) носовых раковин. Больным третьей группы сочетанной патологией носа, носовой полости и околоносовых пазух последовательно проведена септопластика, УЗД носовых раковин, полипозомидотомия и ринопластика одновременно. В послеоперационном периоде осуществляли ежед-

невный уход за состоянием наружного носа и носовой полости.

Наш опыт применения сочетанных операций при комбинированной деформации наружного носа, носовой перегородки и патологии внутриносовых структур показал о необходимости поэтапной тампонады носа при выполнении риносептопластики. Дело в том, что с момента окончания септопластики и коррекции носовых раковин до завершения операции в костном отделе наружного носа (остеотомия, редрессация) проходит достаточное время и часто за это время наступает отечность слизистой носовых раковин, скопление крови между листками носовой перегородки в её задне-нижних отделах, затрудняющим обзор носовой полости при наложении тампонады. Для устранения вышеуказанных недостатков мы применили способ поэтапной тампонады носа (рац. предложение № 3145/Р-447, ТГМУ). После завершения септопластики и вмешательства на носовых раковинах, при хорошем обзоре носовой полости производим первый этап тампонады носа, заполняя марлевым тампоном, смоченным синтомициновой эмульсией нижний и средний этажи носовой полости, оставляя свободным верхний этаж. Второй этап тампонады осуществляем после завершения остеотомии и редрессации костей носа для фиксации костных фрагментов и верхнего отдела носовой перегородки изнутри. Способ позволяет в ходе операции своевременно фиксировать носовую перегородку в правильном положении, предупреждает возникновения гематомы, отека слизистой носа, а также кровотечений из оперированных носовых раковин до завершения заключительного этапа ринопластики.

Отдаленные результаты наблюдали у 195 (76,2%) больных в сроки от 1 года до 3 лет после операции. При этом у 147 (75,4%)

оперированных пациентов отмечен хороший и 48 (24,6%) удовлетворительный функциональный результат, который выразался в восстановлении или значительном улучшении носового дыхания. Хороший косметический результат отмечен у 106 (54,4%), удовлетворительный – у 85 (43,6%) и неудовлетворительный - у 4 (2,0%) пациентов.

Выводы.

1. Симультантные операции при комбинированных деформациях наружного носа и носовой перегородки, сочетанных с негнойной патологией околоносовых пазух возможны, и достаточно эффективны.

2. Способы укрепления имплантата и костных фрагментов чрескожными швами и шинированием нашей модификации являются надежными и эффективными.

Литература:

1. Азнаурян В.А. *Современные аспекты лечения деструктивных заболеваний и комбинированных деформаций наружного носа и носовой перегородки*/ В.А. Азнаурян //Автореф. дис.. д-ра мед. наук. Москва.-2003
2. Васильев С.А. *Алгоритм выбора метода реконструкции носа* /С.А. Васильев, И.А. Карпов // *Российская ринология* №3, 2005, С.-39-42.
3. Гюсан А.О. *Восстановительная риносептопластика*/А.О. Гюсан-СПб.: Изд-во «Диалог», 2000.- 85с
4. Медведев В.А. *Особенности риносептопластики при сочетании риносколиоза с ринолордозом и искривлением перегородки носа* / В.А. Медведев // *Российская ринология.*- №3- 2006.- с.16-19.
5. Пиениснгов К.П . *Функциональные аспекты современной эстетической ринопластики* / К.П. Пиениснгов, В.С.Козлов// *Российская ринология.*-№3.-2005.- с.6-21
6. Эзрохин В.М. *Хирургическое лечение деформаций носа* / В.М. Эзрохин, А.А.Никитин , Д.С.Безденежных //Изд-во Медкнига, 2007.- 144 с.

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ РИНИТАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЛИЯНИЯ СЕЗОННЫХ КЛИМАТО-ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Жолдошова Ч.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

кафедра ЛОР болезней

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлены результаты обследования клеточного и гуморального иммунитета у больных с различными формами хронического ринита и установлены частота встречаемости различных форм хронического ринита в зависимости от влияния сезонных климато-экологических факторов г. Бишкек.

Ключевые слова: хронический ринит, неблагоприятные факторы окружающей среды, иммунология.

СЕЗОНДУК КЛИМАТТЫК-ЭКОЛОГИЯЛЫК ФАКТОРЛОРДУН ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИНЕ ЖАРАША ӨНӨКӨТ РИНИТ МЕНЕН ООРУГАН ООРУЛУУЛАРДЫН ИММУНИТЕТИНИН АБАЛЫ

Жолдошова Ч. А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

кулак, мурун жана тамак кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Статьяда ар түрдүү формадагы өнөкөт ринит менен ооруган оорунулардын клеткалык жана гуморалдык иммунитетин изилдөөнүн жыйынтыктары келтирилген жана сезондук климаттык-экологиялык факторлордун тийгизген таасирине жараша өнөкөт риниттин ар түрдүү формаларынын кезигүү жыштыгы.

Негизги сөздөр: өнөкөт ринит, курчап турган чөйрөнүн терс факторлору, иммунология.

IMMUNITY CONDITION IN A PATIENTS WITH CHRONIC RHINITIS DEPENDING ON A SEASONAL CLIMATE AND ECOLOGICAL FACTORS

Joldoshova Ch. A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

ORL-HNS Chair KSMA

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In the article the results of cellular and humoral immunity in a patients with different forms of a chronic rhinitis have demonstrated. The frequency of a different forms of Chronic Rhinitis depending on an influence of seasonal climate and ecological factors in Bishkek city was established.

Keywords: chronic rhinitis, non-favourable factors of environment, immunology.

Заболевания носа и его придаточных пазух среди патологии ЛОР органов занимают около 45%. В развитии хронических ринитов большую роль играют влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на слизистую оболочку полости носа, так как она первая подвергается воздействию различных экзогенных вредностей [4, 7].

Экологическое состояние атмосферного воздуха г. Бишкек по данным метеостанции КР оценивается неудовлетворительным, в связи с ростом количества городского транспорта, в том

числе и изношенных автомобилей, и особенно ТЭЦ и населения частного сектора, дома отапливаемые углем, мазутом и т.д., которые выбрасывают в окружающую среду большое количество выхлопных газов и вредных для организма отходов, влияющие на состояние слизистой оболочки полости носа [1, 6, 5, 9]. У этих больных также страдает иммунная система [8, 10], которая недостаточно изучена при различных формах хронического ринита, что и явилось причиной для проведения данного исследования.

Для сравнения состояния иммунологической системы мы решили установить частоту встречаемости различных форм хронического ринита в зависимости от влияния сезонных климато-экологических факторов, изучить патофизиологические особенности клеточного и гуморального иммунитета у больных с различными формами хронического ринита в зависимости от сезонных климато-экологических факторов.

Материал и методы исследования

Нами были исследованы 250 человек обоего пола в возрасте от 14 до 55 лет. Из них 189 больных с различными формами хронического ринита, обратившихся за оториноларингологической помощью по месту жительства в поликлиниках №6 и №9 г. Бишкек в период с ноября 2001 года по июнь 2004 года. Все больные были разделены на две группы в зависимости от климато-экологических условий: 1 группа - 97 больных, проживающих в чистой климато-экологической зоне («южный район»- Октябрьский район); 2 группа – 92 больных, проживающих в загрязненной зоне («восточный район»-район ТЭЦ, Восток-5, район Ала-мединского рынка). В качестве контрольной группы для сравнения были обследованы 61 здоровых людей из двух районов обоего пола. Таб1.

Все испытуемые были исследованы с помощью клинических, инструментальных (передняя и задняя риноскопия), функциональных (транспортная активность мерцательного эпителия), цитологических и иммунологических методов исследования.

Для оценки состояния иммунной системы проводили следующие исследования:

1. Определение общих и активных Т-лимфоцитов (Е-РОК);

2. Определение содержания В-лимфоцитов методом розеткообразования с эритроцитами мыши (М-РОК);

3. Определение хелперных и супрессорных Т-лимфоцитов;

4. Определение фагоцитарной активности клеток

5. Определение сывороточных иммуноглобулинов класса А, М, G методом радиальной иммунодиффузии в агаре;

6. Количественное определение Ig E

Результаты и их обсуждения

На первом этапе данного научного исследования была установлена частота встречаемости различных форм хронического ринита в зависимости от влияния сезонных климато-экологических факторов.

Для того чтобы понять, с чем связаны частота встречаемости заболеваемости, нами проанализирована динамика метеорологических изменений в течение года и динамика состояния загрязненности атмосферного воздуха различными химическими ингредиентами, имеющими относительно постоянный характер в течение года.

По данным метеостанции КР минимальная продолжительность солнечного сияния отмечается в декабре. Июль характеризуется максимальной продолжительностью солнечного сияния – 337ч (рис.1).

Количество обращаемости больных с хроническим ринитом в экологически благополучном районе наблюдается с ноября по апрель, а в экологически неблагоприятном районе с февраля по май, кроме больных с аллергическим ринитом, которые обращаются чаще всего в августе, особенно в экологически неблагоприятном районе (рис.2).

Таблица 1. Распределение больных хроническим ринитом в зависимости от мест их проживания (n=250)

№	Нозологические Формы	Из них жители:				Всего	
		«благополуч.» района (n=97)		«неблагополуч.» района (n=92)			
		абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
	Всего	97	51,3	92	48,7	189	100
1.	Катаральный ринит	24	24,7	25	27,2	49	25,9
2.	Гипертрофич. Ринит	32	33,0	31	33,7	63	33,3
3.	Атрофич. Ринит	16	16,5	11	11,9	27	14,3
4.	Аллергич. Ринит	25	25,8	25	27,2	50	26,5

На наш взгляд продолжительное солнечное сияние уничтожает патогенную флору в окружающем воздухе, как прямым воздействием лучами ультрафиолетового спектра, так и ионизацией воздуха. Особенно это воздействие заметно в августе, когда относительная продолжительность солнечного сияния составляет 74 часа, а минимальная в декабре – 44 часа, и поэтому отмечается наименьшая обращаемость больных в весенне-летний период.

Самый холодный месяц в Бишкеке – январь. Средняя месячная температура января составляет – 5,0°C. Иногда температура воздуха в феврале и декабре ниже, чем в январе.

Высокая обращаемость больных отмечается в основном в холодное время года. На наш взгляд это обусловлено не столько абсолютными значениями температуры, а ее резкими колебаниями в эти месяцы, которые весьма характерны для нашего города.

Очень высокая средняя температура воздуха в июне и июле приводит к резкому снижению числа обращений со всеми формами ринитов, за исключением лиц с аллергическими ринитами, особенно проживающих в неблагоприятных районах.

Здесь важно подчеркнуть, что обострение аллергического ринита, даже в летнее время происходит не только за счет пыльцевого компонента растений, но и техногенного фактора.

Далее нами рассматривается такой компонент метеофактора, как ветер, учитывая, что от него зависит окончательная температура воздуха, прозрачность неба, распыление пыльцы растений [2, 3].

Например, учитывая, что южный ветер приносит в летнее время с горных пастбищ пыльцу цветущих растений, мы видим, что нашими посетителями являются жители благополучных районов. При этом процент жителей обращающихся за помощью из неблагоприятных районов больше. На них, видимо, оказывает действие два фактора – экологический и ветровой.

Показатели Т и В-лимфоцитов у больных с различными формами хронического ринита в зависимости от района проживания

Т-лимфоциты играют ведущую роль в иммунологическом надзоре. При ослаблении их функций повышается склонность к разным инфекциям.

Уровень клеточного иммунитета, судя по Т-лимфоцитам повышается у больных катаральным, гипертрофическим (у жителей экол.благ.района) и аллергическим ринитами в обоих районах (рис.3).

Уровень Ттр (теофиллинрезистентные клетки), обладающих хелперными свойствами у больных катаральным ринитом, проживающих в благополучном районе, увеличен по сравнению с контрольной группой, а супрессоров снижен (рис. 4,5). Аналогичное изменение имеет место и в группе больных с аллергическим ринитом, причем уровень Ттч (теофиллинчувствительные клетки) снижен более значительно у лиц, проживающих в экологически неблагоприятном районе.

При гипертрофическом рините, у лиц неблагоприятного района уровень Ттч повышается, а Ттр снижается. При атрофическом рините уровень хелперов (Ттр) ниже, чем у больных с другими формами хронического ринита.

Показатели фагоцитоза наиболее сильно снижаются при атрофическом рините независимо от района проживания и при катаральном и аллергическом ринитах у больных, проживающих в экологически неблагоприятном районе.

Изучение динамики показателей В-лимфоцитов крови у больных с различными формами хронического ринита показало, что при катаральном и атрофическом ринитах достоверные и выраженные отличия наблюдаются у больных, проживающих в неблагоприятном районе: в обоих случаях отмечается резкий рост В-лимфоцитов, причем более выражено это явление в группе больных с атрофическим ринитом. У больных же гипертрофическим ринитом активность гуморального иммунитета снижается, и в большей степени у лиц, проживающих в экологически неблагоприятном районе (рис. 6).

Подтверждением этих изменений является динамика синтеза иммуноглобулинов. Содержание Ig G при различных формах ринита сходно с уровнем здоровых лиц экологически неблагоприятного района. За исключением больных с аллергическим ринитом, у которых концентрация IgG повышена. В частности, уровень Ig M в крови наиболее высок у больных с атрофическим ринитом, проживающих в экологически благополучном районе и снижен

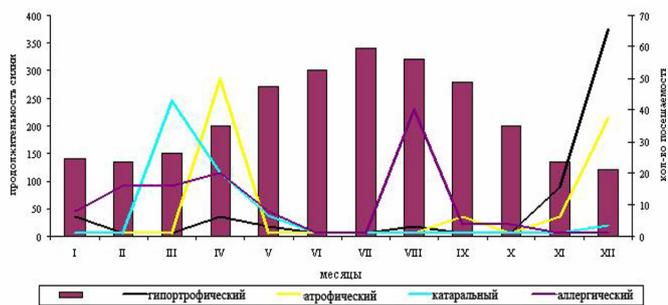


Рис. 1. Годовой ход продолжительности солнечного сияния t (ч) в г. Бишкек и частота и обращения больных с хроническим ринитом (экологически благополучный район)

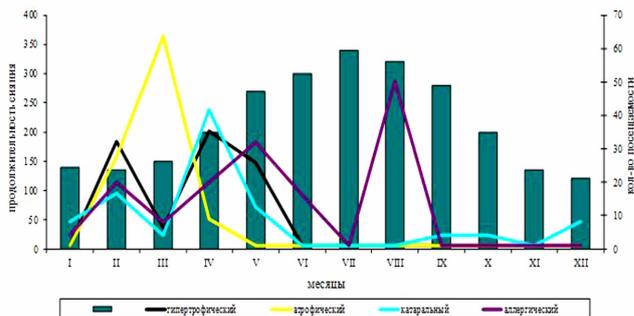


Рис. 2. Годовой ход продолжительности солнечного сияния t (ч) в г. Бишкек и частота и обращения больных с хроническим ринитом (экологически неблагоприятный район)

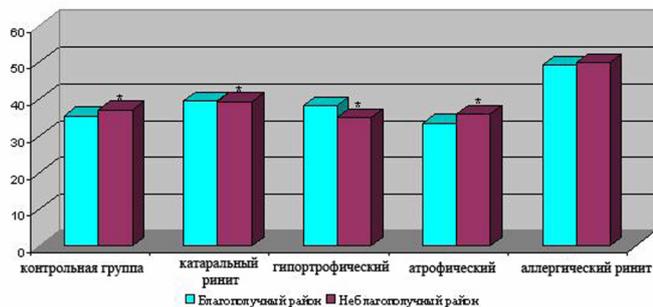


Рис.3. Показатели Т- лимфоцитов у жителей с различными формами хронического ринита, проживающих в различных районах г. Бишкек (%)

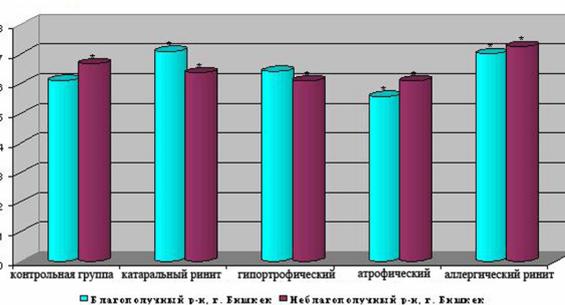


Рис. 4. Показатели Тtr у жителей с различными формами хронического ринита, проживающих в различных районах г. Бишкек (%)

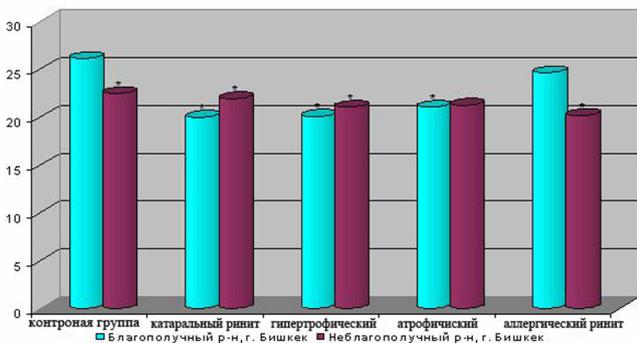


Рис. 5. Показатели Ттч у жителей с различными формами хронического ринита, проживающих в различных районах г. Бишкек (%)

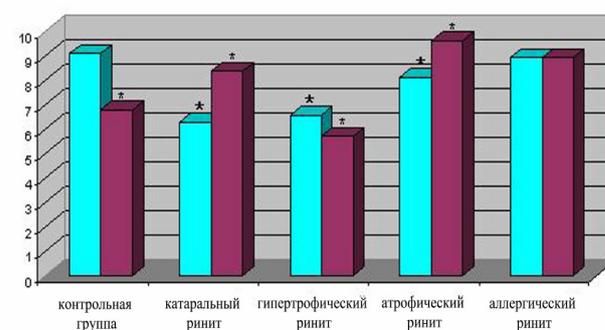


Рис. 6. Показатели В- лимфоцитов у жителей с различными формами хронического ринита, проживающих в различных районах г. Бишкек (%)

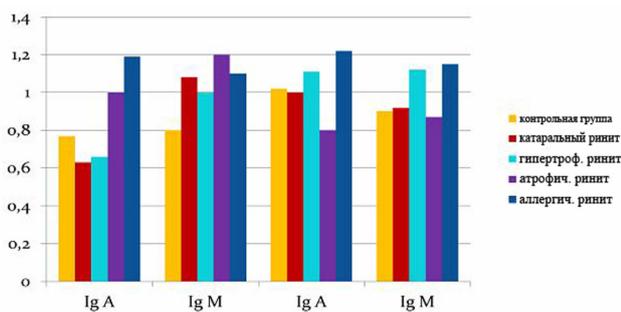


Рис. 7. Показатели содержание Ig A и Ig M у обследуемых больных хроническим ринитом (МЕ/мл)

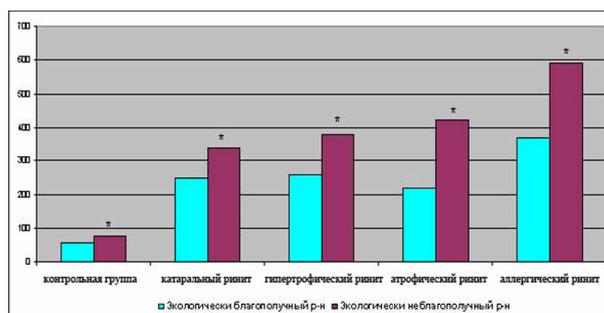


Рис. 8. Показатели содержание Ig E у обследуемых больных хроническим ринитом (МЕ/мл)

у больных из экологически неблагоприятного района. В остальных группах отмечается относительные высокие уровни Ig M. При определении сывороточных иммуноглобулинов отмечается достоверный рост Ig A у больных с хроническими ринитами, кроме атрофического ринита, проживающих в неблагоприятном районе г. Бишкек (рис.7).

Содержание IgE (в МЕ/мл) увеличены у больных со всеми формами хронического ринита, проживающих в неблагоприятном районе в сравнении с больными, проживающие в благополучном районе, причем эти различия статистически достоверны ($P < 0,05$). Наиболее выражено влияние фактора экологического неблагоприятия на количественное содержание IgE в сыворотке периферической крови у больных с аллергическим ринитом, проживающих в неблагоприятном районе г. Бишкек (рис. 8).

Результаты исследований показывают, что активность гуморального иммунитета понижается у больных с гипертрофическим ринитом, при остальных формах ринита постоянно сенсibiliзирующие аллергены естественного и искусственного происхождения и влияния климатических факторов приводит к росту Ig A, M, G.

Таким образом, наши исследования показали, что наряду с общеклиническими проявлениями различных форм хронического ринита имеет значение и место проживания больных, что находит отражение в показателях риноцитограмм, иммунологическом статусе больных.

Выводы:

1. У больных с различными формами хронического ринита наблюдается взаимосвязь с сезонно-климатическими изменениями в течение года: наибольшее количество больных приходится на I-V и XII месяцы. Частота встречаемости аллергического ринита наблюдается почти круглый год у лиц, проживающих в экологически неблагоприятном районе г. Бишкек и что зависит не только от сезонных, но и техногенных факторов.

2. Активация Т-клеточного звена иммунитета отмечается у больных с аллергическим

ринитом, проживающих в неблагоприятном районе г. Бишкек. Для всех форм хронического ринита характерен дефицит Т супрессорных клеток и системы фагоцитоза, наиболее выраженный у лиц, проживающих в зоне экологического неблагоприятия. У больных с различными формами хронического ринита отмечается увеличение содержания в крови IgA. У больных с аллергическими ринитами наблюдается увеличение IgE, что особенно выражено у больных, проживающих в экологически неблагоприятном районе г. Бишкек.

Литература:

1. Боконбаев К.Дж., Ильясов Ш.А., Якимов В.М. Анализ загрязненности атмосферного воздуха г. Бишкек. // *Окружающая среда и здоровье человека. Бишкек, 1998. - Том VI. Сб. научн. тр. - С. 54-56.*
2. Малышева А.Г. Неучтенная опасность воздействия химических веществ на здоровье человека // *Гигиена и санитария. - 2003. - №6. - С. 34-36.*
3. Онищенко Г.Г. Влияние состояния окружающей среды на здоровье населения. Нерешенные проблемы и задачи // *Гигиена и санитария. - 2003, №1. - С. 3-4.*
4. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов в слизистой оболочке носа и околоносовых пазух. Воронеж: Изд-во Воронежского университета, 1991. - 103 с.
5. Скуратова Т.А., Шаршенова А.А., Арзыгулова К.Ш. Металлы в атмосферном воздухе г. Бишкека. // *Окр. Среда и здоровье человека. - Бишкек, 1996. Том V. - С.135-138.*
6. Степанова Н.В., Хамитова Р.Я., Петрова Р.С. Оценка загрязнения городской территории по содержанию тяжелых металлов в снежном покрове. // *Гигиена и санитария. - 2003. - №2. - С. 18-21.*
7. Тулебаев Р.К., Братель И.Н., Ушаков И.С. Диагностика и профилактика воспалительных изменений респираторного тракта // *Учебно-методическое пособие. - Астана, 2000. - 95 с.*
8. Хмельницкая Н.М., Рязанцев С.В., Кокряков В.Н. и др. Оценка иммунологического статуса слизистой оболочки при хроническом риносинусите // *Вестник оториноларингологии. - 1998. - №4 - С.47-50.*
9. Шаршенов А.К., Тухватшин Р.Р. Репродуктивная функция женщин и перинатальные потери в условиях экологического неблагоприятия. - Бишкек.: 2001. - 98 с.
10. Brandtzaeg H., Jahnsen F.L., Farstad I.N. Immunobiology and immunopathology of the upper airway mucosa // *Folia Otorhinolaryng et Pathol Respiratoriae. - 1998. - Vol. 4, № 1-2. - P. 74-83.*

КОМБИНИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЦЕПТИВНЫХ ОБОНЯТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ

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-лабораторное сопоставление позволило сделать вывод, что наиболее эффективным является раннее комплексное лечение острых и подострых дизосмий, с применением антигипоксантных препаратов и лазерной установки на обонятельную зону полости носа.

Ключевые слова: обоняние, дизосмии, гелий-неоновый лазер, лечение

ЖЫТ СЕЗУУНУН ПЕРЦЕПТИВДИК БУЗУЛУУШУН КОШТОЛГОН ДАРЫЛОО ТАКТИКАСЫ

Нарматова К.К.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
кулак, мурун жана тамак оорулар кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада жыт сезүүсү сезгенген оорулууларды дарылоонун жыйынтыктары берилген. Клиника-лабораториялык салыштыруу курч кармаган дизосмияны антигипоксанттык дарыларды жана гелий-неондук лазерди мурун көңдөйүндөгү жыт сезүү зонасына колдонуу менен баштапкы комплекстик дарылоо абдан натыйжалуу экендигин көрсөттү.

Негизги сөздөр: жыт сезүү, дизосмия, гелий-неондук лазер, дарылоо.

COMBINED THERAPEUTIC TACTICS IN PERCEPTUAL OLFACTORY DISORDERS

Narmatova K.K.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of otorhinolaryngology
Bishkek, Kyrgyz Republic

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. Обоняние - способность ощущать и идентифицировать запахи, являющиеся специфическим раздражителем обонятельного анализатора.

Обонятельные нарушения полиэтиологичны. Наиболее чаще встречается респираторная, или кондуктивная гипосмия, которая вызвана риногенными причинами, т.е. изменениями в полости носа, которые механически затрудняют или препятствуют доступу пахучих веществ в обонятельную область (деформации носового скелета, атрезии и синехии носа и хоан, гипертрофический ринит, отечная и отечно-гипертрофические формы вазомоторной риносинусопатии) [1, 3].

Для дифференциальной диагностики респираторной от перцептивной гипосмии, а также с целью выяснения состояния обонятельной щели проводят адреналиновую пробу. От состояния обонятельной щели в каждый определенный момент, как об этом свидетельствуют данные литературы и наши собственные, во многом зависит обоняние. Образована она с одной стороны медиальным краем средней носовой раковины, а с другой - перегородкой носа. Ширина ее имеет ничтожный просвет - всего 1-2 мм. Эта щель под влиянием различных причин может быть полностью закрыта, может суживаться и расширяться. Поскольку просвет этой щели ничтожен, то

даже незначительные изменения ее состояния в той или иной степени оказывают влияние на обоняние.

Перцептивные (нейросенсорные или эссенциальные) расстройства обоняния возникают при периферическом поражении нейроэпителиальных клеток или/и обонятельных нервов, а также в случае центральных нарушений обонятельных образований передней или средней черепных ямок.

Причинами обонятельных нарушений «рецепторного уровня» являются 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 [3].

Центральные обонятельные нарушения могут быть при черепно-мозговой травме, нарушении мозгового кровообращения, при опухолях головного мозга, обменных нарушениях, генетических и инфекционных заболеваниях, саркаидозе, болезни Паркинсона, Альцгеймера [1, 5].

Нарушение остроты обоняния возможно при всех трех (респираторная, перцептивная и смешанная) формах дизосмии либо по типу аносмии (отсутствие восприятия и распознавания запахов), либо по типу гипосмии (снижении способности воспринимать и адекватно распознавать пахучие вещества).

Риногенная гипо- и аносмия устраняются лечением заболевания, послужившего его причиной. Многие авторы рекомендуют соблюдать щадящее отношение к обонятельной области, сохранить целостной слизистую оболочку носа при эндоназальных хирургических вмешательствах. Это обосновывает целесообразность более широкого применения в ринологии эндоскопических и лазерных методов лечения [3].

Сложной проблемой до сих пор остается лечение перцептивных обонятельных нарушений, широкая распространенность которых и низкая эффективность от проводимого, с точки зрения доказательной медицины, эмпирического лечения, явились поводом к поиску эффективного,

обоснованного способа терапии этой категории больных. Лекарственные препараты, применяемые при перцептивной дизосмии, сходны с используемыми при нейросенсорной 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.

По данным литературы, эффективность медикаментозного лечения при дизосмиях повышается при использовании акупунктуры [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.

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 [4]. Вследствие этого авторами получены положительные результаты при непосредственном эндоназальном воздействии гелий-неонового лазерного излучения на обонятельную зону полости носа [1].

Учитывая важное патогенетическое значение гипоксии в формировании патологических состояний нервно-рефлекторных структур [2], можно считать обоснованным использование препаратов антигипоксантами направленности в терапии перцептивной дизосмии.

В клинике болезней уха, горла и носа

ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

НГ МЗ КР проведено обследование и лечение 46 больных, страдающих обонятельными нарушениями, в возрасте от 18- до 58 лет (мужчин-16, женщин-30).

При обследовании выяснялись жалобы, выполнялись передняя и задняя риноскопия, адреналиновая проба, ольфактометрия с помощью ольфактометра карусельного типа с определением порогов восприятия и распознавания, времени утомления и восстановления, рентгенография придаточных пазух, ЭЭГ. В качестве запаховых раздражителей использовали вещества ольфактивного действия (настойка валерианы), ольфакто-тригеминального воздействия (этиловый спирт) и смешанного действия (40% уксусная кислота).

Чаще всего больные связывали возникновение обонятельных расстройств с перенесенным гриппом и ОРВИ (23 больных-47,6%), несколько реже - с вдыханием раздражающих веществ (2 больных-6,7 %), черепно-мозговой травмой (16 больных – 34,7 %), психо-эмоциональной травмой (5 больных-10,8 %).

В зависимости от давности, заболевание оценивалось как - острое перцептивное нарушение в период до 1 месяца, подострое - в период от 1 до 6 месяцев, хроническое – свыше 6 месяцев.

У 13 больных была диагностирована острая перцептивная дизосмия, у 21 - подострая, у 12 – 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 %).

Пациентам с перцептивными нарушениями обоняния мы применяли комплексное медикаментозное лечение по следующей схеме:

1. В течение первых 10 дней пираретам инфузионно в возрастающей дозировке от 5,0 до 15,0мл в 250,0 мл физиологического раствора (5,0 мл пираретама 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 пираретам назначали внутримышечно по 5,0 мл 2 раза в сутки;

Помимо этого препарата в план медикаментозной терапии включали по показаниям гипосенсибилизирующие, мочегонные, седативные, препараты улучшающие нервную проводимость (прозерин), витамины группы В, А, АТФ, гидрокортизон в виде ингаляций.

Местно применяли раствор ретинола ацетат в масле (пропитывали ватные тампоны и

Таблица 1

Результаты комплексного лечения больных с нарушениями обоняния в зависимости от формы заболевания				
Форма дизосмии	Характер дизосмии	Результаты лечения		
		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

вводили в полость носа ежедневно 1 раз в сутки на 30 минут в течение двух недель. Показания к использованию ретинола ацетата в масле обоснованы экспериментальными данными, из которых следует, что повреждение рецепторных структур обонятельного анализатора сопровождается нарушением обмена в обонятельных клетках этого вещества [4].

После завершения курса инфузионной терапии назначали курс лечения лазером на обонятельную область полости носа. Лечение было проведено в медицинском центре лазерных технологий на аппарате «Мустанг 2000». 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.

Результаты лечения оценивались по субъективной клинической динамике, что выражалось в субъективном улучшении восприятия и распознавания пахучих веществ, исчезновении явлений какосмии и данным ольфактометрии. Значительное улучшение и улучшение были достигнуты у 29 из 46 пациентов, без перемен - у 17 больных

Результаты лечения у данных больных наглядно свидетельствуют о положительном воздействии предложенной схемы комплексной

терапии на обонятельную функцию при поражении обонятельного анализатора.

Таким образом, проблема диагностики и лечения обонятельных нарушений остается актуальной для современной оториноларингологии. В лечении обонятельных нарушений эффективна комбинированная терапия, включающая как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения.

Литература:

1. Овчинников Ю.М., Морозова С.В., Минор А.В. *Нарушения обоняния (вопросы теории, диагностики, лечения)*. – М.: Медицина, 1999.- 155 с.
2. Морозова С.В., Саватеева Д.М., Лопатин А.С. *Расстройства обоняния и их коррекция //Вест. оториноларингол.* – 2007. - №5. – С. 66-70.
3. Винников Я.А., Титова Л.К. *Морфология органа обоняния.* : Медицина, 1957. – 296 с.
4. Морозова С.В., Безчинская М.Я. *Возможности гелий-неонового лазера при нарушении обоняния //Вест. оторинолар.* – 1995. - №5. – С. 35-36.
5. Благовещенская Н.С. *Отоневрологические симптомы и синдромы* – М., 1990. – С. 334-357.

**В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ.
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРБИТЫ И ИХ
СВЯЗЬ С ПАТОЛОГИЕЙ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА**

Эшимбетова М.З., Нуркеев Н.Б.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ

кафедра ЛОР болезней КГМА им. И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе представлен клинический случай больного с риногенным орбитальным осложнением, одонтогенного происхождения, тактика хирургического и консервативного лечения.

Ключевые слова: флегмона орбиты, придаточные пазухи: гайморова, фронтальная, ячейки решетчатой кости.

**ПРАКТИКАЛЫК ДАРЫГЕРЛЕРГЕ ЖАРДАМ.
КӨЧ ЧАРАСЫНАН СЕЗГЕНҮҮ ООРУЛАРЫ ЖАНА
АЛАРДЫН МУРУНДУН КӨШМО КАНДАЙЧӨЛӨРҮ
МЕНЕН БАЙЛАНЫШЫ**

Эшимбетова М.З., Нуркеев Н.Б.

КРСУнун офтальмология жана оториноларингология кафедрасы

И.К. Ахунбаев атындагы КММА, кулак, мурун жана тамак кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул иште одонтогендик себептен, риногендик орбитанын күчөп кетүүсүнө алып келген оорунунун клиниканын кездешүүсү, хирургиялык жана дары-дармектер менен дарылоо ыкмасы келтирилген.

Негизги сөздөр: орбитанын жарасы, мурундун коңдойчолору: гайморова, фронталдик, торчо сымал сөөктөрдүн чөнөгү.

**HELP FOR PRACTICAL DOCTOR.
INFLAMMATORY DISEASE OF THE ORBIT AND THEIR
RELATIONSHIP WITH THE
PATHOLOGY OF SINUS**

Eshimbetova M.Z., Nurkeev N.B.

Department of ophthalmology and otorinolaryngology KRSU

Department of ENT diseases KSMA I.K.Ahunbaev

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Are in this work occurred the clinical case of patient with the rinogenym orbital complication, odontogenous origins, tactics of surgery and conservative treatment.

Key words: The phlegmon of orbit, the additional cavities: is maxillary, frontal, the cell of the ethmoid bone.

Флегмона орбиты является серьезной проблемой в хирургической офтальмологии. Несмотря на свою относительно невысокую встречаемость (около 1% случаев в популяции) [2], флегмона глазницы может представлять опасность не только для зрительной функции, но и для жизни пациента.

При распространении гнойного процесса по венозному руслу из орбиты в полость черепа развиваются опасные осложнения – тромбоз мозговых сосудов и менингит, которые в 20% случаев приводят к гибели больных. Около 70% случаев флегмоны глазницы является осложнением синуситов, в особенности – этмоидита. По литературным данным

частота орбитальных осложнений синусного происхождения составляет 38,7%-80% [1, 2]. Глазница с трех сторон окружена околоносовыми синусами. Ее верхняя, медиальная и нижняя стенки являются одновременно и стенками соответствующих пазух: лобной, основной, ячеек решетчатой кости и верхней челюсти.

Костные пластинки, отделяющие орбиту от окружающих ее синусов, в некоторых местах очень тонки. Кроме того они пронизаны отверстиями и щелями, через которые проходят многочисленные сосуды и нервы. В костных стенках орбиты встречаются врожденные дефекты, дегисценции, благоприятствующие переходу воспаления из пазух в орбиту [4].

По данным [5] чаще всего поражается лобная, затем верхнечелюстная пазухи и столь же часто ячейки решетчатой кости. Реже всего – ячейки клиновидной кости. Ф.И. Добромьльский и И.И.Щербатов [1] считают, что флегмоны чаще всего являются следствием поражения верхнечелюстной пазухи. Причем по данным G.H.Narris [5], вследствие острой инфекции параназальных синусов разрушаются стенки примерно 50% окружности орбиты. Известно, что инфекция может, минуя эти закрытые фиброзной тканью «окна», прокладывать себе путь в орбиту непосредственно и через кость. Поражение орбиты и ее содержимого осуществляется по продолжению, т.е. инфекция проникает в глазницу через костную стенку. Этому способствует ряд факторов, из которых задержка гнойного содержимого в пазухе и давление на стенки играют решающую роль. Следует отметить, что в ряде случаев выводной ход пазухи может быть свободным для оттока накапливающегося гноя. Заболевания костной стенки глазницы проявляются в форме периостита, субпериостального абцесса или ретробульбарной флегмоны. Распространение воспалительного процесса на орбиту происходит контактным путем на костную стенку и периост, через мелкие венозные инфицированные сосуды при тромбозах, в случаях общей инфекции гематогенно-метастатическим путем. Известное значение для передачи инфекции имеет анатомическое строение косного покрова, отделяющего дно орбиты от гайморовой полости, а последней от луночек моляров и премоляров. Гнойное расплавление орбитальной клетчатки также может быть обусловлено проникновением инфекции из близлежащих очагов воспаления: зубов и челюстей. Здесь костный покров очень

тонкий и пористый, а иногда слизистая оболочка челюстной пазухи лежит непосредственно на верхушках корней. Вдающиеся в пазуху луночки имеют отверстия, через которые надкостница корня зуба приходит в соприкосновение со слизистой пазухи. В результате в ней возникают воспалительные процессы. Иногда при удалении этих зубов возможна перфорация дна пазухи с образованием свищевого хода и, как результат, также возникновение воспалительных процессов в ней. Инфекционный воспалительный процесс может поражать одновременно и кости орбиты и ее содержимое: глазничную клетчатку, мышцы, сосуды, нервы или только содержимое полости орбиты. Развитие флегмоны может быть продолжением тромбоза вен глазничных вен.

Для иллюстрации отмеченного, приводим случай из практики и краткую выписку из истории болезни:

Больной Усубалиев Р.У., 28 лет, проживающий по адресу: Чуйская область. Кеминский район, с. Кичи - Кемин, находился с 08.03.2014г по 07.04.2014г. в Национальном госпитале МЗКР в ЛОР отделении с диагнозом: Обострение хронического гнойного одонтогенного гайморозтмоидита слева, осложненный флегмоной орбиты.

Жалобы при поступлении на выраженную головную боль, высокую температуру, общую слабость, боль в области лица, чувство заложенности в носу, гнойное отделяемое из носа, зубную боль, отек верхнего века левого глаза.

Из анамнеза: Со слов больного вышеуказанные жалобы появились после перенесенной простуды. В течение нескольких недель болели зубы, но к врачам не обращался.

Локально: Ассиметрия лица, отек



а)



б)



в)

Рис.1. а) пункция в/ч пазухи слева, б) состояние после орбитотомии и фронтотомидотомии слева, в) через 1 мес. после выписки из стационара.

и гиперемия верхнего века левой орбиты, экзофтальм, боль при движении глазного яблока, ограничение подвижности глазного яблока кверху и кнаружи, болезненность при пальпации проекции в/ч пазухи слева, при передней риноскопии в полости носа обильные гнойные выделения.

При поступлении проводилась: пункция гайморовой пазухи слева - получен серо-коричневый гной в большом количестве.

Осмотр стоматолога: Кариозное поражение зубов: верхних 4,6,7.

Осмотр офтальмолога: визометрия: острота зрения 0,06. Снижение зрения у пациентов мы относим за счет механического воздействия на зрительный нерв отечной ретробульбарной клетчатки и токсического воздействия содержащегося в ней экссудата. Наружный осмотр: у больного развита картина острого воспаления тканей орбиты: выраженный отек и гиперемия век, глазная щель сужена, ограничение подвижности глазного яблока, смещение глазного яблока книзу, хемоз конъюнктивы. Биомикроскопически у больного определялся венозный застой в сосудах конъюнктивы, мелкоточечные кровоизлияния.

При обследовании:

1) на рентгенографии придаточных пазух обнаружены – затемнение гайморовой, фронтальной и решетчатой пазух;

2) РКТ – данные за левосторонний гайморозтмоидофронтит, имеется инкапсулированное жидкостное образование в верхнемедиальном углу левой орбиты.

Произведены следующие хирургические вмешательства.

1) 12.03.2014г: орбитотомия в нижне-наружном квадранте со вскрытием гайморовой и решетчатой пазухи. Также удалены верхние 4,6,7 кариозные зубы.

2) 15.03.2014г вскрытие орбиты в верхне-наружном квадранте;

3) 24.03.2014 орбитотомия в верхне-внутреннем квадранте со вскрытием фронтальной и решетчатой пазух.

Проводилось консервативное лечение:

1) цефтриаксон 1,0 x 2 р/д в/м

2) метрид 100,0 x 2 р/д в/в кап

3) Хим.смесь (преднизолон 120мг; 90мг; 60мг; 30мг; 30мг; + Хлористый кальций 10% 10,0 + димедрол 1% 1,0) на 200,0 физ. р-ре в/в

кап

4) гепарин 10 тыс. ЕД по схеме вокруг пупка

5) пенициллин 5,0 x 6 р/д в/м

6) фуросемид 2,0 в/м утром

На фоне лечения состояние больного не улучшилось: нарастал отек век, появился хемоз конъюнктивы. Развился ДВС-синдром, который подтверждается изменениями в показателях свертывающей системы крови больного, в частности снижением содержания фибриногена в крови до 1770 при норме 2000-4000 мг/л, снижением фибринолитической активности плазмы до 2 минут при норме 5-12, увеличением тромбинового времени до 40 с, в норме 10-13с, положительным этаноловым тестом.

Вследствие развития ДВС - синдрома больному произведена гемотрансфузия переливания одногруппной свежезамороженной плазмы 250,0 с целью повышения факторов свертывания.

После проведенного комплексного лечения общее состояние больного улучшилось, он выписан 08.04.2014 г. домой.

Выводы

1. Флегмона орбиты в большинстве случаев сопровождается патологией околоносовых синусов.

2. Распространение гнойного процесса по венозному руслу из орбиты в полость черепа, может обратиться серьезными осложнениями – тромбоз мозговых сосудов, ДВС синдром, менингит, которые могут привести к гибели больного.

3. Лечение флегмоны орбиты требует совместных мероприятий офтальмологов и оториноларингологов и смежных специалистов.

Литература:

1. Добромьельский Ф.И., Щербатов И.И. Придаточные пазухи носа и их связь с заболеваниями глазницы. М.: Медгиз, 1955.

2. Миронов А.А., Гилязетдинов К.С., Финк Е.К. // Актуальные вопросы офтальмологии. Сб. тр. науч.-практ. конф., посв. 170-летию Московской офтальм. б-цы. М., 1996. Ч.2.

3. Пономаренко В.Н., Басинский С.Н. Клиническая анатомия органа зрения. Благовещенск, 1989.

4. Изаева Т.А., Насыров В.А. Монография. Отогенные и риногенные осложнения. Клиника, диагностика, лечение. Бишкек 2008.

5. Harris G.J. // Arch. Ophthalmol. 1983. Vol. 101. №5.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА
СИНУСИТОВ**

Солодченко Н.В.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

кафедра оториноларингологии

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе приводятся общие сведения по диагностике синуситов, в числе и грибковой этиологии.

Ключевые слова: эндоскопия, риносинусхирургия, синусит, грибковый синусит.

**СИНУСИТТЕРДИ КЛИНИКАЛЫК ЛАБОРАТОРИЯЛЫК
АНЫКТОО**

Солодченко Н.В.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы

оториноларингология кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: иште синуситтерди алардын арасынан көзү карынгалар себенктер болгондорун аныктоо туралуу маалыматтар келтирилген.

Негизге сөздөр: эндоскопия, риносинусит, көзү карынгалуу синусит

**CLINICAL AND LABORATORY DIAGNOSIS
OF SINUSITIS**

Solodchenko N.V.

Department of Otorhinolaryngology

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article gives an overview on the diagnosis of sinusitis, including and fungal etiology.

Keywords: endoscopy, rhinosinusosurgery, sinusitis, fungal sinusitis.

По данным отечественной и зарубежной литературы удельный вес поражения параназальных синусов в структуре заболеваний ЛОР органов растет с каждым годом. Становится очевидным поднятие вопроса о своевременной и адекватной диагностике. Приведенные в литературе результаты статистического исследования показывают, что в настоящее время заболевания параназальных синусов на 1000 населения выросли с 4,6% до 12,2%, и составили 1/4 всех заболеваний ЛОР-органов [1].

Также следует озвучить, что особенности анатомического взаимоотношения полостей носа с полостью орбиты и черепа создают благоприятные условия для развития риногенных внутричерепных осложнений. Так, орбитальные риногенные и синусогенные осложнения наблюдаются у взрослых в 0,5-8,5 % случаях, в детском возрасте 10-25%. А среди детей раннего возраста риносинусогенные осложнения диагностируются у 63%, дошкольного возраста – у 40% и в школьном возрасте – у 27% больных

[2, 3].

Этиопатогенез синуситов обусловлен, главным образом, риногенным инфицированием параназальных синусов через естественные соустья, что, как правило, бывает осложнением острой респираторной вирусной инфекции. Репродуцирующиеся в клетках мерцательного эпителия полости носа и параназальных синусах вирусы оказывают выраженное цитотоксическое действие, что приводит к нарушению целостности эпителия с последующим развитием местного воспалительно-некротического процесса. В дальнейшем происходит нарастающее угнетение мукоцилиарного клиренса, скопление серозного экссудата в просвете пазух, который, в дальнейшем при бактериальном инфицировании и развитии локального воспалительного процесса приобретает гнойный характер.

Основными возбудителями острого воспаления параназальных синусов являются *Streptococcus pneumoniae* (50-70%) и *Haemophilus influenzae* (12-25%), гораздо реже

встречаются *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* [4, 5]. Не совсем точно определена роль анаэробов, по данным разных авторов их частота определяется от 0 до 10% [6]. В последние десятилетия во всем мире отмечается нарастание резистентности основных возбудителей параназального синусита к антибиотикам.

По данным Махмудова М.М. [7], первоначальным очагом сенсбилизации у больных может быть и бронхолегочный аппарат. Автором выявлена зависимость почти у половины обследуемых пациентов с неспецифическими заболеваниями легких и латентно протекающая инфекция в параназальных синусах.

Определенную роль в особенностях течения заболеваний параназальных синусах играют фоновые процессы: хроническое воспаление лимфо-аденоидного кольца, эндокринные и трофические расстройства, нарушение функции вегетативной нервной системы [8, 9, 10]. Также по данным Химичевой Е.В., у большинства больных с острым и хроническим поражением параназальных синусов выявлены признаки аденоидита [11]. Автор утверждает, что это происходит за счет компенсаторных реакций лимфоидной ткани.

В настоящее время предложено ряд классификаций синуситов: по Журавлевой И.М. (1997), Пискунову С.З. (1997) и др., в своей работе мы решили обратить внимание именно на эти две классификации по причине того, что в них выделяется грибковый синусит как отдельная форма синуситов.

Классификация синуситов по Журавлеву А.С. (1997): 1. Изолированные: а) гайморит; б) этмоидит; в) фронтит; г) сфеноидит; 2. Сочетанные: а) гайморозтмоидит; б) фронтогайморозтмоидит (гемисинусит); в) сфеноэтмоидит (синусит задней группы пазух); г) панусинусит;

По морфологии: 1. Отечно-катаральный; 2. Экссудативный; 3. Гиперпластический: а) пристеночно-гиперпластический; б) кистозный; в) полипозный;

По первопрочине: 1. Бактериальный; 2. Вирусный; 3. Грибковый; 4. Смешанный;

По реактивности организма: 1. С нормальной напряженностью иммунитета; 2. С выраженной иммунологической недостаточностью; 3. С извращенным иммунитетом.

Классификация по Пискунову С.З. и Пискунову Г.З. (1997): I. По течению и форме поражения: 1. Острый: а) катаральный; б) гнойный; в) некротический; 2. Хронический: а) катаральный; б) гнойный; в) пристеночно-гиперпластический; г) полипозный; д) фиброзный; е) кистозный; ж) смешанные формы; з) осложненный (остеомиелит, холестеатома, пиомукоцеле, распространение процесса на клетчатку орбиты, полость черепа); 3. Вазомоторный: а) аллергический; б) неаллергический;

II. По причине возникновения: 1. Риногенный; 2. Одонтогенный; 3. Травматический;

III. По характеру возбудителя: 1. Вирусный; 2. Бактериально аэробный; 3. Бактериально анаэробный; 4. Грибковый; 5. Смешанный.

IV. По распространенности процесса: 1. Этмоидит (передний, задний, тотальный); 2. Гайморит; 3. Фронтит; 4. Сфеноидит; 5. Этмоидогайморит; 6. Гемисинусит (справа, слева); 7. Панусинусит.

Хотелось бы отдельно выделить грибковое поражение параназальных синусов, в связи с увеличением их распространенности. На данное время известно около 400 болезнетворных грибов – возбудителей зарегистрированных случаев микозов. Однако, список болезнетворных грибов пополняется, в среднем, на 10 видов в год [21].

Грибы не способны к фотосинтезу, неподвижны и имеют толстые клеточные стенки, что лишает их возможности захватывать меньшие микроорганизмы, иди активно поглощать питательные вещества. Абсорбция питательных вещества из окружающей среды – это единственный способ, которым грибы удовлетворяют свои пищевые потребности. Для этого грибы должны расти на источнике питательных веществ или внутри него. Все грибы являются гетеротрофными, т.е. нуждающиеся в органических веществах. Грибы – аэробные организмы и для роста требуют содержание в питательной среде углерода, азота, некоторых минеральных веществ. Грибы предпочитают кислую среду обитания. Большинство грибов растет при 20-30 0С, хотя некоторые виды могут расти и при низкой (50С некоторые *Penicillium*, *Fusarium*) или высокой (до 450 у *Aspergillus fumigatus*).

За последние годы грибковые поражения параназальных синусов стали важной

диагностической и клинической проблемами. По статистическим данным отмечен значительный рост заболеваний, вызванный грибковой инфекцией. По мнению ряда авторов грибковое поражение ЛОР-органов встречается у 6-10 % обследуемых [12]. Широкое и бесконтрольное применение антибиотиков, самолечение при острых и хронических заболеваниях полости носа и параназальных синусов привели к увеличению числа грибковых поражений верхних дыхательных путей и в частности параназальных синусов. По данным Кунельской В. Я. при обследовании 1360 больных с хроническими заболеваниями параназальных синусов грибковое поражение последних выявлено у 204 (15%) пациентов [13]. И.А. Дайхес в своих наблюдениях описывает анамнестические данные 101 пациента с грибковым поражением параназальных синусов. Так, у 66 (66%) больных, в патогенезе заболевания имела значение массивная антибиотикотерапия, а также способ введения антибиотиков. Автор установил, что при лечении 46 больных использовали пункционное введение антибиотиков в параназальные синусы, большинству больных процедуру проводили 12-20 раз, а 5 больным – до 50 раз [14]. Нельзя исключать и проникновение спор гриба в верхнечелюстной синус из корневых каналов зубов верхней челюсти при стоматологических манипуляциях, что доказали Odell и Pertl [15]. В патогенезе развития одонтогенного микоза параназальных синусов Hubble и Mercke уделяют большое внимание локальному нарушению функции реснитчатого эпителия синуса в следствии возникающей воспалительной и токсической альтернации в области нахождения инородного тела – пломбирочного материала, содержащие соли тяжелых металлов и тканевые токсические компоненты [16]. По данным Насырова В.А. и соав. [17] за период с 2010 по 2011 гг. 17 пациентов прооперированных по поводу хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита перфоративной формы у 15 пациентов были найдены инородные тела (корни зубов, кусочки пломбирочного материала, грибковые тела).

Для выявления и идентификации синуситов используют разнообразные методы диагностики такие как: исследование дыхательной функции, исследование транспортной активности мерцательного эпителия, исследование всасывательной, выделительной и секреторной

функции, исследование обонятельной функции, иммунологические исследования, лучевые методы (рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография), ультразвуковая биолокация параназальных синусов, эндоскопия носа и параназальных синусов, цитологическое, гистологическое, бактериологическое и микробиологическое исследования. Хотелось бы остановиться на некоторых из этих исследований в диагностике микозов параназальных синусов.

Рентгенография - является наиболее доступным и общепринятым методом исследования параназальных синусов. Решающим признаком в рентгенологической диагностике является нарушение пневматизации параназальных синусов. В большинстве случаев, для правильной интерпретации полученных данных достаточно снимка в прямой проекции. На таком снимке легко определить величину пазухи (гайморовой, лобной), ее бухты, и по соотношению прозрачности – толщину костных стенок, состояние слизистой оболочки и наличие патологического отделяемого, наличие инородного тела (пломбирочного материала, корни зубов, стоматологические штифты и т.д.), также возможно определение наличия в пазухах кист и полипов.

В настоящее время в оториноларингологии широко применяют более современные лучевые методы компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). В результате высокой пространственной и плотностной разрешающей возможности методов, они позволяют получить уникальную информацию о нормальном анатомическом строении, соотношении структур полости носа, патологических изменениях ЛОР- органов, что делает эти методы незаменимыми в практической оториноларингологии [18, 19].

Сложности лучевой диагностики грибковых поражений дыхательных путей объясняются несколькими факторами: 1. рентгенологическая картина большинства форм микозов не имеет патогномичных признаков; 2. различные формы грибов могут выявляться как у клинически здоровых, так и больных, что резко снижает специфичность оценки состояния; 3. верификация микозов достигается только комплексным клинико-лабораторным исследованием, включающим: анамнез, микроскопию, культуральную идентификацию,

определение специфических антител в крови, цитологическое изучение материала [21].

И так, изучая проблему грибкового поражения параназальных синусов мы столкнулись с весьма разрозненными и скудными данными по специфическим диагностическим КТ и МРТ признакам как в отечественной так и зарубежной литературе.

Классическая микробиологическая (микологическая) лабораторная диагностика микозов основана на следующих этапах: 1) сбор материала, его хранение и транспортировка в лабораторию; 2) микроскопия патологического или биопсийного материала; 3) выделение возбудителя с его последующей идентификацией.

Для исследования в микробиологической лаборатории может быть взята практически любая ткань или биологическая жидкость из организма человека. Диагностика микозов во многом основана на обнаружении возбудителя в ткани организма человека. Это позволяет сделать непосредственное микроскопическое исследование взятого образца ткани, одна из самых простых и наиболее полезных процедур в лабораторной диагностике. Помимо первичной, или непосредственной (прямой) микроскопии, когда исследуется сам материал от пациента, выделяют вторичную микроскопию, когда изучают культуру возбудителя, полученную из этого материала. Прямая микроскопия позволяет быстро поставить диагноз микоза, что дает возможность сразу начать лечение; она может показать, на какие среды следует посеять полученный материал; ее положительный результат может оставаться единственным лабораторным подтверждением микоза при отрицательном ответе культуры.

Одним из основных способов выявления возбудителей микозов является микроскопия, а именно цитологическое и гистологическое исследования. В связи с использованием современных эндоскопических методов, позволяющих получить материал непосредственно из области соустьев параназальных синусов роль этих исследований в диагностике микозов постоянно возрастает.

Пытаясь провести микробиологический анализ при хронических синуситах, не поддающихся классическому антибактериальному лечению, что косвенно говорит о их грибковой этиологии, мы столкнулись с рядом проблем связанных с отсутствием методик

идентификации микозов в Кыргызстане. Однако, по данным Шляга И.Д. и соавт., исследуя микобиоту при риносинуситах выявлены следующие грибы: *Aspergillus fumigatus* (*niger, flavus*) (60%), *Penicillium spp.* (20%), *Alternaria* (3,3%); реже встречаются *S. albicans* (10%) и *S. non-albicans* (6,7%) [20].

Учитывая вышеизложенное, мы пришли к выводу, что необходимо провести научно-исследовательскую работу по диагностическим критериям КТ и МРТ. Возобновить в кратчайшие сроки бактериологические методы диагностики, идентификации и чувствительности микобиоты в структуре ЛОР - заболеваний в целом и грибковом поражении параназальных синусов в частности.

Литература:

1. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С. и др. *Заболевания носа и околоносовых пазух / Эндомикрохирургия. – М. Коллекция «Совершенно секретно». – 2003.*
2. Благовещенская Н.С. *Риносинусогенные внутричерепные осложнения и их диагностика на современном этапе // Вестник оториноларингологии. – 1992.-№1.*
3. Brook I., Frazer E.H. *Microbiology of subperiosteal orbital abscess and associated maxillary sinusitis. // Laryngoscopy. – 1996.-Vol.106.-№8.*
4. Hickner J.M Bartlett J.G., Besser R.E., et al. *Principles of appropriate antibiotic use tor acute rhinosinusitis in adults: background // Ann. Intern. Med.— 2001.—Vol. 134, N6.*
5. Howie V.M. *Eradication of bacterial pathogens from middle ear infection // Clin. Infect. Dis.—1992.—Vol.14, Suppl.2.*
6. *IMS Canada. Canadian diseases and treatment index 1996 // Plymouth (MA): IMS America.*
7. Махмудов М.М. *Изменение азролинамина в нижнем отделе дыхательного тракта при хронических воспалительных заболеваниях носа, придаточных пазух и легких Автореф. диссер.. на соискание ученой степени канд. мед. наук, -М 1977.*
8. Скрябин А.С., Иванина Е.К., Лазарев В.Н. и др. *Местное применение иммуностимуляторов при некоторых заболеваниях ЛОР органов (синуситах и отитах). – Современные методы диагностики и лечения хронических оториноларингологических заболеваний. М.- 1986.*
9. Исламов И.М. *Особенности хронических риносинуситов у детей и подростков в зависимости от функционального состояния вегетативной нервной системы: Автореф. дис.мед.наук. – Астана, 2001.*
10. Насыров В.А., Исламов И.М., Изаева Т.А., и др. *Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения. – Методическое пособие. – Бишкек, 2002.*
11. Химичева Е.В. *Иммунологические аспекты формирования хронических синуситов // Российская*

ринология. – 1997.-2.

12. Аравийский Р.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов. СПб., 2004.

13. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии. – М., 1989.

14. Дайхес И.А. Особенности клиники рецидивирующих грибковых гайморитов // Актуальные вопросы оториноларингологии. – М., 1981.

15. Odell E., Pertl C. Zinc as a growth factor for *Aspergillus sp.* and the antifungal effects of root canal sealants // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1995. Vol. 79. Issue 1. January.

16. Hybbinette J. C., Mercke U. A method for evaluating the effect of pharmacological substances on mucociliary activity // *Acta Otolaryngol.* 1982. Vol. 93.

17. Насыров В.А., Бакиев В.А., Исламов И.М., Беднякова Н.Н. Повышение эффективности хирургического лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов // Материалы научно-практической конференции по оториноларингологии Кыргызской республики // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева – Бишкек., 2012 №3 том II.

18. Овчинников Ю.М., Добротин В.Е. Компьютерная томография при заболеваниях носа, околоносовых пазух, носоглотки и уха / М. “Аз-во Визер” совместно с “Иван-Пресс”.-1999.

19. Миненков Г.О. Диагностические признаки деструктирующей кисты верхнечелюстной пазухи по данным компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования и диафаноскопии // Сб. науч. тр. – Б.-1999.

20. Шляга И.Д., Редько Д.Д., Осипов В.А., и др. - Медицинская панорама №13, 2008.

21. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. – М. – 2008.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ТОНЗИЛЛО-ЛАКУНОТОМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

Насыров В.А., Закиров Т.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
кафедра болезней уха, горла, носа
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Авторы приводят в статье данные по поводу использования впервые в Кыргызстане метода эндоскопической малоинвазивной радиочастотной тонзилло-лакунотомии при хроническом тонзиллите в сравнении с традиционными методами.

Ключевые слова: тонзиллит, радиочастотная, лакунотомия, тонзиллотомия

ЭНДОСКОПИЯЛЫК АЗИНВАЗИВДУУ РАДИОЖЫШТЫГЫН ӨНӨКӨТ ТОНЗИЛЛИТЕ КОЛДОНУУ ЫКМАСЫ

Насыров В.А., Закиров Т.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
кулак мурун жана тамак оорулар кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул статьяда авторлордун Кыргызстанда биринчи жолу онокот тонзиллитти дарылоодо эндоскопиялык аз инвазивдуу радиожыштыгын колдонуу ыкмасы менен контролдук группанын ортосундагы жыйынтыктары салыштырылган, жана эффективдүүлүгүн биринчи сынактан откоруп клиникалык баа берилген.

Негизги создор: эндоскопиялык, радиожыштыг, тонзиллит.

ENDOSCOPIC RADIO-FREQUENCY TONSILLO-LACUNOTOMY FOR CHRONIC TONSILLITIS

Nasyrov V.A., Zakirov T.M.

I.K Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Chair of Ear, Nose, Throat Diseases
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: For the first ever time in Kyrgyzstan the authors present their data concerning the application of the method of the endoscopic low-invasive radio-frequency tonsillo-lacunotomy in chronic tonsillitis as compared to the conventional methods.

Key words: tonsillitis, radio-frequency, lacunotomy, tonsillotomy

Введение. В последнее десятилетие, несмотря на многочисленные научные исследования и практические разработки (Пальчун Б.Т. и соавт., 2001 г.), проблема хронического тонзиллита остается актуальной. В структуре заболеваний взрослых и детей ангина и хронический тонзиллит занимают высокое место. При хроническом тонзиллите возникает патологический процесс с изменениями как в патофизиологическом, так и в патоморфологическом процессах. Он характеризуется многоплановыми нарушениями всех звеньев гуморального и клеточного иммунитета, наличием интоксикации организма, а также разнообразными местными признаками [1].

В последнее время достаточно интенсивным развитием хирургических технологий и соответствующей аппаратуры для быстрого, щадящего и бескровного рассечения тканей при выполнении оперативных вмешательств наибольшее распространение получило применение электрохирургических устройств, история создания которых насчитывает уже больше века. Аппаратура, в основе работы, которой лежит принцип электрокоагуляции, постоянно совершенствуется, что в значительной мере связано с интенсивным развитием последние 50 лет. Лапароскопических и эндоскопических вмешательств, где данный метод нашел широкое применение и является основными для рассечения

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

тканей и обеспечения гемостаза [1, 2, 3]. В конце 70-х годов прошлого века имя И. Эльманом был создан первый высокочастотный хирургический прибор, работающий на частотах 3.8 – 4.0 МГц, показавший высокую эффективность [3].

В целом радиоволновая хирургия – это атравматический метод «холодного разреза» и коагуляция мягких тканей без их разрушения. Эффект разреза достигается при помощи тепла выделяемого при взаимодействии тканей и высокочастотных радиоволн. Радиосигнал, передаваемый активным электродом, вызывает дегидратацию тканей либо их коагуляцию без нагревания электрода [2, 3]. Радиочастотная тонзилло-лакунотомия небных миндалин представляет собой новый метод хирургического лечения хронического тонзиллита. Суть этого воздействия заключается в погружении в измененную ткань небной миндалины специального активного проводника в нескольких точках. Важно знать, что радиоволны нагревают ткани до температуры, при которых в месте воздействия происходит денатурация (сваривание) без разрушения и соответственно риск повредить соседние области во время операции сводится к минимуму. Однако этой температуры достаточно для уничтожения большинства видов патогенных микроорганизмов, поддерживающих хроническое воспаление в небных миндалинах.

Это проявляется двумя эффектами:

- значительное уменьшение ткани в объеме.

- санация (уничтожение) инфекции в криптах миндалин.

Показания к радиоволновому хирургическому вмешательству:

- хронический тонзиллит с токсико-аллергической формой II степени.

- хронический тонзиллит с сопряженными заболеваниями

- отсутствие эффекта от длительных консервативных лечений.

- гипертрофия небных и носоглоточных миндалин.

Однако, существуют определенные противопоказания – острое воспаление глотки и небной миндалины, после которой пройти должно не менее 2 недель.

Материалы и методы.

В ЛОР отделении МЦ КГМА мы использовали универсальный радиохирurgicalический высокочастотный аппарат ЭХВЧ – 300Эллепс (Россия). С возможностью спрей коагуляции и фульгурации, позволяющий манипуляции в условиях амбулатории и стационара.

Данный аппарат работает в нескольких режимах, используемых для разных целей: «разрез», «коагуляция», «разрез и коагуляция» и фульгурация. Под нашим наблюдением находились 46 больных с хроническим тонзиллитом и гипертрофией небных миндалин. Из них мужчин – 28, женщин – 18, дети – 11, взрослых 35. Возраст пациентов от 10 до 60 лет. Давность заболеваний от 4 и более 15 лет.

Все операции проводились под общим эндотрахеальным наркозом с применением игольчатого и пуговчатого электродов в режиме «коагуляция» и при минимальной мощности 4-8 МГц.

Результаты и их обсуждение.

Результаты эффективности хирургического лечения, проведенного нами, с помощью радиохирurgicalического высокочастотного аппарата ЭХВЧ – 300 Эллепс, мы оценивали по следующим параметрам:

- болевые ощущения

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от нозологии

№	ЛОР патология	Количество/ %
1	Хр. тонзиллит ТАФ 3	26/ 36.6%
2	Гипертрофия небных миндалин и аденоидные вегетации	16/ 34.8%
3	Хр. гипертрофический ринит	2/ 4,3%
4	Хр. гранулезный фарингит	2/ 4,3%
5	ВСЕГО	46/ 100%

- интенсивность геморагии во время вмешательства

- сроки заживления после операции раны

- косметический и функциональный эффект операции

В первые дни после операции небные миндалины, которые подвергались радиоволновому воздействию, увеличены в размере и покрыты защитным фибриновым налетом. Реактивное явление в зоне операции удерживается в течение 2-3 недель. Чрезмерно через 3 недели небная миндалина самостоятельно очищается от налета и уменьшается в объеме. Послеоперационный период протекал без осложнений. Болевой синдром умеренно выражен. Все больные были выписаны из стационара на 2 сутки и находились под наблюдением в амбулаторных условиях в течение 2 недель. С назначением орошения глотки фурациллином и содовым раствором, также щадящая диета.

У больных, оперированных традиционным методом, отмечалось значительное снижение сосудистого тонуса, в то время как при использовании радиочастотного тонзиллолакунотомии тонус оставался практически неизменным, часто ассоциировалось лучшим прогнозом в развитии осложнений у больных I группы.

Заключение.

Таким образом, проведенные исследования показывают преимущество радиоволновой тонзиллолакунотомии в сравнении с традиционным скальпелем с минимальной травматичностью и возможностью быстро выполнить операцию, бескровное операционное поле, уменьшение послеоперационной боли и осложнений. Способствует более раннему очищению ран от фибринозного налета и ускоряет ее эпителизацию, что в конечном итоге сокращает сроки реабилитации послеоперационных больных.

Литература:

1. Гучниоков М.В. Старосветский А.Б. Сборник статей и отзывов по радиохирургии. г. Москва 2008. С. 28-30

2. Машкин А.М., Хайрыш А.А., Эфанов А.Е., и др. Применение эндоскопической аргоно-плазменной коагуляции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными и пищеводными кровотечениями различной этиологии. Пособие для врачей. г. Екатеринбург, 2007. С.40.

3. Ступнин Б.А., Смирнова Г.О., Мантурова Н.Э. и др. Сравнительный анализ процесса заживления хирургических ран при использовании различных видов радиочастотных режущих устройств и механического скальпеля. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». г. Курск, 2010, № 4, С. 6-9

БГСА: ФАРИНГИТЫ И ТОНЗИЛЛИТЫ – РОЛЬ В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Арзыкулова Г.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

кафедра оториноларингологии

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приведены данные о стрептококковом тонзиллите и стрептококковом фарингите и их роли в развитии острой ревматической лихорадки, описаны возбудители БГСА–тонзиллита и фарингита, диагностика, клиника, возможные осложнения и лечение данной нозологии.

Ключевые слова: БГСА, стрептококковый тонзиллит и фарингит, ОРЛ.

БГСА: ФАРИНГИТТЕР И ТОНЗИЛИТТЕР – РЕВМАТИКАЛЫК ЛИХОРАДКА – ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Арзыкулова Г.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы.

кулак мурун жана тамак оорулар кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул статьяда стрептококктук тонзиллиттин жана стрептококктун фарингиттин ревматикалык лихорадкага тийгизген таасири, тонзилиттин жана фарингиттен тергөтүүчү БГСА, дартты аныктоо, клиника, мүмкүн болгон орчун кетүүсү, бул нозологияны дарылоо.

STREPTOCOCCAL TONSILLITIS AND PHARYNGITIS – THE ROLE IN ETIOLOGY OF ACUTE RHEUMATIC FEVER

Arziculova G.S.

I.K Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Chair of Ear, Nose, Throat Diseases

Bishkek, Kyrgyzstan

Resume: In this state author present the diagnostic, clinic, complication and treatment of streptococcal tonsillitis and pharyngitis, write about of the role of streptococcal infection in etiology of acute rheumatic fever.

Key words: Streptococcal tonsillitis and pharyngitis, acute rheumatic fever.

Острая ревматическая лихорадка – заболевание, возникающее как осложнение тонзиллит (ангины) или фарингита, вызываемое β-гемолитическим стрептококком группы А, с формированием ревматического порока сердца. После перенесенной ангины или обострения хронического тонзиллофарингита через 2-3 недели у ребенка или молодого человека может развиваться острая ревматическая лихорадка. При этом, как правило, ревматическая лихорадка поражает суставы, сердце (клапаны сердца), нервную систему. Вовлечение сердца имеет необратимый характер, поражение суставов и нервной системы – обратимый. Характерно, что поражение сердца в течение нескольких лет может протекать бессимптомно. Повторные атаки ревматической лихорадки увеличивают степень разрушения клапанов сердца и приводят к формированию приобретенного ревматического

порока сердца.

По данным республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) Кыргызской Республики, за последние 15-17 лет в нашей стране регистрируется увеличение частоты ревматической лихорадки, при этом увеличилось количество инвалидов среди детей в 13 раз, среди взрослых и подростков – в 1,3 раза. Возросла смертность среди детей с ревматическими пороками сердца и ревматической лихорадкой на 150%, подростков – на 33%, и среди взрослых – на 7,5% (данные РМИЦ МЗ КР).

К сожалению, Кыргызстан занимает лидирующее место по распространенности ревматической лихорадки и ревматических пороков сердца среди развивающихся стран (по данным XIII Международного конгресса ревматологов Азии и Тихоокеанской лиги APLAR(Asia Pacific League Assosiation of

Rheumatology) в 2008 году в Йокогаме (Япония).

Социальная значимость ревматической лихорадки и ревматических пороков сердца определяется высокой распространенностью заболевания, временной нетрудоспособностью и ранней стойкой инвалидизацией молодых трудоспособных людей. Ведь согласно данным ВОЗ, именно ревматические пороки сердца и ревмокардит составляют главную причину смертности людей в первые 4 десятилетия жизни. В этой связи необходимо отметить важность проведения правильной первичной и вторичной профилактики на уровне первичного здравоохранения.

Первичная профилактика – это своевременная диагностика и лечение тонзиллита (ангины) и фарингита, которые могут предотвратить ревматическую лихорадку! Кроме того, необходимо также устранение факторов риска ревматической лихорадки посредством санации носо- и ротоглоточной инфекции.

Среди бактериальных возбудителей острого фарингита наибольшее значение имеет б-гемолитический стрептококк группы А. Гораздо реже острый тонзиллит вызывают стрептококки группы С и G, *Agarobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria* (дифтерия), анаэробы и спирохеты (ангина Симановского-Плаута-Венсана), крайне редко – микоплазмы и хламидии. Причиной вирусного острого фарингита и тонзиллита могут быть аденовирусы, риновирус, коронавирус, вирусы гриппа и парагриппа, вирус Эпштейн-Барра, вирус Коксаки А и другие. Наиболее высок уровень заболеваемости этой инфекцией среди детей в возрасте 5-15 лет, причем мальчики и девочки заболевают одинаково часто. Возбудитель обычно передается от человека человеку воздушно-капельным путем, причем передаче инфекции способствует высокая обсемененность и скученность населения.

У больных с острым стрептококковым фарингитом в передних отделах носовых ходов и в глотке определяется большое количество возбудителей. Если не проводится лечение антибиотиками, стрептококки могут сохраняться на слизистой оболочке верхних дыхательных путей в течение нескольких недель и месяцев после исчезновения симптомов заболевания. Носительство стрептококков группы А варьирует в зависимости от региона, сезонности и возраста заболевших.

Инкубационный период при стрептококковом фарингите составляет обычно 2-4 дня. У детей старшего возраста и у взрослых в классических случаях типично довольно острое начало с болями в глотке, особенно при глотании. У детей часты тошнота, рвота и боли в животе. Общее состояние больного довольно удовлетворительно, у него определяется тахикардия, температура тела часто превышает 38,3°C. Задняя стенка глотки покрасневшая, отечная с гиперплазией лимфоидных элементов. Миндалины увеличены, покрасневшие, покрыты точечным или сливным экссудатом, который может быть желтого, серого или белого цвета. На гипертрофированных лимфоидных фолликулах задней стенки глотки видны отдельные участки с экссудатом размером с булавочную головку. Передние шейные лимфатические узлы в углах нижней челюсти увеличены и болезненны.

Кашель и охриплость голоса выражены умеренно и при отсутствии упомянутых ранее признаков и симптомов служат основанием для постановки диагноза стрептококкового фарингита.

Вовлечение, в процесс гортани с потерей голоса не типично для стрептококковой инфекции.

Развернутая клиническая картина острого тонзиллофарингита часто отмечается во время крупных вспышек стрептококковой инфекции, особенно в организованных коллективах. У детей при стрептококковой инфекции верхних дыхательных путей отмечается тенденция к менее четкой локализации патологического процесса в лимфоидной ткани зева и задней стенки глотки. Стрептококковый фарингит обычно непродолжителен и купируется самопроизвольно. Температура тела нормализуется в течение недели (обычно в течение 3-5 дней). Основные симптомы и боли в горле исчезают при нормализации температуры тела или вскоре после этого.

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) может возникать как после тонзиллофарингита с типичной клинической картиной, так и после перенесенной бессимптомной или малосимптомной инфекции. ОРЛ возникает только после инфекций глотки, и никогда после инфекций кожи и мягких тканей. Предположительное объяснение этого феномена состоит в различии иммунного ответа на кожную и глоточную инфекцию и в отсутствии

ревматогенного потенциала у штаммов, вызывающих кожные инфекции. Риск развития ОРЛ после нелеченного тонзиллофарингита составляет 1%.

К ревматогенным М-серотипам стрептококка относятся 1, 3, 5, 6, 18, 19, 24. В настоящее время в развитых странах острая ревматическая лихорадка встречается с частотой 0,5 на 100000 детей школьного возраста. В развивающихся странах заболеваемость составляет от 100 до 200 на 100000 детей школьного возраста, ежегодно регистрируется от 10 до 15 млн. новых случаев ОРЛ, которая является основной причиной смерти от сердечно-сосудистой патологии.

Следует отметить, что немотивированная задержка восстановления трудоспособности, слабость, нестойкий субфебрилитет, артралгии, сердцебиение и нерезко повышенная СОЭ, сохраняющиеся после перенесенной ангины, в сочетании с ростом титра противострептококковых антител (антистрептолизин О, антистрептокиназа, антистрептогиалуронидаза, анти-ДНКазы В) могут свидетельствовать о дебюте острой ревматической лихорадки.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ для диагностики острой ревматической лихорадки в качестве международных применяются критерии Джонса, пересмотренные Американской кардиологической ассоциацией в 1992 г. (см. табл.). Наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых в сочетании с данными, документированно подтверждающими предшествующую БГСА-инфекцию, свидетельствует о высокой вероятности ОРЛ. Однако ни один диагностический критерий не является строго специфичным для ОРЛ, поэтому трудности в раннем распознавании заболевания и дифференциальной диагностике с другими нозологиями сохраняются по-прежнему.

Показано, что в 1/3 случаев ревматическая лихорадка является следствием стрептококкового тонзиллита, протекающего со стертой клинической симптоматикой (удовлетворительное общее состояние, температура тела нормальная или субфебрильная, небольшое чувство першения в глотке, исчезающее через 1-2 дня), когда большинство больных не обращаются за медицинской помощью, а проводят лечение самостоятельно без применения соответствующих антибиотиков

Дифференциальная диагностика острых

стрептококковых тонзиллитов, основанная только на клинических признаках, нередко представляет собой достаточно трудную задачу даже для опытных врачей. Однако необходимо отметить, что наличие респираторных симптомов (кашель, ринит, охриплость голоса и др.), а также сопутствующие конъюнктивит, стоматит или диарея указывают на вирусную этиологию острого тонзиллита.

Диагностика БГСА тонзиллита и фарингита:

Диагностика включает микробиологическое исследование мазка и методы экспресс-диагностики, основанные на прямом выявлении стрептококкового антигена в мазках с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки. Современные тестовые системы позволяют получать результат через 15-20 мин с высокой специфичностью (95-100%), но меньшей, чем при культуральном исследовании чувствительностью (60-95%), в связи с чем отрицательный результат экспресс-теста всегда должен подтверждаться культуральным исследованием.

Лечение БГСА - тонзиллита и фарингита

Препаратом выбора при лечении стрептококкового фарингита является пенициллин (10-дневный курс). Альтернативные препараты – цефалоспорины, макролиды (эритромицин), клиндамицин. Антибактериальная терапия оправдана только при известной или предполагаемой стрептококковой этиологии острого тонзиллита. Необоснованная антибактериальная терапия способствует развитию резистентности к антибиотикам, а также может осложняться нежелательными лекарственными реакциями. Антибактериальная терапия может быть начата до получения результатов бактериологического исследования при наличии эпидемиологических и клинических данных, указывающих на стрептококковую этиологию острого тонзиллита.

Учитывая высокую чувствительность б-гемолитического стрептококка группы А к б-лактамам, препаратом I ряда (выбора) для лечения острого стрептококкового тонзиллита является пенициллин (феноксиметилпенициллин). Реже применяют оральные цефалоспорины. У пациентов с аллергией на б-лактамы следует применять макролиды или линкосамиды. При проведении антибак-

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

териальной терапии острого стрептококкового тонзиллита необходимо иметь в виду следующие факторы:

- для эрадикации б-гемолитического стрептококка группы А необходим 10-дневный курс антибактериальной терапии (исключение составляет азитромицин, который применяется в течение 5 дней);
- раннее назначение антибиотиков значительно уменьшает длительность и тяжесть симптомов заболевания;
- повторное микробиологическое исследование по окончании антибактериальной терапии показано детям с ревматической лихорадкой в анамнезе, при наличии стрептококкового тонзиллита в организованных коллективах, а также при высокой заболеваемости

ревматической лихорадкой в данном регионе.

Неэффективность терапии острого стрептококкового тонзиллита

Под неэффективностью понимают:

- сохранение клинической симптоматики заболевания более 72 часов после начала антибактериальной терапии
- выделение б-гемолитического стрептококка группы А по окончании курса лечения антибиотиками.

Неудачи наиболее часто отмечаются у детей, получавших феноксиметилпенициллин, что может быть обусловлено:

- недостаточной комплаентностью пациента в соблюдении предписанной схемы терапии (преждевременное прекращение приема препарата, уменьшение суточной дозы и т.п.);

Дозы и режим введения антибиотиков при остром БГСА-тонзиллите

Антибиотики	Суточная доза		Связь с приемом пищи	Длительность лечения, дни
	Взрослые и дети старше 12 лет	Дети до 12 лет		
Препараты выбора				
β – лактамы Пенициллины:				
Амоксициллин	1,5 г в 3 приема или 2,0 г в 2 приема	0,375 г в 3 приема (<25кг) 750 мг в 3 приема (<25кг)	независимо	10
Феноксиметил-пенициллин	1,5 г в 3 приема	0,375 г в 3 приема (<25кг) 750 мг в 3 приема (<25кг)	за 1 час до еды	10
Бензатин-пенициллин	2,4млн ЕД в/м	600тыс ЕД в/м (<25кг) 1,2 млн. ЕД в/м (<25кг)	-	однократно
Цефалоспорины: Цефадроксил	1г в 2 приема	30 мг/кг в 1 прием	независимо	10

При непереносимости β – лактамных антибиотиков				
Макролиды:				
эритромицин	1,5 г в 3 приема	40 мг/кг в 3 приема	за 1ч до еды	10
азитромицин	0,5 г – 1-й день, затем 0,25 г в 1 прием или 0,5 г в 1 прием	12 мг/кг в 1 прием	за 1ч до еды	5 3
джозамицин	1,5 г в 3 приема или 2,0г в 2 приема	40-50 мг/кг в 2-3 приема	независимо	10
спирамицин	6 млн ЕД в 2 приема	3 млн ЕД в 2 приема	независимо	10
klarитромицин	0,5 г в 2 приема	15мг/кг в 2 приема	независимо	10
рокситромицин	0,3 г в 2 приема	5 мг/кг в 2 приема	за 15мин да еды	10
мидекамицин	1,2 г в 3 приема	50 мкг/кг в 2 приема	до еды	10
При непереносимости макролидов и β – лактамных антибиотиков				
Линкозамыны:				
линкомицин	1,5 г в 3 приема	30 мг/кг в 3 приема	за 1-2 ч до еды	10
клиндамицин	0,6 г в 4 приема	20 мг/кг в 3 приема	запивать большим количеством воды	10

в подобных ситуациях показано однократное введение бензатин бензилпенициллина,

- наличием в ротоглотке ко-патогенов, вырабатывающих β -лактамазы, например при обострении хронического тонзиллита; в таких случаях рекомендуется курс лечения амоксициллином/клавуланатом или другими препаратами.

При ликвидации клинической симптоматики острого тонзиллита и сохраняющемся выделении β -гемолитического стрептококка группы А повторные курсы антибиотикотерапии целесообразны только при наличии ревматической лихорадки в анамнезе у пациента или членов его семьи. Кроме того, больным с хроническим тонзиллофарингитом, с частыми обострениями (ангинами), рекомендуется назначить длительную профилактическую терапию введением пенициллина пролонгированного действия бензатинбензилпенициллина (экстенбензатина), назначаемого в дозе 2,4 млн. ЕД внутримышечно по 1 разу через каждые 3 недели (строго после предварительной пробы, которую должен оценить доктор).

Учитывая все выше отмеченное, антимикробное лечение острого БГСА – тонзиллита и фарингита можно отразить в следующих схемах:

Лекарственные препараты первого ряда:

Амоксициллин+клавулановая кислота
внутри в течение 10 дней:

взрослым -0,625г 3 раза в сутки, детям -40 мг\кг в сутки в 3 приема.

Цефуросим аксетил внутри(сразу после еды) в течение 10 дней:

взрослым-0,25г 2 раза в сутки, детям-20мг\кг в сутки в 2 приема.

Препараты резерва при непереносимости β -лактамов антибиотиков.

Линкомицин внутри за 1-2 часа до еды в течение 10 дней:

взрослым-0,5г 3 рза в сутки,детям-30 мг\кг в сутки в 3 приема.

Клиндамицин внутри(запивать стаканом воды) в течение 10 дней:

взрослым -0,15г 4 раза в день, детям-20мг\кг в сутки в 3 приема

Профилактика БГСА –тонзиллита и фарингита.

В целях профилактики рекомендуется соблюдать правила личной гигиены. Но

в связи с широкой распространённостью возбудителя в популяции эти меры не дают желаемого результата. Большие надежды возлагаются на создание вакцины, содержащей фрагменты М-протеинов БГСА, не вступающие в перекрестное реагирование с тканевыми антигенами человеческого организма.

Зарегистрированной вакцины против БГСА инфекции пока еще не создано. Лишь один препарат находится в стадии клинического исследования (II фаза). Препарат StreptAvax компании ID Biomedical состоит из участков М-белка 26 наиболее распространённых серотипов БГСА, вызывающих острый тонзиллофарингит, ОРЛ, некротизирующий фасциит и синдром стрептококкового токсического шока.

Хотя вакцина и не предотвратит все случаи инфекции, она приведет к значительному снижению заболеваемости, носительства, а следовательно, и распространённости возбудителя в популяции.

Если первичной профилактикой является своевременная диагностика и лечение БГСА тонзиллитов и фарингитов, то вторичная профилактика ОРЛ – это предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания у лиц, перенесших ОРЛ. Оно предусматривает регулярное введение пенициллина пролонгированного действия бензатинбензилпенициллина (экстенбензатина), назначаемого также в дозе 2,4 млн. ЕД внутримышечно по 1 разу через каждые 3 недели. При этом показаниями для вторичной профилактики являются пациенты, перенесшие острую ревматическую лихорадку.

Литература:

1. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. *Воспалительные заболевания глотки*. Москва, «Геотар-медиа», 2007, стр 60-186.
2. Гаращенко Т.И. *Тонзиллярная проблема в педиатрии*. *Российская ринология*, 1999, N 1: 10-17.
3. Гаращенко Т.И., Страчунский А.С. *Антибактериальная терапия ангины у детей*. *Мед.газета*, 2003: N 10-11.
4. Kaplan E.L. *Global assesment of rheumatic fever and rheumatic heart disease at the close of the century*. *Circulation*, 1993; 88: 1964-72.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПУТЕЙ ИНФИЦИРОВАНИЯ

Нарзуллаев Н.У.¹, Хасанов С.А.², Вохидов Н.Х.¹,
Нуров У.И.¹, Вохидов У.Н.³

Бухарский государственный медицинский институт¹
Ташкентский Педиатрический медицинский институт²
Ташкентская медицинская академия³
Ташкент, Республика Узбекистан

Резюме: Целью данного исследования является анализ и оценка клиничко-иммунологических особенностей течения хронического тонзиллита у ВИЧ-инфицированных детей в зависимости от путей инфицирования. Показано, что ВИЧ-инфицированные дети до 14 лет с хроническим тонзиллитом составляет 32 больных. Из них у 17 больных ВИЧ-инфицирование развилось в перинатальном периоде, у 15 больных парентеральным путем. У 15 больных с парентеральным ВИЧ-инфицированием клинические симптомы и иммунологические показатели наиболее выражены. Резюмируя, следует отметить, что клинические симптомы и иммунологические показатели у детей с хроническим тонзиллитом (ВИЧ-инфицированные) проявлялись наиболее выраженно.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, ВИЧ-инфекция, иммунология, перинатальные пути инфицирования, парентеральные пути инфицирования.

CLINIC-IMMUNOLOGICAL FEATURES THE CURRENT OF THE CHRONIC TONSILLITIS AT A HIV-INFECTED CHILDREN DEPENDING ON INFECTION WAYS

Narzullaev N.U.¹, Khasanov S.A.², Vokhidov N.Kh.¹,
Nurov U.I.¹, Vokhidov U.N.³

Bukhara State Medical Institute¹
Tashkent Pediatric Medical Institute²
Tashkent Medical Academy³
Tashkent, Uzbekistan

Resume: Objective of this research is the analysis and an estimation clinic-immunological features a current of a chronic tonsillitis at HIV-infected children depending on infection ways.

It is shown, that HIV-infected children till 14 years with chronic tonsillitis makes 32 patients. From them at 17 patients the HIV-infection has developed in the perinatal period, at 15 sick of a parenteral way. On 15 patients with parenteral HIV-infected clinical symptoms and immunological indicators are most expressed. Sum up, it is necessary to note that clinical symptoms and immunological indicators of chronic tonsillitis at HIV-infected children makes high percent.

Key words: chronic tonsillitis, HIV, immunology, perinatal infection way, parenteral transmission.

Поражение иммунной системы при ВИЧ-инфекции носит системный характер, проявляясь глубокой супрессией Т- и В-звеньев клеточного иммунитета. В ходе развития этой инфекции происходят закономерные изменения гиперчувствительности немедленного и замедленного типа, гуморального иммунитета и факторов неспецифической защиты, функциональной активности лимфоцитов и моноцитов [1, 2, 5].

В последние два десятилетия определяющей причиной вторичного иммунодефицита у детей стала ВИЧ-инфекция, пандемия, которая продолжает нарастать. ВИЧ/СПИД - это своеобразная вирусная

инфекция, первый в истории медицины приобретенный иммунодефицит, связанный с конкретным возбудителем и характеризующийся эпидемическим распространением. Первое эпидемическое заболевание человека, вызванное ретровирусами, которые исключительно поражают Т-хелперы [2, 3, 4].

Хронический тонзиллит относится наиболее частым бактериальным инфекциям у детей с нормальной иммунной системой, однако особенности течения этого заболевания пока изучены слабо. Данные клинических исследований говорят о том, что это заболевание, в острой, хронической и рецидивирующей формах, часто встречаются и у ВИЧ-инфицированных

детей. И хотя в большинстве случаев этиология, симптомы и течения этого заболевания у ВИЧ-инфицированных детей и у детей с нормальной иммунной системой одинаковы, тем не менее затяжное, тяжелое, или необычное течение этого инфекцией, с частыми рецидивами, или выделение атипичных возбудителей (в том числе оппортунистических инфекций) должны насторожить врача в отношении возможной ВИЧ-инфекции [6, 7, 8].

В настоящее время актуальными являются вопросы изучения клинических проявлений заболеваний глотки в виде хронического тонзиллита (ХТ) у ВИЧ-инфицированных детей с учетом путей инфицирования и региональных особенностей. Классическое проявление ВИЧ-инфекции, с которым может столкнуться оториноларинголог, - это развитие ХТ, который диктует острую необходимость выполнения исследования [6].

Целью исследования было изучение клинических, эпидемиологических и иммунологических аспектов хронического тонзиллита у ВИЧ-инфицированных детей с учетом путей инфицирования.

Материалы и методы исследований.

За период с 2010 по 2013 гг. под нашим наблюдением были 32 ребенка с хроническим тонзиллитом в возрасте до 15 лет, находившихся на учете в Бухарском областном СПИД - центре.

Диагноз ВИЧ основывался на выявлении специфических антител в стандартных серологических тестах (иммуноферментный анализ, иммуноблотинг в модификации Western-blot) и сопоставления эпидемиологических и серологических данных. Иммунный статус определили 10 пациентам, из которых 4 детей были заражены парентерально, а 6 – перинатальным путем. Мембранные маркеры субпопуляций лимфоцитов определяли методом непрямого розеткообразования с использованием моноклональных антител; количественное определение сывороточных иммуноглобулинов проводили методом простой радиальной иммунодиффузии в геле по G. Mancini (1965) с использованием моноспецифических сывороток против иммуноглобулинов человека и стандартной сыворотки крови.

Результаты и их обсуждение.

Наряду с ежегодным ростом общего числа ВИЧ инфицированных детей в Бухаре растет количество ВИЧ-инфицированных

беременных женщин, а также детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей. Документально установлено, что из 32 ВИЧ инфицированных детей, включенных в данное исследование, 15 пациентов - это дети с парентерально приобретенной инфекцией, 17 - зараженные вертикальным путем. Парентерально зараженные дети были выявлены по клиническим симптомам болезни.

У 2/3 ВИЧ-инфицированных детей клинические симптомы хронического тонзиллита выявлено после установления диагноза ВИЧ инфекции в форме выраженной лимфоаденопатии, гепатомегалии, рецидивирующих острых респираторных инфекций, осложненных синуситами, бронхопневмониями. У некоторых из них документированы СПИД-индикаторные заболевания. У 1/3 больных имела место бессимптомная инфекция.

К периоду анализа данных настоящего исследования 6 детей умерло. Важно отметить, что по мере продолжительности заболевания в спектре клинических проявлений у наших пациентов имело место поражение небных миндалин, симптомы которого указаны в таблице 1.

Следует отметить, что симптомами и признаками как врожденной, так и приобретенной ВИЧ-инфекции были снижение массы тела, гепатоспленомегалия, тромбоцитопения, анемия, явления дисбактериоза.

У детей, заразившиеся внутриутробно, кроме симптомов ХТ, отмечались следующие симптомы: задержка психомоторного развития (100%), микроцефалия (50%), выступающая лобная часть, уплощение носа (70%), удлинённые глазные щели и голубые склеры (60%) на фоне глубокой недоношенности. Клинические проявления ВИЧ у перинатально инфицированных характеризовались генерализованной лимфоаденопатией, гепатоспленомегалией, бактериальными пневмониями в 100% случаев. У перинатально инфицированных детей достоверно чаще отмечали наличие вируса простого герпеса, цитомегаловирусная инфекция - в 29, 4% и 11,7% случаев соответственно. Чаще отмечались врожденные пороки развития. Специфическое поражение околоушных желез невоспалительной этиологии (сиалоаденит), характерное для ВИЧ-инфекции, наблюдалось у 2 (11,7%) перинатально инфицированных детей.

Таблица 1

Клинические проявления хронического тонзиллита у ВИЧ-инфицированных детей с учетом путей инфицирования

Симптомы заболевания	Перинатально инфицированные дети (n=17)	Дети с парентеральной ВИЧ-инфекцией (n= 15)
Боли в области горла	17(100%)	1(6,7%)
Затруднение глотание	17(100%)	8(53,3%)
Повышение температуры тела	17(100%)	12 (80%)
Озноб	5(29,4%)	1(6,7%)
Увеличение лимфатических узлов	8(47%)	7(46,7%)
Сепсис	15(88%)	-
Симптом Гиза	17(100%)	15(100%)
Симптом Зака	17(100%)	15(100%)
Судороги	15(88%)	7(46,7%)
Симптом Преображенского	17(100%)	15(100%)
Першение горла	2(11,7%)	2(11,7%)
Жжение горла	2(11,7%)	2(11,7%)
Выделение из носа	5(29,4%)	-
Рвота	15(88%)	1(6,7%)
Тошнота	11(64%)	-
Недомогание	1(5,8%)	1(6,7%)

Таблица 2.

Показатели иммунологического статуса ВИЧ-инфицированных детей с ХТ в зависимости от путей инфицирования

Показатель	Здоровые	Парентерально ВИЧ инфицированные	Перинатально ВИЧ инфицированные
Лейкоциты, кл/мкл	6100±0,6	4600±812,69	3375±256,7
Лимфоциты, %	40,9±1,9	21,4±6,15	20,25±6,2
Лимфоциты, абс.	2452,4±211,9	1805,2±576,82	1065,75± 111,87
Т-лимфоциты, %	58,8±2,0	38,4±6,6	32±3,7
Т-лимфоциты, абс.	1393,5±110,5	662,6±168,72	427±43,19
CD 4, %	34,6±1,8	14,6±1,3	13,25±5,04
CD 8, %	22,9±1,0	24,6±3,8	25,5±3,7
CD 4/ CD 8	1,5±0,3	0,72±0,13	0,865±0,27
CD 19, %	24,3 ±1,22	19,62±4,4	19,75±6,68
CD 19, абс.	583,5±49,7	414,2±120,8	145,75±16,5
Ig A, мг%	1047,3±35,7	84,4±7,7	83,75±13,29
Ig M, мг%	90,1±6,6	140,4±13,1	136,25±12,13
Ig G, мг%	129,2±10,8	1075,6±44,19	888,75±47,18
CD 16, %	15,1±0,8	16,2±3,5	20,25±2,77

У детей, инфицированных ВИЧ, наблюдались симптомы ХТ в виде озноб (29,4%), увеличение лимфатических узлов (47%), сепсиса (88%), боли при глотании (100%).

При анализе выраженности иммуносупрессии у пациентов сравниваемых групп также были выявлены существенные различия. У внутриутробно зараженных детей была показана выраженная иммуносупрессия в сравнении с парентерально инфицированными. Среднее значение CD4+лимфоцитов у детей с врожденной ВИЧ-инфекцией составило $13,25 \pm 5,04\%$, у детей с приобретенной патологией этот показатель был несколько выше $14,6 \pm 1,3\%$. Аналогичные изменения наблюдались со стороны CD8-лимфоцитов, которые проявлялись в резком снижении такого показателя у больных 2 группы по сравнению с больными 1 группы. Повышение уровня иммуноглобулинов IgG, IgM отмечалось у лиц обеих групп по сравнению с показателями у здоровых детей, однако групповых различий в сравниваемых группах не выражено. Характерной чертой иммунных расстройств у наших детей является отсутствие статистически значимых изменений Ig A в сравнении со здоровыми детьми (табл.2).

Выводы:

Представленные данные свидетельствуют об особенностях клинического и иммунологического течения ХТ у ВИЧ-инфицированных детей в зависимости от путей инфицирования.

1. У всех перинатально инфицированных детей отмечаются симптомы ХТ, бактериальные инфекции, генерализованная лимфаденопатия, гепатомегалия, сепсис, диссеминированная цитомегаловирусная инфекция, тяжелая герпетическая инфекция на фоне глубокой недоношенности. У детей с приобретенной ВИЧ-инфекцией - озноб, недомогание, судорожные

проявления были отмечены в меньшем количестве.

2. У детей с врожденной ВИЧ-инфекцией наблюдается выраженная иммуносупрессия в сравнении с парентерально инфицированными детьми, у которых иммунная система к моменту заражения находилась в более зрелом состоянии.

3. Со стороны иммунной системы характерным было отсутствие статистически значимых изменений показателя IgA по сравнению с контрольной группой.

Литература:

1. Бессарб Т.П., Ющук Н.Д. «ВИЧ-инфекция в оториноларингологической практике». //Лечащий врач. - 2000. -№ 1. - С. 26-28.
2. Запорожан В.Н., Посохова С.П. «Пути вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребёнку». Научное издание. Вестн. врача общей практики. -Т., 2003.- Спец. Вып. ч.2.- С. 150-153. – Библиогр.: 14 назв.
3. Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Митин Ю.А. Клиническая иммунология: руководство для врачей. – СПб : Питер, 2001. - 576 с. (Серия Современная медицина).
4. Петрова А. Г., Варнакова Р. Д., Москалева Е. В. ВИЧ-инфекция у детей при перинатальном инфицировании //Узловые вопросы борьбы с инфекцией : рос. науч.-практ. конф. – СПб., 2004. – С. 34.
5. Рахманова А.Г. Педиатрические аспекты ВИЧ-инфекции. Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных. СПб. : НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, 2002. - 80 с.
6. Benhamou, A. Ear, nose and throat pathology in human immunodeficiency virus infection // East Mediterr Health J. 2002. Vol. 8, № 6. P. 826–831.
7. Greenspan J.S., Greenspan D. Oral Disease in HIV infection// AIDS.- Philadelphia-New York.- 2002.- Vol.746.- P.355-365.
8. V. Yubault, Y.Pacanowsky, C.Rabian, Y.P.Viard Interruption of Prophylaxis for Major Opportunistic Infections in HIV-infected Patients Receiving Triple Combination Antiretroviral Therapy //Ann.Med.Interne(Paris).- 2000.- 151(3).- P.163-168.

ДИСБИОЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЛАРИНГОТРАХЕИТАМИ

Самиева Г. У., Карабаев Х. Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Самаркандский государственный медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Резюме: В ходе исследований нами было установлено значительные изменения микробиоценоза, причиной которого стало снижение роли эндогенной микрофлоры и увеличение доли патогенных микроорганизмов. Эти изменения зависят от количества эпизодов болезни и влияют на клиническое течение инфекции. Наблюдалось последовательное формирование микробиоценоза респираторного тракта у детей с рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом.

Ключевые слова: микробиоценоз, респираторный тракт, дети, рецидивирующий стенозирующий ларинготрахеит.

THE MICROBIOCENOSIS OF RESPIRATORY TRACTS IN CHILDREN WITH RECURRENT STENOSING LARYNGOTRACHEITIS

Samieva G. U., Karabayev H. E.

Tashkent Pediatric Medical Institute
Samarkand State Medical Institute
Tashkent, Uzbekistan

Resume: The study revealed the significant changes of the microbiocenosis of the respiratory tract, caused by the decline of indigenous microflora and the increase in the content of conditionally pathogenic microorganisms. These changes depend on the number of the cases and they influence the clinical progress of the infection. We established the stages of forming the microbiocenosis of the respiratory tract in children with recurrent stenosing laryngotracheitis.

Key words: microbiocenosis, respiratory tract, children, recurrent stenosing laryngotracheitis.

Актуальность. Острые респираторные заболевания являются самыми распространенными в детском возрасте. Их число совместно с гриппом составляет не менее 70% в структуре всей заболеваемости у детей. Острый стенозирующий ларинготрахеит - одно из наиболее тяжелых проявлений острых респираторных заболеваний у детей раннего возраста, требующее госпитализации ребенка и проведения интенсивной терапии [1, 3].

Предрасполагающими факторами к развитию ОСЛТ являются анатомо-физиологические особенности детской гортани и трахеи: малый диаметр, мягкость и податливость хрящевого скелета, короткое узкое преддверие и воронкообразная форма гортани, высоко расположенные и непропорционально короткие голосовые складки, гипервозбудимость мышц-аддукторов, замыкающих голосовую щель, функциональная незрелость рефлексогенных зон и гиперпарасимпатикотония. Обилие лимфоидной ткани у детей раннего возраста с множеством тучных клеток, сосудов, слабое развитие эластических волокон в слизистой оболочке и подслизистой основе быстро приводят к отеку подвязочного простран-

ства и способствуют развитию ОСЛТ [2].

Слизистые оболочки респираторного тракта выполняют барьерную функцию, заключающуюся в предотвращении фиксации и проникновения чужеродных веществ и микроорганизмов во внутреннюю среду организма человека [2].

Количественные и качественные показатели флоры служат интегративным отражением здоровья и его нарушений, сопряженных с изменениями микробиоценоза слизистых оболочек.

Целью исследования было изучение особенностей формирования дисбиотических нарушений верхних дыхательных путей и их влияние на характер и течение острой вирусной инфекции, протекающей с синдромом стеноза гортани у детей, страдающих рецидивирующими стенозирующими ларинготрахеитами.

Материалы и методы исследования.

У 275 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет со сформировавшимся рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом проведено изучение микробного пейзажа слизистых оболочек верхних дыхательных путей (ВДП) общепринятыми методами бактериологического ис-

следования, включающего посеvy отделяемого носо- и ротоглотки на питательные среды с последующей идентификацией

Микробный пейзаж оценивался при впервые возникшем стенозе гортани и при его рецидиве на фоне ОРВИ в острый период (с 1 по 7 день болезни) до начала антибактериальной терапии и в период полного здоровья (не менее чем через 10-14 дней после перенесенной респираторной вирусной и/или бактериальной инфекции). Учитывался не только качественный микробиологический пейзаж, но и его количественное содержание.

Полученные результаты исследования и их обсуждение. В остром периоде вирусной инфекции только у 87 (31,6%) детей в носоглотке и у 52 (18,1%) в ротоглотке отмечался нормальный состав микрофлоры.

Дисбиотические процессы характеризовались заселением слизистых оболочек верхних дыхательных путей патогенной и условно патогенной грамположительной и грамотрицательной флорой, уменьшением выделения сапрофитной и нормальной микрофлоры. Несомненное лидерство в этом процессе имеет золотистый стафилококк. Он встречается как в виде монокультуры, так и в виде ассоциаций – в сочетании с другими патогенными возбудителями. Наряду с грамположительными бактериями определялись грибы рода *Candida*, а также *Klebsiella*, *E. coli*, *Enterobacter*, *Moraxella*, которые образовывали сложные ассоциации.

Мы проанализировали состав микробиоценоза респираторного тракта в зависимости от количества перенесенных эпизодов стенозов гортани на фоне вирусной инфекции. У пациентов с 3 эпизодами стенозирующего ларинготрахеита (СЛТ), нормальный состав микрофлоры носоглотки регистрировался у 136 (49,4%) обследованных детей, в ротоглотке – у 82 (29,8%). В остальных случаях чаще всего определялись грамположительные бактерии у 91 (33,1%) в носоглотке и у 85 (30,1%) в ротоглотке и золотистый стафилококк в монокультуре (45 (16,3%) и 86(31,3%)), то есть формировались микробные сообщества, характеризующие I степень дисбиоза. Ассоциации грамположительных с грамотрицательными микробами (II степень дисбиоза) встречались редко - в 18 (6,5%) случаев в носоглотке и в 27 (9,8%) - в ротоглотке.

У детей с 4-5 случаями стенозов гортани в остром периоде вирусной инфекции нормаль-

ная микрофлора в ВДП определялась у трети больных. Патогенная флора носоглотки в остром периоде в основном представлена ассоциациями грамположительных бактерий 158 (57,5%), достаточно часто обнаруживается монокультура золотистого стафилококка – в 81 (29,5%) случаев. Сложные ассоциации микроорганизмов зарегистрированы у 29 (10,5%) детей. В ротоглотке у этих же пациентов состав микробиоценоза несколько меняется – уменьшается доля грамположительной флоры 102 (37,1%) и монокультуры стафилококка 22 (8,0%), значительно возрастает количество пациентов, имеющих сложные ассоциации микробов, – до 112 (40,7%), появляются грамотрицательные микроорганизмы, несвойственные данной патологии, в монокультуре – у 29 (10,5%) обследованных. В периоде реконвалесценции ОРВИ микробиоценоз представлен в носоглотке преимущественно золотистым стафилококком в монокультуре у 162 (58,9%), сложных ассоциаций почти нет – 15 (5,5%). В ротоглотке чаще регистрировались сложные ассоциации, остается высоким 98 (35,6%) процент детей, имеющих на слизистых *S. aureus* в монокультуре.

У детей с 6 и более эпизодами СЛТ на фоне ОРВИ нормальный состав микрофлоры в периоде острой инфекции определялся в носоглотке у 45 (16,4%) обследованных пациентов и у 29 (10,5%) - в ротоглотке, в периоде реконвалесценции у 55 (20,0%) и 42 (15,3%) соответственно. Дисбиотические нарушения в носоглотке в остром периоде выражались увеличением доли детей, имеющих сложные ассоциации микробов 75 (27,3%), и сохранением лидирующей роли грамположительной флоры 112 (40,7%). В ротоглотке наблюдается значительный (12,5%) рост аллохтонной флоры - *E. coli*, *Enterobacter*, *Moraxella*, грибов рода *Candida* и их ассоциаций с грамположительными микробами 121 (44,0%) при уменьшающейся роли грамположительных возбудителей 72 (26,2%). В периоде реконвалесценции в носоглотке этих детей также стали обнаруживаться грамотрицательные микроорганизмы в монокультуре 17 (6,2%), уменьшается процент грамположительных микробов 34 (12,4%), наблюдается значительный рост золотистого стафилококка и сложных ассоциаций бактерий на 42%. В ротоглотке микрофлора представлена сложными ассоциациями – у 125 (45,5%) детей, снижением роли грамположительных микробов и увеличением процента аллохтонной флоры до

6,7%.

Показатели удельного веса разных микроорганизмов в общей структуре выделенной микрофлоры не вполне адекватно отражают их этиологическую роль в развитии и поддержании инфекционного процесса. Более наглядным является показатель заражаемости – процент больных, в материале которых на любом из этапов обследования (в любой из периодов обострений) хотя бы 1 раз выявлен тот или иной возбудитель [2]. Так, у пациентов с РСЛТ, *S. aureus*, β -гемолитическим стрептококком грибы рода *Candida* выделены у 49,5%, 28% и 22,5% соответственно. Характеристикой этиологической значимости клинических изолятов является и показатель постоянства – доля проб, содержащих определенный вид микроорганизмов. У β -гемолитического стрептококка и *S. aureus* показатель постоянства составил 33,6% и 53,9%, у грибов рода *Candida* 28,6%, что подтверждает их участие в формировании и поддержании дисбиоза слизистых оболочек ВДП. При сопоставлении клинического течения СЛТ с характером дисбиотических нарушений выявлено, что заболевание характеризуется более выраженной лихорадкой и интоксикацией у детей, не имеющих нарушений микрофлоры. При дисбиозе I и II степени заболевание протекает на фоне невыраженного или отсутствующего токсикоза при субфебрильной или нормальной температуре. У детей, имеющих на слизистых оболочках ВДП дисбиоз II степени, мы отмечали частое развитие стеноза гортани II степени, достоверное увеличение продолжительности кашля, выраженности катарального синдрома и «богатую» аускультативную картину в легких по сравнению с детьми с нормальным составом микрофлоры ВДП. Частота рецидивирования СЛТ также находилась в

прямой корреляционной зависимости от характера выявленных дисбиотических нарушений.

Таким образом, было определено, что у детей, страдающих РСЛТ, наблюдаются значительные нарушения микробиоценоза слизистых оболочек ВДП. Проведенное нами исследование впервые показало этапность происходящих нарушений. У детей, перенесших первый стеноз гортани на фоне ОРВИ, в остром периоде и в реконвалесценции, микрофлора ВДП представлена в основном грамположительными микроорганизмами. По мере нарастания количества эпизодов стенозов гортани, происходит вытеснение «обычной» грамположительной флоры сначала монокультурой *S. aureus*, затем происходит постепенное его замещение грамотрицательными микроорганизмами и аллохтонной флорой.

Вывод. Дисбиотические нарушения, поддерживая хронический воспалительный процесс на слизистых оболочках ВДП, обеспечивают утяжеление степени стеноза гортани, увеличение продолжительности кашля, изменений в легких и являются фактором риска рецидива стенозирующего ларинготрахеита.

Литература:

1. Волосовец А.П., Кривоустов С.П. Современные подходы к диагностике и лечению острого стенозирующего ларинготрахеита у детей // *Здоровье Украины*. - 2007. - №1. - С. 26-27.
2. Зубков М.Н., Самойленко В.А., Гугуцидзе Е.Н., Чучалин А.Г. Микробиологические аспекты этиологии и антимикробной терапии бронхолегочной инфекции при муковисцидозе взрослых // *Пульмонология*. - 2001. - № 3. - С. 38-41.
3. Орлова С. Н. Клинико-функциональный анализ формирования рецидивирующего стенозирующего ларинготрахеита у детей (патогенетические механизмы, диагностика, коррекция): Дисс...д-ра мед. наук. – Иваново, 2006. – 236 с.

ТОНЗИЛОТРЕН КАК ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Мельников О.Ф., Заболотный Д.И.

Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН
Украина

HOW TONZILOTREN IMMUNOMODULATORY DRUGS EXPERIMENTAL STUDY

Melnikov O.F., Zabolotnyi D.I.

Institute of Otolaryngology them. prof. A.I. Kolomiychenko AMS
Ukraine

Одним из достаточно эффективных лекарственных средств, которые используются в отоларингологии для лечения воспалительных заболеваний лимфаденоидного глоточного кольца, является гомеопатический препарат Тонзилотрен (И.А. Борзенко и соавт. 1998; Friese, 1997). Вместе с тем данные о его иммуномодулирующих свойствах базируются на сведениях о свойствах кремния (составная часть препарата), способного изменять активность фагоцитирующих клеток (А.Альберт, 1989). Однако многоплановых исследований как экспериментального, так и клинко-иммунологического плана в литературе найти не удалось. Поскольку наиболее корректные и доказательные данные об иммуномодулирующих свойствах препарата могут быть получены в условиях эксперимента, нами были проведены исследования на животных с целью выявления влияния препарата на иммуногенез и факторы врожденного иммунитета в условиях модельного иммунодефицита.

Материал и методы

Исследования проведены на 21 крысе Wistar массой 220-250 г, разделенных на три группы. 1 и 2 группе за сутки до начала приема препарата вводили внутри брюшинно циклофосфан из расчета 40 мг/кг массы, после чего в течение 10 дней животные 1 группы получали препарат Тонзилотрен (DNU, Германия) по 1 таблетке три раза в день (в первый день 8 таблеток), а животные 2 группы аналогичное по массе и объему количество крахмального раствора. Животные 3 группы служили «чистым» контролем. Через 5 дней от начала приема препарата животных всех групп внутри брюшинно иммунизировали эритроцитами кур (25 млн клеток на животное) и на 8 день после

иммунизации определяли уровень активности антителообразования, иммунных киллеров, клеток с рецептором к Fc-фрагменту иммуноглобулина, активности фагоцитирующих клеток в отношении частиц латекса.

Антителообразование определяли по уровню антител в сыворотке крови к эритроцитам кур (ЭК) в реакции гемагглютинации (Э.Зигль, 1979), степень иммунного цитолиза оценивали спектрофотометрически по выходу гемоглобина из ЭК при культивировании их с лимфоцитами крови крыс согласно рекомендациям О.Ф. Мельникова, Т.А. Заяц (1999). Количество клеток с рецептором к Fc-фрагменту иммуноглобулинов изучали методом В. П. Лескова и соавт (1981), активность фагоцитоза микроскопически, определяя число фагоцитирующих клеток на 100 (фагоцитарный показатель - ФП) и среднее число захваченных частиц одним фагоцитом (фагоцитарный индекс), используя при этом рекомендации Е.Ф. Чернушенко, Л.С. Когосовой (1978).

Данные исследований обработаны статистически с применением метода углового преобразования «ф» по Фишеру (Е.В. Гублер, 1978).

Результаты исследований

Результаты изучения влияния препарата на активность иммунных киллеров показали, что введение циклофосфана существенно снижало цитотоксический потенциал лимфоцитов крови, а введение тонзиллотрена способствовало восстановлению клеточной реактивности (таблица 1). В этой же таблице представлены данные по содержанию клеток к Fc-фрагменту иммуноглобулина у интактных животных, при моделированном иммунодефиците и при применении у иммунодефицитных животных

Таблица 1

Влияние препарата на иммунную цитотоксическую активность клеток крови и содержание в ней FcR+ клеток у различных групп экспериментальных животных.

Группы	Активность цитолиза клеток-мишеней, %	Относительное содержание FcR+ клеток, %
Интактные	28,9 (11-75)	11,2 (9-17)
Иммунодефицитные	13,8 (2-45)*	5,2(4-6)*
Иммунодефицитные+ Тонзилотрен	22,2 (15- 32)	7,7 (3-10)

*Примечание: * p<0,05 по отношению к контролю.*

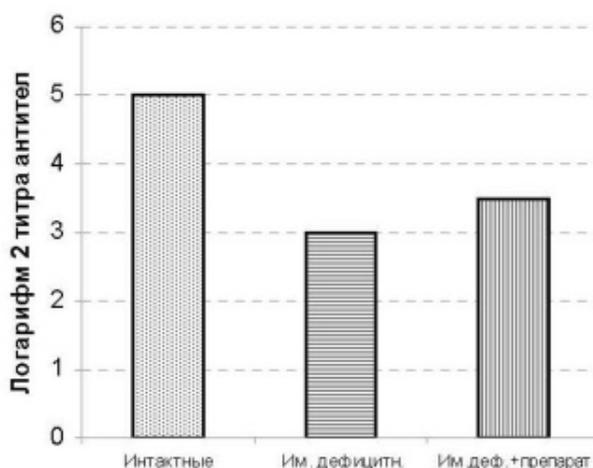


Рис. 1. Влияние препарата на содержание антител к ксеноэритроцитам в сыворотке крови животных различных экспериментальных групп

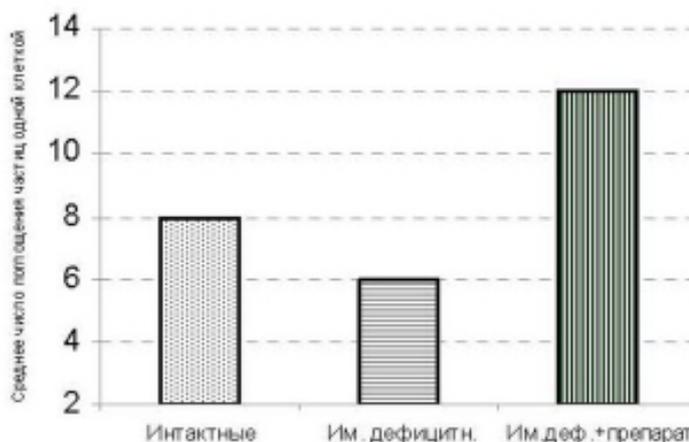


Рис. 2 Влияние Тонзилотренана уровень фагоцитарного индекса при исследовании фагоцитарной активности клеток крови различных экспериментальных групп

препарата. Установлено стимулирующее влияние препарата на восстановление относительного содержания данной группы клеток.

Не было отмечено существенно влияния препарата на антителогенез у иммунодефицитных животных (рис. 1),

который был достоверно снижен у животных, получавших иммунодепрессант циклофосфан. Тонзилотрен не влиял на фагоцитарный показатель при изучении активности фагоцитоза, т.е. не увеличивал числа фагоцитов, однако стимулировал поглотительную активность

клеток, о чем свидетельствует достоверно более высокий ($p < 0,05$) фагоцитарный индекс (рис. 2).

Представленные данные свидетельствуют о наличии у препарата Тонзилотрен иммуномодулирующих свойств, которые в значительной степени связаны с влиянием на формирование реакций клеточного иммунитета и активацией факторов врожденного иммунитета, прежде всего фагоцитарной активности и количества FcR+ клеток крови. Препарат способен восстанавливать указанные типы иммунных и неспецифических реакций у животных с наличием иммунодефицита, что может объяснить наличие положительного эффекта от приема препарата при инфекционно-воспалительных заболеваниях носа и ротоглотки, имеющих при их клинико-иммунологической оценке признаки вторичного иммунодефицита (Д.И. Заболотный, О.Ф. Мельников, 1999; О.Ф. Мельников, Д.И. Заболотный, 2003). Дальнейшие исследования влияния препарата Тонзилотрен на клетки и реакции иммунитета и аллергии позволят составить весь спектр его иммуномодулирующих свойств.

Литература:

1. Альберт А. Ф. Избирательная токсичность. Физико-химические основы терапии.-М.: Медицина, 1989.-т.2.-43 с.
2. Борзенко И.А., Моцич П.С., Моцич А.А. Тонзилотрен - комплексный гомеопатический препарат

в лечении острого тонзиллита у детей // Укр. гомеопатичний щорічник.-1998-т.1.-С.173-174.

3. Гублер Е.В. Математические методы анализа и распознавания патологических процес сов.-Л.: Медицина,1978.-294с.

4. Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Теоретические аспекты генеза и терапии хронического тонзиллита.- К.: Здоров'я, 1999.-245 с.

5. Лесков В.П., Халтаян Н.А., Гуцин И.С. Структура и функции рецептора для Fc- фрагмента // Иммунология (М).-1981.-№1.-С. 17-20.

6. Мельников О.Ф., Заяц Т.А. Сравнительное изучение радиоизотопного и спектрофотометрического метода изучения цитолиза клеток // Лаб. диагностика.-1999.-№ 5.-С. 43-45

7. Мельников О.Ф., Заболотный Д.И. Диагностика иммунодефицитов при патологии слизистой оболочки на основе определения иммуноглобулинов в секретах.- Концепция диагностики иммунодефицитов при патологических процессах в слизистых оболочках.- Киев.-2003.-изд. Института отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины.-30.с.

8. Чернушенко Е.Ф., Когосова Л.С. Иммунологические исследования в клинике.-К.: Здоров'я,1978.-147с.

9. Зигль Э. Реакция гемагглютинации.- в кн. Иммунологические методы.-М.: Мир (пер. с нем.),1979.- С.108-113.

10. Friese K.H. Tonsilotren H by acute Angina tonsillar. Ergebnisse einer multizentrischen Beobachtungsstudie// Der Kassenartz.-1997.-h.40.-S.365-343.

**ЦИННАБСИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Богомильский М.Р., Гарашенко Т.И., Балясинская Г.Л.
Якушенкова А.П.**

Российский Государственный Медицинский Университет
Россия

Резюме: Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух занимают одно из первых мест среди ЛОР-заболеваний детского возраста, что составляет 17-22%.

**CINNABSIN IN COMPLEX TREATMENT OF SINUSITIS
AT CHILDREN**

**Bogomilsky M.R., Garashchenko T.I., Balyasinskaya G.L.,
Yakuiyunkova A.P.**

Russian State Medical University
Russia

Resume: Topical issues of Otorhinolaryngology childhood diseases and pharmacotherapy otolaryngology, Moscow, Russian State Medical University, Collection of Scientific Papers, 2001, pp. 292-6 Inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses occupy one of the first places among the ENT diseases of childhood, which is 17-22%

Гомеопатия, располагающая большим арсеналом лечебных средств является хорошим помощником хирурга в консервативном лечении многих хирургических заболеваний. Гомеопатическое лечение не отрицает и не противопоставляет себя хирургии, не является обособленным направлением и не может ее заменить. Однако оно дает возможность эффективно содействовать успеху хирургического лечения, усиливая защитные свойства организма, изменяя реакцию организма в нужную для излечения сторону. В гомеопатическом арсенале имеются средства как усиливающие, так и уменьшающие воспалительные явления, ускоряющие нагноение отторжение некротических масс, изменяющие характер секрета, нормализующие функциональные системы, участвующие в процессе воспаления.

В связи с полиэтиологичностью синуситов у детей, преобладании вирусно-респираторной инфекции со значительными нарушениями иммунной системы, мукоцилиарного транспорта, реологических свойств носового секрета, необходимо всестороннее воздействие на эти процессы.

Комплексный гомеопатический препарат Циннабсин содержит в своем составе средства, влияющие на патогенез синусита и топически покрывающие большинство основных звеньев этого процесса по локализации воспаления в околоносовых пазухах (фронтит, этмоидит и т. д.), изученных и описанных в лекарственных патогенезах его составных частей. В Циннабсине одновременно собраны пять препаратов, из-

вестных в гомеопатической фармакопее *Materia Medica* как активно воздействующие на течение воспаления в околоносовых пазухах. Исходя из принципа гомеопатии о том, что «подобное лечится подобным», в препарате Циннабсин в каждом из его составляющих в т. н. гомеопатическом патогенезе можно найти клиническую картину, характерную не только для той или иной стадии воспаления, но и преимущественного поражения отдельных околоносовых синусов.

Так, *Cinnabaris* (киноварь, красный сульфат) описывает типичную клинику фронтита с сильной головной болью в области внутреннего угла глаза (этмоидит), применяется при вязкой слизи с неприятным запахом, стекающей от хоан в глотку, вызывающей неприятный вкус во рту *Hydrastis* (гидрастис канадский) эффективен при подостром насморке с тягучим секретом, с болью в супраорбитальной области (фронтит, периостит лобной пазухи) и верхней челюсти, изменяет реологические свойства тягучей, вязкой с прожилками крови слизи, применяется также при озене, может воздействовать на тройничный нерв. Препарат активен у астеников, гипотрофиков. *Kalium bichromicum* применяется при остром рините с водянистыми выделениями и ощущением сухости, заложенности и давления в области корня носа (1-я стадия воспаления). Заложенность быстро переходит в стадию склеобразной, вязкой, тягучей, трудноотделяемой слизи (2-я стадия воспаления) с образованием корок, вплоть до язв, что характеризует альтернативное воспаление. Характерна боль в обла-

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

сти лба и верхней челюсти, четко локализованная, улучшение наступает от тепла и паровой ванны. Echinacea обладает выраженным иммуностимулирующим эффектом при хронических рецидивирующих инфекциях. Barium chloratum (mirgaticum) эффективен при повышенной чувствительности к холоду, уплотнении регионарных лимфоузлов, ощущении тумана и тяжести в голове, паутины на лице, нагноении миндалин, обложенном языке, охриплом голосе, кашле, чихании по ночам, «насыхании» корок в носу, носовых кровотечениях. Воздействует в трех на-

правлениях на вегетативную нервную систему, ретикулоэндотелиальную и иммунную.

В предпринятом нами исследовании участвовало 60 детей в возрасте от 3 до 14 лет, находящихся на лечении в ЛОР-стационаре и консультативно-диагностическом центре Морозовской ДКБ. Отбор больных осуществлялся с учетом следующих критериев включения и исключения (табл. 1).

По возрасту пациенты распределились следующим образом: от 3 до 6 лет - 19 (31,7%) детей, от 7 до 9 лет - 13 (21,6%), от 10 лет и стар-

Таблица 1 Критерии отбора пациентов

Критерии включения	Критерии исключения
<ul style="list-style-type: none">Острый синуситОбострение хронического рецидивирующего синуситаПродолжительность симптоматики 0-7 дней	<ul style="list-style-type: none">Значительное искривление носовой перегородкиПрямые показания к проведению антибиотикотерапииПациенты, получающие сопутствующую лекарственную терапию, которая может отрицательно сказаться на результатах леченияПациенты с известной или предполагаемой гиперчувствительностью к препарату ЦиннабсинПациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, (психическими нарушениями)

Таблица 2. Характер воспалительного процесса в околоносовых пазухах

Характер воспаления в пазухах	5 лет	7-9 лет	10 лет и старше	Всего -
Острый серозный синусит	1	1	1	3
Острый отечно катаральный синусит	13	7	14	34
Острый гнойный синусит	4	5	7	16
Обострение хронического синусита	1	-	6	7
Всего	19	13	28	60

Таблица 3. Дозировка и способ применения препарата Циннабсин

При остром заболевании:	В течении первых 1-2 дней сублингвально
Дети от 3 до 6 лет	по 1 табл. каждые 2 часа (6 раз в день)
Дети от 6 до 12 лет	по 1 табл. каждые 2 часа (8 раз в день)
Дети от 12 и старше	по 1 табл. каждый час (12 раз в день)
В последующие дни	по 1-2 табл. 3 раза в день до выздоровления

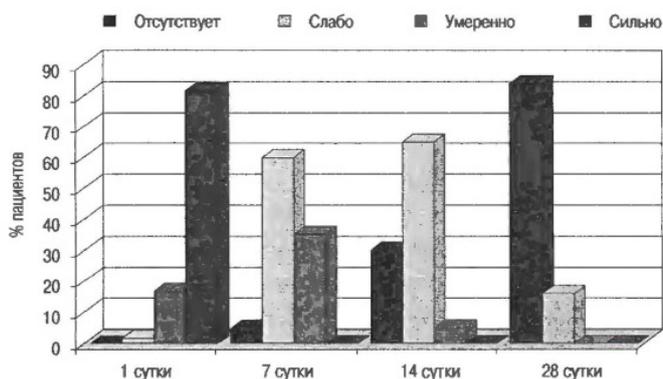


Рисунок 1. Динамика отека слизистой оболочки носа при лечении препаратом Циннабсин

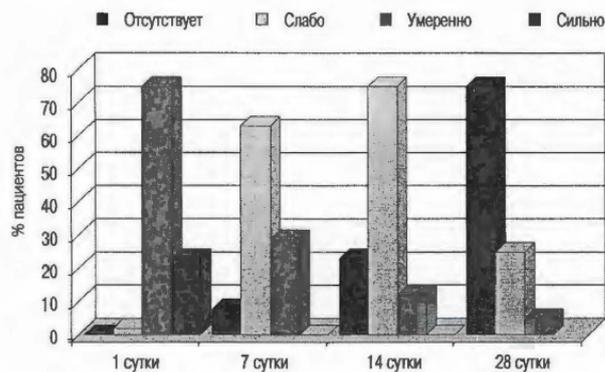


Рисунок 2. Динамика носового дыхания при лечении препаратом Циннабсин

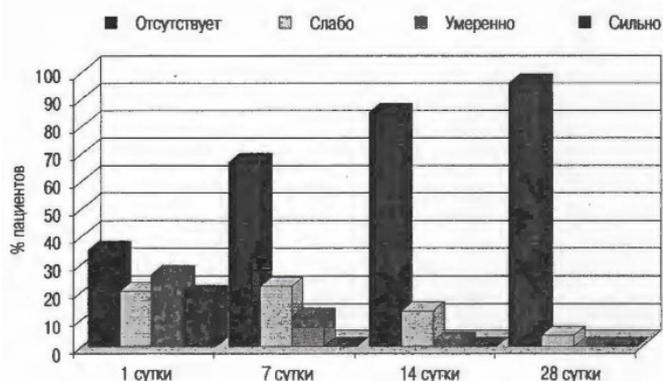


Рисунок 3. Динамика отделяемого из носа при лечении препаратом Циннабсин

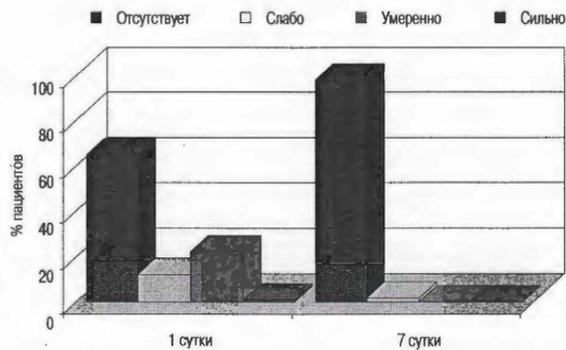


Рисунок 4. Динамика головной боли и боли в области околоносовых пазух при лечении препаратом Циннабсин

ше - 28(46,7%) детей.

О характере поражения околоносовых пазух судили по клинической, эндоскопической картине, данных рентгенологического и ультразвукового сканирования. В исследовании с катаральными формами воспаления было 37 (61,7%) детей, гнойными - 23 (38,3%), из них 7 детей с обострением хронического гнойного гайморита (табл. 2).

При остром процессе продолжительность терапии составила 28 дней, при хроническое - до 56 дней.

В процессе лечения оценивали динамику отека слизистой оболочки полости носа (рис. 1), характер и количество отделяемого (рис. 3), сроки нормализации носового дыхания (рис. 2), регрессии болевого синдрома (головная боль и боль в проекции точек выхода основных ветвей тройничного нерва) (рис. 4) Если в первые сутки у 81,6% детей был выраженный отек слизистой оболочки полости носа и наблюдалось отсутствие или незначительное затруднение носового дыхания у 98%, то уже к 7 суткам незначительно

выраженный отек выявлен у 60% детей, а у 71% нормализовалось носовое дыхание (рис. 1, 2).

При поступлении у 57% детей было обильное отделяемое в полости носа и носовых ходах. Через 7 дней у 67% детей отделяемое не определено. К 14 суткам все показатели приходили к норме у 98% детей (рис.3).

Важным симптомом, с точки зрения тяжести заболевания, является головная боль и боль в проекции пазух, которая при поступлении наблюдалась у 1/3 больных (рис.4). Регресс этого симптома отмечен в течение 2-3 суток на фоне интенсивного приема препарата.

Таким образом, препарат Циннабсин показал свою эффективность в комплексном лечении больных как с острыми, так и хроническими синуситами. Пролонгированная терапия острого синусита комплексным гомеопатическим препаратом Циннабсин (до 28 дней) уменьшает вероятность рецидива и перехода заболевания в латентное течение.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИВАЛЕНТНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЛИЗАТОВ-ИСМИЖЕНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ФАРИНГИТОВ И ФАРИНГОТРАХЕОБРОНХИТОВ

Эргешева А.М.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
кафедра специализированной хирургической помощи
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены результаты лечения 97 больных с хроническим фарингитом и с хроническим фаринготрахеобронхитом в стадии обострения. Клинические исследования позволили сделать заключение, что при применении препарата Исмижен, наблюдается стимуляция и усиление выраженности как клеточно-опосредованного, так и гуморального иммунитета.

Ключевые слова: поливалентные бактериальные лизаты, фарингит, фаринготрахеобронхит, исмижен.

ПОЛИВАЛЕНТТИК БАКТЕРИАЛЫК ЛИЗАТТАРДЫН – ИСМИЖЕНДИН – ӨНӨКӨТТӨШКӨН ФАРИНГИТТЕРДИ ЖАНА ФАРИНГОТРАХЕИТТЕРДИ ДАРЫЛООДО КОЛДОНУУСУ

Эргешева А.М.

Кыргыз Мамлекеттик медициналык институт кайра дааярдоо жана квалификацияны жогорлатуу
Хирургиялык жардамдардын специализацияларынын кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Өнөкөт фарингит жана өнөкөт фаринготрахеобронхиттин курчушу менен ооруган 97 бейтапты дарылоонун жыйын тыктарымакалада көрсөтүлгөн. Клиникалык изилдөөлөрдүн негизинде Исмижен препаратын колдонуу менен гуморалдык жана клетка аркылуу негизделген иммунитеттин чыңдалышы жана стимуляциялануу субайкалат.

Негизги сөздөр: поливаленттүү бактериалдуу лизаттар, фарингит, фаринготрахеобронхит, исмижен.

APPLICATION OF POLYVALENT BACTERIAL LYSATES - ISMIZHENA IN THE TREATMENT OF CHRONIC PHARYNGITIS AND FARINGOTRACHEOBRONHITIS

Ergeshova A.M.

Department of specialized surgical care of the Kyrgyz State
Medical Institute Retraining and Development
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The article presents the results of of 97 patients with chronic pharyngitis and chronic pharyngotracheobronchitis in the acute stage. Clinical studies have led to the conclusion that the use of the drug Ismijen causes stimulation and increasing of severity of cell-mediated and humoral immunity.

Key words: Polyvalent bacterial lysates, pharyngitis, pharyngotracheobronchitis, Ismijen.

Введение

Учитывая, основополагающую роль недостаточности и незрелости иммунитета у больных из группы часто болеющих, для профилактики и лечения у них респираторных инфекций, особые надежды возлагают на иммунореабилитационные мероприятия, в том числе на современную фармакологическую иммунокоррекцию, которая рассматривается в качестве одного из основных компонентов патогенетической терапии рецидивирующих

респираторных инфекций, а также используется для профилактики частых острых респираторных заболеваний (ОРЗ). На фоне недостаточности иммунной системы действие антибиотиков, противовирусных, противогрибковых и других химиотерапевтических средств малоэффективно, так как эти лекарственные препараты только подавляют размножение возбудителя заболевания, а конечное его выведение из организма является результатом деятельности факторов иммунитета. В связи

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

с этим в клинической практике значительное место занимают иммуномодулирующие препараты. В настоящее время широко применяются иммуномодуляторы различных видов, действующие на клетки моноцитарно-макрофагальной системы с целью активизации специфических и неспецифических факторов защиты организма. К препаратам, имеющим иммуномодулирующее действие, относятся бактериальные препараты, препараты тимуса, костного мозга, синтезированные аналоги естественных иммуномодуляторов и биологически активных субстанций (рекомбинатные интерфероны, индукторы интерферогенеза, тимоген, ликопид и другие).

Специфическая активная иммунизация против наиболее распространенных возбудителей острых респираторных заболеваний выгодно отличается от неспецифической иммуностимуляции своей целенаправленностью и эффективностью. К сожалению, у наиболее высокоэффективного метода профилактики инфекционных заболеваний – вакцин – сегодня ограниченные возможности. Существуют вакцины против пневмококка, гемофильной палочки и др., ежегодно появляются новые вакцины против вируса гриппа, стафилококка. Но против большинства возбудителей вакцин не существует, не говоря об отсутствии поливакцин с антигенами основных возбудителей респираторных инфекций. Поэтому большое значение имеют так называемые вакциноподобные препараты,

действие которых направлено на создание специфического иммунитета против конкретного возбудителя. В связи с этим в последние годы для лечения и профилактики заболеваний у часто болеющих больных широкое применение получили иммунокорректоры бактериального происхождения, вызывающие формирование селективного иммунного ответа против конкретных возбудителей.

Бактериальные иммунопрепараты делятся на три группы:

- очищенные бактериальные лизаты;
- иммуностимулирующие мембранные фракции;
- бактериальные рибосомы в комбинации с мембранными фракциями.

Использование бактериальных лизатов или бактериальных рибосом обуславливает контакт антигенов наиболее значимых возбудителей ОРЗ с макрофагами, находящимися в слизистых респираторного и желудочно-кишечного тракта, с последующей их презентацией лимфоцитам MALT-системы (лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистыми). В результате этого появляются коммитированные клоны В-лимфоцитов, продуцирующие специфические антитела к антигенам возбудителей, содержащихся в бактериальных иммунотропных препаратах. Кроме того, миграция коммитированных В-лимфоцитов в другие лимфоидные образования MALT-системы и последующая их дифференциация в плазмциты приводят к

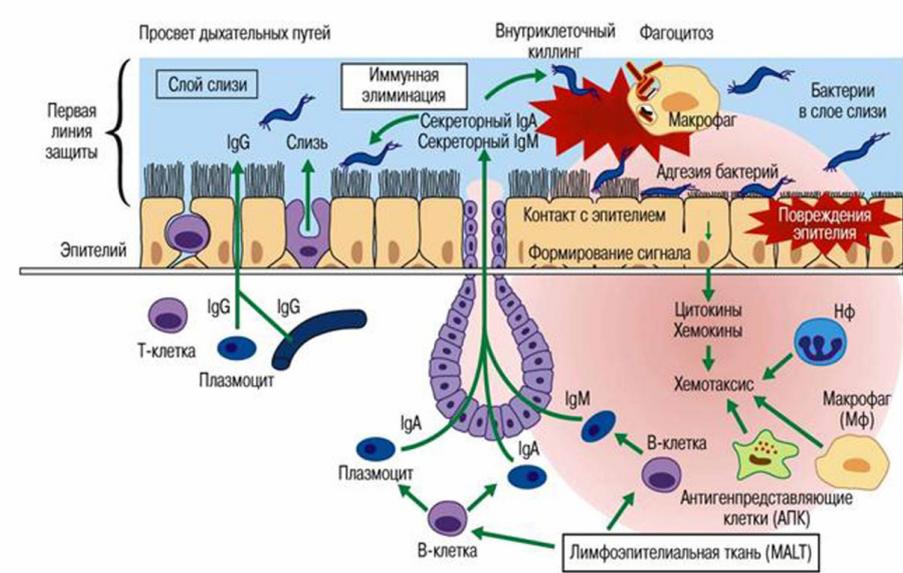


Рис. 1. Защитные механизмы слизистой оболочки

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

продукции специфического секреторного IgA и развитию эффективной местной иммунной защиты против основных возбудителей острых респираторных заболеваний (Рисунок №1).

Бактериальные иммуномодулирующие препараты предназначены для стимуляции специфической защиты организма от патогенного воздействия тех микробов, антигенные субстраты которых входят в состав препарата. Таким образом, прием бактериальных иммуностропных препаратов имеет вакциноподобное действие, сопровождаясь индукцией специфического ответа, как в системе местного, так и системного иммунитета. По современным данным, лимфоглоточное кольцо является одним из основных органов, обеспечивающих организм информацией об антигенном составе окружающего мира в постнатальный период жизни человека. Дозозависимый характер иммунного ответа верхних дыхательных путей с возможной автономной или генерализованной реакцией позволяет не только обеспечивать высокую специфическую защиту верхних дыхательных путей (ВДП) от возбудителей, но и сформировать специфический общий иммунный ответ. Теснейшее взаимодействие иммунных образований лимфоглоточного кольца дыхательных путей с подобными структурами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (пейеровы бляшки, аппендикс и т.д.) дает возможность выбирать различные варианты вакцинотерапии – системную или топическую.

Препараты, содержащие лизаты бактерий, способствуют профилактике инфекций носоглотки и респираторного тракта, не вызывают формирования протективного длительного иммунитета, поэтому правильнее называть

их бактериальными иммуномодуляторами. Бактериальные иммуномодуляторы создавались, как «вакцины», с целью выработки стойкого протективного иммунитета против бактерий. Возможности вакцинации *per os* изучаются с 1927 г. (А. Besredka). Большое значение в этой связи имеет изучение системы местного иммунитета слизистых, особенно синтеза и секреции иммуноглобулина А (IgA). Антиген-стимулированные клетки с поверхностным IgA попадают с циркулирующей кровью в лимфоидные органы, например, пейеровы бляшки. Развитие специфического иммунного ответа происходит при кооперации Т – и В – лимфоцитов, макрофагов или дендритных клеток. В дальнейшем специфический IgA вновь транспортируется на поверхность слизистых, препятствуя инвазии инфекционных агентов, их адсорбции, фагоцитозу и формированию иммунных комплексов. С другой стороны, активация цитотоксических Т-лимфоцитов приводит к уничтожению инфицированных клеток [1].

Бактериальные лизаты представляют собою смесь антигенов, полученных в результате инактивации патогенных бактерий различных видов. Принцип их действия основывается на усилении (стимуляции) систем защиты организма и иммунного контроля («системы наблюдения»), что обуславливает профилактику инфекций, вызванных вышеуказанными патогенами. Именно поэтому бактериальных лизатов иногда по-другому называют и «пероральными вакцинами». Поливалентные бактериальные лизаты приготавливаются с использованием различных видов бактерий, как правило – самых распространенных патогенов, вызывающих заболевания верхних и нижних дыхательных

Таблица 1.

Сравнение химически и механически обработанных поливалентных бактериальных лизатов		
Бактериальный лизат	ПХЛБ	ПМЛБ
Технология лизирования	получают при проведении химического (обработка щелочными веществами) лизиса клеток	получают при проведении механического (обработка высоким давлением пара) лизиса клеток
Окраска методом Грамма	выявляется аморфная субстанция	ясно выявляются бактериальные частицы
Потенциал иммуногенности	происходит денатурация белков – иммуногенность уменьшается	корпускулярные антигены сохранены - характеризуются высокой иммуногенностью

путей. В частности, каждый бактериальный штамм отдельно выращивается на специальной питательной среде; после сбора и инактивации бактерий производят их лизис с целью получения антигенных структур. Лизис бактерий технологически производится с использованием механического или химического метода лизирования. Именно с учетом использованной методологии клеточного лизирования все бактериальные лизаты подразделяются на 2 основные группы: поливалентные химически лизированные бактерии (ПХЛБ) и поливалентные механически лизированные бактерии (ПМЛБ) (Таблица 1).

Тогда как ПХЛБ получают на основании химического лизиса (обработка щелочными веществами) бактериальных клеток, что в свою очередь обуславливает денатурацию клеточных белков, технология производства ПМЛБ подразумевает механический лизис бактерий под воздействием высокого давления с сохранением наличия корпускулярных антигенов.

После лиофилизации полученные различные бактериальные лизаты смешиваются фиксированной пропорцией друг с другом и расфасовываются в конечную лекарственную форму (таблетка, капсула, порошок).

Исмижен в лечении хронических фарингитов и фарингобронхитов

Иммуномодулятором (иммуностимулятором) бактериального происхождения нового поколения с поливалентным, синергетическим действием является препарат - Исмижен. В состав препарата входит полученный на основании механического лизиса бактерий (чаще всего вызывающих острые и хронические инфекции респираторной системы) очищенный лиофилизированный экстракт. Препарат представляет антигенную смесь следующих механически лизированных микроорганизмов (6 миллиардов для каждого вида): *Streptococcus pneumoniae* (серотипы 1, 2, 3, 5, 8, 47), *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Neisseria catarrhalis*. Оригинальность Исмижена, как классического представителя ПМЛБ, состоит также и в правиле его применения, как лекарственного средства. А именно, препарат выпускается в виде сублингвальных (подъязычных) таблеток, рассасывающихся в ротовой полости. Указанный путь применения

препарата обеспечивает максимальный, непосредственный контакт входящих в состав бактериального лизата антигенов с иммунocyтaми ротовой полости и глотки, что в свою очередь обуславливает активацию локальной, региональной иммунной системы. Сублингвальный метод приема препарата также обеспечивает лучший контроль иммунной системы на всем протяжении слизистого барьера, так как циркулирующие клетки памяти иммунной системы в процессе циркуляции избирательно возвращаются в места их первичного контакта с антигенами. Эксклюзивная технология производства Исмижена, как оригинального препарата, разработана фармацевтической компанией "Lallemant PHARMA" (Швейцария) и предусматривает следующие основные этапы:

-Селекция входящих в состав препарата микроорганизмов из клеточного банка патогенных бактерий и их прекультивация;

-Перенос прекультивированных бактерий в ферментатор, содержащий воду и разные питательные среды, с целью последующего роста и размножения бактериальных культур (период ферментации для каждой культуры составляет 3 недели; в целом для 13 штаммов – 39 недель);

-Последующая инактивация патогенов (в условиях температуры 100°C □);

-Получение «чистой» бактериальной биомассы на основании высокоскоростного центрифугирования;

-Обработка (согласно оригинальной технологии) бактериальной биомассы с помощью высокого давления с последующим пропуском через атмосферное давление (в итоге получают бактериальные антигены с сохраненной структурой);

-Сублимация, проводимая на фоне добавления глицина, что обеспечивает вследствие испарения процесс лиофилизации и получение сухого порошка;

-Последним этапом получения активной субстанции является смешивание (блендинг) всех используемых штаммов с целью стандартизации активного ингредиента и придание лиофилизированной массе лекарственной формы (сублингвальной таблетки).

Воздействие перорально применяемого бактериального лизата на иммунную систему макроорганизма опосредуется

через лимфоглоточное кольцо Пирогова и подобные структуры ЖКТ (пейеровы бляшки, аппендикс и т.д.). На фоне иммуностимуляции Исмиженом достоверно уменьшается частота, тяжесть, длительность течения бактериальных инфекций дыхательных путей, а также надобность применения лекарственных средств (в первую очередь – антибиотиков). С целью установления основных принципов клинической эффективности Исмижена были изучены механизмы его действия с использованием *in vivo* и *in vitro* методов исследования. Согласно данным проведенных исследований, механизм действия данного препарата подразумевает стимуляцию как специфического, так и неспецифического иммунного ответа. Как известно, основным предназначением иммунной системы является предотвращение инвазии патогена (иммунный контроль), а в случае неэффективности последнего – воспроизведение иммунного ответа против внедрившегося патогена. При таком раскладе сил различают два вида иммунного ответа: системный иммунный ответ, опосредуемый циркулирующими иммуноцитами и местный иммунный ответ (защита слизистых оболочек, что в основном опосредуется т.н. секреторными иммуноглобулинами (S-IgA), которые продуцируются самими-же слизистыми оболочками и представляют первичный иммунный барьер для патогенов). Таким образом, локальная иммунизация (оральная, сублингвальная или интраназальная) обуславливает секрецию антиген-специфических иммуноглобулинов в месте аппликации и тем самым, усиливает локальную иммунную защиту. Под воздействием Исмижена в первую очередь происходит активация процессов созревания дендритных клеток, а также нарастание экспрессии расположенных на их мембранах стимулирующих молекул CD 80, CD 83 и CD 86 [2]. Дендритные клетки занимают особое место в иммунном ответе обладая свойством антиген - презентующих клеток и фактически являются связывающим звеном между специфическим и неспецифическим иммунным ответом. Дендритными клетками фагоцитируются бактериальные агенты, которые транспортируются в региональные лимфоузлы, где и происходит презентация специфических антигенов активированным лимфоцитам и фагоцитам. Препарат способен инициировать продукцию антиген - специфических антител посредством активации

процессов дифференциации В – лимфоцитов. Например, в результате проведенного клинического исследования было выявлено, что при применении Исмижена наблюдалось нарастание продукции антиген - специфических секреторных иммуноглобулинов (S-IgA) слизистой оболочкой на месте аппликации препарата [3].

Материал и методы

В клинике оториноларингологии, хирургии головы и шеи Национального Госпиталя при МЗКР проведено обследование и лечение 97 амбулаторных пациентов, страдающих с хроническим фарингитом и хроническим фаринготрахеобронхитом, в возрасте от 18 до 70 лет. Мужчин было 55, женщин - 42. Из них 67 больных с обострением хронического фарингита и 30 больных с обострением хронического фаринготрахеобронхита. Подавляющее большинство больных беспокоили чувство саднения и першения, боли при глотании, сухая кашель не приносящая облегчения. Все вышеперечисленные жалобы повторялись после каждого перенесенного ОРВИ. Больные до обращения в лор-клинику получали курс антибактериальной и патогенетической терапии, порою не однократно. Пациенты с фаринготрахеобронхитом в стадии обострения помимо вышеуказанной терапии дополнительно получали и кортикостероидную терапию.

Терапия в нашем исполнении сводилась в применении препарата исмижена сублингвально. Больным после вирусных заболеваний дыхательных путей параллельно применяли и курс антигистаминной терапии.

Клинические исследования и результаты лечения

Сравнивался эффект действия сублингвального Исмижена у пациентов инфекциями ВДП. У больных длительность лечения составляла 3 месяца, 10 первых дней каждого месяца по 1 таблетке 1 раз в сутки утром натощак. После 10 дневного приема препарата по инструкции, больные отмечали положительную динамику. Согласно результатам проведенного исследования, частота обострения инфекций ВДП достоверно уменьшалась у больных применявших Исмижен. Эта положительная динамика сохранялась не только в период лечения, но и спустя 3 месяца после окончания курса лечения. Более того, показатели длительности течения обостренных эпизодов,

как и показатели пропуска рабочих дней, были достоверно ниже. Аналогично, у этих больных достоверно снижалась и потребность проведения антибиотикотерапии. Но двух случаях наша терапия оказалась не эффективной. Мы считаем, что в данных случаях антигенные субстраты микробов (лизаты) не входят в состав препарата.

По данным *Boris et al.* на фоне лечения Исмиженом достоверно уменьшалась в течение года частота повторения инфекционных эпизодов у 330 пациентов, снижалась потребность применения антибиотиков. Схожие данные были получены и при обследовании детской популяции. А именно, было произведено сравнительное исследование 120 детей (в возрасте 4-9 лет), которые были привержены к обострению оториноларингологических инфекций ВДП в зимний период года. И в этом исследовании результаты сублингвального применения сравнивались с данными, полученными при лечении пероральным ПХЛБ. Клиническая и превентивная эффективность поливалентных вакцин оценивалась на основе пропорциональных количественных показателей тех детей, у которых не наблюдалось наличие эпизодов обострения инфекции в период лечения и в течение последующих 5 месяцев. Согласно результатам проведенного исследования, данный препарат был значительно эффективен ($P \leq 0.016$) по сравнению с ПХЛБ в превенции рекуррентных инфекций ВДП в течение обеих периодов наблюдения, а также было выявлено, что на фоне лечения Исмиженом достоверно уменьшалась частота повторения инфекционных эпизодов, количество пропусков школьных дней, снижалась потребность применения антибиотиков и антипиретиков [4].

Эффективность превентивного действия препарата была продемонстрирована в одном рандомизированном, плацебо-контролируемом исследовании 180 детей в возрасте от 5 до 10 лет, болеющих рекуррентными инфекциями [5]. Проведенное исследование показало значительное уменьшение у детей леченных Исмиженом средних показателей респираторных инфекций (на 54%) и дней пропуска школы (на 49.7%) по сравнению с детьми контрольной группы. Также было выявлено снижение в потребности параллельно применяемых антибиотиков (48%-ое снижение «антибиотикодней») на фоне лечения.

В другом, рандомизированном, плацебо-

контролируемом исследовании, проведенном с применением двойного слепого метода, было выявлено значительное улучшение иммунного статуса больных, применявших Исмижен, что выражалось в достоверно значительном увеличении концентраций сывороточных иммуноглобулинов и слюнного секреторного иммуноглобулина класса А по сравнению с плацебо-группой [6]. Вышеуказанная иммуностимуляция на фоне лечения ассоциировалась с уменьшением частоты инфекционных эпизодов и длительности их течения.

Клинически очень важную сферу применения поливалентных бактериальных лизатов и соответственно – Исмижена представляют собою хронические заболевания легких и в особенности хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), являющееся значимой терапевтической дилеммой для современной пульмонологии. Исследование, проведенное, в этом направлении выявило выраженную фармакологическую эффективность в деле профилактики обострения ХОЗЛу больных хроническим бронхитом. **Аналогичные результаты были получены и другими авторами [7,8,9].** Согласно данным указанного исследования, добавление препарата к комплексному курсу лечения ассоциировалось с 20%-ным урежением частоты обострения ХОЗЛ в течение года, а также отмечалось снижение количества таких обострений, которые требовали применения пероральных кортикостероидов и антибиотиков; также было выявлено снижение показателей вынужденных госпитализаций.

Действие препарата является совокупным действием его компонентов, поэтому проведение кинетических исследований не представляется возможным.

Суммируя данные разных вышеупомянутых исследований можно заключить, что при применении препарата Исмижен наблюдается стимуляция и усиление выраженности как клеточно-опосредованного, так и гуморального иммунитета. А именно:

-Активируются процессы созревания и дифференциации дендритных клеток, что в основном обусловлено усиленной секрецией интерлейкина-4 циркулирующими моноцитами (Lanzilli, 2005), а также нарастанием экспрессии расположенных на их мембранах стимулирующих молекул CD 80, CD 83 и CD 86 (Mellioli,

2005; Canonica 2010);

-Стимулируется выработка и секреция интерлейкина-1 и простагландина E2 альвеолярными макрофагами;

-Активируются на альвеолярных макрофагах рецепторы для интерлейкина-2;

-Возрастает активность макрофагов против инфекционных агентов;

-Стимулируется синтез цитокинов (IL - 2, IL - 10, IL - 12, IFN – γ и TNF- α) (Canonica 2010);

-Активируются цитотоксические лимфоциты (NK – клетки);

-Уменьшается количество супрессорных лимфоцитов (CD8+ – клетки) и возрастает показатель иммунорегуляторного индекса (соотношение CD4+/CD8+ - клеток);

-Возрастает количество клеток имеющих рецепторы для интерлейкина-2 (CD 25+ - клетки) а также показатель соотношения CD24+CD27+ - клеток (активированные В – лимфоциты) (Lanzilli, 2006);

-Возрастает концентрация сывороточных IgA, IgG и IgM, а также концентрация секреторных (слюна, слизистый и бронхиальный секрет) IgA антител.

Обобщая изложенное выше, можно подчеркнуть, что применение иммуномодуляторов вакцинного типа (бактериальных лизатов), в частности препарата Исмижен, имеет выраженный лечебный и профилактический эффект, что позволяет рекомендовать его к более широкому использованию в лор практике в амбулаторных и стационарных условиях.

Литература:

1. Maul J. *Stimulation of immunoprotective mechanisms by OM-85 BV. Respiration, 1994, N 61 (Suppl. 1), P.8-15.*

2. Braido F, Villa E, Schenone G, Canonica GW and Melioli G, *A good clinical outcome therapy with a polyvalent mechanical bacterial lysate (PMBL) correlates with the capacity of inducing a specific locoregional immunoresponse in patients with recurrent upper respiratory tract infection, XXVII Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology, 2008.*

3. Fuggetta MP and Lanzilli G, *Attivazione ed effetti delle immunoterapie con batteri batterici, EurRespir News 15: pp69-77, 2007.*

4. La Mantia I, Nicolosi F, Maiolino L and Serra A, *Immunoprophylaxis of recurring bacterial infections of respiratory tracts in pediatric age: clinical experience through a new immuneostimulating vaccine (It), GIMMOC, Quaderni di Microbiologia e Clinica XI: pp1-8, 2007.*

5. Aksic OT, Cattaneo L and Rosaschino F, *Evaluation of the clinical efficacy of a new polyvalent bacterial lysate obtained by mechanical lysis (PMBL) in a population of 180 school-aged children with recurrent respiratory infections, European Journal of Aerobiology Environmental Medicine and Air-borne Infections 1: p1, 2005.*

6. Villa E, Garelli V, Braido F, Melioli G and Canonica GW, *May we strengthen the human natural defenses with bacterial lysates. World Allergy Organization Journal 3(8): ppS17-S23, 2010.*

7. Tricarico D, Varricchio A, D'Ambrosio S, Ascione E and Motta G, *Prevention of recurrent upper respiratory tract infections in a community of cloistered nuns using a new immunostimulating bacterial lysate: a randomized, double-blind clinical trial, Arzneimittelforschung 54: pp57-63, 2004.*

8. Cazzola M, *A new bacterial lysate protects by reducing infectious exacerbations in moderate to very severe COPD: a double-blind, randomized, placebo controlled trial, Trends in Med 6: pp191-199, 2006;*

9. Cazzola M, Noschese P and Di Perna F, *Value of adding a polyvalent mechanical bacterial lysate to therapy of COPD patients under regular treatment with salmeterol /fluticasone, Therapeutics Advances in Respiratory Diseases 3(2): pp59-63, 2009.*

АЛГОРИТМ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Фейгин Г.А., Шалабаев Б. Д., Чупрынина Н.В.

Кыргызско-Российский Славянский университет
кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлен анализ хирургического лечения 233 больных объемными деструктивными заболеваниями челюстно-лицевой.

Изложены и обоснованы достоинства и недостатки различных вариантов хирургических доступов. Отработан алгоритм возможностей хирургических доступов.

Ключевые слова: хирургическое лечение злокачественных, доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований ЧЛО.

ЖААК-БЕТ ОБЛАСТЫНЫН ДЕСТРУКТИВДИК ШИШИКТЕРИН АЛУУДАГЫ ХИРУРГИЯЛЫК ЫКМАНЫН МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮНҮН АЛГОРИТМИ

Фейгин Г.А., Шалабаев Б. Д., Чупрынина Н.В.

Кыргыз-Россия Славян университети
офтальмология жана оториноларингология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Жаак-бет областынын көлөмдүү деструктивдик оорулары менен жабыр тарткан 233.

Оорулуунун хирургиялык дарылоосунун ар түрдүү жетишкендиктери жана кемчиликтери баяндалган жана негизделген. Хирургиялык ыкманын мүмкүнчүлүктөрүнүн алгоритми иштелип чыккан.

ALGORITHM FOR THE POSSIBILITY OF SURGICAL ACCESS TO EXCISION BULK DESTRUCTIVE FORMATIONS MAXILLA-FACIAL REGION

Georg A. Feygin, Bulat D. Shalabaev, Nataiya V. Chuprinina

Kyrgyz-Russian Slavic University
Department of Ophthalmology and Otolaryngology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: It is presented an analysis of surgical treatment of 233 patients with bulky disease destructive maxillofacial.

Stated and proved the advantages and disadvantages of various options of surgical approaches . Algorithm worked out possibilities of surgical approaches.

Keywords : surgical treatment of cancerous , benign tumors and tumor-like formations maxillofacial region.

Введение

Доступы для выполнения хирургического удаления объемного образования челюстно-лицевой области (ЧЛО) отличаются весьма существенным разнообразием. Среди многих таковых приводятся и поэтому часто используемые в практике общеизвестные подходы по Муру, Веберу с дополнениями по Барбоза, Денкеру, Кюстеру, Лауэрс-Балону, Пачесу, Погосову и др. [1-7].

Наряду с их положительной оценкой нам представляется необходимым отметить

их недостатки. Они могут встретиться как при выполнении хирургического вмешательства, так и в послеоперационном периоде. Одни из них ограничивают первичное заживление ран с образованием дефектов, другие – нарушают принцип бережного отношение к костным и мягкотканым образованиям лица, формирующих его облик, третьи – характеризуются повреждением, в частности, лицевого нерва, нарушающих подвижность мимической мускулатуры лица или оставлением на нем обезобразывающих, деформирующих

рубцов. На их недостатки можно найти указания в некоторых источниках литературы [1, 3, 7-9]. Они с нашей точки зрения, заслуживают внимания, а следовательно, требуют отработки выбора доступов и некоторых этапов выполнения внутриоперационных хирургических манипуляций.

Материалы и методы

Для планирования доступа и масштаба хирургического вмешательства, в период времени с 1991 по 2014 гг., нами было обследовано 233 больных с объемными деструктивными образованиями ЧЛЮ. Из них со злокачественными новообразованиями (ЗО) было 133 человека, доброкачественными (ДО) - 78, опухолеподобными заболеваниями (ОПЗ) - 22 человека.

Нами использованы при этом следующие хирургические подходы: модифицированные доступы по Муру – в 47, по Веберу – в 6-ти; расширенный вариант боковой риномаксиллотомии – в 33-х случаях; по Лауэрс-Балону - в 20-ти, модифицированный подход по Лауэрс-Балону в комбинации с боковой ринотомией - в 2-х, модифицированный подход по Лауэрс-Балону с пересечением нижней челюсти в 4-х случаях для удаления боковой и задней стенки глотки и корня языка с распространением на дно полости рта. В 16-ти случаях при наличии метастазов на шее была дополнительно произведена фасциально-футлярная лимфодуэктомиа и в 6-ти - операция Крайля. В 2-х случаях выполнена субтотальная резекция височной кости с паллиативной целью. Боковая фаринготомия оказалась необходимой в одном наблюдении. В остальных случаях использованы расширенные варианты классических гайморозтмоидотомий, фронтотомий, орбитотомий и др.

Обсуждение возможностей выполненных хирургических доступов.

Часть из перечисленных общеизвестных подходов к объемному образованию подверглась нами определенным изменениям. Для выполнения рекомендаций более надежного ушивания хирургической раны при операции, сохраняющим в целостности кожные покровы указанных регионов мы стали отводить линии разреза кожи за середину переносицы и завершать его при выполнении модифицированного доступа по Кюстеру не по надбровной дуге, а выше ее, но с сохранением контура надбровной

дуги (рис.1б), а при ограниченном поражении верхней челюсти (в/челюсти) стали использовать способ Лауэрс-Балона. При использовании последнего иногда, чтобы избежать неудобства в выполнении резекции в/челюсти и выполнения, необходимых внутриоперационных хирургических манипуляций на образованиях ретромаксиллярного региона в отдельных наблюдениях мы дополнили доступ Лауэрс-Балона укороченным разрезом по Муру, но с пересечением нижней губы. Представленные изменения по линиям разреза представлены на рисунке 1.

Последний доступ из них, сочетающий доступ Мура и Лауэрс-Балона, предоставлял возможность широко манипулировать как со стороны латеральной, так и внутренней стороны от глазницы. Это позволяло, разумеется, при обширном доброкачественном объемном образовании сохранить содержимое глазницы.

Опухолевые поражения и ОПЗ могут локализоваться в образованиях полости рта (язык и дно), нижней челюсти и задней стенки глотки. При этом они могут достигать значительных размеров. Естественный ротовой доступ не может позволить выполнить операцию в адекватном объеме при обширных опухолях задней стенки глотки, корня языка и вовлечении в процесс дна полости рта и нижней челюсти. В таких случаях предлагается использование наружного доступа. При опухолях с такой локализацией мы предпочитаем использовать доступ по Лауэрс-Балону, без и с пересечением нижней челюсти (рис. 1в), который косметически выгоден, т.к. видимая часть разреза находится в подчелюстной области и не столь заметна и позволяет выполнить операцию в необходимом масштабе при указанных локализациях и распространенности объемного образования.

Наряду с изложенными достоинствами используемых популярных и модифицированных доступов ликвидации ДО и ОПЗ в глотке и параназальных синусах мы удаляем их через естественные пути (рот, нос), а также через подходы для гайморозтмоидо- и фронтотомии. Так приходилось поступать при деформирующих ретенционных кистах, старых, фиброзных полипах, муко- и пиоцеле и ДО, к числу которых можно отнести некоторые мезенхимальные неоплазмы и остеомы. Однако в некоторых наших наблюдениях из-за распространенности процесса и получения косметического результата от них хотя и редко, но приходилось отказываться

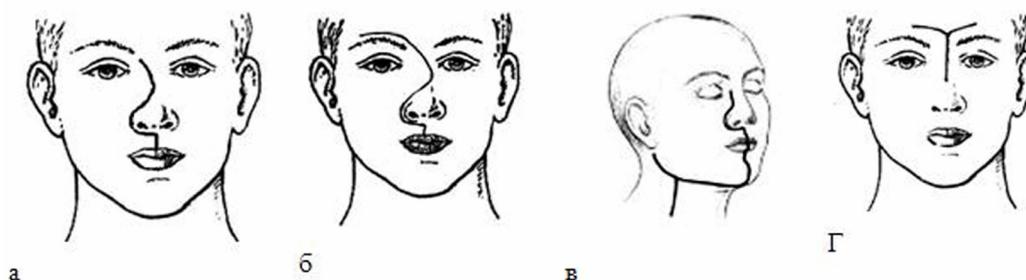


Рис. 1. Модифицированные доступы по: а) Муру; б) Барбоза, в) комбинирующие доступы Лауэрс-Балона и модифицированный доступ Мура, г) предназначенный для выхода к двум лобным пазухам, клеткам решетчатого лабиринта и внутренним стенкам глазницы.

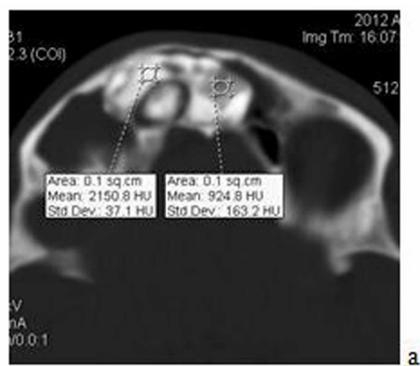


Рис.2 а) КТ б-го с остеомой лобных пазух и б) вид б-го после операции удаления остеомы через 1 нед.

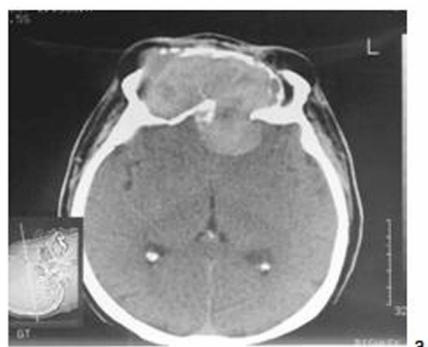


Рис.3 КТ б-го с фибромой лобных пазух и вид б-го после операции перед выпиской.

и искать их другие варианты.

В частности, при локализации остеомы в двух лобных пазухах (рис.2а), уже не изолированных друг от друга и при высокорасположенных лобных бухтах, с тонкими передними костными стенками и наличием признаков воздухоносности пазух, свидетельствующих о нормальном функционировании соустьев, мы взамен общепринятых осуществили подход к их передней стенке через разрез по краю волосистой части лба. Затем отпрепаровали кожно-надкостничный лоскут книзу до верхних отделов лобной пазухи. В этом месте сделали

отверстие. Через него надломили рычажным способом передние костные стенки лобных, неотпрепарированные от кожно-тканевых покровов. Таким образом, был получен доступ к названной неоплазме. Ее захватили костными щипцами и мощной тракцией выломали целиком и удалили. Кожно-костный лоскут вернули на свое место и операционную рану ушили (рис.2б).

Таким образом, в отдельных случаях приходится поступать приведенным способом. Ибо такой вариант удаления неоплазмы предупреждает западение в области надбровных дуг, а следовательно, сохраняет внешний вид лица больного в пределах нормы.

В другом наблюдении, поскольку фиброма занимала большой объем лобных пазух и находилась в клетках решетчатого лабиринта. С лобных пазух эта опухоль проникла в переднюю черепную ямку, а из решетчатого лабиринта она также с двух сторон проминировала в глазницу (рис.3,а). При такой локализации и приведенных особенностях распространения классические подходы были не приемлимы и поэтому нами выполнен Т-образный разрез (рис.1 г), который проходил по средней линии носа, а сверху был продолжен в обе стороны чуть выше надбровных дуг. Такой подход позволил нам выйти на пазухи, вовлеченные в процесс, и убрать опухоль полностью под визуальным контролем выполняемых внутриоперационных манипуляций (рис.3а,б). Они, осуществляемые во время выполнения операции и в послеоперационном периоде позволили добиться выздоровления.

У подавляющего большинства больных ЗО, ДО и ОПЗ отличались распространенностью. Оно было обусловлено либо инфильтрирующим ростом, либо пролабирующим проникновением в соседние анатомические образования, окружающие первичный очаг их появления и развития. К числу таких регионов ЧЛО относятся образования ретромаксиллярного пространства (подвисочная, крыловидно-небная и крыловидная ямки), глазница и основание черепа, паратонзиллярные анатомические структуры, параназальные синусы, дно полости рта, структуры нижней челюсти, образования ретромандибулярной области и др. Именно осуществление внутриоперационных хирургических вмешательств в названных регионах имеет определяющее значение на успех. Это особенно касается тех больных, у которых был диагностирован злокачественный характер новообразования, при котором выполнение операции на любом этапе должно сохранить принцип абластики, что значительно усложняет выполнение внутриоперационных хирургических манипуляций в жизненно важных регионах ЧЛО.

Для решения этой задачи мы определяли на КТ анатомические структуры каждого уровня ЧЛО КТ среза в аксиальной и коронарной проекциях. Это позволяло нам представить необходимый объем вмешательства, что при сравнительной оценке данных КТ позволяло

решить и объем внутриоперационных манипуляций, и по их характеристике хирургическую курабельность больного.

Основными условиями для любого доступа являются оптимальность выхода на пораженный регион ЧЛО, позволяющий абластично удалить опухоль с наименьшей травматичностью, с минимальными функциональными нарушениями и минимизированным косметическим дефектом.

Учитывая анатомо-топографические взаимоотношения, нами был составлен алгоритм хирургических доступов к глубоким отделам ЧЛО, к которым нужно было получить визуально контролируемый подход, обеспечивающий достаточную возможность их удаления под визуальным контролем, обоснованный топографо-анатомически, при сравнительном сопоставлении КТ с пластинами анатомических срезов. Он представлен в таблице.

Заключение

Отработанный нами алгоритм хирургической ликвидации опухолей и опухолеподобных заболеваний при ее различной локализации в ЧЛО и распространенности облегчает выбор доступа к ним и необходимый масштаб внутриоперационных манипуляций при поражении не только первичного очага, но и такового в соседних регионах. Он также при решении задачи позволяет привести дифференциацию выбора, позволяющего сказать в какой-то степени лучшим образом, поскольку увеличивает надежность послеоперационного заживления раны.

Выводы

Среди использованных подходов к опухоли мы предлагаем взамен классических Вебера, Кюстера и Красина использовать удаление объемных образований с локализацией на корне языка, дне полости рта, мезофаринкса, нижней челюсти, верхней челюсти без поражения орбиты, шире использовать способ Лауэрс-Балона без и с пересечением нижней челюсти, для удаления опухолей верхней челюсти распространяющихся на орбиту и основание черепа модифицированную нами риномаксиллоорбитотомию, для удаления опухолей окружающих, причем с глубоким проникновением в прилежащие регионы, но с возможностью сохранить содержимое орбиты комбинацию модифицированных доступов Лауэрс-Балона и Мура.

Таблица. Алгоритм возможностей хирургических доступов для удаления объемных деструктивных образований ЧЛО

Доступ по Муру	Медиальная стенка в/челюсти (полость носа) Задняя стенка в/челюсти Передняя стенка Твердое небо Небный отростков верхней челюсти Альвеолярный отросток верхней челюсти Клетки решетчатого лабиринта
Модифицированный доступ по Муру	Медиальная стенка в/челюсти (полость носа) Задняя стенка в/челюсти Передняя стенка Твердое небо Небный отросток верхней челюсти Альвеолярный отросток верхней челюсти Клетки решетчатого лабиринта
Доступ по Веберу (с продолжением по Барбоза)	Медиальная стенка в/челюсти (полость носа) Задняя стенка в/челюсти Передняя стенка Твердое небо Небный отросток верхней челюсти Альвеолярный отросток верхней челюсти Клетки решетчатого лабиринта Орбита - нижняя стенка - медиальная стенка Скуловая кость
Доступ по Кюстеру (расширенная боковая ринотомия)	Медиальная стенка в/челюсти (полость носа) Задняя стенка в/челюсти Передняя стенка Боковая стенка в/челюсти Твердое небо Небный отростков верхней челюсти Альвеолярный отросток верхней челюсти Околоносовые пазухи - клетки решетчатого лабиринта - основные пазухи Ретромаксиллярное пространство - крыловидно-небная ямка - подвисочная ямка Орбита - нижняя стенка - медиальная стенка Скуловая кость Основание черепа - Средняя черепная ямка - Передняя черепная ямка

Доступ по Лауэрс-Балона	Медиальная стенка в/челюсти Задняя стенка в/челюсти Передняя стенка Боковая стенка в/челюсти Твердое небо Небный отросток верхней челюсти Аальвеолярный отросток верхней челюсти Ретромаксиллярное пространство - крыловидно-небная ямка
Комбинированный Лауэрс-Балона +доступ Мура	Околоносовые пазухи - клетки решетчатого лабиринта - основные пазухи Ретромаксиллярное пространство - крыловидно-небная ямка - подвисочная ямка Основание черепа - Средняя черепная ямка - Передняя черепная ямка
Лауэрс-Балона с пересечением нижней челюсти	Мезофарингс корень языка дно полости рта
Доступ по Лауэрс-Балона	Изолированный выход на ретромаксиллярное пространство
T-образный доступ	лобные пазухи клетки решетчатого лабиринта внутренние стенки глазницы передняя черепная ямка

Литература:

1. Кабаков Б.Д., Ермолаев И.И., Воробьев Ю.И., Александров Н.М. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. М., 1978.-342с.
2. Коротких Н.Г., Машкова Т.А., Трохин В.Г. Опыт лечения злокачественных опухолей верхнечелюстных пазух // Вестник оториноларингологии.-2010.-№5.-С.63.
3. Панин В.И. Диагностика и лечение злокачественных новообразований носа и околоносовых пазух // Российская ринология.-2007.-№2.-С.127.
4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 2000.- 480с.
5. Пеньковский Г.М., Пионтковская М.Б. Выбор объема хирургических вмешательств на основе алгоритма лучевой диагностики // Журн. вушных, носовых и горловых хвороб.- 1996.-№4.-С.39-45.
6. Чеботарев С.Я., Гуляев Д.А. Хирургическое лечение распространенных опухолей полости носа и околоносовых пазух, поражающих переднюю и среднюю черепные ямки //Вестник хирургии им. И.И. Грекова.-2008.- Т.167.-№4.-С.100-104.
7. Штиль А.А. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух // Вест. оторинолар. – 1983.-№2-С.25-28.
8. Eun Chang Choi, Yoon-Seok Choi, Chang-Hoon Kim. et. al. Surgical outcome of radical maxillectomy in advanced maxillaries sinus cancers. // Yonsei medical journal. 2004 vol.45 №4. P. 621-628.
9. Helman.-J-I Maxillectomy. // Atlas-Oral-Maxillofac-Surg-Clin-North-Am.-1997.-Sep; 5(2): P.75-89.

СОСТОЯНИЕ ВКУСОВОГО И СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ

Кадыров М.М., Мадаминова М.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева
кафедра ЛОР-болезней

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе представлены результаты исследования состояния вкусового и слухового анализаторов у больных с опухолями ЛОР-органов.

Ключевые слова: вкусовой анализатор, слуховой анализатор, новообразования головы и шеи.

ЛОР-ОРГАНДАРЫНЫН ШИШИК ООРУСУ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН ООРУЛУУЛАРДЫН ДААМ БИЛҮҮ ЖАНА УГУУ АНАЛИЗАТОРЛОРУНУН АБАЛЫ

Кадыров М.М., Мадаминова М.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
кулак, мурун жана тамак кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул иште ЛОР-органдарынын шишик оорусу менен жабыркаган оорулулардын даам билүү жана угуу анализаторлорунун иштөө абалынын изилдөө жыйын тыгы жазылган.

Негизги сөздөр: даам билуу, угуу анализаторлору, баш жана моюн шишик оорулары.

CONDITIONS OF GUSTATORY AND HEARING ANALISATORS BY PATIENTS WITH ENT-TUMOURS

Kadyrov M.M., Madaminova M.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
ORI-HNS Chair

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In this article the results of conditions gustatory and hearing analisators by patients with ENT-tumours are present.

Key words: gustatory analisator, hearing analisator, tumour of head and neck.

Новообразования головы и шеи являются одними из наиболее тяжелых и жизненно - опасных заболеваний и относятся к группе социально - значимых болезней. В общей структуре онкологической заболеваемости злокачественные новообразования головы и шеи составляют около 25% и занимают 6-е место во всем мире. Гортань и гортаноглотка по частоте поражения опухолевым процессом являются основными локализациями среди органов головы и шеи [2, 4]. Более 70% больных поступают в стационары с распространенными опухолевыми процессами. Оперативное лечение их, как правило, сопровождается обширной травмой, а также часто сочетается с перевязкой и иссечением магистральных сосудов шеи. Все это влечет за собой изменения гемодинамики головного мозга нарушениями функций сенсорных анализаторов и негативно отражается на психоэмоциональном статусе больного [1, 5, 6].

В последние годы появились отдельные сообщения о нарушении функций вкуса и слуха у больных после ларингэктомии и резекции верхней челюсти [3, 7]. Однако, специальных работ, посвященных комплексному изучению нарушений функций сенсорных органов у больных, перенесших обширные хирургические вмешательства, связанные с бластоматозным процессом в зонах головы и шеи, единичны и не систематизированы.

Таким образом, диагностика, лечение и реабилитация пациентов с распространенными новообразованиями (в Т3-Т4 стадиях) и региональным метастазированием, требуют комплексного подхода к их тщательному изучению, так как эти процессы часто влекут за собой нарушения гемодинамики головного мозга, функций сенсорных органов, что, безусловно, имеет отношение к качеству жизни этого контингента тяжелобольных.

В последние годы разработаны и внедрены в практику различные методы диагностики и лечения новообразований головы и шеи, что позволило достигнуть определенных успехов в данном разделе ЛОР-онкологии. Однако, ряд положений остаются до конца нерешенными. Расширенные хирургические вмешательства, применяемые при удалении новообразований головы и шеи, сопровождаются значительными инвалидизирующими дефектами лица и шеи. Многие жизненно-важные функции, такие как, дыхание, речь, жевание, глотание, обоняние, вкус, слух и зрение, могут быть нарушены как до, так и после лечения.

Данной проблемой вплотную занимался В.П. Иванов. Он в своем научном труде изучил состояние анализаторов обоняния и вкуса при воспалительных заболеваниях носа, поллипозных синуситах, аллергических ринитах, а также у больных, перенесших ларингэктомию при ее раковом поражении. Однако, изучая литературные данные мы пришли к выводу, что сведения о дисфункциях слухового и вкусового анализаторов у больных с новообразованиями головы и шеи немногочисленны и требуют дальнейшего изучения. На сегодняшний день нет сведений о функциональном состоянии сенсорных органов

при распространенных опухолевых процессах, которым вынуждены были провести обширные хирургические вмешательства с перевязкой артериальных и венозных сосудов шеи, что приводит в ближайший послеоперационный период к нарушению гемодинамики головного мозга. И в разной степени это отражается на корковых центрах сенсорных анализаторов, а наличие обширных новообразований в полости носа, носоглотке и ротовой полости – на периферические рецепторы.

За период с 1997 г. и по настоящее время в отделении ЛОР болезней НГМЗКР по поводу новообразований головы и шеи пролечилось более 500 больных. Материалом настоящего исследования послужили клинические наблюдения за 169 больными, перенесшими обширные хирургические вмешательства по поводу новообразований головы и шеи.

Распределение этих больных в зависимости от пола и возраста представлены в табл. 1.

Среди новообразований головы и шеи наиболее часто поражалась гортань, что составляет от общего числа больных – 27,8%, затем носовая полость и придаточные полости носа – 24,3%, глотка – 13,6%, метастазы в шейные лимфоузлы и внеорганные опухоли шеи

Таблица 1
Распределение больных по полу и возрасту

Возраст больных	Всего		В том числе			
	абс	отн %	Мужчины		Женщины	
	абс	отн %	абс	отн %	абс	отн %
9-29	39	23,0	38	22,5	1	0,5
30-49	12	7,1	9	5,3	3	1,8
50-59	65	38,5	62	36,6	3	1,9
Старше 60 лет	53	31,4	49	29,0	4	2,4
Итого	169	100	158	93,4	11	6,6

Таблица 2
Результаты гистологического исследования биопсийного и операционного материала у больных с новообразованиями головы и шеи

Гистологическое строение опухоли	Количество больных
Плоскоклеточный рак ороговевающий	82
Плоскоклеточный рак неороговевающий	31
Аденокарцинома	5
Ангиофиброма	39
Злокачественная меланома	2
Гемангиоперицитомы, злокачественная	4
Эстезионероцитомы	6
Итого	169

– 11,2%. Достаточно большой процент составили больные с ангиофибромой носоглотки – 23,1% (рис. 1.)

При гистологическом исследовании биопсийного и операционного материала были получены следующие данные (табл. 2.).

В группе злокачественных опухолей чаще других наблюдался плоскоклеточный рак ороговевающий 48,5%. На втором месте по частоте поражения был выявлен плоскоклеточный рак неороговевающий – 18,3%. В редких наблюдениях встречались аденокарцинома (2,9%), гемангиоперцитомы злокачественная (2,4%), злокачественная меланома (1,2%), эстезионейроцитомы (3,6%). Из доброкачественных опухолей наиболее часто имела место ангиофиброма, что составило по отношению к другим опухолям 23,1%.

Всем 169 больным произведено хирургические вмешательства.

Видно, что при распространенных опухолевидных процессах (T₄) стадиях, наиболее часто производились операции – расширенная ларингэктомия без формирования плановой фарингостомы у 27,8% и с формированием плановой фарингостомы – у 13,6% больных. Расширенная резекция верхней челюсти произведена у 24,3% больных, а удаление ангиофибромы – у 23,1 % больных.

Оценка функции слухового анализатора у больных с новообразованиями головы и шеи была произведена 137 больным (в возрасте от 14 до 70 лет). В эту группу не вошли больные с острыми и хроническими заболеваниями среднего и внутреннего уха.

В зависимости от локализации опухолевого процесса больные были распределены на группы:

I группа – локализация опухоли в глотке и гортани

II группа – локализация опухоли в полости носа и их придаточных пазух

III группа – локализация опухоли в области шеи

В первой группе было 85 пациентов, из них рак гортани был диагностирован у 39 больных, рак глотки – у 22, из них рак ротоглотки – 7, гортаноглотки – 15, ангиофиброма у 24 больных.

Во второй группе было 34 пациентов, у которых диагностирован рак полости носа и придаточных его полостей.

В третьей группе было 18 больных с метастазами рака в шейные лимфоузлы и с внеорганными опухолями шеи.

У 14 больных с ангиофибромой носоглотки при камертональном и аудиологическом исследовании изменений со стороны звукового анализатора выявлено не было. У остальных 10 больных с юношеской ангиофибромой носоглотки имело место снижение слуха по звукопроводящему типу (тесты Ринне, Швабаха были положительными; звук в опыте Вебера латерализовал в сторону локализации опухоли). После хирургического вмешательства и рампампонирувания слух восстановился до нормы.

В группе пациентов со злокачественными процессами в гортани (39), ротоглотке (7), и гортаноглотке (15) были получены следующие данные: при акуметрии у 24 больных из 61 изменений слуха при камертональном и аудиологическом исследовании выявлено не было. Отмечалось нормальное восприятие времени звучания камертонов C₁₂₈, C₅₁₂, C₁₀₂₄, C₂₀₄₈. Звук в опыте Вебера у 37 больных из 61 латерализовался в сторону, противоположную локализации. При проведении тональной пороговой аудиометрии у этих больных выявлено нарушение тонального слуха на стороне локализации опухоли. При этом у них отмечалось повышение порогов восприятия на частотах 2000, 4000, 8000 Гц при воздушном и костном проведении.

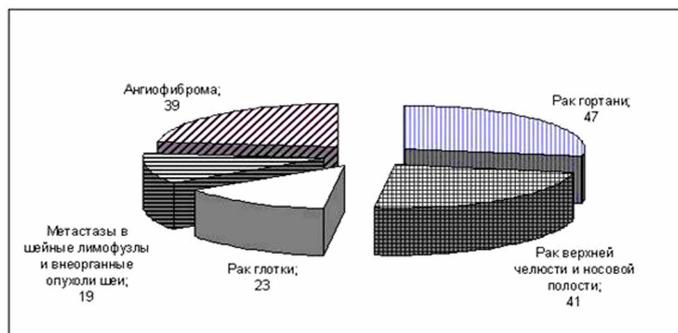


Рис. 1. Распределение обследуемых больных по локализации новообразований головы и шеи

Таблица 3.

Состояние вкусового анализатора у больных с новообразованиями головы и шеи после хирургического вмешательства (Исследование методом электрогустометрии- в МКА)

№	Наименование хирургического вмешательства*	Кол-во больных	После операции на 3-и сутки		I	После операции на 10-ые сутки	
			Левая половина языка	Правая половина языка		Левая половина языка	Правая половина языка
			M±m	M±m	P	M±m	M±m
1	I	39	23,5±2,85	27,3±5,2	<0,05	27,2±2,9	29,3±3,83
2	II	18	24,3±2,92	26,5±4,7	<0,05	28,4±5,2	30,3±5,67
3	III	34	25,2±3,43	30,6±5,7	<0,05	27,3±4,8	28,7±5,32
4	IV	27	21,2±0,56	21,3±0,9	>0,05	20,9±0,3	21,1±0,8
5	V	19	21,5±0,96	23,2±2,7	<0,05	27,9±4,2	30,5±5,63

P – сравнение результатов до лечения и после него

** Примечание к таблице 3*

I	Расширенная ларингэктомия с иссечением клетчатки шеи, перевязкой внутренней яремной вены
II	Расширенная ларингэктомия с формированием плановой фарингостомы и одномоментной лимфонодулэктомией с перевязкой наружной сонной артерии и иссечением внутренней яремной вены
III	Расширенная резекция верхней челюсти, с предварительной перевязкой наружных сонных артерий
IV	Удаление ангиофибромы основания черепа с предварительной перевязкой наружных сонных артерий
V	Фасциально-футлярная лимфонодулэктомия, в том числе операция Крайля с иссечением наружной сонной артерии и внутренней яремной вены

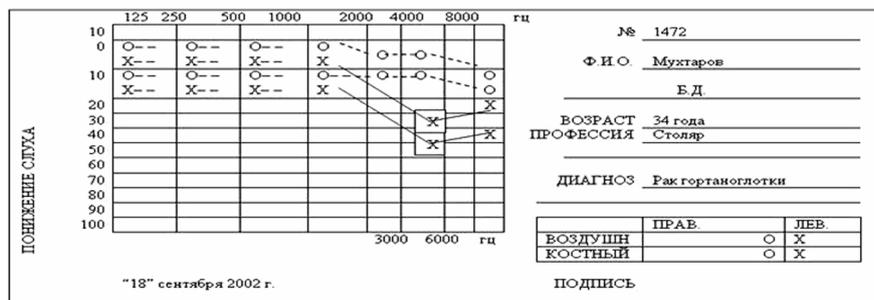


Рис. 2. Аудиограмма больного Ш. повышение порога восприятия левого уха на частоте 2000 Гц до 50 дБ при воздушном и костном звукопроведении. Диагноз больного: рак гортаноглотки.

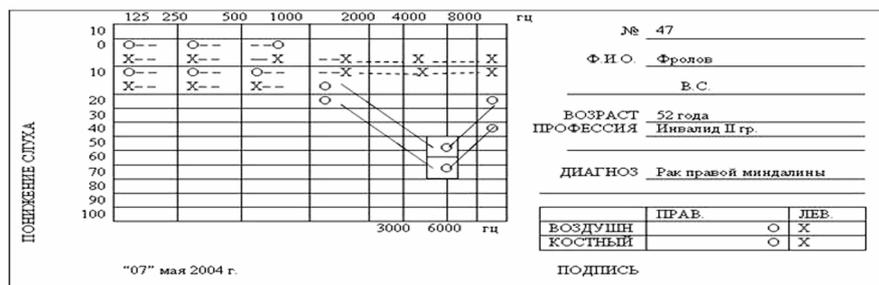


Рис. 3. Аудиограмма больного Ф. Повышение порога восприятия правого уха на частоте 2000 Гц до 70 дБ при воздушном и костном звукопроведении. Диагноз больного: рак правой небной миндалины III ст.

У больных со стадией опухолевого процесса T_3 (9 из 39) пороги восприятия были повышены до 40дБ, у пациентов же с распространенными опухолевыми процессами пороги восприятия были повышены до 60-80 дБ.

Латерализация ультразвука была направлена в сторону, противоположную локализации опухоли у всех 37 пациентов со злокачественными поражениями в области гортани, глотки и ротоглотки.

В группе пациентов с опухолями полости носа и придаточных пазух (34), и у больных с метастазами в шейные лимфоузлы (18) получены следующие данные: у 16 больных из 34 с опухолями носа и придаточных его полостей, и у 11 больных с метастазами рака в шейные лимфоузлы и внеорганными опухолями, изменений слуха при камертоническом и аудиологическом исследовании выявлено не было.

У 25 больных с III–IV стадией распространения опухолевого процесса пороги восприятия были повышены до 60-80 дБ. Данные тональной аудиометрии и импедансометрии были идентичны с таковыми при опухолях гортани и гортаноглотки. В качестве примера приводится аудиограмма больных Б.Д. Мухтарова и В.С. Фролова (рис. 2, 3.).

Результаты исследования слухового анализатора у больных со злокачественными и доброкачественными новообразованиями головы и шеи, показали, что:

1. У больных с доброкачественными новообразованиями головы и шеи слуховая функция нарушается преимущественно по звукопроводящему типу. В послеоперационном периоде, после устранения механических причин, у большинства из них слуховая функция восстанавливается.

2. У больных со злокачественными новообразованиями выявлено нарушение слуха по смешанному типу. Очевидно, имеет место раковая интоксикация периферического отдела слухового анализатора. Результаты исследования слухового анализатора в какой-то степени позволяют судить о злокачественности опухолевого процесса.

Нами исследован вкусовой анализатор у 137 больных с новообразованиями головы и шеи. Никто из них жалоб на нарушение вкуса не предъявлял. Однако, при исследовании вкуса методом электрогустометрии (ЭГМ) выявили

38 больных с повышенным порогом восприятия вкуса. Из них 18 больных были старше 60 лет, и мы связали эти нарушения с возрастными изменениями порогов восприятия вкуса. У 9 больных раком гортани и гортаноглотки, у 11 больных раковым поражением носа и придаточных пазух нарушение вкуса было на фоне нарушения обоняния. В послеоперационном периоде вкус исследовали на 3 и 10 сутки. Сводные данные представлены в таблице 3.

В послеоперационном периоде пороги восприятия вкуса у ларингэктомированных больных с предварительной перевязкой внутренней яремной вены пороги восприятия и вкуса незначительно повышены 23,5 мкА, 27,3 мкА на 3 сутки против 27,2 и 29,3 мкА на 10 сутки.

У больных после резекции верхней челюсти и расширенной ларингэктомии с формированием фарингостомы и у больных после операции Крайля, пороги восприятия вкуса были 24,3 до 30,6 мкА на 3 сутки против 27,3 и 30,5 мкА на 10 сутки.

Эти изменения связаны с хирургическим вмешательством, наличием марлевого тампона, зонда для питания и дыханием через трахеостому. Перевязка внутренней яремной вены приводит к кратковременному нарушению мозгового кровообращению и носит функциональный характер и не требует специального лечения. Через 15-20 дней пороги восприятия вкуса приближаются к норме.

Литература:

1. Благовещенская Н.С., Мухамеджанов Н.З. Вкус и его нарушение при заболеваниях уха и мозга. – М., Медицина, 1995. – 160 с.
2. Бреш Б.Б., Вартамян А.А., Данияров С.Б. Основы физиологии человека // Санкт-Петербург, 1994. – Т. 2. – С. 107-110.
3. Гюндши Г. К вопросу исследования вкуса. Электрогустометрия. // Рум. мед. обзор. – 1972. – № 4. – С. 73-76.
4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 2000. – 480 с.
5. Bronstein A.A. Intervital observations of hair movement of olfactory cells. // Dori. Akad. Nank SSSR. – 1964. – Vol. 150. – P. 715-718.
6. Osguthorpe J.D. Sinus neoplasia // Arch. otolaryngol. - head and neck surg. - 1994. - N120. - P. 19-25.
7. Ship J.A., Pearson J.D., Cruise L.J. Longitudinal changes in smell identification // J. gerontol. A. Biol. – Sci. – Med. – Sci. – 1996. – Vol. 51. – N2. – P. 86-91.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

Абдурахманов О.Б., Джаббаров К.Д.,
Гафур-Ахунوف М.А., Лутфуллаев Г.У.

Ташкентский институт усовершенствования врачей
Самаркандский государственный медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Резюме: В первой клинике Самаркандского медицинского института за 10 лет оперированы 74 больных по поводу ангиофибромы носоглотки (АН). В подавляющем большинстве случаев имела место поздняя диагностика и госпитализация больных в связи со скудностью и неспецифичностью ранних клинических проявлений, сложностью топографической анатомии и труднодоступностью детального визуального обозрения зоны поражения. Преобладали сфеноэтмоидальная и базиллярная формы АН. Больные оперированы трансоральным, трансназальным доступом, а также нососверхнечелюстным доступами по Денкеру и Муру с и без перевязки наружных сонных артерий. Рецидивы наблюдались у 6 (8%) больных.

Ключевые слова: носоглотка, ангиофиброма, операция.

ANALYSIS OF THE SURGICAL TREATMENT EFFECTIVITY OF NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA

Abdurakhmanov O.B., Djabbarov K.D.,
Gafur-Akhunov M.A., Lutfullayev G.U.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education
Samarkand state of medical institute
Tashkent, Uzbekistan

Resume: A total of 74 patients have been operated at the clinic of Samarkand state medical institute №1 during the last 10 years for the removal of angiofibroma of nasopharynx (AN). In most of them, the tumor was diagnosed at the late stages of development. Accordingly, the scarcity and non-specific character of early clinical manifestations of the disease taken together with complicated topographic anatomy of angiofibromas and the difficulty of detailed visualization of the affected zone in patients account for their late hospitalization. AN prevailed in the speno-ethmoidal and basilar regions. The patients were operated through the transoral, the transnasal and the nasomaxillary approach as described by Denker and Moure. Relapses were documented in 6 (8%) patients.

Key words: nasopharynx, angiofibroma, surgical treatment.

Доброкачественные опухоли носоглотки – сравнительно редкое заболевание; они чрезвычайно разнообразны по гистологической структуре, могут исходить из эпителиальной, соединительнотканной, мышечной, костной, хрящевой, лимфатической и кровеносной ткани и быть смешанного генеза.

Согласно Международной гистологической классификации опухолей [3], ангиофиброма носоглотки (АН) относится к группе мезенхимальных опухолей и имеет доброкачественную гистологическую структуру. Она обнаруживается исключительно у лиц мужского пола в пубертатном периоде (в возрасте от 7 до 21 года), что дало основание для обозначения ее как «юношеская» или «ювенильная».

По данным некоторых авторов, АН встречается в 50% случаев среди больных с доброкачественными опухолями носоглотки [2, 19] или менее 0,05% случаев с опухолями головы

и шеи [12, 18, 22].

Использование в диагностическом алгоритме компьютерной томографии с трехмерной картиной изображения задней, верхней и орбитальной распространенности опухоли в сочетании с фиброскопией позволяет получить достаточно полную информацию по локализации, структуре и плотности образования, распространенности опухолевого роста, степени поражения соседних анатомических образований. Предпочтение отдается спиральной компьютерной томографии обеспечивающей четкую визуализацию истинной распространенности опухоли и возможность дифференцирования ангиоматозного роста от воспалительных и послеоперационных рубцово-фиброзных изменений [10,11].

Удаление ангиофибромы – чрезвычайно рискованная операция из-за возможности возникновения массивного, в значительной степени неуправляемого кровотечения [2, 4, 6, 9].

Испытав многие из предложенных ранее традиционных операций при удалении так называемых «малых» АН, мы убедились в ограниченности их возможностей в обеспечении радикальности хирургического вмешательства, нередко связанных с особенностью формы роста опухоли. Учитывая значение дифференцированного подхода к выбору хирургического вмешательства в соответствии с формой роста опухоли, позволит обеспечить более полное удаление опухоли [13].

При удалении АН применяют различные операции, в числе которых распространение получили операции с применением доступов через естественные пути [1, 2, 4, 9, 15]; операция с применением щадящего доступа через верхнечелюстную пазуху и полость носа (с проведением разреза под губой или операция по Денкеру) [5, 7, 11, 15]; операция с применением расширенного доступа через верхнечелюстную пазуху и полость носа (с проведением лицевого разреза или операция по Муру) [13, 14, 17], а также операция с применением доступа через небо [10, 16, 19-21].

Применение той или иной операции при идентичной форме роста опухоли у больных, несмотря на некоторые свои положительные качества (в отношении обеспечения адекватности хирургического вмешательства), в то же время свидетельствует об отсутствии оптимизационного варианта хирургического лечения больных с АН.

Результаты хирургического лечения больных с АН все еще неудовлетворительны, а вопросы оптимизации хирургического вмешательства при идентичной форме роста опухоли оставляют желать лучшего.

Цель исследования – в сравнительном аспекте провести анализ эффективности различных вариантов хирургического лечения больных с ангиофибромой носоглотки.

Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ хирургических методов лечения больным с АН за 10 лет в оториноларингологическом отделении первой клиники Самаркандского медицинского института. За этот период прооперированы 74 больных по поводу АН. Статистический анализ результатов проведен с использованием метода Фишера и компьютерной программы MS Office Excel.

Результаты и обсуждение

Изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с АН. Больные были в возрасте от 9 до 64 лет (средний возраст – 19 лет). Мужчин было 65 (92%) и женщин 9 (8%). Сроки от появления первых симптомов, беспокоивших больных, до обращения за врачебной помощью в среднем составили $5,5 \pm 1,8$ мес. ($P < 0,05$), а до госпитализации в ЛОР – стационар – $7,4 \pm 2,4$ мес. ($P < 0,05$). В первые 5 мес. после развития заболевания за медицинской помощью обратилось только 36 больных: со сроком заболевания 6-10 мес. – 9, со сроком заболевания 11-15 мес. – 19, со сроком заболевания 15-25 мес. – 6, со сроком заболевания 26-70 мес. – 4 больных. Основными симптомами при поступлении в клинику являлись: носовые кровотечения (29 больных), гнойный ринит (25 больных), гипо- и аносмия (3 больных), одностороннее (65 больных) и двустороннее отсутствие носового дыхания (61 больной), слезотечение и инъектированность склер (4 больных), деформация лица (5 больных), головные боли (55 больных), гнусавый оттенок голоса (4 больных) экзофтальм (1 больной), нарушение дыхания (2 больных), снижение слуха (4 больных), открытый рот (10 больных). Диплопия, слезотечение, инъектированность склер и экзофтальм отмечались при прорастании опухоли в глазницу, скуловую область, решетчатую пазуху и альвеолярный отросток верхней челюсти. Болевой синдром не характерен и возникал при поражении альвеолярного отростка верхней челюсти, крылонебной и ретромандибулярной ямок, орбиты.

В 1987 году В. С. Погосов и соавторы [8] опубликовали клинико-топографическую классификацию ангиофибромы носоглотки:

I стадия - опухоль занимает носовую часть глотки и (или) полость носа; костная деструкция отсутствует.

II стадия - опухоль соответствует I стадии и распространяется в крылонебную ямку, верхнечелюстную пазуху, пазухи решетчатой кости, клиновидные пазухи; наблюдается костная деструкция.

III А стадия - опухоль соответствует I стадии и распространяется в клиновидные пазухи, полость черепа (латеральнее кавернозного синуса).

III Б стадия - опухоль соответствует I,

II, III стадиям и распространяется в глазницу, подвисочную ямку.

IV стадия - опухоль соответствует III стадии, но обширна, узурирует кавернозный синус, зрительный перекрест и гипофизарную ямку.

Правильный диагноз при первичном обращении к врачу был установлен лишь у 9 (12%) больных. Подавляющее большинство больных поступали в клинику в поздние сроки – со II стадии 40 (54,4%) больных и III стадией – 9 (12%) распространения ангиоматозного роста по классификации В.С. Погосова и соавт. [8]. I стадия поражения имело место только у 23 (30,6%) пациентов, а IV стадия (с поражением всего основания черепа и интракраниальным распространением) – у 2 (3%).

Основными причинами поздней диагностики являлись скудность и неспецифичность ранних клинических симптомов, сложность топографической анатомии и труднодоступность детального визуального обозрения зоны поражения.

Перед оперативным вмешательством всем больным, помимо общеклинических исследований для подготовки операции под наркозом, проводилось клинорентгенологическое обследование. Для уточнения локализации и распространенности процесса всем больным проводилась компьютерная томография (КТ) околоносовых пазух и головного мозга, при необходимости магнитно-резонансная томография (МРТ), достаточно четко выявляющие контуры, границы опухоли и степень костных разрушений параназальной зоны, проникновение в окружающие области. Фиброэндоскопическое исследование проведено 35 больным, из них у 8 больных проведена биопсия опухоли.

Выбор лечения осуществлялся индивидуально и у каждого больного зависел от размеров опухоли, степени ее распространения в околоносовые пазухи, орбиту, крыловидно-небную и подвисочные ямки, полость черепа. Дети оперированы трансоральным, трансназальным доступами и носовыхнечелюстным доступом по Денкеру, без перевязки наружных сонных артерий с максимальным щажением костных образований с учетом продолжающегося активного роста и формирования лицевого скелета.

Для обеспечения радикальности хирургического вмешательства при удалении АН,

с нашей точки зрения, целесообразным является применение таких операций, как трансназальный, трансоральный (при удалении опухолей I стадии), по Денкеру (при удалении опухолей II и III стадии) и по Муру (при удалении опухолей III стадии).

В отношении АН придерживались следующей тактики:

- при I стадии распространения АН (23 больных) опухоль удаляли через естественные пути, т.е. трансоральным и трансназальным доступом;

- при II стадии, когда АН распространялась только на крылонебную ямку или пазуху решетчатой кости, было достаточным удаление опухоли трансоральным и трансназальным доступом (30 больных). При прорастании опухоли в верхнечелюстную пазуху удаление ее начинали со вскрытия данной пазухи методом Колдуэлла-Люка. Другие части опухоли удаляли трансоральным и трансназальным доступом. Основанием для применения трансмаксиллярного доступа (операция по Денкеру) при II стадии АН являлись следующие состояния: констатация по данным КТ и МРТ локализации основной части опухоли в основной пазухе, высокий риск повреждения магистральных артериальных сосудов, питающих задние отделы полости носа и носоглотки, отсутствие возможности полноценного удаления опухоли другими предыдущими доступами (10 больных).

При III А и III Б стадиях распространения АН опухоль удалена трансмаксиллярным доступом (7 больных по Денкеру и 2 больных по Муру). С IV стадией АН – у 1 проведена операция по Муру и у 1 лучевая терапия.

С учетом возможности появления послеоперационного рубца контрольная спиральная компьютерная томография проводилась через 1-1,5 мес после операции. Выявление мягкотканного очагового субстрата в крылонебной, ретромандибулярной ямках, в клиновидной пазухе или интракраниально оценивалось как продолженный рост опухоли, так как при удалении основного конгломерата опухоли с таким распространением нет возможности визуально контролировать радикальность удаления. Только у 6 (8%) больных при повторном обследовании была обнаружена резидуальная опухоль. При рецидивирующем течении заболевания, интракраниальном распространении ангиоматозного роста,

невозможности радикального удаления опухоли из жизненно опасных анатомических зон у 1 (7,4%) пациента после операции удаления ангиофибромой проводилась лучевая терапия.

Выводы.

1. Результаты наших исследований свидетельствуют о высокой эффективности вышеуказанной тактики хирургического лечения больных с АН.

2. Унифицированная классификация АН позволяет осуществить не только оптимизацию хирургических вмешательств, но и иной операции в зависимости от степени распространения опухоли.

3. Все больные после удаления ангиофибромой носоглотки должны находиться под постоянным наблюдением ринохирургов, а также с учетом появления свежими послеоперационными рубцами проведение контрольной компьютерной томографии рекомендуется не ранее через 1-1,5 мес после оперативного вмешательства.

Литература:

1. Дайхес Н. А. и др. // Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей. / М.: Медицина, 2005. - 245 с
2. Пачес А.И. // Опухоли головы и шеи. Москва. Медицина, 1999. - С. 303-304.
3. Лутфуллаева Г.У. Некоторые особенности хирургического лечения распространенных ангиофибром носоглотки / Г.У. Лутфуллаева, Д.М. Рахмонов // Актуальные проблемы детской оториноларингологии: сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции (28-29 сентября 2006 г.). - Т., 2006. - С. 85-86.
4. Рзаев Р.М. Значение ангиографии в диагностике и хирургическом лечении больных с ювенильной ангиофибромой носоглотки / Р.М. Рзаев // Вестн. оториноларингологии. - М., 2007. - №4. - С. 18-22. - Библиогр.: 19 назв.
5. Рзаев Р.М. Тактика хирургического лечения больных с базально-распространенной формой ювенильной ангиофибромой носоглотки / Р.М. Рзаев // Вестн. оториноларингологии. - М., 2005. - №3. - С. 29-33. - Библиогр.: 22 назв.
6. Рудаков А.Ф. Операции по поводу ювенильной ангиофибромой носоглотки с позиции анестезиолога-реаниматолога / А.Ф. Рудаков // Вестн. оториноларингологии. - М., 2005. - №4. - С. 48-49. - Библиогр.: 3 назв.
7. Руководство по оториноларингологии // Под ред. И.Б. Солдатовой. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина. - 1997. - 608 с.
8. Погосов В.С., Рзаев Р.М., Акопян Р.Г. классификация, клиника, диагностика и лечения ювенильных ангиофибром носовой части глотки: Метод. рекомендации. - М., 1987.
9. Арифов С.С., Лутфуллаев У.Л., Лутфуллаев Г.У. оценка эффективности лечения больных с ювенильной ангиофибромой носовой части глотки при кровотечении // Журн. Вуинных, носовых и горловых хвороб. - 2009. № 6. С. 85-87.
10. Благовещенская Н.С., Мухамеджанов Н.З. Журн ушн, нос и горл бол 1987; 1: 59-61.
11. Быкова В.П. «Опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки» В книге «Патологоанатомическая диагностика опухолей человека» под ред Краевского Н.А., Смольяникова А.В., Саркисова Д.С. Москва, 1993.
12. Атлас оперативной оториноларингологии. // Под редакцией проф. В.С. Погосова. - М.: Медицина, 1983, 416 с.
13. Коновальчиков Г.Д. Клиника и лечение больных с ювенильной ангиофибромой носовой части глотки // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.- 1994. - №5.- С. 39-41.
14. Столяров Д.П. Применение современных лучевых методов в диагностике и лечении ювенильных ангиофибром носоглотки / Д.П. Столяров, А.В.Потапов, Г.И.Буренков и др. // Вестн. рентгенологии и радиологии.- 2003.- № 1.- С. 27-31.
15. Умаров Х.У. Некоторые вопросы предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода при ангиофибромой носоглотки // Х.У. Умаров, Г.Я. Шамуратова // Актуальные проблемы детской оториноларингологии: сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции (28-29 сентября 2006 г.). - Т., 2006. - С. 126-127.
16. Ходжаева К.А. Результаты применения оптической эндоскопии в оториноларингологии / К.А.Ходжаева, У.М.Эргашев // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2003. - №1. - С. 79-81. - Библиогр.: 5 назв.
17. Черкаев В.А. Хирургическое лечение распространенных краниофациальных ювенильных ангиофибром / В.А. Черкаев, Д.А. Гольбин, Д.Н. Капитанов, А.И. Белов и др // Вопросы нейрохирургии. - Москва, 2009. - №2. - С. 9-14. - Библиогр.: 23 назв.
18. Яблонский С.В. Применение рентгеноэндоваскулярной окклюзии в комбинированном лечении ювенильных ангиофибром основания черепа у детей / С.В. Яблонский, С.В.Шенев, А.Ю.Никаноров // Вестн. оториноларингологии.-1998.-№ 6.- С. 37-40.
19. Duvall A.J., Moreano A.E. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: diagnosis and treatment // Otolaryngol. Head. Neac. Surg.- 1987.- Vol.97,№6.- P. 534-540.
20. Fagan J.J. Nasopharyngeal angiofibromas: selecting a surgical approach // Head Neac. - 1997.- Vol.19, №5.- P. 391-399.
21. Resimont S., Bisschop P., Chantrain G., Fourneau C., Rutsaert J. Acta oto-rhino-laryngol belg 1988; 42: 5: 681-689.
22. Schadel A., Bottcher H.D., Haverkamp U. Laryngol, Rhinol, Otol 1983; 62: 4: 164-167.

ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Абдигамилов Н.А.

Кыргызско-Российский Славянский университет
кафедра офтальмологии и оториноларингологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлен анализ обследования и хирургического лечения 17 больных с юношеской ангиофибромой основания черепа.

Ключевые слова: юношеская ангиофиброма основания черепа, гемостаз, ДВС- синдром.

УЛАНДАРДИИ БАШ СООГУНУН НЕГИЗИНИН АНГИОФИБРОМАСЫ МЕНЕН ЖАБЫРТАРТКАН ООРУЛУДАРДЫН ОПЕРАЦИЯГА ЧЕЙИНКИ ЖАНА КИЙИНКИ БИРИНЧИ ЖАНА ЭКИНЧИ ГЕМАСТАЗЫНДАГЫ ӨЗГӨРҮЛӨР

Абдигамилов Н.А.

Кыргыз-Россия Славян университети
офтальмология жана оториноларингология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунуу: Уландардии баш соогунун ангиофибромасы менен жабыртарткан 17 ооруну хирургиялык даарылоо жана аларды изилдөөнүн анализи көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: уландардии баш соогунун негизинин ангиофибромасы, гемостаз, диссемириленген тамыр ичендеги синдром.

CHANGING THE PRIMARY AND SECONDARY HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH JUVENILE ANGIOFIBROMA OF THE BASE OF SKULL BEFORE AND AFTER SURGERY

Abdigamilov N.A.

Kyrgyz-Russian Slavic University
Department of Ophthalmology and Otolaryngology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article presented analysis of examinations and surgical treatment of 17 patients with juvenile angiofibroma of the skull base.

Key words: juvenile angiofibroma of the skull base, hemostasis, disseminated intravascular coagulation syndrome.

Введение

Ювенильная ангиофиброма относится к одной из наиболее часто встречаемых опухолей носоглотки у подростков. По литературным данным частота их составляет 1 на 50 – 60 тысяч ЛОР-пациентов или 0,5% всех опухолей головы и шеи. Ангиофиброма, формально являясь доброкачественным новообразованием,

имеет черты злокачественных опухолей в силу локализации, склонности к рецидивам и прорастанию в граничащие с носоглоткой и полостью носа структуры (крылонёбная ямка, передняя и средняя черепные ямки, орбита, подвисочная ямка, околоносовые синусы и другие).

Наиболее приемлемой является теория

происхождения опухоли из гамартоматозной зародышевой ткани, находящейся в области foramen sphenopalatinum. При гистохимическом исследовании в ткани опухоли были обнаружены эстрогенные и прогестеронные рецепторы, но многочисленные попытки гормонотерапии этих опухолей достоверных положительных результатов не дали. Гормональная зависимость косвенно подтверждается и фактом встречаемости ангиофибромы исключительно у мальчиков в период полового созревания [5].

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 [1].

После операции значительно повышена интенсивность агрегации тромбоцитов. Эти изменения можно объяснить появлением тромбина и АДФ в результате прокоагулянтной активности опухолевых клеток в взаимодействии с сиалопротеинами мембран опухолевых клеток с

тромбоцитами [3].

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 кровотоки высокоактивных прокоагулянтных субстанций из опухоли, наиболее важной из которых является серинопротеаза, которая независимо от тканевого фактора и фактора VIIa ведет к образованию фактора Ха. Отмечается увеличение концентрации фибриногена, что может быть связано с повышенным расходом фибрина на построение стромы опухоли и потреблением его в процессе внутрисосудистого свертывания. Увеличивается количество РФМК, 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 [7].

Материалы и методы исследования

Сравнительный анализ показателей гемостезиограммы в исследуемых группах (M±m)

Группы	Агрегация тромбоцитов (сек)	Протромбиновое время (сек - %)		МНО	Тромбиновое время (сек)	Фибриноген «А» (м/л)	АЧТВ (сек)	РФМК (м/л)
Контроль	10,24 ±0,36	18,98 ±0,20	88,33% ±1,01%	1,15 ±0,01	16,45 ±0,11	3906,38 ±135,53	35,91 ±0,52	4,89 ±0,86
Основная до операции	13,91 ±0,77	22,45 ±0,92	74% ±1,89%	1,37 ±0,05	17 ±1,10	2624 ±145,70	53,18 ±1,19	6 ±0,58
Основная после операции	19 ±0,73	17 ±1,07	79 ±2,63%	1,2 ±0,06	19 ±0,77	7770 ±232,91	69 ±0,91	8 ±0,95
P*	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
P**	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
P***	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05

*P**- Контрольная группа сравнивалась с основной группой до операции.

*P***- Контрольная группа сравнивалась с основной группой после операции.

*P****- Основная группа до операции сравнивалась с основной группой после операции.

Нами были обследованы 64 человека, в возрасте от 14 до 45 лет, из них 48 мужчин и 26 женщин. Из общего количества обследованных - 47 здоровые, обратившиеся в амбулаторно-диагностическое отделение (АДО) Кыргызского научного центра гематологии (контрольная группа). С ангиофиброзами – 17 человек они обследованы и им была произведена гемостезиограмма до и после операции (забор крови для исследования производят из локтевой вены в пластиковую или силикатированную пробирку, содержащую 8,8 % раствор натрия лимоннокислого 3-х замещенного (цитрата натрия), соотношение объемов крови и цитрата натрия [8]. Кровь центрифугируют при 3000-4000 об/мин (1200 g) в течение 15 мин. В результате получают бедную тромбоцитами плазму, которую переносят в другую пробирку, где хранят до проведения исследования [2-6].

Результаты и их обсуждение

При выяснении причин изменения гемостаза у больных с юношеской ангиофибромой основания черепа до и после оперативного лечения, были проанализированы показатели крови и гемостезиограммы в основной и контрольной группах. Как видно из таблицы, при проведении сравнительного анализа между исследуемыми группами выявлена достоверная разница. Нами было выявлено, что в дооперационном периоде, показатели РФМК увеличились, а в послеоперационном периоде, прирост показателей РФМК и АЧТВ составил более, чем в 2 раза. Данный факт объясняется тем, что больные с онкологическими заболеваниями до операции страдают хроническим ДВС-синдромом, а после оперативного вмешательства отмечаются явления выраженной фазы гиперкоагуляции, что отражено в таблице. В связи с чем, считаем целесообразным, в послеоперационном периоде проводить гепаринотерапию под контролем показателей гемостезиограммы.

Заключение и выводы

Тромбогеморрагический синдром доста-

точно часто обнаруживается при юношеской ангиофибромой основания черепа. Пусковой механизм его отличается множественным разнообразием, а его последствия могут выражаться тяжелыми геморрагиями.

Учитывая сказанное, мы считаем необходимым изучение этого феномена у больных с новообразованиями ЛОР – органов. Как показали уже первые наши исследования, у больных с юношеской ангиофибромой основания черепа большим постоянством выявляется феномен ДВС – синдрома. Поскольку первым этапом лечения этой категории больных является хирургическое, то знание факторов механизма этапов свертываемости крови и их нарушений помогут в борьбе с возможными кровотечениями при выполнении хирургического лечения опухолей ЛОР – органов.

Литература:

1. Баркаган З.С. Введение в клиническую гемостазиологию. – М.: Ньюдиамед, 1998. – 290 с.
2. Баркаган З. С. Патогенез и терапия нарушений гемостаза у онкологических больных // *Терапевтический архив*. – 1997. – №7. – С. 65– 67.
3. Городецкий В.М. Неоплазмы и свертывание крови // *Гематол. и трансфузиол.* – 1994. – № 3 – С.25– 28. ,
4. Ешкайт Х. Аминокислоты, пептиды, белки, пер. с нем. – М.: 1985. – 460 с. *Медицинские науки № 7 за 2009 год*
5. Мамот А.П., Баркаган З.С. К методике индивидуального контроля за достаточностью антикоагулянтной профилактики и терапии // *Клиническая лаборатория диагностики*. № 10-1999.- с 46-47.
6. Фермилен Ж. и Ферстраге М. Гемостаз, пер. с франц., М., 1984.
7. Ciavarella D., Reed R. L. et. al. // *Br. J. Haematol.* – 1987. – Vol. 67. – № 3.–P. 365– 368.
8. Masuda S., Hattori A., Matsuboto H., et al M. Involvement of the V_2 receptor in vasopressin-stimulated translocation of placental leucine aminopeptidase activity in renal cells // *Eur.J.Biochem.* – 2003. – Vol. 270, № 9. – P. 1988– 1994.

**РАК ГОРТАНИ T₃ N₀ M_X
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

Каримова Б.К.

Кыргызско-Российский Славянский университет
кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе авторы описывают тактику хирургического лечения больного с раком гортани.

Ключевые слова: новообразования гортани, передне-боковая резекция гортани.

**КОКОНУН РАГЫ T₃ N₀ M_X
ПРАКТИКАДА БОЛГОН ОКУЯ**

Каримова Б.К.

Кыргыз-Россия Славян университети
офтальмология жана оториноларингология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул иште авторлор коко рагынын хирургиялык дарылоо жолун изилдеген.

Негизги сөздөр: коко шишиги, коконун алдынкы-капталын резекциясы.

**CANCER OF LARYNX T₃ N₀ M_X
CASE OF PRACTICE**

Karimova B.K.

Kyrgyz-Russian Slavic University
Department of Ophthalmology and Otolaryngology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In this research authors show the tactic of surgery treatment of patient with cancer of larynx.

Key words: neoplasms of larynx, antero-lateral resection of larynx.

Среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей рак гортани занимает первое место и составляет 4-6% в общей структуре онкологической заболеваемости [1, 3, 5]. Рак гортани составляет 2-5 % от раковых опухолей других локализаций. Среди злокачественных новообразований верхних дыхательных путей он встречается в 50-70% [2, 4].

В течение нескольких последних десятилетий различные варианты органосохраняющих операций, выполняемых по поводу рака гортани, всё шире находят своё применение в онкологической практике. Многие пациенты просто отказываются от выполнения хирургических вмешательств, предполагающих полное удаление гортани, которое угрожает серьёзной инвалидизацией. Резекция же позволяет вернуть больного к привычному для него образу жизни, не ограничивая при этом его об-

щение с окружающими и не вынуждая становиться канюленосителем [3].

Органосохраняющие операции продолжают активно разрабатываться и заметно совершенствоваться во всём мире, из-за того, что многие функционально щадящие хирургические вмешательства способны приводить к довольно серьёзным проблемам – нарушению голосообразовательной и/или дыхательной функции. Происходит это, как правило, за счёт возникновения стенотических сужений либо недостаточной жёсткости вновь сформированных стенок гортани [4].

Проблема ранней диагностики и лечения рака гортани, является, несомненно, актуальной в связи с тем, что 60-70 % больных выявляется с распространенными формами заболевания [5].

Мы располагаем наблюдением, которое, на наш взгляд, имеет существенный клинический

интерес для практических врачей.

Больной Б. 69 лет, поступил 17.09.13г. в ЛОР отделение Национального Госпиталя МЗКР с предварительным диагнозом: Новообразование гортани.

Жалобы при поступлении: на осиплость голоса.

Из анамнеза: со слов больного, данные жалобы беспокоят в течение 3-х месяцев. С данными жалобами обращался к ЛОР врачу по месту жительства, откуда был направлен в ЛОР отделение НГ МЗ, где госпитализирован в плановом порядке для до обследования и соответствующего лечения. Стаж курения 35 лет.

Общее состояние больного при поступлении средней тяжести. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Температура тела 36,8°C, ЧД 20 в минуту, PS 80 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Локальная картина: Шея. Контуры шеи не изменены, физиологический хруст гортани сохранен справа, слева отсутствует. Шейные лимфатические узлы не пальпируются. При непрямой ларингоскопии: надгортанник в виде развернутого лепестка, опухолевидный инфильтрат занимает левую голосовую и вестибулярную складки. В межчерпаловидном пространстве пахидермии. Черпаловидные хрящи подвижные, слева имеется незначительное ограничение подвижности. При осмотре других ЛОР органов без видимой патологии.

Из результатов обследования:

✓ Анализ крови (28.09.13): Нв 128 г/л, эритроциты $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $6,9 \times 10^9$ /л, ц.п. 0,8, п-4 с-61 э-2 л-21 м-1, тромбоциты $226,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 10 мм/ч, свертываемость 3с30сф-5с00сф.

✓ На томограмме гортани от 18.09.13г. вход в гортань свободный, грушевидные синусы б/о. Голосовая и вестибулярная складка слева утолщена. Подголосовое пространство без патологии.

Со стороны других общеклинических методов обследования без видимой патологии.

18.09.13г. в условиях смотрового кабинета под местной анестезией Sol. Lidocaini 10% - 2,0 взята биопсия из левой вестибулярной складки для проведения патогистологического исследования, результат последнего от 20.09.13г. под № 101413-7 - плоскоклеточный **сaнcер**.

На основании результата данного исследования, больному рекомендована операция: «Расширенный вариант боковой резекции гортани слева».

24.09.13г. произведена операция: Расширенный вариант боковой резекции гортани слева.

После премедикации под НЛА + м/а Sol. Novocaini 1%-60,0 + Sol. Novocaini 2%-10,0 (блокада верхнегортанных нервов). Произведен срединный разрез кожи от подъязычной кости до перстневидного хряща. Рассечены платизма и передняя группа прямых мышц шеи. Обнажен угол щитовидного хряща. Рассечена коническая связка. Отступя 0,5 см от угла рассечен щитовидный хрящ слева и 0,3 см справа. Вскрыта полость гортани. Визуально определяются границы опухоли, последние занимают левый гортанный желудочек, всю вестибулярную складку слева, частично черпало-надгортанную складку. Опухоль полностью иссечена в пределах здоровых тканей. Дно операционной раны подверглось гальванокаустике. Тщательный гемостаз по ходу операции. Оставшаяся слизистая оболочка гортани слева подшита к передним мышцам шеи. Голосовая щель широкая, черпаловидные хрящи подвижные с обеих сторон. Дыхание через естественные пути свободное, кровотечения нет, вследствие этого, нижний угол раны ушит наглухо. Края раны обработаны спиртом. Асептическая повязка на рану. Операция прошла без осложнений. Удаленный материал отправлен на патогистологическую верификацию.

Результат паталогогистологического исследования от 26.09.13г. под № 103820-4 - обнаружен плоскоклеточный сaнcер со слабым ороговеением, с прорастанием до хрящевой пластинки.

Выставлен послеоперационный диагноз: Cancer laryngis T₃N₀Mx.

В послеоперационном периоде назначено:

1. Хим. смесь (преднизолон 90-60-30 мг, CaCl₂ 10%-10,0, димедрол 1%-1,0 на 200,0 физ.р-ре) в/в кап. №3

2. Метрид 100,0 x 2р/д в/в кап.

3. ЦефIII 1.0 x 2р/д в/м

4. Анальгин 50%-2,0 + Димедрол 1%-1,0 в/м при болях

5. Голод в течение 1 суток

6. Ежедневные перевязки.

Швы на ране сняты 02.10.13г.

03.10.13 больной выписан домой в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано дальнейшее наблюдение у ЛОР врача по месту жительства, контрольный осмотр через 1 месяц.

Таким образом, при раке гортани III стадии, возможно, производить передне-боковую резекцию гортани в расширенном ее варианте, с соблюдением всех принципов абластики.

Литература:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи.- М.: Медицина, 2000.- 487 с.

2. Решетов И.В., Трофимов Е.И., Кравцов С.А. и др. Хирургические аспекты лечения больных первичным раком гортаноглотки // Российский онкологический журнал.-№2.- 2004.-С. 12-18.

3. Алферов В.С. Органосохраняющее лечение рака гортани // Матер. IV ежегодная Российской онкологической конференции, Москва.- 2000.- С. 80-81.

4. Функционально-щадящие операции при комбинированном лечении больных раком гортани: Методические рекомендации.- М.,1991.-47с.

5. Старинский В.В. Заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями в 2000 г. // Российский онкологический журнал.-№3.- 2002.- С. 39-44.

CANCER GORTANOGLOTKI S PEREХОДОМ НА ПИЩЕВОД. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.

Насыров В.А., Кадыров М.М., Сулайманов Т.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева
кафедра ЛОР-болезней

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе приведен случай из практики по истории болезни больного с новообразованием гортаноглотки с переходом на пищевод.

Ключевые слова: новообразование гортаноглотки, пищевод, верхние дыхательные пути, методы диагностики и лечения.

ТАМАК НЕНИР ТЕГИНИ CANCER ЖАНА АНЫН КЫЗЫЛ ОНГОЧКО ӨТҮШҮ

Насыров В.А., Кадыров М.М., Сулайманов Т.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

кулак, мурун жана тамак кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Котурунду: Бул иште тамак ненир течтып шишик оорулунуу кызыл онгочко өтүп кеткен оорулунун практикада кездечиканын бейтоп баяны боюнча келтирилген.

Негизги сөздөр: тамак ненир теткенин, шишик оорулу, кызыл онгоч, жогорку дем алуу жолу, дарталиктоо ыкмасы, дарылоо.

CANCER GYPOFARINGIS WITH PASSAGE TO ESOFAGYS. CASE OF PRACTICE

Nasyrov V.A., Kadyrov M.M., Sulaymanov T.M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

ORI-HNS Chair

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In this work the case of practice by patient with tumour of gypofaringis is cite.

Key words: tumour of gypofaringis, esofagys, treatment, diagnostic.

Рак гортани и гортаноглотки относятся к часто встречающимся новообразованиям области головы и шеи. Согласно современным литературным данным по отношению ко всем злокачественным опухолям на долю рака гортани и гортаноглотки приходится 5–6% [1,2]. Пациенты, страдающие раком гортани, составляют до 60 – 70 % от общего числа больных с выявленными злокачественными новообразованиями верхних дыхательных путей. Наиболее травматичными, инвалидизирующими операциями являются хирургические вмешательства при опухолях гортаноглотки с переходом на начальный отдел пищевода, что сопровождается формированием орофарингоэзофагостомы. Это сопряжено с обильным слюноотделением, дискомфортом, питанием через зонд и т.д., и в дальнейшем проведением пластической операции. Однако ввиду позднего обращения больного в 60 – 70 % злокачественное опухолевое поражение при раке гортани и гортаноглотки диагностируется только

на III и IV стадиях заболевания [3].

Проведение объемных хирургических вмешательств у больных, страдающих раком гортани и гортаноглотки, часто сопряжено с необходимостью проведения пластики обширных дефектов мягких тканей. Для этой цели в онкологии могут использоваться различные кожно-мышечные лоскуты и висцеральные трансплантаты: фрагменты большого сальника, желудка, тонкой или толстой кишки. МСКТ с внутривенным контрастированием позволяла четко оценить изменения в зоне операции и классифицировать изменения в пользу послеоперационных, благодаря возможности четко визуализировать лоскут либо висцеральный трансплантат.

Мы располагаем наблюдением, которое на наш взгляд имеет клинический интерес. *Больной Сейткулов С.С., 1952 года рождения, находился на стационарном лечении в ЛОР-отделении НГМЗКР с 01.04.14 г. по 30.04.14 г. с*

клиническим диагнозом: «Сарcoma гортаноглотки и начального отдела пищевода T4N0Mx. Стеноз гортани I степени».

Жалобы при поступлении: на осиплость голоса, затруднённое дыхание через верхние дыхательные пути при физической нагрузке, затруднённое глотание.

Анамнез болезни: со слов пациента, данные жалобы беспокоят в течение 6 месяцев. Последние месяцы охриплость голоса и затруднённое дыхание усилились, в связи с чем, госпитализирован в ЛОР-отделение НГ.

Локальный статус: контуры гортани несколько расширены. Специфический хруст гортани отсутствует. При непрямой ларингоскопии надгортанник несколько смещён вправо. Определяется экзофитного роста опухоль, исходящая из левого грушевидного синуса и распространяющаяся на левую черпаловидную и левую вестибулярную складку. Размеры опухоли 3,0x3,0 см. голосовая щель сужена из-за опухоли.

В ЛОР-отделении больной был обследован:

1. ОАК от 14.04.14 г.: Нв – 128, эр. – 4,2, ц.п. – 0,8, лейкоц. – 6,9, п – 2, э – 3, с – 70, м – 4, л – 21, тромб. – 227,2, соэ – 6, свёрт. – 3.30 – 5.16.

2. Томограмма гортани от 03.04.14 г.: в срезе 3 см – вход в гортань деформирован расширенной черпало-надгортанной складкой слева. Грушевидный карман слева на половину затемнён. Связки и желудочки гортани с обеих сторон не изменены. Подголосовое пространство без особенностей.

3. Патогистологическое исследование от 04.04.14 г. №37652-23: плоскоклеточный неороговевающий сарcoma.

Со стороны ОАМ, рентгенографии ОГК, ЭКГ, УЗИ сердца без особенностей.

Больному после всех обследований провели 15.04.14 г. хирургическое вмешательство – «Расширенная ларингэктомия с формированием плановой фарингостомы и эзофагостомы»

На операции: под местной анестезией Sol.Novocaini 1%-150 мл + НЛА произведен срединный разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки шеи начиная от подбородочной области до верхнего края трахеостомы. По ходу гемостаза. Мягкие ткани, прилегающие к гортани, отсепарованы в стороны, снизу ткани освобождены от верхнего края трахеи. В верхнем углу раны мягкие ткани отсепарованы от

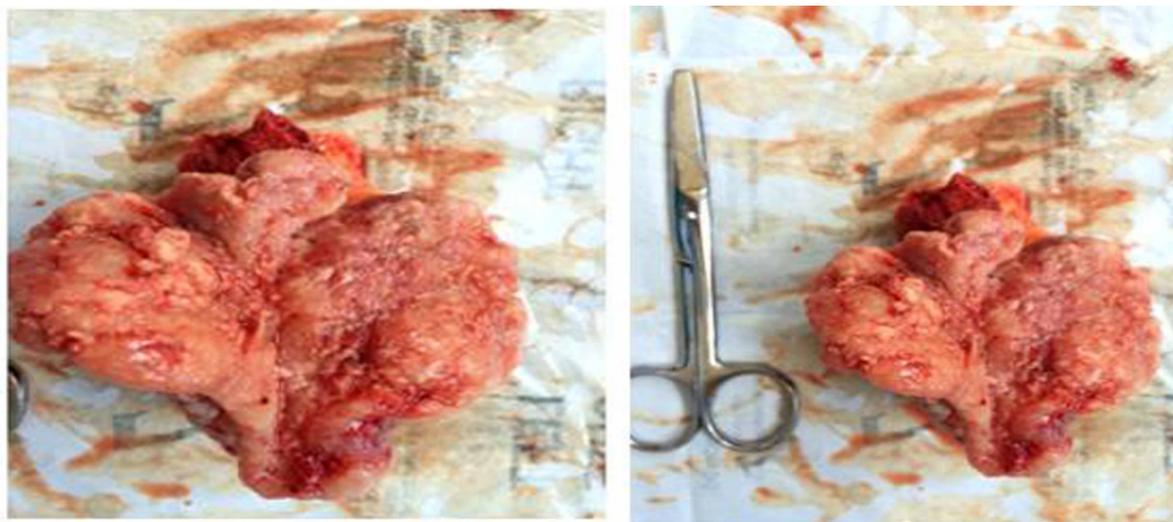
подъязычной кости. Края гортани снизу и сзади спаяны с опухолью, которая локализовалась в полость глотки с переходом на пищевод. Гортань удалось острым и тупым путём освободить от передней поверхности новообразования и удалить снизу вверх. В области надгортанника и грушевидного синуса вскрыта глотка, в средней её части, через которое, просматривалась опухоль размером 8,0x10,0 см, бугристой поверхности, экзофитного роста. Под визуальным контролем, в пределах здоровой ткани, опухоль удалена. В среднем отделе глотки слизистая оболочка осталась в виде полости. Пищевод иссечён в пределах 1,5-2,0 см. Рана промыта раствором фурацилина и высушена, гемостаз. Глотка сформирована на расстоянии 5 см верхней её части. Снизу сформирована эзофагостома, куда вставлен пищеводный зонд. В средней части сформирована плановая фарингостома длиной 5 см. сформирована бесканюльная трахеостома размером 2,5 x 3 см по методике клиники. В верхнем углу мягкие ткани послойно ушиты, на кожу швы из лески. Рана обработана спиртом и бриллиантовой зеленью. Зонд зафиксирован марлевой тесёмкой позади шеи, лески трахеостомы также зафиксированы позади шеи с помощью марлевых тесёмок. Операция прошла без осложнений. Удалённый материал отправлен на гистологическое исследование.

В послеоперационный период получал консервативное лечение:

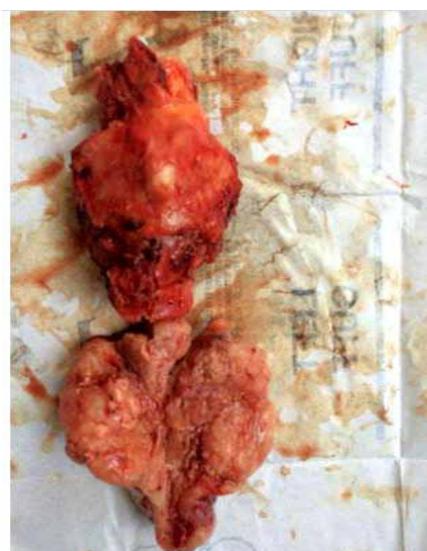
- цефтриаксон, по 1,0 x 2 раза, в/м, п/пробы, 27; - кетотифен, по 1 табл.х2 раза в день, №8; - кетотоп, по 2,0, в/м, при болях, №1; - метрид, 100 x 3 р/д, в/в, капельно, №9; - реополиглюкин, 400 x 1 р/д, в/в, капельно, №6; - ацессоль, 400x1 р/д, №12; - физ.раствор 400 x 2 р/д, в/в, капельно, 13; - гентамицин, 80 мг x 2 р/д, в/м, п/пробы, 17; - хим.смесь, в/в по схеме, №3; - цефуроксим, по 1,0x2 раза в день, в/м, п/пробы, 31; - глюкоза 5%-200 + аскорбиновая кислота, в/в, №2; - гепарин по схеме, 7 дней.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Локально при выписке: трахеостома зияет, швы сняты, рот пищевода зияет, фарингостома сформировалась до ротоглотки, питание зондовое. Выписывается домой в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано: 1. Наблюдение у ЛОР-врача и онколога по месту жительства; 2. УЗИ шейных лимфатических узлов ежемесячно; 3. Воздержаться от физических и температурных



Вид опухоли



нагрузок сроком на 1 месяц; 4. Явиться на контрольный осмотр через полтора месяца для ушивания фарингостомы; 5. Зондовое питание.

Литература:

1. Васильев П.В., Юдин А.Л., Сдвижков А.М., Кожанов Л.Г. Роль компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастированием в оценке распространенности опухолевого поражения при раке гортани // *Материалы III Научно-практической конференции врачей онкологов ФМБА РФ «Актуальные вопросы клинической и экспериментальной онкологии в системе ФМБА».* – Москва, 2008. – С. 128 – 130.

2. Сдвижков А.М., Кожанов Л.Г., Васильев П.В. и др.

Значение виртуальной эндоскопии, основанной на использовании мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии (МСКТ), при раке гортани и гортаноглотки // *Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Опухоли головы и шеи».* – Сибирский онкологический журнал. – 2006. – N. 1. – Приложение. – С. 115.

3. Юдин А.Л., Васильев П.В., Кожанов Л.Г. Значение виртуальной эндоскопии и трехмерных оттененных изображений, основанных на использовании мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии (МСКТ), при раке гортани // *Материалы XII Российского онкологического конгресса.* – Москва, 2008. – С. 178 – 179.

ВНЕДРЕНИЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Насыров В.А., Халфина В.В.

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина
кафедра офтальмологии и оториноларингологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлена информация о проведенных в Кыргызстане кохлеарных имплантациях.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация.

КЫРГЫЗСТАНГА КОХЛЕАРДЫК ИМПЛАНТАЦИЯНЫ КИРГИЗҮҮ

Насыров В.А., Халфина В.В.

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян Университети
офтальмология жана оториноларингология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул статьяда Кыргызстанда жургузулгон кохлеардык имплантациялардын маалыматтары берилген.

Негизги сөздөр: кохлеардык имплантация

INTRODUCTION COCHLEAR IMPLANTATION IN KYRGYZSTAN

Nasirov V.A., Khalфина V.V.

Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin
Department of ophthalmology and otorhinolaryngology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article presents information about cochlear implantation in Kyrgyzstan

Keywords: Cochlear implantation.

Введение: В последние годы кохлеарная имплантация широко применяется более чем в восьмидесяти странах мира как единственный метод хирургической реабилитации людей с глухотой.

Кохлеарная имплантация - это признанная операция, относящаяся к видам высокотехнологичной медицинской помощи, которая позволяет вернуть слух людям у которых повреждена большая часть волосковых клеток улитки, но сохранена функциональная деятельность слухового нерва. В отличие от обычных слуховых аппаратов, которые просто усиливают звук, кохлеарный имплантат обходит неработающие части уха и доставляет сигнал непосредственно к слуховому нерву. Клиническое использование кохлеарных имплантов началось в 70 - 80-х годах XX-го столетия благодаря работам таких исследователей как W. House, G. Clark, M. Gooycolea, M. Paparella и других. К 2004 году в мире насчитывалось более 80000 пользователей кохлеарных имплантов, причем это число постоянно увеличивается.

Данный высокотехнологичный вид медицинской помощи может быть реализован только при участии команды специалистов различных профилей: оториноларингологов, сурдологов, электрофизиологов, сурдопедагогов, психологов, инженеров, программистов, психоневрологов, социальных работников и др. В последние годы кохлеарная имплантация широко применяется более чем в восьмидесяти странах мира как единственный метод хирургической реабилитации людей с сенсоневральной глухотой. Радует тот факт, что Кыргызстан вошел в это число. За 2013 год было произведено 4 кохлеарные имплантации.

Материал и методы исследования:

Материалами представлены данные пациентов которым была произведена кохлеарная имплантация и их результаты. Показанием к КИ является тяжелая степень тугоухости и глухота, связанные с поражением кортиева органа. Таким образом, операция может быть проведена только тем пациентам, у которых повреждение коснулось только рецепторного

аппарата улитки, поскольку для работы импланта абсолютно необходима сохранность слухового нерва. Слуховые аппараты для восприятия речи таким больным не помогают. Для отбора кандидатов на КИ проводятся различные пробы и исследования, естественно, что у кандидата не должно быть противопоказаний к собственно оперативному вмешательству. Система кохлеарной имплантации состоит из двух основных частей: имплантируемой внутренней части - непосредственно импланта и наружной части – речевого процессора.

По принципу своей работы кохлеарный имплантат не усиливает звук, как другие слуховые аппараты – его действие связано с прямой стимуляцией чувствительных окончаний слуховых нервов, которые находятся в улитке – части внутреннего уха, отвечающей за восприятие звука.

Звуки принимаются микрофоном и преобразуются в электрические сигналы. Эти сигналы поступают в речевой процессор, где они кодируются, то есть преобразуются в специальные пакеты импульсов. Передатчик посылает эти импульсы посредством радиоволн через кожу в имплант.

Через 3-4 недели после операции проводится подключение речевого процессора к кохлеарному импланту и первичная настройка речевого процессора. С этого момента пациент может слышать окружающие звуки. Речевой процессор после подключения настраивается для получения максимального эффекта у пользователя. Настройки проводит аудиолог, его работа направлена на формирование у человека полноценных слуховых ощущений. Главным направлением послеоперационной слухоречевой реабилитации для всех пациентов является развитие восприятия звуковых сигналов с помощью импланта. Кохлеарный имплант обеспечивает возможность слышать, но восприятие звуков окружающей среды и понимание речи — это значительно более сложные процессы, которые включают также умение различать сигналы, выделять в них важные для узнавания признаки, узнавать изолированные слова и слова в слитной речи, понимать смысл высказываний, выделять сигналы из шума и др.

Затем начинаются занятия с педагогом с целью развития слухового восприятия и развитие устной речи. Педагог обучает ребенка пользоваться своим появившимся слухом.

Основной процесс реабилитации должен обеспечиваться родителями в домашних условиях.

Операция кохлеарной при стабильной ее технической процедуре занимает 1 – 1,5 часа, если у пациента нет анатомических особенностей и заболеваний среднего уха. Обычно операция проводится под общим наркозом. В височно-теменной области у больного выбриваются волосы. В височной кости высверливается ложе для импланта. В улитке делается небольшое отверстие – кохлеостома. В улитку вводится электрод – эта часть операции наиболее сложная. Имплант и электрод фиксируются. Перед ушиванием раны на голове проверяется работа импланта и электрода с помощью компьютерного тестирования по всем параметрам речевых частот.

К редким, но возможным осложнениям операции кохлеарной имплантации относятся: паралич или парез (повреждение) лицевого нерва на стороне операции, нарушение вкуса, вестибулярные нарушения (головокружение, неустойчивость походки, тошнота, рвота), головные боли, шум в ушах, оссификация или кальцификация улитки вместе с вживлённым в неё имплантатом.

Результаты: В настоящее время в КР было произведено 4 подобных операции. 24.03.2013 была произведена первая операция. Пациент *Ибраимов Бекзат 1991г.р.* Из анамнеза: 1,5 года назад в результате ДТП получил ЧМЗ, после чего потерял слух с двух сторон. Диагноз: Двусторонняя глухота.

Рахматова Махдижа 2007г.р. Из анамнеза: в возрасте одного года получала гентамицин, после чего родители заметили отсутствие слуха у ребенка. Диагноз: двусторонняя глухота.

Бердибек уулу Алишер 1990г.р. Из анамнеза: в возрасте 4х лет получал гентамицин, после чего потерял слух. Диагноз: Нейросенсорная тугоухость IV степени справа. Глухота слева.

Левченко Артем Владимирович 2012г.р. Из анамнеза: отсутствие слуха с рождения. Диагноз: Нейросенсорная тугоухость IV степени с обеих сторон.

После подключения пациенты проходят курс реабилитации слуха который в себя включает постоянные занятия с сурдопедагогами, логопедами, сурдологами.

Литература:

1. Альтман Я.А. *Руководство по аудиологии* / Я.А. Альтман, Г.А. Таварткиладзе II М.: ДМК Пресс, 2003. - С. 360.
2. Королева И.В. *Кохлеарная имплантация — новое направление реабилитации глухих детей* / И.В. Королева, В.И. Пудов, О.С. Жукова // *Дефектология*. 2001. - №1. - С. 17-26.
3. Cohen N. *Cochlear implant candidacy and surgical considerations* / N. Cohen // *Audiol. Neurootol*. 2004. - Vol. 9(4). - P. 197-202.
4. Таварткиладзе Г.А. *Кохлеарная имплантация* / Г.А. Таварткиладзе. -М., 2000.-С. 51.
5. *Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей первого года жизни* / Под ред. Г.А. Таварткиладзе и Н.Д. Шматко. М.: Экзамен, 2005. - С. 245.
6. Таварткиладзе Г.А. Белянцева И.А. Фроленков Г.И. и др. *Показания к кохлеарной имплантации // Методические рекомендации N95/209.- М.: 1995.- 24 с.*
7. Базаров В.Г., Савчук Л.А., Карамзина Л.А. и др. *Кохлеарная имплантация // Журн. ушн., нос. и горл. бол.- 1993.- N 2.-С. 6-15.*
8. Тарасова Н.В. *Слухоречевая реабилитация пациентов с кохлеарными имплантами* / Н.В. Тарасова // *XVII съезд оторинолар. России: материалы (тезисы)*, г. Нижний Новгород. СПб.: Б.и., 2006. - С. 6566.

ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ЛОР-ОРГАНОВ И РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

Насыров В.А, Ормокоева С.И.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
кафедра оториноларингологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изучена эффективность рибомунила у 1018 пациентов с рецидивирующими отитом, синуситом, ринофарингитом, риносинуситом и фаринголарингитом. Применение рибомунила позволило сократить частоту возникновения эпизодов инфекционных заболеваний у пациентов, частота синуситов, ринофарингитов, риносинуситов, фаринготонзилитов уменьшилась на 90%, инфекционного ринита на 40%, обострения отитов на 25%, уменьшение количества бронхолегочных осложнений на 75%. Были результаты в отношении продолжительности эпизодов заболевания, применения антибиотиков (снижение потребности на 71%), применения вспомогательной терапии (уменьшение на 57%).

TREATMENT OF CHRONIC FOCI OF INFECTION OF UPPER RESPIRATORY TRACT AND THE RESPIRATORY TRACT

Nasyrov V.A., Ormokoeva S.I.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of Otorhinolaryngology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Studied the effectiveness of Ribomunil in 1018 patients with recurrent otitis media, sinusitis, rhinopharyngitis, rhinosinusitis and pharyngolaryngitis. Ribomunil reduced the frequency of episodes of infectious diseases in patients, the incidence of sinusitis, rhinopharyngitis, rhinosinusitis, farinotonzilitov decreased by 90%, infectious rhinitis 40%, acute otitis media by 25%, reducing the number of bronchopulmonary complications by 75%. Were the results regarding the duration of episodes of illness, antibiotic use (reduced demand by 71%), use of adjuvant therapy (57% reduction).

Введение. В последние годы в практике ЛОР-врача отмечается неуклонный рост пациентов, страдающих частыми острыми респираторными вирусными инфекциями, характеризующихся быстрым прогрессированием и приводящим к формированию хронических заболеваний ЛОР-органов. Эти болезни сложны в ведении т.к. частое и длительное применение антибиотиков формирует резистентные штаммы возбудителей инфекций дыхательных путей, что снижает эффективность антибиотикотерапии, с развитием вторичной дисфункции иммунной системы. И этому способствуют два феномена. Первый – ухудшение клеточной и гумморальной защиты макроорганизмов под влиянием антибиотиков, способных серьезно повредить иммунную систему. Это может явиться одной из причин развития инфекции на фоне антибиотикотерапии. Второй феномен – изначальное снижение иммунологической реактивности современного человека. Это приводит к развитию дисбактериоза, кандидоза. Создается порочный круг:

более интенсивное лечение ведет к более частым и тяжелым осложнениям. Другими словами, несмотря на неблагоприятное иммунобиологическое здоровье населения, продолжается активное и часто необоснованное применение таких мощных иммунодепрессантов как антибиотики. А ведь взаимоотношения между антибиотиком возбудителем заболевания и защитными факторами макроорганизма имеет решающее значение для терапии любого инфекционного заболевания. Очевидно, что оптимально клинический эффект может быть достигнут только при наличии синергизма в действии защитных сил организма и антимикробных лекарственных средств. В этом случае по возбудителю наносится двойной удар: антибиотик понижает функциональную активность микроба, а иммуномодулятор восстанавливает фагоцитоз клеток, за счет чего достигается более эффективная элиминация возбудителя из организма. Поэтому в системе оздоровления пациентов, часто и длительно болеющих респираторными инфекциями,

фармакологическая иммунореабилитация является одной из наиболее актуальных проблем.

Невозможность проведения повсеместного индивидуального иммунологического мониторинга и относительная избирательность действия традиционных иммунокорректоров (пиримидиновые и имидазоловые производные, препараты нуклеиновых кислот, тимические факторы, дрожжевые и бактериальные полисахариды, препараты костномозгового происхождения и др.), не позволяют рекомендовать их для широкого и бесконтрольного применения в практике. Более перспективной является разработка специфической активной иммунизации против наиболее распространенных возбудителей инфекционных респираторных заболеваний. Выбор средств для активной иммунизации ограничивается гриппозными (живые и инактивированные), противогемофильной конъюгированной и поливалентной полисахаридной пневмококковой вакцинами. Именно поэтому возрос интерес к иммунокорректирующей терапии и к возможности применения иммунокорректоров микробного происхождения, дающих неспецифический иммуностимулирующий и специфический вакцинирующий эффекты.

Особого внимания заслуживает Рибомунил («Pierre Fabre Medicament», Франция), который содержит рибосомальные фракции *K. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *H. influenzae*, наиболее часто вызывающих воспаление дыхательных путей и ЛОР-органов или осложняющих респираторные вирусные заболевания. Тот факт, что клеточные органеллы – рибосомы, специализирующиеся на синтезе клеточных протеинов – обладают свойствами вакцины было известно еще в 50-х годах 20 века. И их высокий антигенный потенциал с выраженной иммуногенностью был использован при создании рибосомальных вакцин. Вакцинирующий эффект бактериальных рибосом дополняется неспецифической иммуностимуляцией за счет присутствия в препарате протеогликанов клеточной мембраны *K. pneumoniae*. Рибомунил вызывает активную выработку специфических антител и создание поствакцинального иммунитета. Одновременно повышается активность фагоцитоза и клеток-киллеров, усиливается синтез альфа-интерферона, интерлейкинов 1, 6. В результате отсутствия балласта препарат практически не

обладает токсичностью. Иммуностимулирующее действие рибомунила, воздействует не только на те бактерии, из которых он экстрагирован, но и на иные возбудители (патогены) основных известных инфекционных заболеваний дыхательных путей. Эта активность возникает благодаря неспецифическим адьювантным свойствам липополисахаридов бактериальной рибосомной стенки (перегородки). Более того, как выяснилось, рибосомная иммунотерапия индуцирует воспроизводство секреторных антител иммуноглобулина А (IgA), некоторые свойства которого связаны со специфическими и неспецифическими защитными механизмами против вирусов и бактерий. Также иммуноглобулин А (IgA) предупреждает сращивание микроорганизмов эпителиальной поверхностью, что, в свою очередь, предотвращает последующее образование колоний.

Цель данной работы – оценка опыта использования рибомунила у больных с инфекциями респираторного тракта.

Материал и методы. В исследование были включены 1018 пациентов обоего пола (средний возраст – 50 лет, от 12 до 80) с отитом, синуситом, ринофарингитом, риносинуситом или фаринголарингитом. Пациенты включались в исследование, если в анамнезе у них были рецидивные или хронические респираторные инфекции в течение не менее 2 лет или если зимой, предшествовавшей исследованию, у них были как минимум три эпизода заболевания, требовавшего обращения к врачу и/или медикаментозного лечения. Пациенты не включались, если у них был туберкулез. Клинический эффект оценивался по уменьшению частоты и продолжительности рецидивирующих ЛОР-инфекций (отитов, синуситов, ринофарингитов, риносинуситов, фаринготонзилитов), уменьшению потребности в антибиотиках, симптоматической терапии, по профилактике нисходящих бронхолегочных инфекций, восстановлению нарушенных слуховых функций, оценка общей эффективности врачом и самими пациентами, с использованием полуколичественной шкалы (от «значительно хуже» до «значительно лучше»).

Пациенты получали рибомунил в соответствии со следующей схемой: (1) начальная терапия (1 месяц) – 3 таблетки (по 0,250) ежедневно, с утра, 4 дня в неделю в течение 3 недель; (2) закрепительная терапия (5 месяцев) – 3 таблетки (по 0,250) ежедневно,

утром, 4 дня в неделю каждый месяц (то есть одна неделя в месяц).

Результаты и их обсуждение. В ходе наблюдения был выявлен общий клинический эффект, более очевидный у пациентов, получавших рибомунил, у них, по сравнению с теми, кто его не принимал, наблюдалось значительное улучшение по семи из восьми оцениваемых клинических параметров. Сокращение частоты возникновения эпизодов инфекционных заболеваний у пациентов, принимавших рибомунил, стало очевидно уже на 2-м визите (2-й месяц терапии) в отношении инфекций ушей, носа, горла (частота синуситов, ринофарингитов, риносинуситов, фарингитов уменьшилась на 90%, инфекционного ринита на 40%, обострения отитов на 25%), а в отношении бронхита и пневмонии – на третьем визите (уменьшение количества бронхолегочных осложнений на 75%). К четвертому визиту (это 4-й месяц терапии) у пациентов, получавших рибомунил уже не было случаев возникновения инфекций нижних дыхательных путей. Значительные результаты были достигнуты в отношении продолжительности эпизодов заболевания, применения антибиотиков (снижение потребности на 71%), применения вспомогательной терапии (уменьшение на 57%).

Современные способы борьбы с инфекционными заболеваниями дыхательных путей представляют собой лекарственную терапию, преимущественно антибактериальную и симптоматическую. Однако данные виды лечения не являются профилактикой рецидивов этих инфекций, что влечет высокую распространенность данных заболеваний и высокие затраты. Рибосомная иммунотерапия оказалась эффективной с точки зрения сокращения частоты, степени тяжести этих заболеваний и их клинических последствий (например, вторичное поражение нижних дыхательных путей, необходимость вспомогательной терапии). Общая оценка терапии пациентами и врачом была в пользу рибомунила, что подтверждает хорошие результаты по параметрам эффективности.

Выводы. Пероральная терапия рибомунилом в течение 6 месяцев у пациентов с рецидивными инфекционными заболеваниями дыхательных путей привела к значительному

сокращению частоты возникновения инфекций ушей, горла и носа, лихорадки, инфекций нижних дыхательных путей, сократила продолжительность заболевания, необходимость применения вспомогательных медикаментов. Таким образом, рибомунил – это эффективное средство лечения рецидивных инфекционных заболеваний дыхательных путей.

Литература:

1. Brantzaeg P. Overview of the mucosal immune system. *Current Topics in Microbiology* 1990; 140: 13.
2. Bessler WG, Sadelmeir E. Biological activity of bacterial cell wall components: Immunogenicity of an immunostimulating bacterial extract. *Arzneimittel-Forschung (Drug Research)* 1993; 43: 502-507.
3. Czerkinsky C, Russel MW, Lycke N et al. Oral Administration of streptococcal antigen coupled to cholera toxin B subunit evokes strong antibody responses in salivary glands and extramucosal tissues. *Infection and Immunity* 1989; 57: 1072.
4. Galioto GB, Mevio E, Maserati R. Bacterial adherence and upper respiratory tract disease: a correlation between *S. pyogenes* attachment and recurrent throat infections. *Acta Otorhinolaryngologica* 1988; 454 (Suppl.): 167-174.
5. McGhee JR, Mestecky J, Dertzbaugh MT et al. The mucosal immune system. From fundamental concepts to vaccine development. *Vaccine* 1992; 10: 75-88.
6. Mestecky J, McGhee JR. Immunoglobulin A (IgA): molecular and cellular interactions involved in IgA biosynthesis and immune response. *Advances in Immunology* 1987; 40: 153.
7. Mestecky J. The common mucosal immune system and current strategies for induction of immune responses in external secretions. *Journal of Clinical Immunology* 1987; 7: 265.
8. Nega J, McGhee JR, Kiyono H. Cytokine and Ig-producing cells in mucosal effector tissues: analysis of IL-5 and IFN- γ producing cells, T cells, T cell receptor expression and IgA plasma cells from mouse salivary gland-associated tissues. *Journal of Immunology* 1992; 148: 2030-2039.
9. Roques C., Frayret M.N., Luc J., et al. Immunostimulant effect on granulocyte functions during an acute respiratory infection. *Dev. Biol. Stand.*, 77, 183, 1992.
10. Хорошилова Н.В. Клинико-иммунологическая оценка эффективности применения рибомунила и низкоинтенсивной лазерной терапии у пациентов с хроническим бронхитом. Автореферат дис ... канд. мед. наук. – М., 1994.

ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ И ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В КЛИНИКЕ НЕЙРОХИРУРГИИ

Пашаев Б.Ю., Красножен В.Н., Бочкарев Д.В., Данилов В.И.,
Алексеев А.Г., Вагапова Г.Р., Шпанер Р.Я., Губаева А.А.,
Ибатуллин М.М., Быкова М.Н., Абдульянов В.А.

ГУ «Межрегиональный клиничко-диагностический центр»
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
Казань, Россия

Резюме: В работе представлены данные эндоназальной эндоскопической хирургии хиазмально-селлярной области и основания черепа в клинике нейрохирургии.

ENDONASAL ENDOSCOPIC SURGERY CHIASMOSELLAR AREA AND SKULL BASE NEUROSURGERY CLINIC GU «INTERREGIONAL CLINICAL DIAGNOSTIC CENTER»

Pashayev B.Y., Krasnozhen V.N., Bochkarev D.V., Danilov V.I.,
Alekseev A.G., Vagapova G.R., Shpaner R.J., Gubaeva A.A.,
Ibatullin M.M., Bykov M.N., Abdulyanov V.A.

GU «Interregional Clinical Diagnostic Center»
SEI DPO «Kazan State Medical Academy»
Medical University «Kazan State Medical University»
Kazan, Russia

Resume: The paper presents data endonasal endoscopic surgery chiasmoseellar area and skull base neurosurgery clinic.

С февраля 2007 года в нейрохирургическом отделении ГУ «МКДЦ» внедрена методика трансназального, трансфеноидального микрохирургического доступа к хиазмально-селлярной области с использованием интраоперационной рентгенонавигации. По данной методике прооперировано 97 пациентов (хирурги Б.Ю.Пашаев, Д.В.Бочкарев). Из них - 91 пациент с аденомами гипофиза, 3 пациента с эндосупраселлярными краниофарингиомами, 1 пациент с опухолью основания черепа, 1 пациент с эндосупраселлярной менингиомой, 1 пациент с височно-сфеноидальным энцефалоцеле.

С октября 2009 года внедрена методика эндоназального эндоскопического доступа к хиазмально селлярной области с использованием интраоперационной рентген-навигации. По данной методике прооперировано 8 пациентов (хирург Б.Ю.Пашаев). Из них - 7 пациентов с аденомами гипофиза и 1 пациент с височно-сфеноидальным энцефалоцеле.

С февраля 2010 года внедрена методика эндоназального эндоскопического доступа к хиазмально-селлярной области с использованием интраоперационной безрамной

компьютерной нейронавигации. По данной методике прооперировано 45 пациентов (хирурги Б.Ю.Пашаев, В.Н.Красножен, Д.В.Бочкарев). Из них 34 пациента с аденомами гипофиза, 2 пациента с опухолями основания черепа, 1 пациент с эндоинфрасупрапараселлярной менингиомой, 2 пациента с супраселлярными краниофарингиомами, 5 пациентов с назоликвореей различного генеза и 1 пациент с эндосупраселлярной арахноидальной кистой.

Для верификации процесса использовались стандартные методы прямой нейровизуализации (МРТ/РКТГ-головного мозга). По показаниям проводилась МР-ангиография или мульти-спиральная РКТ-ангиография. В раннем послеоперационном периоде всем пациентам выполнялся РКТГ-контроль с целью исключения осложнений (кровоизлияние в ложе удаленной опухоли и в зоне хирургического вмешательства, напряженная пневмоцефалия) и оценки радикальности хирургического вмешательства.

Изменялись показатели мозгового и экстракраниального кровообращения с помощью транскраниальной доплерографии (ТКДГ) и экстракраниального дуплексного сканирования

(ЭКДС) и оценивался риск ишемических событий у пациентов с сопутствующим стенозирующим процессом церебральных и прецеребральных артерий.

Оценка эндокринного статуса включала дооперационное исследование лабораторных показателей крови (тропные гормоны гипофиза), мониторинг суточного ритма гормонов, УЗИ-внутренних органов (УЗИ-ГБС, щитовидной железы, молочных желез, органов малого таза, предстательной железы). В послеоперационном периоде проводились повторные исследования лабораторных показателей крови и мочи для оценки наличия/отсутствия и степени выраженности эндокринной недостаточности.

Нейроофтальмологическое обследование выполнялось всем пациентам в до- и послеоперационном периодах. Исследовались острота зрения, поля зрения, картина глазного дна, наличие или отсутствие поражения глазодвигательных нервов. В послеоперационном периоде оценивалась динамика зрительных функций.

Безрамная нейронавигация осуществлялась на основании данных РКТГ-головного мозга, выполненной с рентген-контрастными метками и последующим компьютерным моделированием на установке Omnisight EXcel Integra фирмы Radionics. Навигационная система использовалась на этапах доступа, удаления и контроля удаления опухолей.

Для эндоскопических вмешательств применялось оборудование фирмы Karl Storz (торцевые телескопы 4 мм и 6 мм, а также телескоп бокового видения 30° 6мм), а так же широкоформатные телескопы фирмы Eleps (4мм торцевые и бокового видения 30° и 45°).

С 2011 года при эндоскопических доступах к основанию черепа используется метод пластики с помощью лоскута слизистой оболочки носа на сосудистой ножке (NB-flap) – всего 15 вмешательств. В одном наблюдении использован перикраниальный лоскут на сосудистой ножке после выполнения эндоназальной эндоскопической кранио-фациальной резекции по поводу опухоли основания черепа, осложненной назоликвореей.

Всего прооперировано 150 пациентов. Выполнено 161 эндоназальное вмешательство (133 по поводу аденом гипофиза).

По размеру аденомы гипофиза разделялись следующим образом:

- Микро (до 15мм) – 30
- Небольшие (16-25мм) – 46
- Средние (26-35мм) – 39
- Большие (36-59мм) – 18

По гормональной активности аденом гипофиза распределение было следующее:

- Гормонально неактивные аденомы – 69
- СТГ-секретирующие – 45
- Кортикотропинома – 7
- СТГ/ПРЛ-секретирующие – 2
- Пролактиномы – 10

Летальных исходов было 2 (от массивного субарахноидально-вентрикулярного кровоизлияния вследствие разрыва аневризмы левой средней мозговой артерии, и от грубой дисфункции гипоталамуса после удаления аденомы больших размеров.

Из осложнений зафиксированы:

- Интраоперационное повреждение внутренней сонной артерии – 1(0,6%)
- Послеоперационное кровоизлияние в области дна III желудочка – 3 (1,8%)
- Назоликворея – 12 (8%)
- Асептический менингит – 4 (2,6%)
- Тяжелый диэнцефальный синдром – 1(0,6%)
- Несахарный диабет – 16 (10,6%)
- Вторичная надпочечниковая недостаточность – 5 (3,3%)
- Мозговой соль-теряющий синдром – 1 (0,6%)
- Гипотиреоз – 3 (2,0%)
- Пангипопитуитаризм - 2 (2,2%)
- Ухудшение функции зрения – 2 (1,2%)
- Отсроченный синусит – 5 (3,3%) – пролечены амбулаторно у ЛОР-врача.

Внедрение методики эндоназального эндоскопического доступа к хиазмально-селлярной области с применением системы безрамной нейронавигации позволило расширить спектр и объем выполняемых вмешательств. Снизить частоту ряда осложнений, улучшить радикальность вмешательств. Отпала необходимость использовать рентген-навигацию.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЛОБНЫХ И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХАХ ПРИ ОСТЕОМАХ

Покровская Е.М., Красножён В.Н.

Казанская государственная медицинская академия

Казань, Россия

Резюме: В статье описаны возможности трехплоскостной компьютерной томографии для диагностики остеом околоносовых пазух. С целью восстановления послеоперационных костных дефектов передних стенок лобных и верхнечелюстных пазух при остеомах применен остеопластический материал «Рекост».

THE DIAGNOSIS AND SURGERY ON THE FRONTAL AND MAXILLARY SINUSES AT OSTEOMA

Pokrovskaya E.M., Krasnozhen V.N.

Kazan State Medical Academy

Kazan, Russia

Resume: This article describes a three-plane capabilities of computed tomography for the diagnosis of osteoma of the paranasal sinuses. In order to restore bone defects postoperative anterior wall of the frontal and maxillary sinuses with osteoma applied osteoplastic material «Rekost».

Остеома – это доброкачественная опухоль, происходящая из костной ткани. Среди опухолей околоносовых пазух на первом месте по частоте стоят остеома. В большинстве случаев они исходят из лобной пазухи (51%), решетчатого лабиринта (22%), реже из верхнечелюстных (3,1%) и **крайне редко – из клиновидной пазухи** (1,7%) [1,2,3]. Как правило, остеома лобных пазух и решетчатого лабиринта прорастают в верхневнутренний отдел глазницы, но могут прорасти в полость черепа [4,5,6].

К формированию стойких костных дефектов в стенках пазух может вести не только увеличивающаяся в размерах остеома, но и хирургическое вмешательство по поводу остеома. При этом размеры костного отверстия, наносимого во время операции, варьируют в зависимости от размеров остеома и ее локализации в пазухе. Благодаря использованию в практике компьютерной томографии врачам удается выявить остеома на более ранних сроках, что позволяет избежать не только прорастания опухоли, но и помогает определить топографическое расположение остеома в пазухе. Благодаря этому можно прооперировать пациента с наименьшими техническими трудностями, применяя для закрытия дефектов стенок пазух различные остеопластические материалы.

Цель исследования: 1) оценить

эффективность 3D компьютерно-томографического исследования в диагностике остеома околоносовых пазух; 2) изучить возможность применения комбинированного остеопластического материала в качестве импланта для пластики передней стенки лобной и верхнечелюстной пазух.

Материалы и методы.

За 2 года в отделении оториноларингологии прооперировано 10 пациентов: 8 – остеома лобной пазухи, 2 – остеома верхнечелюстных пазух.

Основная жалоба при поступлении у всех пациентов была головная боль, локализуемая в лобной области и области переносицы (при остеома лобной пазухи), в проекции верхнечелюстной пазухи (при остеома верхнечелюстной пазухи). Перечисленные симптомы развивались в течение нескольких лет. У 3-х пациентов в анамнезе была травма челюстно-лицевой области. Остальные больные не связывали их появление с какой-либо определенной причиной.

Диагноз был установлен на основании данных 3D-компьютерной томографии околоносовых пазух. **Исследования проводились на аппаратах АССУТОМО** фирмы Morita (Япония). Принципиальное отличие конусно-лучевой томографии от спиральных КТ заключается, **во-первых**, в том, что, в данном

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

случае для сканирования вместо тысяч точечных детекторов используется один плоскостной сенсор, и, **во-вторых**, в том, что генерируемый луч коллимируется в виде конуса. Во время съемки излучатель работает непрерывно, а с сенсора несколько раз в секунду считывается информация. То есть, делается несколько кадров в секунду. Затем информация обрабатывается в компьютере и восстанавливается виртуальная трехмерная модель сканированной области. После этого трехмерный реформат «нарезается» слоями в виде срезов определенной толщины и каждый слой сохраняется в памяти компьютера в виде

файла. В то же время, благодаря использованию новых технологий, лучевая нагрузка при исследовании по сравнению с другими видами КТ снижена в десятки раз. В процессе исследования черепа на последовательном конвенционном томографе пациент получает 1000-1500 мкЗв (*микрозивертов*), на мультиспиральном компьютерном томографе - 300-400 мкЗв. При сканировании челюстно-лицевой области с помощью конусно-лучевого томографа лучевая нагрузка составляет, в зависимости от экспозиции, всего 30-90 мкЗв.

С помощью компьютерной томографии



Рисунок 1. Остеома правой лобной пазухи



Рисунок 2. Остеома левой лобной пазухи



Рисунок 3. Остеома левой верхнечелюстной пазухи



Рисунок 4. Остеома правой верхнечелюстной пазухи



Рисунок 5. Остеопластический материал «Рекост»



Рисунок 6. Пластика костного дефекта правой лобной пазухи.

остеомы определялись как округлые образования костной плотности с резкими, отчетливыми, неправильными контурами размерами от 1 до 2-х см в диаметре. Деструкций костных стенок на дооперационном этапе не выявлено ни у одного пациента. Остеомы лобных пазух у 5 пациентов исходили с межпазушной перегородки (Рис.1), у 3-х пациентов – с нижней стенки (Рис.2). Остеомы верхнечелюстных пазух исходили с нижней стенки пазухи (Рис.3, 4).

Все пациенты были прооперированы под эндотрахеальным севороновым наркозом. При остеомах лобных пазух применялся наружный доступ. Трепанационное отверстие в передней стенке пазухи наносилось бором. Остеомы сбивались долотом у места прикрепления и удалялись единым куском. С целью закрытия костного дефекта использовали остеопластический материал «Рекост» (Рис.5). Основа материала «Рекост» - полиуретановый полимер и полиол в качестве отвердителя, а также гидроксипатит. Готовый «Рекост» имеет пористую микроструктуру, которая способствует замещению собственными тканями с его постепенной биодеградацией. «Рекост» выпускается в виде трех компонентов, которые смешиваются в операционной и используются в фазе пластилина, поэтому, из него довольно просто формируется фрагмент, адекватный костному дефекту и поднадкостнично устанавливается в ране (Рис. 6). После окончания полимеризации материал становится жестким. Рана ушивалась наглухо.

При остеомах верхнечелюстных пазух производился одномоментный вертикальный разрез слизистой оболочки и надкостницы в преддверии рта между 4 и 5 резцами. Слизистая оболочка вместе с надкостницей отсепаровывалась цельным лоскутом. Вскрытие верхнечелюстных пазух производилось через переднюю стенку с помощью бора. После удаления остеомы формировали фрагмент из

имплантационного материала, адекватный костному дефекту и поднадкостнично устанавливали его в ране. Рана ушивалась наглухо.

Результаты клинической части работы. В послеоперационном периоде отмечался незначительный реактивный отек мягких тканей лица в течение 3-5 дней. Нагноений и индивидуальной непереносимости импланта не зафиксировано. В послеоперационном периоде рецидива заболевания не отмечалось ни в одном случае.

Выводы. Таким образом, 3D компьютерная томография является достоверным методом, позволяющим эффективно диагностировать остеомы, а также провести контроль в послеоперационном периоде. При остеомах лобных и верхнечелюстных пазух наилучшие результаты можно достигнуть при пластике костного дефекта остеопластическим материалом «Рекост». Это позволит улучшить не только клинический, но и косметический результат операции.

Литература:

1. Винников А.К., Гунчиков М.В. Распространенные остеомы лицевого области. *Рос. ринол.* 2002; 2: 97-98.
2. Торопова И.А. Остеомы носа и околоносовых пазух (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2007.
3. Nicolai P, Castelnuovo P. Benign Tumors of the Sinonasal Tract/ In: Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery / Paul W. Flint [et al.]. – Philadelphia, 2010. – Chapter 49.
4. Владимирова В.В. *Вестн. оторинолар.*, 1997; 5: 53-54.
5. Дайхес Н.А., Яблонский С.В., Давудов Х.Ш. и др. *Доброчастные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей.* М., 2005; 256.
6. Афзаеш Д.А., Зенгер В.Г., Мустафаев Д.М., Копченко О.О. Обширная остеома лобной пазухи с прорастанием за ее пределы. *Вестн. оторинолар.* 2009; 1: 72-73.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ БЕЛКА P53, ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА СОСУДОВ (VEGF) ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ

Джаббаров К.Д., Аvezов М.И., Рузметов У.У.

Кафедра оториноларингологии

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Ташкент, Узбекистан

Резюме: Частота полипозный риносинусит (ПРС) имеет четкую тенденцию к росту, удельный вес в структуре заболеваемости ЛОР-органов составляет 5-20%.

Поиск новых подходов к ранней диагностике и своевременному медикаментозному лечению полипозного риносинусита является актуальным не только из-за частого рецидивирования заболевания, но и из-за большой распространенности этого заболевания.

DIAGNOSTIC VALUE OF P53 PROTEIN, EPIDERMAL GROWTH FACTOR AND VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) IN POLYPOID RHINOSINUSITIS

Djabbarov K.D., Avezov M.I., Ruzmetov U.U.

Department of Otorhinolaryngology

Tashkent Institute of Advanced Medical

Tashkent, Uzbekistan

Resume: Frequency of polyposis rhinosinusitis (PRS) has an accurate tendency of growth, specific gravity in the structure of a case rate of ENT organs makes 5-20%.

Search of new approaches to early diagnosis and well-timed medicinal treatment of PRS is actual not only by his frequent relapsing, but also because a big prevalence of this disease.

Частота ПРС имеет четкую тенденцию к росту, удельный вес в структуре заболеваемости ЛОР-органов составляет 5-20% [1]. По наблюдениям А.С. Лопатина полипы в полости носа встречаются у 1,02% людей, причем это касается только клинически манифестировавших форм заболевания, реальная распространенность ПРС с учетом субклинических форм значительно выше [2].

В соответствии с нормативным документом ЕР³OS, принятом в 2012 г., ПРС – хроническое заболевание полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся двумя или более обязательно присутствующими симптомами: блокада (обструкция) носового дыхания и насморк (ринорея), и сопутствующими симптомами (боль или ощущение напряжения в области лба и носа, потеря и снижение обоняния), продолжающимися более 12 нед. [3]. По данным ЕР³OS около 1% населения земли страдают полипозным риносинуситом [3].

Белок p53 – это транскрипционный фактор, регулирующий клеточный цикл. p53

выполняет функцию супрессора образования злокачественных опухолей, соответственно является онкомаркером и экспрессируется во всех клетках организма.

При отсутствии повреждений генетического аппарата белок p53 находится в неактивном состоянии, а при появлении повреждений ДНК активируется. Одним из стимулов активации p53 является гипоксия, которая неизбежна при длительном течении ПРС. Результатом активации p53 является остановка клеточного цикла и репликации ДНК; при сильном стрессовом сигнале – запуск апоптоза.

Одним из маркеров нарушения биологических процессов на клеточном уровне является VEGF.

VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor, эндотелиальный фактор роста сосудов) - один из членов семейства структурно близких между собой белков, которые являются лигандами для семейства рецепторов VEGF. VEGF влияет на развитие новых кровеносных сосудов (ангиогенез) и выживание незрелых кровенос-

ных сосудов (сосудистая поддержка), связываясь с двумя близкими по строению мембранными тирозинкиназными рецепторами (рецептором-1 VEGF и рецептором-2 VEGF) и активируя их. Эти рецепторы экспрессируются клетками эндотелия стенки кровеносных сосудов [4]. Связывание VEGF с этими рецепторами запускает сигнальный каскад, который в конечном итоге стимулирует рост эндотелиальных клеток сосуда, их выживание и пролиферацию [4, 5].

Эндотелиальные клетки участвуют в таких разнообразных процессах, как вазоконстрикция и вазодилатация, презентация антигенов, а также служат очень важными элементами всех кровеносных сосудов - как капилляров, так и вен или артерий. Таким образом, стимулируя эндотелиальные клетки, VEGF играет центральную роль в процессе ангиогенеза. VEGF стимулирует проницаемость мелких кровеносных сосудов. Повышенная проницаемость ведет к “подтеканию” белков плазмы через стенку сосуда и формированию экстравазального фибринового геля. Этот гель представляет собой подходящую среду для роста клеток эндотелия [4].

Эпидермальный фактор роста (ЭФР) – относится к группе факторов роста и является полипептидом, он устойчив к действию кислот и высоких температур. Относится к наиболее стабильным из всех изученных белков. Присутствует в клетках всех тканей организма, регулирует рост клеток [6].

ЭФР играет важную роль в регуляции обменных и восстановительных процессов. Специфически связывается с рецепторами на поверхности клеточных мембран, стимулирует таксис противовоспалительных клеток.

В нормальных условиях содержание факторов роста в организме человека относительно невелико и стабильно. Но при каких-либо повреждениях, возрастает количество рецепторов, чувствительных к ЭФР, благодаря этому повышается его концентрация [6, 7].

Поиск новых подходов к ранней диагностике и своевременному медикаментозному лечению ПРС является актуальным не только из-за частого рецидивирования заболевания, но и из-за большой распространенности этого заболевания.

Проанализировав вышесказанное, нами была поставлена цель исследования – оценить наличие или отсутствие динамики

показателей концентрации белка p53, VEGF-A и VEGFR-2 и ЭФР в полипозной ткани и плазме крови до и после хирургического удаления полипозной ткани при ПРС.

Материал и методы:

В ЛОР-клинике Ташкентского института усовершенствования врачей за период 2010–2013 гг. обследовано 122 больных ПРС в возрасте 27 – 34 лет, средний возраст $29,1 \pm 0,7$. Среди пациентов женщин было 47 (38,5%), мужчин – 75 (61,5%).

Диагноз ПРС ставили по общепринятым критериям на основании жалоб, анамнеза, данных передней, задней риноскопии, рентгенографии и компьютерной томографии ОНП. Определяли общее состояние больных, наличие сопутствующих соматических заболеваний.

Все больные были разделены на 4 группы в зависимости от длительности течения ПРС:

I группа – 30 больных с длительностью ПРС до 3 лет;

II группа – 31 больной с длительностью ПРС 3-6 лет;

III группа – 29 больных с длительностью ПРС 6-10 лет;

IV группа – 32 больных с длительностью ПРС 10-15 лет.

Контрольную группу составили 26 практически здоровых людей сопоставимой возрастной категории, не имеющих вредных привычек и полипозных заболеваний в анамнезе.

Также больные были разделены на 3 группы по степени обтурации полости носа полипозной тканью:

A группа – 1/3 просвета полости носа;

B группа – 2/3 просвета полости носа;

B группа – полная обтурация просвета полости носа.

Образцы полипозной ткани были взяты во время операции и немедленно отправлены на иммуноферментный анализ. Концентрацию показателей выражали в расчете на 1 мг общего белка, определенного по методу Лоури. Исследуемые показатели в лизатах оценивали с помощью стандартных наборов для прямого иммуноферментного анализа в соответствии с инструкциями производителей. Показатели измеряли на автоматическом универсальном ридере для микропланшетов ELX800.

При сравнении показателей использовали t-критерий Стьюдента, критерий Манна-Уитни,

Таблица 1. Концентрация p53, VEGF, ЭФР в плазме крови и полипозной ткани

		В крови					В полипозной ткани					
	p53	VEGF	VEGFR-2	ЭФР	p53	VEGF	VEGFR-2	ЭФР	p53	VEGF	VEGFR-2	ЭФР
	0,68±0,01	133,5±0,949	8,17±0,036	123,3±0,646	--	--	--	--	--	--	--	--
	1,03±0,02*	169,5±1,84*	10,9±0,16*	168,7±1,271*	2,34±0,02*	45,54±0,9*	1339,7±28,67*	486,2±8,46*				
	0,92±0,01*^	157,3±1,44*^	10,2±0,1*^	156,4±0,992*^	--	--	--	--	--	--	--	--
	0,72±0,01*^	142,5±1,34*	8,7±0,1*	149,3±0,763*^	--	--	--	--	--	--	--	--
	1,26±0,02*	176,2±1,91*	11,4±0,2*	170,4±1,376*	2,71±0,02*	49,42±0,9*	1342,4±25,57*	488,2±8,68*				
	1,12±0,01*^	188,0±1,5*^	9,7±0,1*^	158,6±1,024*^	--	--	--	--	--	--	--	--
	0,84±0,02^	151,3±1,84*	8,9±0,1*	151,2±0,859*^	--	--	--	--	--	--	--	--
	1,48±0,02*	187,7±1,86*	11,8±0,2*	178,3±1,321*	2,95±0,02*	54,17±0,9*	1348,7±27,75*	491,3±8,56*				
	1,29±0,01*^	171,3±1,47*^	9,97±0,1*^	162,2±1,07*^	--	--	--	--	--	--	--	--
	1,08±0,01*^	164,2±1,47*	9,2±0,1^	156,7±1,129*^	--	--	--	--	--	--	--	--
	1,96±0,02*	193,8±1,89*	11,8±0,16*	183,4±1,45*	3,18±0,02*	60,64±0,9*	1352,5±26,61*	498,4±8,32*				
	1,81±0,01^	185,7±1,33^	10,18±0,11^	172,8±1,01^	--	--	--	--	--	--	--	--
	1,38±0,01^	168,5±1,54*^	9,3±0,1*	161,7±1,589*	--	--	--	--	--	--	--	--

*-P<0,05 к контролю; ^- P<0,05 к данным до лечения.

Таблица 2. Концентрация p 53, VEGF, ЭФР в плазме крови и полипозной ткани

Группы	В крови					В полипозной ткани				
	VEGF	VEGFR-2	ЭФР	p53	VEGF	VEGFR-2	ЭФР	VEGF	VEGFR-2	ЭФР
Контрольная группа (n=26)	0,68±0,01	133,5±0,949	8,17±0,036	123,3±0,646	--	--	--	--	--	--
А группа, (n=21)	До лечения	1,14±0,01*	159,5±1,84*	11,7±0,2*	147,8±0,721*	2,37±0,03*	49,42±0,9*	1342,4±25,57*	481,3±7,98*	
	1 неделя после лечения	1,02±0,02*^	147,3±1,44*^	9,2±0,1*^	141,4±0,971*^	--	--	--	--	--
Б группа, (n=44)	До лечения	0,87±0,03*	135,2±1,34*	8,2±0,1*	134,1±0,637*^	--	--	--	--	--
	1 неделя после лечения	1,56±0,03*	186,2±1,91*	11,8±0,2*	158,4±0,637*	2,64±0,01*	54,17±0,9*	1348,7±27,75*	489,2±8,86*	
В группа, (n=57)	До лечения	1,41±0,02^	178,0±1,5*^	9,07±0,1*^	149,8±0,624*^	--	--	--	--	--
	1 неделя после лечения	1,24±0,03^	147,3±1,84*	8,4±0,1^	139,3±0,935*^	--	--	--	--	--
В группа, (n=57)	До лечения	1,83±0,02*	187,7±1,86*	11,8±0,16*	167,5±0,967*	3,06±0,03*	60,64±0,9*	1352,5±26,61*	496,8±9,62*	
	1 неделя после лечения	1,67±0,03*	174,3±1,47*^	10,18±0,11^	162,6±1,718^	--	--	--	--	--
В группа, (n=57)	До лечения	1,38±0,02^	161,2±1,47*	9,3±0,1*	154,2±1,873*	--	--	--	--	--
	1 неделя после лечения									

* - P<0,05 к контролю; ^ - P<0,05 к данным до лечения

медианный тест, корреляционный тест Пирсона (r) и тест корреляции рангов Спирмена (R). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программных пакетов «Statistica 6.0» (StatSoft Inc.) и «R-2.15.0 for Windows» (R-project).

Концентрация p53 в полипозной ткани при ПРС повышается с увеличением длительности ПРС. Такая же тенденция отмечалась и при исследовании содержания p53 в сыворотке крови, так при длительности ПРС до 3 лет количество p53 превышало норму в 1,5 раза, а при длительности патологии 10-15 лет в 2,9 раз (таблица 1).

Определение уровня ЭФР выявило достоверное отличие медианных значений этого показателя в плазме крови, при этом медиана уровня ЭФР была в 1,4 раза выше при ПРС по сравнению с контрольной группой.

Нами обнаружено, что содержание VEGF в плазме крови выше показателей контрольной группы у 104 (85%) из 122 обследованных больных, при этом среднее значение и медиана этого показателя также достоверно возрастали в полипозной ткани ($p < 0,05$). Выявлено также достоверное увеличение уровня VEGFR-2 ($p < 0,05$) в полипозной ткани. Сравнивая уровни VEGFR-2 в плазме крови по сравнению с контрольной группой, мы обнаружили увеличение его содержания полипе на 3-87% у 82% больных.

Отмечена слабая, но достоверная прямая корреляция между уровнями VEGFR-2 и VEGF в полипозной ткани ($r = 0,35$; $p < 0,05$). Определение уровня VEGF выявило достоверное отличие медианных значений этого показателя в плазме крови, при этом медиана уровня VEGF была в 1,5 раза выше при ПРС по сравнению с контрольной группой.

У всех больных количество p53 в плазме крови через 6 месяцев после операции приняло сопоставимое значения с параметрами контрольной группы, уровень p53 в плазме крови нормализовался через 1,5±0,14 месяца в группе А, через 3,4±0,28 месяцев в группе Б, в группе В уровень p53 достигал нормальных величин через 5,8±0,12 месяца. Уровень VEGF и VEGFR-2 в плазме крови нормализовался через 1,1±0,14 месяца в группе А, через 2,8±0,17 месяцев в группе Б, в группе В уровень VEGF и VEGFR-2 достигал нормальных величин через 4,9±0,17

месяца. В свою очередь уровень ЭФР в плазме крови нормализовался через 2,1±0,28 месяца в группе А, через 3,8±0,24 месяцев в группе Б, в группе В уровень ЭФР достигал нормальных величин через 5,2±0,21 месяца.

Результаты исследования в группах А, Б, В приведены в таблице 2.

Выводы:

1. Исследование концентрации белка p53, VEGF и VEGFR-2 и ЭФР в плазме крови у больных ПРС имеет значение в диагностике заболевания и контроля рецидивирования процесса.

2. После хирургического удаления полипозных образований уровни p53, VEGF и VEGFR-2 и ЭФР в сыворотке крови снижаются обратно пропорционально сроку заболевания, нормализуясь за 6 месяцев.

3. Уровень белка p53, VEGF и VEGFR-2 и ЭФР в крови являются значимыми прогностическими маркерами ПРС.

Литература:

1. Волков А.Г., Трофименко С.Л. К проблеме медикаментозного лечения хронического полипозного риносинусита // Вестник оториноларингологии, 2010. №4. с 41-44.
2. Лопатин А.С. Современные теории патогенеза полипозного риносинусита. // Пульмонология. – 2003. – №5. – С. 110-116
3. EP³OS Primary Care Guidelines: European Position Paper on the Primary Care Diagnosis and Management of Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 – a summary. *Prim Care Respir J* 2012; 35: 3: 64–69.
4. Dvorak HF. Vascular permeability factor/vascular endothelial growth factor: a critical cytokine in tumour angiogenesis and a potential target for diagnosis and therapy. *J Clin Oncol* 2004; 20:4368-80.
5. Ferrara N. The role of VEGF in the regulation of physiological and pathological angiogenesis. *EXS* 2005; 2(94): 29-34.
6. Rotterud R., Nesland J.M., Berner A. Expression of the epidermal growth factor receptor family in normal and malignant urothelium// *BJU Int.*, 2005, Jun;95(9):1344-50.
7. Skladzen J., Obtulowicz K., Miodonski A. et al. Allergic nasal polyps under scanning electron microscope // *Med. Sci. Monit.* 2001. Vol. 7(3). - P. 477-481.

НАШ ОПЫТ МАСТОИДОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МАСТОИДИТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОТРАНСПЛАНТА

Махмудов С.С., Джамолов Ф.П., Максудов Б.А., Муталибов А.З.

Лор клиника Худжандского отделения Таджикского института

последипломной подготовки медицинских кадров

Согдийская областная клиническая больница

Худжанд, Таджикистан

Резюме: В работе проведено изучение эффективности применения мастоидопластики у детей при лечении хронического мастоидита с применением аутотрансплантатов.

Результаты мастоидопластики с применением аутотрансплантата у 65 больных детей при лечении хронического гнойного среднего отита, осложненного мастоидитом, является одним из эффективных методов пластической хирургии уха. Оно позволило достичь положительного морфологического и функционального результата.

Ключевые слова: мастоидальная полость, мастоидопластика, аутотрансплантант.

OUR EXPERIENCE MASTODOPLASTIC AT CHILDREN AT CHRONIC MASTOIDITE WITH APPLICATION AUTOTRANSPLANTIC

Mahmudov S.S., Jamolov F.R., Maksudov B.A., Mutalibov A.Z.

ENT Clinic Khujand Branch Tajik Institute of Postgraduate medical training

Sughd Regional Hospital

Khujand, Tajikistan

Resume: In work studying of efficiency of application autotransplantic at 65 sick children at treatment the chronic purulent average otitis complicated mastoiditis am one of effective methods of plastic surgery of an ear. It has allowed to reach positive morphological and functional result.

The authors investigated the effectiveness of using the mastodoplastic the chronic purulent average atitis of application autotransplantic.

Key words: cavita mastoidalis, mastodoplastic, autotransplantic.

Актуальность. Хроническое воспаление уха является все еще распространенным заболеванием и встречается у 60 % из общего числа патологии уха среди жителей Таджикистана [5].

В настоящее время в подавляющем большинстве случаев хронические гнойные средние отиты подлежат хирургическому лечению. При выполнении saniрующих операций на ухе, хирурги стремятся не только максимально щадить элементы среднего уха, но и уменьшить размеры послеоперационной полости и сохранить архитектуру среднего уха и сосцевидного отростка [1, 2, 3, 4].

В целях мастоидопластики применяют трансплантаты из различных ауто, гомотканей, мышечно - соединительной ткани, кости и хряща, а также сочетания этих тканей и различные способы их консервации [6].

Цель исследования. Оценка эффективности мастоидопластики у детей при лечении хронического мастоидита с применением аутотрансплантатов.

Материал и методы исследования.

Нами в условиях детского Лор – отделения областной клинической больницы в 2010 – 2014 на лечении находились 65 больных, из них девочек – 38 (58,4 %), мальчиков – 27 (41,5 %) в возрасте от 3 до 14 лет. Все дети страдали воспалением среднего уха с раннего возраста осложнений мастоидитом.

Всем больным проводили комплексные обследования: рентгенография сосцевидного отростка по Шюллеру, исследования слуха проводились шепотной и разговорной речью, камертоналим исследованием, тональной пороговой аудиометрии. На рентгенограмме височной кости выявлено кариозное изменение, наличие холестеатомы среднего уха и гипопневмотизация клеток сосцевидного отростка. Всем больным произведены микрохирургические пластические saniрующие консервативно – радикальные операции с последующим восстановлением архитектуры среднего уха и сосцевидного отростка. При операции применялись трансплантаты

из различных ауто, гомотканей, мышечно – соединительной ткани, кости и хряща. Использовались также сочетания этих тканей и различные способы их консервации.

Результаты исследования. Хороший результат мы получили, когда в полость сосцевидного отростка после санирования с покрытием полости фасцией височной мышцы применяли аутокость из сосцевидного отростка, гомохрящ из носовой перегородки. Всего у 70 больных было произведена операция мастоидопластика. Мышечные измельченные ткани, а также сочетание аутокостей оказались малоэффективными. Трансплантат рассасывался с формированием тонкого слоя рубцовой ткани, возможность применения соединительной ткани, лоскута на ножке часто бывает ограничено в силу анатомической особенности размеров патологического очага. Но при небольшой трепанационной полости облитерация такими лоскутами чаще сопровождается нагноением и резорбцией пересаженного материала, чем при использовании других трансплантатов. По-видимому, это связано, как с инфицированием, так с травмой выкраиваемого в начале лоскута. Хороший результат получен от применения аутокости из сосцевидного отростка крошка из такой же кости удается заполнить мастоидальную полость у 20 (30,7 %) больных. Если кости оказывается недостаточно, то наружный отдел полости заполняли облитерирующим консервированным гомохрящом, либо мышечно – соединительными тканями, выкроенных из краев раны в конце операции. У всех больных послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением. Из стационара больные выписывались на второй недели после операции в удовлетворительном состоянии. У 52 (80%) больных оперированных больных гноетечение прекратилось, наступила эпителизация послеоперационной полости среднего уха и сосцевидного отростка. Слуховая

функция восстановлена у подавляющего большинства детей.

Заключение. Мастоидопластика с применением аутоототрансплантата у детей при лечении хронического гнойного среднего отита, осложненного мастоидитом, способствует сохранению анатомической структуры среднего уха, улучшению слуха, который является одним из эффективных методов пластической хирургии уха.

Литература:

1. Мамадова Т.Ш., Джабаров К.Д., Расулова А.К. Влияние оперативных вмешательств на среднем ухе на социальный слух больных хроническими гнойными отитами. // *Материалы научно – практической конференции « Актуальные проблемы науки и практики оториноларингологии »* Ташкент. 2008 .С. 51-52
2. Маткулиев Х.М., Маткулиев К.Х. Каримов Ж.З. Современное вопросы лечения хронических воспалительных заболеваний среднего уха. // *Среднеазиатская научно - практический журнал стоматология № 3–4. « Материалы III -го съезда оториноларингологов Узбекистана »* Ташкент – 2010. С. 40 – 44.
3. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Курмаликова Л.М. Современное состояние проблемы хирургической реабилитации больных с хроническими заболеваниями среднего уха. // *Вестник оториноларингологии.* 2002. № 3. С.25 -28.
3. Овсянников М.И. К вопросу о сохранении и формировании задней стенки наружного слухового прохода при мастоидопластике. *Журн. ушн., нос и горл. Бол.* 1975.- №1,- С.46 – 48.
4. Хан Е.М., Никифоров Г.Н. Комбинированное лечение больных рецидивирующим хроническим средним отитом // *Материалы III –ей научно – практической конференции оториноларингологов России «Наука и практика в оториноларингологии» - М., 2004. – С.231-232.*
5. Холматов И.Б. Распространенность и структура болезней органа слуха среди жителей Таджикистана. // *Здравоохранение Таджикистана* 1971. С 29 - 32.
6. Холматов И.Б., Абдурахмонов А.А., Джамолов Ф.П. Наш опыт мастоидопластики у детей при лечении хронического гнойного среднего отита. // *Материалы научно – практической конференции «Актуальные проблемы науки и практики оториноларингологии».* Ташкент. 2008. С. 78 – 79.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ НОСА

Джандаев С.Ж., Касенова Д.С., Джандаев Д.С.

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра оториноларингологии ФНПР и ДО
Астана, Казахстан

Резюме: В работе представлены сведения о клинической оценке эффективности хирургии травматического повреждения носа.

CLINICAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE NOSE SURGERY TRAUMATIC INJURIES

Dzhandaev S.Zh., Kasenova D.S., Dzhandaev D.S.

JSC «Astana Medical University»
Department of Otorhinolaryngology and to FITUR
Astana, Kazakhstan

Resume: This paper presents information on the clinical evaluation of the effectiveness of traumatic surgery of the nose.

Введение.

В последние десятилетия травматические повреждения, наряду с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, являются одной из ведущих проблем современной медицины. В общей структуре ЛОР-заболеваемости травмы носа занимают значительное место и составляют, по данным М.С. Плужникова и соавт. (2005), Соггу J., Kucik et al. (2004), от 10% до 12,5% всех повреждений лицевого скелета.

Внедрение в клиническую практику современных информативных методов исследования носа и околоносовых пазух, таких как ригидная фиброоптическая эндоскопия, ЯМРТ, компьютерная томография и др., значительно расширило существующие представления об этиопатогенезе деформаций наружного носа. Многие исследователи считают, что всю совокупность патологических и приспособительных изменений, наступающих в организме после травмы, правомерно и необходимо назвать травматической болезнью, то есть, как и в других областях медицины, целесообразно ввести в теорию и практику лечения механической травмы носа нозологический принцип (Дерябин И.И., Насонкин О.С., 1987; Плужников М.С., 2005; Сох А.ж., 2000).

В клинической практике чаще всего приходится иметь дело с сочетанной патологией носа и околоносовых пазух. Нередко

встречаются поражения нескольких синусов с теми или иными изменениями в носовой полости и наружном носе. В некоторых случаях хирургические восстановительные операции могут быть дополнены коррекцией деформации наружного носа (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2002; Rohrich R.J., Adams W.P., 2000).

Представляя собой один из наиболее распространенных видов косметических вмешательств, ринопластика характеризуется разнообразием технических элементов и приемов, используемых материалов и является сложным разделом деятельности, требующим всесторонней подготовки ринохирурга.

Результаты лечения этих больных свидетельствуют о значительном проценте их неудовлетворительных исходов (Фейгин Г.А., Кузник Б.И., 1989; Гюсан А.О., 2000; Rodriguez J.O. et al., 2003).

Целью нашего исследования явилось клиничко-патогенетическое обоснование и оценка эффективности хирургического лечения больных с травматической болезнью носа (ТБН).

Материал и методы.

Нами обследовано 232 больных (189(82%) мужчин и 43 (18%) женщин) с различными деформациями наружного носа, получивших лечение в ЛОР-отделении государственного казённо-коммунального предприятия (ГККП) 1-я больница города Астаны.

Клиническая часть работы включала сбор основных жалоб, анамнеза заболевания

и оториноларингологическое исследование по общепринятым методикам. Кроме того, мы осуществляли эндоскопическое исследование с помощью эндоскопов фирмы «Олимпус» (Япония) и жёстких эндоскопов «Карл Шторц» (ФРГ), а также проводили ринометрию, в основе которой лежит оценка общепринятых соотношений анатомических элементов носа и других частей лица. Совместно с рентгенорадиологами оценивали данные при лучевой диагностике в боковой, носоподбородочной и аксиальной проекциях на установке EDR-750B (Венгрия).

Для уточнения диагноза в некоторых сложных случаях производили компьютерную томографию и ЯМРТ.

Для изменения носового и лёгочного сопротивления был использован флоуметр фирмы «Юлтон» (Великобритания), который позволял оценить объёмную скорость инспираторного и экспираторного воздушного потоков.

Из методов исследования функционального состояния слизистой полости носа нами использовались также Рн-метрия носового секрета, исследование мукоцилиарного клиренса, термометрия слизистой полости носа.

Проводилось исследование функции внешнего дыхания: определялось бронхиальное сопротивление (Raw) и удельная проводимость бронхов (SGaw), изообъёмным плетизмографом фирмы «Morgan» (Великобритания) с регистрацией сигналов, поступающих из кабины на экран компьютера «Magna 88» (Великобритания). Пневмоскрином фирмы «Эрих Ягер» (ФРГ) производился анализ петли поток-объём для оценки проходимости бронхиального дерева на различных уровнях. Для изучения холинергических рецепторов воздухоносных путей использовался ингаляционный тест с ацетилхолином. Обратимость бронхиальной обструкции определялась с помощью ингаляции беротека.

Для комплексного изучения состояния вегетативной нервной системы у больных с травматической болезнью носа (ТБН) мы использовали методику вариационной пульсометрии, основанную на математическом анализе ритма сердца. Она позволяла объективно оценивать вегетативный статус и исследовать его динамику в процессе лечения.

Результаты и их обсуждение.

Анализ жалоб и субъективных ощущений показал, что частота отдельных жалоб зависела от

локализации ТБН. Так, больные с деформацией костного и костно-хрящевого отделов носа чаще отмечали наличие у себя расстройств носового дыхания и обоняния, а также частые простудные заболевания (85-90%).

При ринометрическом исследовании среди обследованных нами больных с ТБН у значительного числа деформация носа была представлена смещением наружного носа во фронтальной плоскости – риносколиозом (67% обследованных), реже – изменениями формы носа в сагиттальной плоскости – ринокифозом и ринолордозом (27,1%).

Среди большинства пациентов наблюдались выраженные (III степени) изменения формы носа. Причем 52 (22,4±4,0%) больных, посетили ЛОР-отделение в первые 12 месяцев, 87 (37,5±4,4%) обратились в более поздние сроки (от 1,5 до 6 лет), большая часть пациентов – 93 (40,1±4,7%) – впервые получили консультацию ЛОР-врача только через 7 и более лет после травмы.

При анализе эндоскопической картины 110 обследованных с ТБН преобладающим видом нарушений внутриносовых структур являлась деформация носовой перегородки (89,1±3,0%), несколько реже наблюдалась гипертрофия носовых раковин (70,0±2,9%), в меньшей степени регистрировались сужение носового клапана (40,0±4,7%), а также дислокация колумеллы (31,8±4,4%). У небольшого числа пациентов выявлен коллапс крыльев носа (8,2±1,3%), неполная атрезия входа в нос имела лишь у 1,8±1,3% больных.

У большинства пациентов с ТБН (78,2%) повреждения анатомических элементов носовой полости носили комбинированный характер.

При анализе 50 рентгенограмм нами отмечены поперечные и косые переломы без смещения, а также переломы в виде «птичьего клюва», нередко наблюдались многооскольчатые переломы без заметного смещения, но чаще со значительным смещением в разных направлениях, которые, как правило, сопровождалась переломами костей перегородки. Костное сращение у этих больных происходило чрезвычайно медленно. При переломах значительной давности (несколько лет) на месте перелома рентгенологически определялось полное костное сращение. Различные изменения прозрачности ОНП наблюдались у 45 (90,0±2,4%) пациентов с ТБН. В большинстве случаев

Таблица 1. Результаты ринологического исследования

Функциональные показатели	Контрольная группа	Искривление перегородки носа	Ринолордоз	Ринокифоз	Риносколиоз	Сочетанная ТБН
	I	II	III	IV	V	VI
рН-метрия	6,9±0,2	7,2±0,3	7,3±0,3	7,3±0,3	7,5±0,5	8,1±0,4
Мукоцилиарный клиренс (мин)	11,9±0,8	13,8±4,4	23,3±3,05	17,6±3,08	22,1±0,8	26,1±4,5
-		P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01
Флоуметрия, инспираторный поток (л/мин)	210±15,6	101,7±24,6	88,6±22,4	68,8±22,2	42,5±9,6	36,9±11,1
		P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01

Таблица 2. Результаты вариационной пульсометрии у больных ТБН

	Контрольная группа	Искривление перегородки носа	Острые переломы костей носа	Поздние переломы костей носа	Сочетанные переломы костей носа
	I	II	III	IV	V
Мо (с)	0,796±0,041	0,856±0,036	0,893±0,09	0,941±0,12	0,978±0,123
АМо (%)	27,3±3,16	23,6±2,47	19,8±2,19	15,5±3,16	12,2±3,59
ΔX (с)	0,185±0,017	0,195±0,015	0,228±0,03	0,26±0,034	0,229±0,028
ИН	94,7±16,8	71,7±11,6	50,4±10,7	33,9±12,3	22,0±8,98
<u>АМо</u> ΔX	147,0±24,2	123,0±17,7	89,2±15,8	61,3±18,8	41,1±13,4

рентгенологические изменения локализовались в верхнечелюстных пазухах (69,1±4,9%), реже – в лобных (10,2±4,8%) и клетках решётчатой кости (20,7±5,3%).

Ринологическое обследование показало закономерное нарастание патологических изменений по мере увеличения сроков заболевания (таблица 1).

С целью изучения рефлекторных ринобронхиальных взаимоотношений у больных с ТБН на базе лаборатории клинической физиологии дыхания было обследовано 142 больных. Среди обследованных 87 пациентов были с сочетанными травмами наружного носа, 35 – с риносколиозом, 20 – с искривлением перегородки носа без сопутствующей патологии

лёгких.

Анализ полученных данных показал, что больные одной и той же клинической группы по-разному реагировали на один и тот же провокационный стимул. Нами были зарегистрированы ответные реакции в виде бронхоконстрикции или бронходилатации.

Исследования показали, что у 35% больных с искривлением перегородки носа без сопутствующей патологии лёгких имели место умеренные обструктивные нарушения вентиляционной способности лёгких. Следует учесть, что у обследованной группы больных риносколиозом нарушение вентиляционной способности лёгких были обнаружены только в 25,7% случаев (для сравнения, у

Таблица 3. Характер травматической болезни носа

Характер деформации	Количество больных	%
1.Сочетание деформации наружного носа и носовой перегородки:		
А) искривление перегородки носа + риносклолиоз	80	23,4
Б) искривление перегородки носа + ринокифоз	23	6,7
В) искривление перегородки носа + ринолордоз	18	5,3
Г) искривление перегородки носа + комбинированная деформация носа	178	52,0
2.Дефекты крыльев носа	17	5,0
3.Деформации наружного носа без искривления перегородки носа	26	7,6
Всего:	342	100,0

Таблица 4. Показатели флоуметрии (ИП) и лёгочного экспираторного потока (ЭП) после ринохирургических вмешательств (в л/мин)

Диагноз	Число больных	Название операции	Показатель	Исходные данные до оперативного вмешательства	Данные флоуметрии и лёгочного экспираторного потока после операции	
Искривление перегородки носа	30	Подслизистая резекция перегородки носа	ИП	114,6±14,5	44,0±3,1	80,0±6,4
			ЭП	304,2±18,0	391,7±12,5	470,0±14,3
Риносклолиоз	36	Репозиция	ИП	42,2±3,5	62,0±2,7	43,3±0,9
			ЭП	207,9±13,3	322,0±9,0	253,3±9,0
Сочетанная травма носа	34	Остеотомия	ИП	50,8±4,1	110,8±11,1	100,8±10,8
			ЭП	267,5±11,2	295,0±10,1	305,0±14,5

больных сочетанной травмой носа – у 81,6%). Следовательно, искривление перегородки носа в определённой мере можно рассматривать в качестве фактора, предрасполагающего к развитию функциональных нарушений лёгких.

При анализе петли поток- объём оказалось, что у больных с искривлением перегородки носа нарушения регистрировались на уровне средних и мелких бронхов (Ve50 – 15%; Ve75 – 25% больных), а у больных сочетанной травмой носа и риносклолиозом – преимущественно на уровне мелких бронхов.

Таким образом, проведённые исследования показали наличие гиперчувствительности и гиперреактивности бронхов с деформациями костей носа без сопутствующих заболеваний лёгких.

Влияние ТБН на структуру ритма сердца были подтверждены данными вариационной

пульсометрии, свидетельствовавшим о смещении моды (Mo) кардиоинтервалограмм вправо с одновременным увеличением вариационного размаха (ΔX) и снижением амплитуды моды (AMo) (таблица 2). Выявленные изменения характеризовались, как парасимпатические, на фоне которых ацетилхолин повышал проницаемость мембраны для калия, что замедляло развитие диастолической деполяризации и приводило к урежению ритма или изменению автоматии.

При хирургическом лечении пациентов с врожденными и приобретенными деформациями носа придерживались тактики одномоментного вмешательства на эндоназальных структурах (носовая перегородка, раковины) и костно-хрящевой пирамиды носа в условия общей или местной анестезии. Кроме традиционных способов проведения остеотомии костей

Таблица 5. Непосредственные и отдалённые результаты лечения ТБН сочетанной формы (в%)

Результат	Непосредственно после лечения		В отдаленные сроки	
	Абс.	%	Абс.	%
«Хороший»	41	55,4	32	43,2
«Удовлетворительный»	25	33,8	30	40,6
«Неудовлетворительный»	8	10,8	12	16,2
Всего	74	100,0	74	100,0

носа долотом при риносколиозе, мы использовали метод мобилизации костей носа по Ю.А.Устьянову (1997), модифицированный нами.

С 20002 по 2008 гг. проведены ринохирургические операции при различной патологии носа у 342 пациентов. Характер травматической болезни носа у лиц, подвергшихся хирургическому лечению, отражен в таблице 3.

Послеоперационное обследование больных проводили в ближайшие дни после операции, перед выпиской из стационара, а также в отдаленные сроки после операции: через 2 и 6 месяцев, а также после одного года, 2, 3 и 5 лет.

Определение мукоцилиарного клиренса с помощью сахаринového теста в различные сроки послеоперационного периода не выявило достоверных различий по сравнению с контрольной группой ($7,9 \pm 1,1$), а также с показателями зарегистрированными на 30 день ($14,0 \pm 0,5$) после операции ($P > 0,05$).

При анализе данных, отраженных в таблице 4, видно, что при подслизистой резекции перегородки носа происходит стабильное улучшение экспираторного потока на фоне незначительных изменений инспираторного носового, который к моменту выписки остается ниже исходного дооперационного. По нашему мнению, это можно объяснить реактивными явлениями в полости носа в раннем послеоперационном периоде.

Достоверные улучшения экспираторного и инспираторного потоков наблюдается на 3-й день после репозиции костей носа, но этот эффект исчезает на 5-й день, что можно объяснить наличием отека слизистой в ответ на операционную травму.

В отличие от предыдущих групп больных, пациенты после остеотомии дают четкие улучшения как экспираторного лёгочного, так и инспираторного носового потоков, что,

по нашему мнению, может быть связано с ликвидацией препятствия для движения воздуха.

При наблюдении больных в различные сроки после операции (от 3 месяцев до 3 лет), было установлено, что положительный эффект комплексного лечения на течение обструктивного бронхита аллергической этиологии существует в течение 6-8 месяцев после операции. Затем необходимо медикаментозная коррекция заболевания.

Сравнивая непосредственные и отдаленные результаты в одной и той же группе больных, мы пришли к выводу, что только отдаленные результаты позволяют получить истинную картину результатов лечения (таблица 5).

Из таблицы 5 видно, что 87% случаев они были «хорошими» и «удовлетворительными». Проведя анализ неудовлетворительных исходов лечения, мы пришли к выводу о необходимости пересмотра и доработки ряда существующих методик лечения ТБН.

Выводы:

1. Специфические патологические изменения слизистой оболочки полости носа и соответствующие им клинические проявления, возникающие в начальные часы и дни после травмы, а также процессы, происходящие в более поздний период, укладываются в рамки травматической болезни. В связи с этим необходим этиопатогенетический подход классификаций травм носа и дальнейшая оптимальная тактика хирургических вмешательств с учётом функциональной и восстановительной эндоскопической риносинусохирургии.

2. Деформации наружного носа в 81,6% случаев приводят к изменению вентиляционной способности лёгких и в 95,1% - к изменению структуры ритма сердца с преобладанием парасимпатических влияний, что подтверждает существование ринобронхиального и ринокардиального рефлексов.

3. Способы одномоментного функцио-

нального эндоназального хирургического вмешательства позволяют получить хорошие и удовлетворительные результаты 87% оперированных больных, а также сократить сроки лечения.

Литература:

1. Гюсан А.О. Восстановительная риносептопластика // Санкт-Петербург, «Диалог», 2000.-192 с.
2. Дерябин И.И., Насонкин О.С. Травматическая болезнь. – Л.: Медицина, 1987. – 304 с.
3. Консервативные и хирургические методы в ринологии / Под ред. Заслуженного деятеля наук РФ, проф. М.С. Плужникова. – Санкт-Петербург: Диалог, 2005. – 440 с.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М.: «Миклош», 2002. – 390 с.
5. Устьянов Ю.А. Новый метод остеотомии при сколиозе носа // Российская ринология. – 1996. – №1. – С. 46-53.
6. Corry J. Kucik, LT, MC, USN, Timothy Clenney, CDR, MC, USN and James Phelans, CDR, MC, USN // American Family Physician. – 2004. – Vol. 70, N 7. – P. 1315-1320.
7. Cox Aj. Nasal fractures – the details Facial Plast. Surgery. – 2000. – N 16. – P. 87-94.
8. Rodriguez J.O., Lavina A.M., Agorwal A. Prevention and treatment of common eye injuries in sports // Am Fam Physician. – 2003. – Vol.67. – P. 1348-1488.
9. Rohrich R.J., Adams W.P. Jr Nasal fracture management: minimizing secondary nasal deformities // Plast. Reconstr. Surgery – 2000. – 106:2668:77.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЕПТОПЛАСТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА И НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА НИКЕЛИД – ТИТАНА

Порсоев А.С., Очилова Б.А., Олимбоева Ф.А.

Лор клиника Худжандского отделения Таджикского института
последипломной подготовки медицинских кадров
Согдийская областная клиническая больница
Худжанд, Таджикистан

Резюме: В работе проведено изучение отдаленных результатов оперативного метода лечения септопластики с применением пластического материала никелид – титанового у 45 больных с деформацией наружного носа, возникшие вследствие давно перенесенной травмы. Отдаленные результаты оперативного метода лечения доказывают, что септопластика с применением пластического материала из никелид – титана является наиболее эффективным методом хирургического лечения при травматических деформациях носа и носовой перегородки и дает хорошие функциональные результаты. Она может быть рекомендована для широкого применения в практической оториноларингологии.

Ключевые слова: деформация, никелид – титан, септопластика, косметический.

LONG-TERM RESULTS WITH SEPTOPLASTY TRAUMATIC DEFORMITIES OF THE NOSE AND NASAL SEPTUM USING A PLASTIC MATERIAL NIKELID – TITANIUM

Porsoev A.S, Ochilova B.A Olimboeva F.A

ENT Clinic Khujand Branch Tajik Institute of Postgraduate medical training
Sughd Regional Hospital
Khujand, Tajikistan

Resume: In the work the study of long-term results of operative treatment septoplasty using plastic material of nikelid - titanium in 45 patients with the deformation of the external nose caused by long injury. Long-term results of surgical treatment proves that septoplasty using plastic material of nikelid - titanium is the most effective method of surgical treatment of traumatic deformities of the nose and nasal septum and gives good functional results . It can be recommended for wide practical applications in otorhinolaryngology.

Keywords: deformation, nikelid - titanium, septoplasty, cosmetic.

Актуальность. Проблема хирургического лечения больных с деформациями носа является актуальной задачей оториноларингологии. Известно, что деформация наружного носа в большинстве случаев имеет посттравматический характер и сопровождается нарушением носового дыхания [1].

При стойких деформациях наружного носа кроме косметического дефекта отмечается нарушение архитектоники полости носа и околоносовых пазух. Следовательно, разработка современных методов хирургической коррекции комбинированных деформаций наружного носа и носовых пазух остается актуальной [1, 6].

В последнее время в ринологической практике применяются различные варианты септопластики с целью устранения косметического дефекта носа и носовой перегородки [5, 6].

В литературе имеются сообщения о варианте септопластики с применением пластического материала никелид – титанового

протеза [2, 3, 4]. Но отдаленные результаты эффективности данного варианта септопластики с применением пластического материала никелид – титанового протеза для косметического устранения деформации носа и носовой перегородки не изучены.

Цель. Целью нашей работы является изучение отдаленных результатов оперативного метода лечения септопластики с применением пластического материала никелид – титанового протеза для косметического устранения деформации носа и носовой перегородки.

Материалы и методы исследования. В период с 2009 - 2013 гг. в условиях лор – клиники Согдийской областной больницы под нашим наблюдением находились 45 больных с деформацией наружного носа возникшие вследствие давно перенесенной травмы. У всех 45 больных выявлена деформация наружного носа в сочетании с выраженным искривлением его перегородки. Возраст больных от 16 до 42 лет. Мужчин – 30 (66,6 %), женщин –

15 (33,3 %). У всех больных имело место грубое искривление носовой перегородки с нарушением носового дыхания и деформацией наружного носа. Деформация наружного носа были в виде западения ската носа у – 12 (26,6 %) больных, седловидный нос у – 18 (40 %) больных, западание наружного носа у 8 (17,7 %) больных и у 7 (15,5 %) больных имелся дефект на перегородке носа в виде отверстия. Всем больным проведено предоперационное и послеоперационное обследование, включающие осмотр лор – органов с функциональным исследованием носа, рентгенографию костей носа и околоносовых пазух, оценка состояния наружного носа с фотографированием, а также клинко – лабораторные исследования. Все исследования проведены до операции и через 6 и 12 месяцев после хирургической коррекции деформации наружного носа в сочетании с выраженным искривлением его перегородки.

Никелид – титан – это интерметаллид эквивалентного состава с 55 мес % Ni температура плавления 1240 – 1310 °С, плотность 6,45, г/см.² Исходная структура никелид - титана стабильная объёмно – центрированная кубическая решетка типа Cs Cl претерпевает термоупругое мартенситное симметрии, хорошо совместим с живимы организмам, с хорошим формузаломинациям.

Нами разработан вариант септопластики с применением никелид – титанового протеза для косметического устранения деформации носа и носовой перегородки [3, 4, 5].

Результаты. Всем пациентам произведены пластические операции в соответствии с характером патологии. С целью устранения косметического дефекта наружного носа производили септопластику с применением пластинок из никелид – титана. У всех больных имелось место грубые искривления носовой перегородки с нарушениями носового дыхания и деформацией наружного носа.

Всем больным произведена операция одномоментная подслизистая резекция носовой перегородки с последующей пластикой наружного носа и дефекта на носовой перегородке т.е. закрытия отверстия с помещением пластинок из никелид – титана.

Под общим интубационным обезболиванием произведен разрез по переходной складки с целью подслизистой резекции искривленной части носовой перегородки для

восстановления носового дыхания. Вторым этапом после полного удаления девиации, шипов и гребней в зависимости от величины и формы деформации, продолжали разрез к верху и по крыльям носа дугообразно при помощи ножницы сделали подкожный туннель соответственно размеру деформации наружного носа. Предварительно подготовленную по форме деформации пластинок из никелид – титана помещали в подкожный туннель, затем послеоперационную рану слизистого носа сопоставляли друг к другу, но не зашивали. Оперативные вмешательства заканчивали щадящей тампонадой полости носа на 1- 2 дня. Затем накладывали гипсовую лангету в виде бабочки на 5 – 7 суток. Тампоны оставляли в носовой полости на 48 часов.

Полученные результаты и их обсуждения. Эффективность операции оценивали перед выпиской и спустя 6 и 12 месяцев после хирургической коррекции деформации наружного носа и носовой перегородки по двум параметрам: 1. Форма наружного носа; 2. Носовое дыхание. В результате проведения оперативных вмешательств с использованием вариантов септопластики с применением пластинок из никелид – титана удалось устранить косметический дефект наружного носа и перегородки носа у всех оперированных больных с сохранением опорной функции носовой перегородки. Проведенное хирургическое вмешательство позволило не только устранить деформацию наружного носа и перегородки носа, но и восстановить основные функции носа, прежде всего дыхательную, защитную и обонятельную. Нормализовалась рентгенологическая картина костей носа и околоносовых пазух.

Отдаленные результаты оперативного метода лечения септопластики у 45 больных с применением методики операции септопластики с использованием пластического материала из никелид - титана для устранения косметической деформации носа и носовой перегородки позволило достигнут хороший функциональный результат у 38 больных (84,4 %), улучшением – 5 (11,1 %), эффект от проведенного лечения отсутствовал – у 2 пациентов (4,4 %).

Таким образом, отдаленные результаты оперативного метода лечения доказывают, что септопластика с применением пластического материала из никелид – титана является

щадящей, благоприятно сказывается на восстановлении функции оперируемого органа и устранению косметического дефекта и является наиболее эффективным методом хирургического лечения при травматических деформациях носа и носовой перегородки. Следовательно, дает хорошие функциональные результаты, более доступен для практических ринохирургов.

Литература:

1. Боймуродов Ш.А., Исматов Х.Х., Шоумаров А. Оценка риносептопластики при деформациях наружного носа с нарушением носового дыхания.

// Сборник тезисов II – научно – практической конференции «Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики врожденных и приобретенных патологий в детской оториноларингологии». Ташкент . 2012. С. 14 – 16.

2. Порсоев А.С., Алиджанов У.А., Каримов Т.М., Файзуллоев С.А. «Наш опыт септопластики при травматических деформациях носа и носовой перегородки». // Среднеазиатский научно - практический журнал стоматологии № 3 – 4. «Материалы III - съезда оториноларингологов Узбекистана» Ташкент – 2010. С. 224 – 225.

3. Порсоев А.С., Таджибаев Ю.Г., Каримов Х.Д. Оценка эффективности применения никелид – титана для септопластики при травматических деформациях носа и носовой перегородки. // Годичная научно – практическая конференция с участием международных специалистов, посвященное 80 – летию член – корр. РАМН, профессору Ю.Б. Исхаки. Душанбе. 2012 . С. 63 -65.

4. Порсоев А.С., Файзуллоев С.А., Каримов Т.М., Джалилов Д.А. Эффективность септопластики при травматических деформациях носа и носовой перегородки// Материалы научно – практической конференции Согдийской областной клинической больницы «Актуальные проблемы медицины», посвященная 80 – летию заслуженного врача Республики Таджикистан С. Кутфитдинова. Худжанд. – 2013. С.111– 114.

5. Хатамов Ж.А., Мухаммадиев О.Ш., Хатамов И.О., Нурмухамедов Ф.А. Принципы реконструктивной операции при деформации наружного носа // Среднеазиатский научно - практический журнал стоматологии № 3 – 4 « Материалы III - съезда оториноларингологов Узбекистана » Ташкент – 2010. С. 160 – 161.

6. Ягельский В.Г., Кузменко Д.Е., Ягельский Е.В., Ковалева А.В., Ступак Е.А. Вариант хирургического лечения многоосевых деформации носовой перегородки. // Рос. ринология. 2007. №2. С.103 – 104.

НАШ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Очилзода А.А., Абдусаторов А.А., Сулаймонов И.И.,
Шерматов Т.Р., Ходжибаев И.Х.

Худжандский городской центр здоровья № 2
Согдийская детская областная клиническая больница
Худжанд, Таджикистан

Резюме: Авторами дана оценка эффективности реабилитации 75 детям в возрасте от 3 до 5 лет нейросенсорной тугоухостью в сочетании с детским церебральным параличом, применяли современные методы лечения в сочетании сурдопедагогических занятий при помощи звукоусиливающего стационарного аппарата «Аудиофильтр МТ». Полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения консервативного метода лечения с предварительным сурдопедагогическим занятием с использованием звукоусиливающих приборов «Аудиофильтр МТ», при нейросенсорной тугоухости в сочетании с детским церебральным параличом

Ключевые слова: реабилитация, нейросенсорная тугоухость, детский церебральный паралич, звукоусиливающий аппарат «Филтр - МТ».

EFFICENCY COMPLEX TREATMENT CHILDREN COMBINATION SENSORINERAL TUGOUHOCTICTREBRAL Palsy

Ochilzoda A.A., Abdusatorov A.A., Sulaimonov I.I.,
Shermatov T.R., Hodjibaev I. H.

Khujand city health center number 2
Sughd Oblast Children's Clinical Hospital
Khujand, Tajikistan

Resume: The authors evaluated the effectiventsss of rehabilitation of 75 children aged 3 to 5 years with sensorineural loss and cerebral palsy who used modtrn methods of treatment in conjunction with surdopedagogicheskimi classes with a stationry sound amplifying device «Audio Filter MT.» The data obtained sveditestelsvuyut whether to apply a conservative treatmntnt with pre – surdopedagogicheskim activity, using sound – ampling devce «Audio Filter MT», with pre – surdopedagogicheskim activity, sound – amplifying device «Audio Filter MT», with sensorintural hearing loss in conyuction with cerebral palsy.

Key words: rehabilitation, sensorinthal deafness, cerebrsl palsy, sound amplifying devict.

Актуальность. За последние годы отмечается тенденция к росту числа детей с тугоухостью, обусловленной патологией внутреннего уха в сочетании с церебральным параличом, что определяет актуальность исследований, направленных на повышение эффективности медицинской и социальной реабилитации больных [2, 4]. У детей с церебральным параличом могут быть повреждены нервы, идущие от уха к тем частям мозга, в которых обрабатываются звуковые сигналы. Для детского церебрального паралича в сочетании нарушения слуха специфичен процесс развития речи. К нарушениям слуха, которые сами по себе препятствуют полноценному развитию речи, особенной устной, присоединяется речевое нарушение, такое как дизартрия. Двигательные нарушения сказываются на овладении дактильной и письменной форм речи [1, 5].

В современной специальной психологии

и специальной педагогике, а также медицинском аспекте, повышенное внимание придаётся категории детей с комплексными нарушениями развития, объясняется возрастающим их количеством, а также отсутствием разработок по их изучению и оказанию им квалифицированной помощи, способствующей реабилитации, социализации, интеграции [2, 4, 5]. Исходя из этого выработана в г. Худжанде целая система лечебных и оздоровительных мероприятий для больных детским церебральным параличом в сочетании с нейросенсорной тугоухостью.

В настоящее время при городском центре здоровья г. Худжанде функционирует детский сурдологопедический кабинет, медико - психолого - педагогическое отделение, реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями «Манбаи меҳр» при детском саде № 26, где с больными ДЦП в сочетании с нейросенсорной тугоухостью

проводятся медикаментозные методы лечения и сурдопедагогические занятия, восстановление двигательных нарушений центрального происхождения и борьба с контрактурами, стимуляция воспалительных процессов в нервной системе.

В доступной литературе [1], мы не встретили достаточных сведений, касающихся о эффективности лечения больных детским церебральным параличом в сочетании с нейросенсорной тугоухостью.

Цель работы. Целью нашей работы является оценка эффективности лечения детей нейросенсорной тугоухости в сочетании с детским церебральным параличом современными методами медикаментозного лечения, физиотерапевтического воздействия на больных с различными формами детского церебрального паралича и сурдопедагогических методов реабилитации при помощи звукоусиливающего стационарного аппарата «Аудиофильтр МТ».

Материал и методы исследования.

Нами обследовано 75 детей в возрасте от 3 до 5 лет за период 2009 – 2013 гг. в условиях областного детского сурдологического центра, медико – психолого - педагогического отделения городского центра здоровья г. Худжанда. Мальчиков – 41 (54,6 %), девочек – 34 (45,3 %). Всем больным проводили полное оториноларингологическое обследование, исследование слуха с использованием игровой тональной и игровой речевой аудиометрии на таджикском языке в свободном звуковом поле, разработанные нами и обследование неврологического статуса ребенка, КТ и МРТ головного мозга, регистрировали ЭЭГ, РЭГ, ЭХОЭГ, консультация невролога, окулиста с целью выявления признаков детского церебрального паралича.

Результаты и их обсуждение.

В результате обследования 75 детей в возрасте от 3 до 5 лет за период 2009 – 2013 гг. в условиях областного детского сурдологического центра был установлен ДЦП с задержкой речевого развития. В основе нарушения слуха лежали различные факторы, в частности дефекты внутриутробного развития у 17 детей, (22,6 %), недоношенность у 22 детей, (29,3 %), родовая травма у 24 детей (32 %), асфиксия при обвитом пуповиной у 6 детей (8 %). Помимо этого, имели значение и некоторые заболевания, перенесенные в раннем возрасте, например такие вирусные

инфекции, корь, эпидемический паротит, грипп, менингит и воспалительные заболевания среднего уха у 12 детей (16 %). У восьми детей причиной нарушения слуха была гемолитическая болезнь новорожденного, у 4 (5,3 %) причиной потери слуха явилось применение больших доз стрептомицина, гентамицина, мономицина, трое детей имели наследственную глухоту, у восьми детей родители были в родственном браке, у 14 (18,6 %) детей выяснить причину глухоты не удалось. У 75 детей неврологом и сурдологом были установлены тяжелые формы ДЦП в сочетании с нейросенсорной тугоухостью и грубые речевые расстройства. У – 26 (34,6 %) больных выявлены двойная гемиплегическая форма, у – 23 (30,6 %) гемиплегическая, у – 16 (21,3 %) спастическая параплегия и у – 10 (13,3 %) атоническо – астатическая форма. Из этого же числа детей установлены у - 32 (42,6 %) детей нейросенсорная тугоухостью инфекционной этиологии, у – 27 (36 %) детей тугоухость медикаментозной происхождения, у – 16 (21,3 %) детей тугоухость на почве родственного брака. Всем детям после обследования в детском сурдологическом центре с нейросенсорной тугоухостью в сочетании с ДЦП назначались препараты, обеспечивающие улучшение или восстановление обменных процессов нервной ткани звукового анализатора, циркуляцию крови в области органов слуха (среднего и внутреннего уха, лабиринта, слухового нерва и т.д.), а также обогащение крови веществами, уменьшающими кислородное голодание тканей (гипоксию) и производили слухопротезирование.

Всем больным проводилось следующие медикаментозное лечение: применение вазоактивных препаратов, улучшающих церебральную гемодинамику и микроциркуляцию стугерон по 0,025, кавинтон 0,005 перорально по 1 таблетке, 3 раза в день, в течение месяца или раствора кавинтона по 2,0 мл на физиологическом растворе внутривенно капельно. С целью активизации обменных процессов в нервной ткани звукового анализатора, улучшение клеточного метаболизма, повышение энергетического баланса внутреннего уха проводилось лечение инъекциями АТФ по 2,0 внутримышечно, кокарбоксилазы по 100мг, витаминов В₆, В₁₂ в течение двух недель. Стимулирующая терапия включает назначение препаратов влияющих на звуковой анализатор и улучшающих синаптическую передачу нервных

импульсов (экстракт алоэ, стекловидное тело, ФИБС, гумизоль, церебролизин, кортексин, оксибрал, аминалон, мидокалм, в общепринятых дозировках в течение месяца) и физиотерапевтические методы (ЛФК, точечный массаж, синусоидально-модулированный ток, амплипульстерапия, электрофорез с мумие, йодистым калием, хлористым калием, лидазой и квантовая терапия). Всем детям проводились ежедневные сурдопедагогические занятия в течение 1-го месяца при помощи звукоусиливающего стационарного аппарата «Аудиофильтр МТ» с применением таджикских фонем, который даёт возможность выявить разборчивость речи или определённых звуков и речи в условиях «срезания» определённых частот [3]. В программу включены различные занятия с детьми по развитию речи и слуха, проведение занятий, направленных на социальную адаптацию ребенка, занятие по развитию эмоциональной сферы. В соответствии с различными программами физиотерапевты, терапевты, учителя, медсестры, социальные работники и другие профессионалы помогают как семье, так и ребенку (с использованием соответствующих медикаментов, оперативного вмешательства, ортопедических аппаратов и т.д., способствующих улучшению нервно-мышечной координации и устранению, либо предотвращению дисфункции). А также применяли седативные средства, действующие на центральную нервную систему (элиениум, седуксен, тазепам в общепринятых дозировках).

Результаты проведенного комплексного курсового лечения показали, что у детей значительно улучшилась двигательная сфера, нормализовался мышечный тонус, расширились бытовые навыки самообслуживания, дети стали самостоятельно брать руками игрушки, ложку, стали передвигаться при помощи посторонних. Проведение ежедневных сурдопедагогических занятий постепенно дети стали пытаться повторять за педагогом произносимые звуки, начиная артикуляторно с наиболее простых. В первую очередь необходимо сформировать у ребенка необходимость в речевом общении. В процессе обучения используется письмо и чтение (глобальное, послоговое). Результаты

развития устной речи у детей различны. Однако, при условии интенсивной помощи родителей к концу первого курса обучения, ребенок начинает активно имитировать речь окружающих людей. У большинства детей удается сформировать через 1,5 года с момента проведения операции умение строить высказывание из нескольких слов, экспрессивный словарь ребенка при этом составляет не менее 50 слов. Через 2 года у ребенка формировалась связанная речь, позволяющая детям общаться в быту, рассказывать об увиденном, читать стихи, петь песенки. Это опережает сроки формирования речи у тугоухих детей раннего возраста в сочетании с ДЦП.

Заключение. Таким образом, эффективность лечения детей нейросенсорной тугоухостью в сочетании с детским церебральным параличом достигается применением комплекса медикаментозной лечения и новых физиотерапевтических методов лечения и одномоментных сурдопедагогических занятий при помощи звукоусиливающего стационарного аппарата «Аудиофильтр МТ»

Литература:

1. Жигорева М.В. Опыт реабилитации детей с нарушениями слуха и детским церебральным параличом. // *Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы науки и практики оториноларингологии».* Ташкент. 2008. С.46-48.
2. Мамаджанов М.М., Холматова М.М. Опыт лечения больных детскими церебральными параличами. // *Материалы I-ой научно-практической конференции педиатров Согдийской области.* Худжанд.-2006. С.278-279.
3. Очилзода А.А., Иброгимов М.Ю. Таблица таджикских фонем для исследования слуха у детей. // *Тезисы докладов научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и специалистов Ленибадской области.* Худжанд. 1996.-ч. 2. - С.137 – 138.
4. Рахмонов Р.А., Ходжаев Ф. А., Шарофиддинов И.А. Детский церебральный паралич в республике Таджикистан. // *Материалы Греспубликанской конференции неврологов «Актуальные вопросы неврологии».* Журн. Здравоохранения Таджикистана №1. 2012. С. 149- 152.
5. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. *Закон и порядок Москва, 2007. 60 с.*

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ПРЕДЛЕЖАНИЕ СИГМОВИДНОГО СИНУСА

Изаева Т.А., Миненков Г.О., Насыров М.В., Кочкорова А.К.

Кыргызско-Российский Славянский университет
кафедра офтальмологии и оториноларингологии

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева

кафедра ЛОР-болезней

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в данной статье описан случай из практики - больной с предлежанием сигмовидного синуса проводилась реоперация на левом среднем ухе.

Ключевые слова: сигмовидный синус, отит, остеома, сосцевидный отросток.

ПРАКТИКАДАН АЛЫНГАН УЧУР. СИГМОВИДДИК СИНУСТУН ЖАЙГАШЫШЫ

Изаева Т.А., Миненков Г.О., Насыров М.В., Кочкорова А.К.

Кыргыз-Россия Славян университети

офтальмология жана оториноларингология кафедрасы

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

кулак, мурун жана тамак кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Аталган макалада солортонку кулагына кайра операция жасалган сигмовиддик синустун жайгашышы боюнча оорулунун практикадан алынган учуру.

Негизги сөздөр: сигмовиддик сөздөр,остеома, отит, урчуктуу өсүндү.

INCIDENT FROM PRACTICE. PRESENTATION OF SIGMOID SINUS

Izaeva T.A., Minenkov G.O., Nasyrov M.V., Kochkorova A.K.

Kyrgyz-Russian Slavic University

Department of Ophthalmology and Otolaryngology

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

ORI-HNS Chair

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: in this article describes an incident from practice – patient with presentation of sigmoid sinus had taken re-operation on the left middle ear.

Key words: sigmoid sinus, otitis, osteoma, mamilliformprocessus.

Проблема отогенных внутричерепных осложнений остается одной из актуальных, поскольку наибольшая летальность среди ЛОР больных в современных условиях наблюдается при вне - внутричерепных осложнениях ушного происхождения. До внедрения в практику антибиотиков более 25% стационарных больных оториноларингологического профиля составляли лица с отогенными осложнениями.

Значительные успехи в области медицины внедрение в практику КТ и МРТ, за последние несколько десятилетий позволило значительно

снизить частоту отогенных осложнений, улучшить диагностику и уменьшить летальность.

Актуальность внутричерепных осложнений возникает 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 приводит к обнажению твердой мозговой оболочки до 32% случаев, сигмовидного синуса в 39%, разрушает костную стенку горизонтального полукружного

канала 20% случаев, лицевой нерв 9%(8). Неоспоримы достижения в их комплексном изучении, однако, успехи отечественной и зарубежной медицинской науки оказались пока недостаточными, чтобы устранить опасность возникновения осложнений.

Клинические симптомы:

Предлежание сигмовидного синуса

- Припухлость и болезненность в области сосцевидного отростка.

- Симптом Грингера – ограниченная припухлость и болезненность по заднему краю сосцевидного отростка.

- Болезненность при прощупывании по ходу яремной вены в верхней ее части, иногда в виде утолщенного твердого тяжа.

- Болезненность при ощупывании в верхней трети заднего шейного треугольника (симптом Мэтьюна) наступает лишь в поздних стадиях.

- Головные боли на больной стороне умеренные.

- Серьезные мозговые симптомы (параличи, различные виды афазии и т.д.) говорят о осложненном синустромбозе. При неосложненном течении сознание не помрачено, возможна легкая психическая депрессия.

- Изменения глаз редко наблюдается при неосложненном синустромбозе, и чаще указывает на сопутствующий менингит и мозговой абсцесс.

- Симптом со стороны нервов. Так как вместе с поперечной пазухой выходит ряд нервных стволов- *vagus*, *accessories*, *glossopharyngeus*, то иногда наблюдаются изменения со стороны этих нервов: замедление пульса, охриплость голоса, затруднение дыхания, спазмы в грудино-ключично-сосцевидной мышце.

- Температура скачущего характера с высоким колебанием, ознобы несколько раз в день.

- Общий вид больного: лицо бледное или землистого цвета. Язык сухой, обложен. Больной производит впечатление сильно страдающего человека.

Сепсис

- Температура тела не скачет, все время держится на высоких цифрах, ознобы отсутствуют, так же, как и метастазы.

- Септический эндокардит, гепатит, нефрит, энтерит и увеличение селезенки.

- Пульс мал, част, нитевиден, едва ощутим.
- Кожа бледная, язык обложен.
- Рвота, понос, отсутствие аппетита.
- Тяжелые нарушения со стороны ЦНС.
- Смерть наступает быстро уже в первые дни болезни.

- В крови лейкоцитоз.

Больная Молдован Л.А. 1960 г.р. 9 история болезни №12235/714) поступила с жалобами на сильную головную боль, сниженный слух слева, боли в левом ухе, гноетечение из левого уха, общую слабость.

Со слов больной вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение трех лет. Год назад оперировалась в г. Калининград по поводу хронического среднего отита. Улучшение после операции не отмечалось. В связи с чем обратилась в ЛОР отделение НГМЗКР для оперативного лечения.

При поступлении общее состояние больной относительно удовлетворительное. Сознание ясное. На вопросы отвечает понятно. На болевые раздражители реагирует. Перенесенные заболевания - ОРВИ. Наследственность неотягощена. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Красный дермографизм. Мышечный тонус в норме. Движения в конечностях в полном объеме. В позе Ромберга устойчив. Симптом Кернига отрицательный. ЧД 16 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст, ЧСС 65 ударов в минуту. Зрачки узкие, реакция на свет есть. Глазные щели симметричные, со стороны других органов изменений нет.

При отоскопии:

AD - ушная раковина обычной формы. Наружный слуховой проход широкий. При пальпации области козелка и сосцевидного отростка безболезненны. Барабанная перепонка серая, с перламутровым оттенком, опознавательные знаки контурируются.

AS - ушная раковина обычной формы. В заушной области послеоперационный рубец примерно 3,5см. Пальпация в области сосцевидного отростка безболезненна, особенно на верхушке. При отоскопии наружный слуховой проход заращён кожей и послеоперационным рубцом. Барабанная перепонка не визуализируется.

На рентгеновской компьютерной томографии височных костей от 21.04.2014 исследование выполнено в аксиальной плоскости,

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

в режиме последовательного сканирования толщиной среза 0,3 мм. Состояние после операции на пирамиде височной кости слева.

Наружный слуховой проход справа обычной формы и размера, без патологического содержимого и дополнительных объемных образований. Сосцевидные отростки сформированы по пневматическому типу.

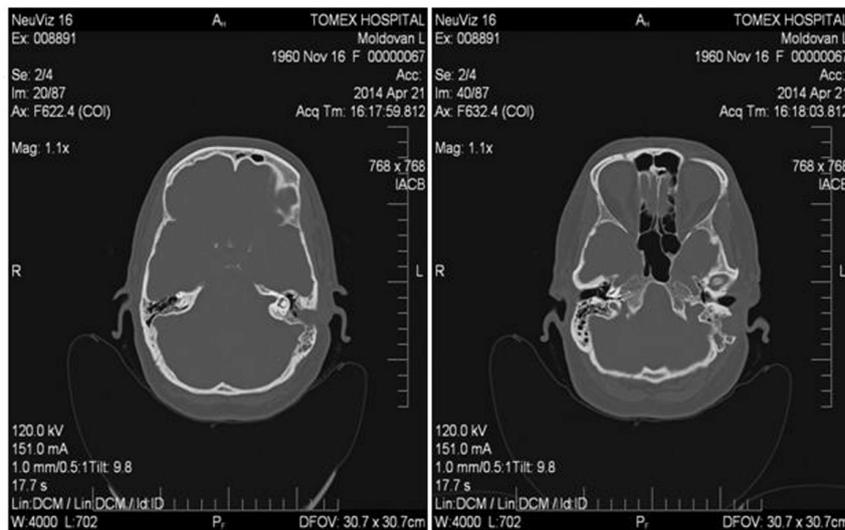
Слева: в наружном слуховом проходе проекции клеток сосцевидного отростка и переднем эпитимпануме определяется гетерогенное патологическое содержимое. Слуховые косточки (молоточек, наковальня, стремечко) дифференцируются отчетливо, обычной формы, взаимоположение их не нарушено. Остеодиструкции tegmen tympani et tegmen antrale не выявлено. Отмечается наличие дефекта заднего контура пирамиды височной кости слева в проекции сигмовидного синуса.

Справа: картина в пределах нормы.

Заключение: КТ данные за состояние

после операции на пирамиде височной кости слева с наличием в наружном слуховом проходе, проекции клеток сосцевидного отростка и переднем эпитимпануме гетерогенного патологического содержимого.

Ход операции: Под общим вентиляционным наркозом + дополнительной инфльтрационной анестезией Sol. Novocaini 2% - 20,0 + Sol. Adrenalini 0,1% произведен разрез по предыдущему рубцу, обнаружена вскрытая задняя черепная ямка, обозрим сигмовидный синус синюшного цвета примерно 3,5- 4,0 см.. Задняя стенка слухового прохода не снята, на ее внутренней поверхности обнаружена остеома примерно 1,5-2 см., которая сбита кускованием. Пластика слухового прохода по Василенко, из барабанной полости удалены грануляции, полипозная ткань, гной с запахом. Тампонада гиакисоновой мазью с антибиотиками после промывания операционной полости раствором фурацилина+ гентамицин. Послойное ушивание



раны, асептическая повязка, резиновый выпускник.

Послеоперационный диагноз: Хронический гнойный средний отит (эпимезотимпанит) осложненный холестеатомой, грануляциями. Остеома слухового прохода. Состояние после мастоидотомия, предлежание сигмовидного синуса.

Удаленный во время операции материал направлен для гистологического исследования. Операция прошла без осложнений.

Патологогистологическое исследование от 25.04.14 микроскопическое описание: фрагменты кожи и рубцовой (гиализированной) ткани.

Послеоперационное лечение:

• Цефобид 1,0х 2 раза в день в/м после пробы

• Кетотоп 2,0 в/м при болях

• Дифлюкан 50,0 в/в капельно

Послеоперационный период протекал спокойно, без осложнений. Проводились ежедневные перевязки. Швы послеоперационной раны сняты на 10 день. Больная выписалась домой в удовлетворительном состоянии.

Литература:

1. Брызгалова С.В. Возможности рентгеновской компьютерной томографии в изучении строения височной кости и повышении эффективности диагностики воспалительных заболеваний среднего уха. – автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб. – 2009.

НАШ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТОНУСНОЙ ДИСФОНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА КАВИНТОН

Собирова М.И., Джалилов Д.А.

ЛОР клиника Худжандского отделения Таджикского института
последипломной подготовки медицинских кадров
Согдийская областная клиническая больница
Худжанд, Таджикистан

Резюме: Авторами проведено исследование эффективности использования препарата кавинтона в комплексном лечении у 45 больных с гипотонусной дисфонией.

Результаты проведенного комплексного лечения гипотонусной дисфонией с применением препарата кавинтона в сочетании фонопедии и иглорефлексотерапии у 45 (40,0 %) больных, позволило повысить эффективность лечения, тем самым улучшило качество жизни больных. Препарат кавинтон рекомендован в комплексном лечении гипотонусной дисфонии и широкого применения в практической фоониатрии.

Ключевые слова: гипотонусная дисфония, фониатрия, стресс, функциональные заболевания гортани.

OUR EXPERIENCE OF COMPLEX TREATMENT GIPOTONUS DYSPHONIA USING DRUG CAVINTON

Sobirova M.I., Jalilov D.A.

ENT Clinic Khujand Branch Tajik Institute of Postgraduate medical training
Sughd Regional Hospital
Khujand, Tajikistan

Resume: The authors investigated the effectiveness of using the drug cavinton in treatment in 45 patients with gipotonus dysphony. The results of the comprehensive treatment gipotonus dysphony using the drug in combination cavinton fonopedy and acupuncture in 45 (40.0 %) patients, increased the efficiency of treatment, thereby improving the quality of life of patients. Cavintonum drug recommended in treatment gipotonus dysphony and wide application in practical phoniatics.

Keywords: gipotonus dysphony, phoniatics, stress, functional disease of the larynx.

Актуальность.

За последние годы резко возросло число лиц с функциональными заболеваниями гортани, что связано, по мнению многих исследователей, с увеличением нагрузки на нервную систему, психику человека. Заболеваемость голосового аппарата по данным различных авторов, составляет от 6 до 41 % [1, 2, 4].

Под функциональными дисфониями понимают нарушения голоса, проявляющиеся в изменении его звучности и ограничении голосовых возможностей. Одним из форм функциональной дисфонии является - гипотонусная дисфония которая характеризуется снижением мышечного тонуса голосовых складок. По данным разных авторов, частота ее колеблется в широких пределах от 13,7 до 70 % от общего числа лиц, обратившихся с жалобами на нарушение голоса [1, 3, 5].

Основными причинами нарушения голоса является: перенапряжение мышц голосовых складок, голосовая нагрузка во время или вскоре после острой респираторно-вирусной инфекции, ангины, бронхита, гормональные дисфункции,

стрессовые ситуации и хронические заболевания различных органов и систем. При таком большом числе причин, приводящих к снижению тонуса мышц голосовых складок, поиск новых методов восстановления голоса является актуальной проблемой, а сам процесс реабилитации голоса приобретает большое социальное значение [6].

В доступной нами литературе не имеется сообщение опыте комплексного лечения гипотонусной дисфонии с применением кавинтона и фонопедия в сочетании иглорефлексотерапии, поэтому считаем целесообразным привести наши наблюдения.

Целью работы явилось изучение эффективности применения кавинтона в комплексном лечении гипотонусной дисфонии.

Материал и методы исследования.

В течение 2009 – 2013 гг. в условиях взрослого ЛОР отделения Согдийской областной больницы обследовано 75 больных с различными формами функциональных заболеваний гортани в том числе гипотонусная дисфония у 45 (40,0 %) больных, гипертонусная дисфония 12 (16,0%), гипо-гипертонусная дисфония 6 (20,0%), фона-

стения у 4 (5,3%), функциональная афония 6 (8,0%), мутационная дисфония 2 (2,6 %), в возрасте от 35 лет до 50 лет (мужчин – 45 (60,0 %), женщин – 30 (40,0 %)). Все явились лицами голосо – речевых профессий: актеры драматических театров, вокалисты, дикторы, преподаватели и др.

Всем больным проведено полное клиническое обследование с изучением условий труда и быта, данных анамнеза, особенно выясняли причин заболевания, проводили тщательное оториноларингологическое обследование включающее, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, ларингостробоскопия, при необходимости рентгенография придаточных пазух носа, рентгенография шейных отделов позвонков.

Лечение больных функциональными расстройствами голоса проводится комплексно и осуществляется группой врачей, состоящих их фониатра, фонопед, психотерапевта, иглорефлексотерапевта, вертебролога, физиотерапевта.

Всем этим больным проведено комплексное лечение – медикаментозное и местное лечение с применением раствора кавинтона эндоларингеально, фонопедия в сочетании иглорефлексотерапии.

Выбор метода воздействия иглорефлексотерапии решали в зависимости от клинической формы функциональных заболеваний голосового аппарата. При гипотонусной дисфонии использован II вариант возбуждающего метода.

Возбуждающий метод оказывает стимулирующие, растормаживающие и возбуждающие действия при пониженной двигательной, чувствительной и секреторной функций.

Результаты иглорефлексотерапии оценивали по качеству восстановления голоса и по данным объективного исследования гортани.

Кавинтон – Венгерский оригинальный препарат фирмы «Гедеон Рихтер», действующем началом которого является винпоцетин (этиловый эфир эповинкаминовой кислоты). Кавинтон улучшает кровоток в тканях, этим улучшает снабжение тканей кислородом и его утилизацию, повышает концентрацию кислорода в тканях АТФ, что должно способствовать повешению тонуса мышц голосовых складок. Это позволило нам применять его при лечении гипотонусной дисфонии.

Лечение препаратом кавинтон проводилось в виде эндоларингеального вливания, проводили инстилляцию в гортань на голосовые складки смеси оливкового масла 0,5, 0,5 раствора кавинтона и 0,1 % раствора адреналина в два приема.

Параллельно всем больным назначали общепринятые в фониатрии методы стимулирующего воздействия на тонус мышц голосовых складок: санация полости носа и слизистой оболочки глотки при соблюдении больным голосового покоя в течение недели, седативную терапию, настойку корня женьшеня по 20 капель до еды 3 раза в день, проводили дифференцированные дыхательные упражнения по методике Э.Я. Золотаревой и фонопедические упражнения для активизации работы голосовых складок.

Результаты.

Диагноз устанавливался на основании данных жалоб больных на быструю утомляемость голоса, першение, саднение в горле, охриплость голоса, чувство напряжения мышц подбородочной области, боли в верхних отделах передней поверхности шеи, общее недомогание. Ларингоскопически наблюдалось напряжение голосовых складок, гиперемия краев и непыльное смыкание их в задней трети с оставлением треугольной щели при фонации. ЭМГ констатировала превышение тонуса нижней группы наружных мышц гортани над верхней в 1,5 – 2,0 раза и более, над задней перстнечерпаловидной мышцей – в 1,46 + 0,07 р. Рентгенография выявляла поражение нижних шейных позвоночно – двигательных сегментов.

В результате обследования диагностированы следующие формы функциональных заболеваний гортани: гипотонусная дисфония у 45 (40,0 %) больных, гипертонусная дисфония 12 (16,0%), гипо-гипертонусная дисфония 6 (20,0%), фонастения у 4 (5,3%), функциональная афония 6 (8,0%), мутационная дисфония 2 (2,6 %).

В результате проведенной комплексной терапии у 45 (40,0 %) больным гипотонусной дисфонией с применением кавинтона в сочетании иглорефлексотерапии у 45 (40,0 %) больных, излечение, подтвержденное клиническими исследованиями было достигнуто, т.е. восстановление голоса отмечался у 40 больных (88,8 %), улучшением голоса – у 3 (6,6 %), эффект от проведенного лечения отсутствовал –

у 2 пациентов (4,4 %).

Таким образом, проведенное нами комплексное лечение гипотонусной дисфонии с применением кавинтона, фонопедия сочетании иглорефлексотерапии является эффективным методом выбора лечения, что позволяет добиться максимального успеха. Она может быть рекомендована для широкого применения в практической фониатрии.

Литература:

1. Исмаилова М.А. «Функциональные заболевания гортани и их комплексное лечение с применением иглорефлексотерапии». Автореферат 1985г. стр.13.

2. Исмаилова М.А., Собирова М.И. «Опыт применения иглорефлексотерапии с фонопедии при гипотонусной дисфонии». Научно-практической конференции молодых ученых ХГУ 1987. С.103-104.

3. Исмаилова М.А. «Иглорефлексотерапия при функциональных заболеваний гортани». Методические рекомендации 1986. С. 8 – 9.

4. Собирова М.И., Очилова, Б.А. Иглорефлексотерапия при функциональных заболеваний гортани // Материалы I –ой областной конференции педиатров Согдийской области «Актуальные проблемы педиатрии». Худжанд . 2006. С.107-108.

5. Хакимов Р.А., Иногамов А.А., Маматов Ш.И., Юсупов А.А. Этиология и диагностика функциональных дисфоний. // Среднеазиатский научно - практический журнал стоматологии № 3 – 4 « Материалы III - съезда оториноларингологов Узбекистана » Ташкент – 2010. С. 266 – 267.

6. Хакимов Р.А., Шамсиев Д.Ф. Консервативные методы лечения функциональных дисфоний. // Сборник тезисов Республиканская II - научно - практическая конференция «современные аспекты диагностики, лечения и профилактики врожденных и приобретенных заболеваний в детской оториноларингологии». Ташкент, 2012. С. 78 - 79.

РИНОХИРУРГИЯДА ГЕМОСТАТИКАЛЫК ТАМПОНДОРДУ КОЛДОНУУ

Бейшенова М.У., Арзыкулова Г.С., Коржов В.П.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
оториноларингология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада 2011-2013-жылдар аралыгында Улуттук Госпиталдын ЛОР бөлүмүндө операция болгондордун жана дарылангандардын мурун көңдөйүнө операция жасагандан кийин кан токтотуучу тампондорду колдонуунун натыйжалары келтирилген.

Негизги сөздөр: кан токтотуучу тампон, мурунду тампондоо.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ТАМПОНОВ В РИНОХИРУРГИИ

Бейшенова М.У., Арзыкулова Г.С., Коржов В.П.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
кафедра оториноларингологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приведены результаты применения кровоостанавливающих тампонов после операции в полости носа, прооперированных и пролеченных в ЛОР отделении НГ за период с 2011 по 2013 годы.

Ключевые слова: кровоостанавливающий тампон, тампонада носа.

APPLICATION OF THE HEMOSTATIC TAMPONS IN RHINO SURGERY

Beishenova M. U., Arzyculova G. S., Korjov V.P.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
chair of ENT.

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In this state author report about patients, who was operated and whom making nasal packing in ENT department from 2011 to 2013 years. After operations on cavum nasi author used epistaxis packing- nasal tampons pour epistaxis, - «Merocel».

Key words: nasal packing, tampons pour epistaxis « Merocel».

Киришүү

Шашылыш жана ыкчам оториноларингологиянын эң маанилүү көйгөйлөрүнүн бири, мурундан кан агууну токтотуу. Спонтандык, травматикалык жана операциядан кийинки кан агууну токтотуу үчүн мурдагыдай эле мурун көңдөйүн тампондоо колдонулат. Жарат процессинин өтүшү дайыма жай мүнөздөгү айыгуу менен коштолгондугу, ЛОР-органдардын түзүлүшүнүн өзгөчөлүгү, ошондой эле мурун көңдөйүнүн былжырлуу кабыкчасынын тышкы чөйрөнүн өзгөрмөлүү шарттары менен дайыма эркинбайланышта болгондугу менен түшүндүрүлөрүн белгилей кетүү зарыл[2]. Бул макалада биз гемостатикалык салфеткаларды, “Мирацель” тампонун мурундун кан агуусун

токтотуучу метод катарында колдонуунун артыкчылыктарын көрсөтүүнү чечтик.

Актуалдуулугу

Марли менен тампондоону пайдалануунун кемчиликтери бардыгына белгилүү: ооруган жеринин сезгенгени күчөпөнүгүшү, жергиликтүү фибринолиздин активдешүүсү, ушул жерлерде, тампондорду алгандан кийин кан агышы мүмкүн болуучу грануляциялык ткандарды түзгөн, мурун көңдөйүнүн былжырлуу кабыкчасындагы травма. Марли турундасынан жасалган катуу тампон, жалпыга белгилүү клиникалык бузуулар менен катар, мурун көңдөйүнүн былжырынын транспорттук, бөлүп чыгаруу жана сиңирүү функцияларын олуттуу өзгөрүүлөргө алып келип (В.Т.

Папъчун, А.И. Крюков, 1997, Д.И. Тарасов жана авторлоштор, 1997), жүрөктүн иштешин ринокардиогендик рефлексин натыйжасында токтоп калууга чейинки деңгээлде бузат (Б М Сагалович, 1967).

Мурунга тампон салуу, өзгөчө эки жагынан салуу зарылчылыгы келип чыкканда, бул көрүнүштөрдү жана күчөп кетүүлөрдү төмөндөтүү үчүн, биз толук деңгээлде болбосо да мурун аркылуу дем алууга мүмкүндүк берген түзүлүштү пайдаланууну чечтик. Ошондуктан, мурундан кан агууну токтотуу үчүн биз мурунга тампон коюунун салттык жолун эмес, колдонуу учурунда жогоруда жазылган күчөп кетүүлөр байкалбаган заманбап гемостатикалык салфеткаларды, тампондорду пайдаланууну чечтик, эң башкысы алар кыйла жагымдуу жана кыйла физиологиялуу болуп саналат.

Материалдар жана методдор

Изилдөө үчүн 2011-2013-жылдар аралыгында Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук Госпиталынын ЛОР бөлүмүнө мурун көңдөйүнүн түрдүү оорулары менен түшкөн жана операция болгон бейтаптар алынды. Бейтаптардын курагы 15 жаштан 40 жашка чейин вариацияланып, бардыгы – 194 адам, алардын ичинен аялдар – 82 адам, эркектер 112 адам. Бардык оорулууларга жалпы клиникалык, рентгенологиялык изилдөөлөр,

милдеттүү түрдө алдыңкы жана арткы риноскопия (мурундун былжырлуу кабыкчасына анемизация болгонго чейин жана болгондон кийин) жүргүзүлгөн. Алдыңкы риноскопия учурунда мурун көңдөйүнүн былжырлуу кабыкчасына диагностикалык анемизацияны пайдалануу, тосмонун кыйшаюу узактыгын жана даражасын майда-чүйдөсүнө чейин баалоого, кошо жүрүүчү патологиянын болушун аныктоо (өнөкөт ринит, төмөнкү мурункемиргеинин гипертрофиясы) мүмкүндүгүн берди.

Жыйынтыктар жана талкуулоо

Байкоого алынган оорулууларды текшерүүдөн жана дарылоодон алынган жыйынтыктар, ошондой эле адабияттагы дайындар, мурундун жана мурундун ички түзүлүшүнүн деформацияланышы, биринчи кезекте, аэродинамиканын бузулушуна, демек, анын дем алуу жана жыт билүү сыяктуу негизги функцияларынын бузулушуна алып келет. Ыкчам дарылоо үчүн негизги себеп, 82 (42,2%) бейтаптын мурундун эки таноосу аркылуу дем алуусундагы кыйла оорлошуусу болду, 112 (57,7%) бейтапта мурундун бир таноосу аркылуу дем алууда бир топ кыйынчылыктар байкалды: бул оорулуулардын мурундун бир жак таноосу аркылуу дем алуусу канааттандыраарлык же начар болду.

Мурун көңдөйүнө операциялык кийли-

1-таблица

Оорулуулардын нозологиялык формасы боюнча бөлүштүрүлүшү

Нозологиялык форма	2011г. %	2012г. %	2013г. %	Всего. %
Мурун тосмосунун кыйшайышы	15 (23,4)	13 (20,9)	16 (23,5)	44 (22,6)
Өнөкөт гипертрофикалык ринит	12 (18,7)	10 (16,1)	13 (19,1)	35 (18,04)
Вазомотордук ринит	10 (15,62)	11 (17,74)	12 (17,64)	33 (17,01)
Мурун тосмосунун кыйшайышы + Өнөкөт гипертрофикалык ринит	15 (23,4)	15 (24,1)	14 (20,6)	44 (22,7)
Мурун тосмосунун кыйшайышы+ вазомоторный ринит	12 (18,8)	13 (20,9)	13 (19,1)	38 (19,5)
Бардыгы%	64 (32,9)	62 (31,9)	68 (35,05)	194 (100)

гишүүдөн кийин бейтаптарды алып жүрүүнүн негизги милдеттери болуп төмөнкүлөр саналат:

1) ириңдүү күчөп кетүүнүн өнүгүшүнүн эскертүү;

2) операциядан кийинки шишикти токтоо жана мурун аркылуу дем алууну калыбына келтирүү;

3) мурун көңдөйүн тез арада эпителизациялоого жетишүү жана респиратордук эпителийдин транспорттук функцияларын калыбына келтирүү;

4) мурун тосмосунун жана мурундун латердик капталдарынын ортосундагы ... түзүлүшүнө эскертүү. Бейтаптын ал-ахыбалын начарлатып, мурун көңдөйүнүн былжырлуу кабыкчасынын эпителизацияланышын жайлаткан картты алып салуу дагы операциядан кийинки мезгилдеги дарылоодо эң негизгилерден болуп саналат.

Байкоого алынган бейтаптар 2 топко бөлүнгөн: биринчи – контролдук топту классикалык марли менен тампондоо жасалган 93 оорулуу түздү, экинчи – негизги топту, гемостатикалык салфеткаларынын, ошондой эле “Мирацель” гемостатикалык тампондорунун жардамы менен тампондолгон 101 оорулуу түзгөн.

“Мирацель” гемостатикалык тампонунун фармакологиялык касиеттери:

“Мирацель” гемостатикалык тампону мурундан аккан канды тез арада токтотууга арналган. Губка түзүлүшүндөгү жана микродисперстүү кычкылданган целлюлозалуу эритме менен иштетилген поливинилацеттен турган серпилметампондор мурундан аккан кандын тез арада токтолушун камсыз кылат. Кан менен аралашканучурда мурун тампондору кеңейип, таноонун формасын алат, мурундун былжырлуу капталдарына жабышпастан оңой

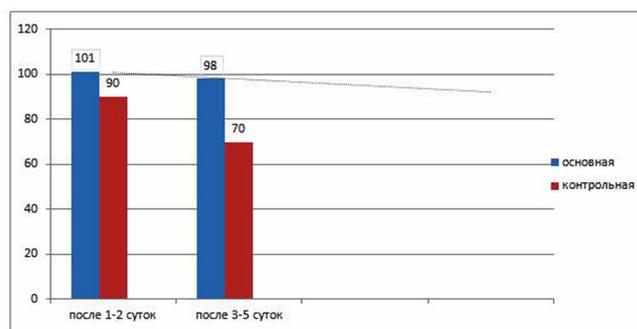
суурулуп алынат.

Активдүү зат: микродиспертүү күлмайда түрүндөгү кычкылданган целлюлоза.

Марли менен тампондоонун начар жактары катарында, тампондорду салуу жана алуу учурундагы ооруксунууну, тампондорду алгандан кийин ушул жерлерде кандын агышынын рецидивдик себептеринен болуп калуучу грануляциялык ткандарды түзгөн мурун көңдөйүнүн былжырлуу кабыкчасындагы травманы белгилесек болот; мындан тышкары, марли тампондору былжырлуу кабыкчага жана жараттын үстүңкү бетине жабышып калат, жараттан бөлүнүп чыккандар жана былжырлар ылдам сиңирилгендиктен микроорганизмдердин өнүп-өрчүшү үчүн ыңгайлуу шарттарды жаратат.

Гемостатикалык салфеткалардын жана “Мирацель” гемостатикалык тампонунун артыкчылыгы, пайдалануу жөнөкөйлүгүндө жана коопсуздугунда, ошондой эле арзандыгында жатат. Дагы бир жакшы жагы болуп, анын жөнөкөйлүгүндө болуп, стерилизациялоо жана сактоого оңойлугу, аны сериялуу өндүрүшкө киргизүү жагдайын түзүп берет.

Гемостатикалык салфеткаларын жана “Мирацель” гемостатикалык тампону колдонуунун жакшы натыйжалары мурун көңдөйүндөгү операциядан кийинки карттанууларды токтотуу жагында дагы көрүндү. Мисалы, тампондорду алгандан кийинки 10-күнгө карата карттануулардын токтолушун негизги топтогу бейтаптардын 101нин 98 (97%%)ы, ал эми контролдук топтогулардын 93үн 70и (75%%) гана белгилеген. Жалпысынан алганда негизги топтогу бейтаптардын басымдуу бөлүгү операциядан кийинки мезгилде кан токтотуучу губканы пайдалануунун жагымдуулугун белгилешкен.



1-диаграмма

Негизги жана контролдук топтордогу бейтаптардан тампондорду алгандан кийинки реактивдүү көрүнүштөрдүн динамикасы төмөнкүдөй

Тампондордун артыкчылыктары

Марли тампону	„Мирацель“ гемостатикалык тампону
<ol style="list-style-type: none"> 1. Арзан жана көп кездешет. 2. Мурундун кан аккан жерин тыкыс тосуп калат. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мурун аркылуу дем алууга мүмкүндүк берет 2. Кан агууну тез токтотот. 3. Тампон кеңейип, мурун көңдөйүнүн формасын алат. 4. Оңой суурулат 5. Тампонду мурун көңдөйүнө көп убакыт калтырууга болот. 6. Стерилдүү. 7. Жараатты тез айыктырат. 8. Пайдаланууда ыңгайлуу жана коопсуз.

Тампондордун кемчиликтери

Марли тампону	„Мирацель“ гемостатикалык тампону
<ol style="list-style-type: none"> 1. Тампонду салууда жана алууда катуу оорутат. 2. Мурун көңдөйүнүн былжырлуу кабыкчасын сыйрып кетет. 3. Дем алууга мүмкүнчүлүк болбойт. 4. Микроорганизмдердин көбөйүшүнө шарт түзөт. 5. Узак убакытка коюуга мүмкүн эмес. 6. Айыгуу кеч жүрөт. 7. Ринокардиогендик рефлекске алып келет. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кымбат жана аз кездешет. 2. Өтө катуу кан акканда тыкыс кармалбайт.

Тыянак

Жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн натыйжасында гемостатикалык салфеткалар жана “Мирацель” гемостатикалык тампондору менен тампондоожасалган оорулуулардын жагдайын жакшыртуу белгиленген. Мурун көңдөйүнүн былжырлуу кабыкчасындагы жараттын айыгышы жана дарылоо мөөнөтүнүн кыскарышы – орточо 25-30%, ал эми операциядан кийинки күчөп кетүүлөрдүн жыштыгынын төмөндөшү – 2-10%. Ушулардын бардыгы бул методду мурундан кан агууну токтотуу максатында ар кандай деңгээлдеги ЛОР-бөлүмдөрдүн кеңири практикасына сунуштоого жана жайылтууга негиз берет.

Адабияттар:

1. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М 2006.
2. Насыров В.А., Закиров Т.М., Применение хитозанового геля «Васна» в раннем послеоперационном периоде при шейверной пластике гипертрофического ринита.
3. Шевцов Е.А. Воздухопроводящий тампон в экстренной и плановой ринологии. М 2008.
4. Фейгин Г.А., Кузник Б.И. Кровотечения и тромбозы при оториноларингологических заболеваниях.
5. <http://www.pvatampons.ru>
6. http://www.medvestnik.ru/articles/farmakoterapiya_pacientov_posle_operaciy_na_polosti_nosa/

МЕЊИНГИТТЕРДИН АР ТҮРДҮҮ ФОРМАЛАРЫН АЙЫРМАЛАП БИЛҮҮГӨ ЖАРДАМ КАТАРЫ

Шабданбаева Н.Б.

Кыргыз Республикасынын Саламатыкты Сактоо министрлигинин алдындагы
Улуттук госпиталдын кулак, мурун жана тамак ооруларын
дарылоо-баш жана моюн хирургиясы бөлүмү
КРСУнун офтальмология жана оториноларингология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Кулак ооруларынан кабылданган баш сөөктүн ичиндеги татаалданышууларды аныктоодо отогендик менингиттен сигма түрүндөгү синустун тромбозун айырмалап билүү чоң ролду ойнойт, себеби аталган ооруларда эки нозологиялык формага тең мүнөздүү жалпы симптомдор кездешет.

Негизги сөздөр: Кулак ооруларынан кабылданган баш сөөктүн ичиндеги татаалданышуулар, өнөкөт кулак оорулары, сигма түрүндөгү синустун тромбозу, ириң, менингиалдык белгилер, жүлүн суюктугу.

К ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ МЕНИНГИТА ОТ ТРОМБОЗА СИГМОВИДНОГО СИНУСА

Шабданбаева Н.Х.

Отделение оториноларингологии - хирургии головы и шеи НГ МЗ Кыргызской Республики
кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ
Бишкек, Кыргызская Республика

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

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

TO THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF OTOGENIC MENINGITIS WITH OTOGENIC SINUS THROMBOSIS

Shabdanbaeva N.X.

ORL-HNS chair National hospital of ministry of public health Services
Ophthalmology and otorhinolaryngology department KRSU
Bishkek, Kyrgyz Republic

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

Key words: intracranial otogenic complications, chronic and acute suppurative otitis media, sigmoid sinus thrombosis, meningeal

Ортоңку кулактын ириңдүү кабылданышынан улам пайда болгон баш сөөктүн ичиндеги татаалданышуулар адамдын өмүрү үчүн коркунуч туудурат. Баш сөөктүн ичиндеги татаалданышуулардын арасынан көбүрөөк кезиккени жана оорлорунун катарына синустромбоз, диффуздук ириңдүү менингит жана баш мээнин абсцесси кирет.

Көп учурда синустромбоздун пайда болуусунун себеби болуп, курч кармаган жана

өнөкөт ириңдүү ортоңку кулактын ооруларынан татаалданган упчу сымал дөмпөктүн капталынын чирип кетиши себепкер болот. Бул учурда ага жанаша жайгашкан сигма түрүндөгү синустун жанындагы абсцесс пайда болот. Андан ары синустун өзүндө кабылдоо пайда болот -перифлебнит-эндофлебнит- синустун капталында жайгашкан абсцесс-синустун өткөөлүн бүтөп калган тромб. Тромбдун андан ары ириңдеши жана бузулушу ириңдүү инфекциянын кан

айлануунун кичине, андан ары чоң системасына жайылышына шарт түзүлөт.

Синустромбоз жалгыз гана конттактык жол менен гана жайылбайт, кээ бир учурда инфекция эмиссардык вена жана майда сөөк веналар аркылуу синуска таралышы мүмкүн. (№1 сүрөт)

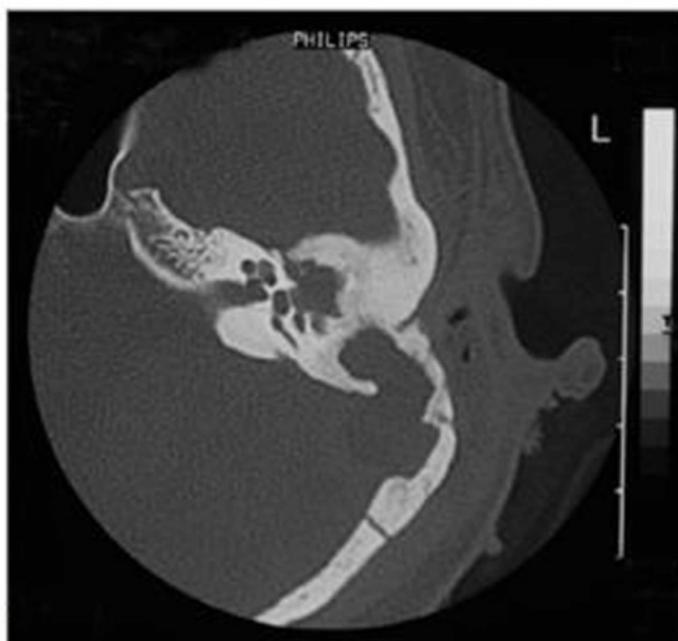
Операциялык жарааттан, ириндеп кеткен тромбдон, кулактан алынган микробдук флора – ар кандай жана аралаш болот: Streptococcuspp., Bacteroidesspp., Prevotellaspp., Enterobacteriacea., S.Aures. Антибиотик колдонулуп башталган убакыттан бери тикробдордун арасынан протей, ичеги таякчасы, көк-ириң таякчасы

көбүрөөк кездеше баштады. Микробиологиялык изилдөөнүн алдына койгон маселелери оорлошууда.

Оорунун козгогучтарынын бир катар антибиотиктерге сезгичтигин аныктоо милдеттүү түрдө жүргүзүлөт. Бул изилдөө жүргүзүлбөсө ооруну дарылоонун жыйынтыгы натыйжасыз болуп калышы мүмкүн.

Материалдар жана методдор

Акыркы 10 жылда Улуттук госпиталда 89 орулуу адам отогендик баш сөөктүн ичиндеги татаалданышуусу менен дарыланган, анын ичиндеги 21 бейтап сигма түрүндөгү синустун тромбозу менен жабыр тарткан. (таб. 1).



№1 сүрөт

Таблица 1

КР ССКМ алдындгы Улуттук госпиталдын ЛОР- клиникасынын 2002-2012 жж. статистикалык маалыматы.

Жылдар	Синустромбоз	Менингит	Мээнинабсцесси
2002	2	5	3
2003	1	4	2
2004	3	5	3
2005	2	6	5
2006	2	9	5
2007	3	4	3
2008	2	3	3
2010	3	4	2
2011	2	3	3
2012	1	4	2
ЖАЛПЫ САНЫ	21	47	31

Биздин көзөмөлүбүздөгү сигма түрүндөгү синустун тромбозу менен жабыр тарткан 21 оорулуунун ичинен, 14 бейтапта мээ кабыкчаларынын сезгенүүсү катталган. 17 бейтаптын жүлүн суюктугу изилденип, анын ичинде 10унда өзгөрүүлөр байкалган. Бул өзгөрүүлөр жүлүн суюктугунун басымынын жогорулашы, Панди, Нонне-Аппельттин реакцияларынын оң жыйынтык бериши жана азыраак плеоцитоз менен коштолот. Баштын оорусу бүт бейтаптарда катталып, көпчүлүк учурда ал локалдык мүнөздө болгон. Кээ бир учурда аталган даттагуулар баштын айлануусу менен коштолот. Татаалданбаган синустромбоздогу жана синус жанындагы абсцесте кездешүүчү менингиалдык синдромдо желкенин булчуңдарынын карышуусу, Керниг жана Брудзинскийдин симптомдору болот. Оттогендик синустромбоз учурунда менингиалдык белгилердин баардыгы эле боло бербейт, айрым бир учурларда Кернигтин симптому желкенин булчуңдарынын карышуусу жок эле катталышы мүмкүн, башка учурларда тескерисинен болушу ыктымал. Кээ бир учурда, бул симптомдор бири-бири менен айкалышканда, биринчиси экинчисине караганда басымдуурак болот.

Менингиалдык синдромдун жаратылышын аныктоо үчүн жүлүн суюктугун изилдөө чоң ролду ойнойт. Жүлүн суюктугунун составы өзгөрүлөт, мындай учурларда жүлүн суюктугунда формалык элементтер болжол менен 30-50 чейин жетип, салыштырмалуу түрдө көбүрөөк кездешет. Белоктун проценти көбөйөт. Синустромбоздо жүлүн суюктугунда көп деле өзгөрүү боло бербейт жана ал басымдын кичине жогорулашы менен мүнөздөлөт, саны 1 мм-де 1-2 же бир нече ондук формалык элементтерге жеткен азыраак плеоцитоз жана оң жыйынтыктагы глобулиндик реакциялар болушу ыктымал. Биздин байкообуз боюнча, синустромбоздо жүлүн суюктугунда плеоцитоз 17 бейтаптын ичинен 10унда кездешкен.

Жүлүн суюктугунда формалык элементтердин саны 1 мм -де 20-50 тегерегинде болот. Жүлүн суюктугунда мындай цитоз сероздук менингит же мээнин абсцессинде кездешши мүмкүн. Кулак ооруларынан кабылданган баш сөөктүн ичиндеги татаалданышууларда неврологиялык симптоматика кулактын ичиндеги инфекцияны тазалагандан кийин бат эле өз калыбына келет. Көрсөтүлгөн патологияны айырмалап билүүгө синустромбоздун клиникасы жардам берет. Организмдин дене табынын кескин түрдө өзгөрүп турушу дагы синустромбозду айырмалоого чоң жардам берет. Дене табынын көтөрүлүшү адатта чыйрыгуу менен коштолот. Мындай симптоматика башка кулак ооруларынан кабылданган баш сөөктүн ичиндеги татаалданышууларда кездешпейт, аталган өзгөрүүлөр мээ кабыкчаларында, атап айтканда синустун тегерегиндеги болуп жаткан реактивдик-кабылдоо процесстери тууралуу түшүнүк берет. Оттогендик менингитте аталган илдеттин клиникалык көрүнүшү тагыраак көрүнүп, жүлүн суюктугунда өзгөрүүлөр данаарак билинет жана жайылган ириндүү кабылдоо процессине мүнөздүү. Берилгендердин негизинде, баш сөөктүн ичиндеги ар түрдүү татаалданышуулар менен ооруган бейтаптарда ар бир оорууга мүнөздүү өзгөрүүлөрдү байкоого болот. Жогоруда келтирилгендер кулак ооруларынан кабылданган баш сөөктүн ичиндеги татаалданышууларды айырмалап билүүгө пайдалуу.

Адабияттар:

1. Бродовская О.Б. Кулак ооруларынан кабылданган баш сөөктүн ичиндеги татаалданышууларды аныктоо. // *Folia otorinolaryngologia et pathology Respiatoriae*-1997.-vol 3.53-54б.
2. Насыров В.А., Изаева Т.А. и соавт. Оттогендик и риногендик баш сөөктүн ичиндеги татаалданышуулар. \ Методикалык колдонмо. Бишкек-2002 г.
3. Albers FW. Complications of otitis media the importance of early recognition. *Am J Otol* 1999 20 9-12.
4. Keogh JJ, Hone SW, Colreavy M, Caffney R. Sigmoid sinus thrombosis an old foe revisited. *IrmedJ* 2001 94: 117-8.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА

Умарова М.М.

Кыргызко-Российский Славянский университет
кафедра офтальмологии и оториноларингологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе представлен материал проведения объективного метода исследования слуховой трубы у детей с врожденной расщелиной неба.

Ключевые слова: функция слуховой трубы, тимпанометрия, врожденная расщелина неба.

EVALUATION EUSTACHIAN TUBES IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE

Umarova M.M.

Kyrgyz-Russian Slavic University
Department of Ophthalmology and Otorhinolaryngology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This paper presents the material no objective method of study of the auditory tube in children with congenital cleft palate.

Keywords: function of the auditory tube, tympanometry, cleft palate

Существует три основные функции слуховой трубы: вентиляционная, дренажная и защитная.

Вентиляционная функция заключается в поддержании давления в барабанной полости на уровне атмосферного. По мнению С.В.Филимонова (1993), бароаккомодация (барофункция уха) и вентиляция – это тесно взаимосвязанные, различные функции слуховой трубы, протекающие по разным законам: первая - по экспонентному, вторая – по циклическому. Под барофункцией уха понимается способность слуховой трубы к компенсации надпороговых изменений внешнего давления, а подвентиляцией – способность трубы к осуществлению постоянного динамического газообмена полости среднего уха при пороговых и подпороговых колебаниях внешнего давления [1, 2].

Слуховая труба обеспечивает связь между носоглоткой и полостью среднего уха, а следовательно, между атмосферным давлением и внутрибарабанным давлением (ВБД). Однако для осуществления вентиляционной функции недостаточно простой анатомической проходимости слуховой трубы для воздуха. Очень важную роль играют процессы регуляции открытия и закрытия просвета трубы, а также скорость реализации этих функций.

Доказано, что слуховая труба в покое

закрыта, а открывается во время глотания, зевания, чихания, при крике, жевании, сморкании. Некоторые ученые считают, что вентиляция уха возможна во время глубокого носового дыхания.

Известно, что закрытие трубы совершается пассивно, за счет эластической тяги слизистая оболочка, выстилающая передненаружную и задневнутреннюю стенки хрящевой части, слипаются по всей длине. При этом податливость слуховой трубы (способность к спадению ее стенок) зависит как от структуры трубного хряща, так и от состояния слизистой оболочки. Важную роль в обеспечении надежного закрытия слуховой трубы играют тонус трубной мускулатуры, эластичность хряща, уровень венозного давления, свойства слизистой оболочки, состояние перитубарных тканей и другие факторы [1, 2].

Открытие слуховой трубы осуществляется активно, за счет сокращения глоточной мускулатуры, связанной со слуховой трубой. В открытии просвета трубы принимают участие три парных мышцы: *m.tensor veli palatini*, *m.levator veli palatine*, *m.salpingopharyngeus* [3, 4].

У детей с врожденной расщелиной неба эта функция значительно страдает.

Тимпанометрия (импедансбарометрия) является объективным методом определения

ВБД. Суть метода заключается в измерении акустического импеданса при одновременном изменении давления в наружном слуховом проходе, давление в барабанной полости определяют по той величине давления в слуховом проходе, при котором импеданс уха минимален.

Под акустическим импедансом подразумевается сопротивление, оказываемое элементами наружного, среднего и отчасти внутреннего уха сопротивлению звуковой волны. Звук, подаваемый в ухо, вызывает вибрацию барабанной перепонки и частично проходит внутрь полости, а частично отражается от перепонки. Величина отражаемой звуковой волны зависит главным образом от сопротивления барабанной перепонки, в связи с чем нередко входной импеданс уха отождествляют с импедансом барабанной перепонки. Выражается акустический импеданс в Омах. Наряду с этим существует понятие, противоположное импедансу акустический адмиданс, характеризующий легкость прохождения звуковой энергии через систему среднего уха. Единицей измерения его является величина, обратная Ом(мо).

Если давление по обе стороны барабанной перепонки неодинаковое, значение импеданса увеличивается, а если давление в наружном слуховом проходе равно внутрибарабанному, акустический импеданс имеет минимальное значение, т.е. барабанная перепонка максимально податлива.

По мнению А.И. Лопотко (1980), правильнее называть данный метод исследования импедансометрией, однако в зарубежной литературе используется исключительно термин «тимпанометрия» [3, 4].

Следует отметить, что тимпанометрия является одним из трех видов импедансной аудиометрии, к которой также относят измерение абсолютных значений входного импеданса и акустическая рефлексометрия (регистрацию изменений акустического импеданса вследствие сокращения внутрибарабанных мышц). Но как измерение входного импеданса, так и акустическая рефлексометрия имеют лишь косвенное значение в оценке тубарных функций. Основным методом, позволяющим охарактеризовать вентиляционную функцию слуховой трубы, является тимпанометрия.

Методика исследования заключается в следующем. В слуховой проход испытуемого помещается зонд с ушным вкладышем.

Для обеспечения герметичности obturации наружного слухового прохода используется набор вкладышей различных размеров и формы. Зонд соединен с пневматическим блоком, посредством которого изменяется давление в наружном слуховом проходе, со звуковым генератором, подающим сигнал в слуховой проход, и с микрофоном, принимающим отраженный сигнал, который после преобразования выводится на регистрирующее устройство. Акустический импеданс измеряется при изменении давления в слуховом проходе от -400 до +200 мм вод. ст. графическое изображение зависимости акустического импеданса уха от изменений давления в наружном слуховом проходе получило название тимпанограммы [5].

Различают от 3 до 15 видов тимпанограмм. У здоровых лиц чаще всего встречается тимпанограмма типа «А», характеризующаяся тем, что минимальное значение акустического импеданса устанавливается при давлении в слуховом проходе в пределах ± 50 мм вод. ст. относительно атмосферного, боковые ветви ИБГ достаточно симметричны. Тип «А¹» характеризуется значительным перепадом значений акустического импеданса и более острым углом наклона ветвей, что имеет место при гиперподвижности тимпанальной системы, например при разрыве цепи косточек или при адгезивных отитах с атрофическими рубцами на барабанной перепонке. Тип «А²» представляет собой упрощенный вариант типа «А»; встречается при ухудшении подвижности барабанной перепонки.

Тимпанограмма типа «В» имеют уплощенную форму и значительное смещение минимума импеданса в сторону отрицательных давлений.

Тимпанограмма типа «С» считается характерным для нарушения функции слуховой трубы.

Тимпанограмма типа «D» - уплощенной формы, с наклоном в сторону положительных давлений; встречаются достаточно редко, при нарушении подвижности барабанной перепонки на фоне избыточного ВБД

Тимпанограмма типа «Е» похожа по форме на тип «А», но имеет минимум импеданса в области положительных давлений (смещена вправо более, чем на +50 мм вод. ст.); выявляются в некоторых случаях дисфункции слуховой трубы, в частности при клапанной

непроходимости.

Тимпанограмма типа «F» представляет собой прямую линию, параллельную оси абсцисс. Такой тип встречается при перфорации или при ее полной неподвижности [1, 2, 3, 4].

Таким образом, тимпанометрия позволяет не только определить ВБД и оценить на основании этого вентиляционную функцию слуховой трубы, но также охарактеризовать состояние других структур среднего уха.

Цель работы – оценить функцию слуховой трубы у детей с врожденной расщелиной неба.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 188 детей. При проведении анализа архивного материала мы пришли к выводу в том, что все 65 пациентов, которым проводилось только оперативное вмешательство, не были осмотрены ЛОР врачом и врачом сурдологом. При опросе у родителей этих пациентов выяснено, что они в большинстве случаев не замечали снижение слуха у детей, а недостаточное речевое и интеллектуальное развитие связывали с нарушением функции артикуляционного аппарата и основным недугом. Точную причину снижения слуха (острое заболевание среднего уха или респираторные заболевания) родители не могли указать. Исходя из этого всем больным, поступившим на оперативное лечение мы проводили акустическую импедансометрию, при которой в большинстве случаев были зарегистрированы тимпанограммы тип В и Ве. Полученные данные приведены в таблице 1.

При оценке высоты пика тимпанограмм типа В было выявлено следующее – наибольшее количество тимпанограмм имели значение податливости от 0,03 до 0,15мл. Среднее значение этого показателя составило 0,08мл. Уровень градиента находился в пределах 0,23-0,01 со средним значением 0,03. Статистически значимых различий в значениях градиента, как показателя наличия выпота за барабанной перепонкой нами не получено ($p > 0,05$).

Таким образом, полученные в ходе исследования тимпанограммы имели плоскую форму с практически не дифференцируемым пиком.

В ходе дальнейшего лечения трансфор-

мация типов тимпанограмм происходила по схеме В – Ве – С - А. Что подразумевает поэтапное восстановление вентиляционной функции слуховой трубы.

Результаты: Полученные результаты тимпанометрического обследования до и после лечения у больных с врожденной расщелиной неба и экссудативным средним отитом мы представили в таблице 2.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что вначале лечения происходит выравнивание интратимпанального давления, а затем увеличение подвижности перепонки. Стабилизация тимпанометрических показателей отставала от динамики субъективного слуха в среднем на 2-4 недели. Так, из приведенной выше таблицы следует, что в 11 ушах даже через 1 месяц после лечения сохранялось отрицательное давление на фоне нормальной аудиометрической картины, а в 3 случаях сохранялась низкая подвижность перепонки на фоне сохраняющегося повышенного КВИ при аудиологическом исследовании.

Вывод: проведение акустической импедансометрии является стандартом предоперационного обследования детей с врожденной расщелиной неба, с целью своевременного выявления и лечения патологии слуховой трубы.

Литература:

1. Савенко И.В., Бобошко М.Ю., Лопотко А.И., Цылева И.Д. Экссудативный средний отит./СПб, 2010.-80с. Рис.12
2. Преображенский Н.А., Гольдман И.И. Экссудативный средний отит.//М. Медицина.1987.
3. Лебедев Ю.А., Шахов В.Ю. Критерии количественной оценки тубарной функции у больных секреторным средним отитом//Вестник отоларингологии и.1997.№3.С.30-34.
4. Takahashi H. Primary Deficits in Eustachian tube function in patients with otitis effusion/ H. Takahashi, H. Hayashi// Arch. Otolaryngol. Head, Neck, Surg.- 1989.- Vol.- 115-P.581 -584.
5. Ryding M / Eustachian tube function and tympanic membrane findings after chronic secretory otitis media / M.Ryding, P. Kalm // Int.J.Pediatr. Otorhinolaryngol.- 2004.- Vol.68.- P. 197-204.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ФЛУИМУЦИН АНТИБИОТИК ИТ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА

Умарова М.М.

Кыргызско-Российский Славянский университет
кафедра офтальмологии и оториноларингологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в работе представлен алгоритм проведения консервативного лечения препаратом флуимуцил антибиотик ИТ после тимпаностомии детям с врожденной расщелиной неба

Ключевые слова: врожденная расщелина неба, тимпаностомия, аэрозольный ингалятор

USE OF THE FLUIMUCIL IT ANTIBIOTIC IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE

Umarova M.M.

Kyrgyz-Russian Slavic University
Department of Ophthalmology and Otorhinolaryngology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: We present an algorithm of treatment with antibiotic Fluimucil IT after tympanostomy children with congenital cleft palate

Keywords: cleft palate, tympanostomy, aerosol inhaler.

Общепризнанным фактом является то, что начинать лечение экссудативного среднего отита у детей с ВРН при всех стадиях следует с санации верхних дыхательных путей и восстановление носового дыхания (аденотомия, санация околоносовых пазух носа, вазотомия с латероконхопексией нижних носовых раковин). Во многих случаях возможность санации была ограничена, из-за анатомических особенностей. Особенностью детей с ВРН является ограничение показаний к аденотомии, так как удаление мягкотканого образования носоглотки может привести к нарушению функции небно-плоточного кольца. Ее проведение во всех случаях согласовывается с челюстно-лицевыми хирургами и логопедами.

При необходимости аденотомия проводилась с первичной уранопластикой, так как до закрытия дефекта неба аденоидные вегетации удаляются под контролем эндоскопа с сохранением других структур носоглотки, в том числе плоточных устьев слуховых труб [1, 2, 3].

Консервативное лечение экссудативного среднего отита включает в себя как общие, так и местные способы медикаментозного воздействия в сочетании с различными методами механотерапии (анемизация устьев слуховых труб, продувание слуховых труб, пневмомассаж барабанных перепонок и др.), физиотерапия.

Общие методы лечения:

Системная медикаментозная терапия

включает назначение противомикробных, гипосенсибилизирующих, противоотечных препаратов. Системное назначение антибиотиков (амоксцилина, амоксиклава, цефалоспоринов и др.) для профилактики послеоперационных осложнений. В экспериментальных исследованиях было показано, что антибиотики из группы макролидов (например, рокситромицин, кларитромицин), активируя факторы неспецифической резистентности, стимулируют мукоцилиарной клиренс и нормализуют нейтрофильную активность слизистой оболочки слуховой трубы, что улучшает эвакуацию патологического секрета из барабанной полости.

Если ЭСО развивается на аллергическом фоне, показано применение противоаллергических средств (диазолин, супрастин, фенистил, зиртек, эриус и др.)

Под местной фармакотерапией ЭСО подразумевается подведение лекарственных веществ непосредственно к очагу поражения (в носоглотку, слуховые трубы, полость среднего уха).

В местной медикаментозной терапии в комплексном лечении заболеваний ВДП, в том числе и у детей с врожденной расщелиной неба уделяется особое внимание развитию послеоперационного воспалительного процесса в рото- и носоглотке [1, 2, 3, 4, 5].

В нашей работе впервые использовались для детей после ураностафилопластики аэро-

зольные ингаляции комбинированного препарата флуимуцин-антибиотик ИТ 6-9 процедур.

Флуимуцин - антибиотик ИТ является комбинированным препаратом, действие которого обусловлено компонентами, входящими в его состав; оказывает антибактериальное и муколитическое действие. Тиамфеникол – антибиотик широкого спектра действия (нарушает внутриклеточный синтез белка). Активен в отношении *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus spp.*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella spp.*, нейсерии и некоторые анаэробные бактерий. Ассоциация с N-ацетилцистеином препятствует его разрушению и обеспечивает в очаге воспаления бактерицидную концентрацию. Ацетилцистеин – муколитическое средство, действие которого связано со способностью его свободных сульфидных групп разрывать внутри- и межмолекулярные дисульфидные связи мукополисахаридов мокроты, что приводит к уменьшению ее вязкости. Увеличивает секрецию менее вязких сиаломуцинов бокаловидными клетками, снижает адгезию бактерий на эпителиальных клетках слизистой оболочки. Аналогичное влияние оказывает на секрет, образующийся при воспалительных заболеваниях носоглотки и уха, в том числе и после оперативного лечения, по поводу врожденной расщелины неба.

Оказывает мощное антиоксидантное действие, обусловленное наличием SH-группы, способной нейтрализовать электрофильные окислительные токсины. Предохраняет альфа1-антитрипсин (ингибитор эластазы) от инактивирующего воздействия НОС1 – мощного окислителя, вырабатываемого миелопероксидазой активных фагоцитов. Проникая внутрь клетки, ацетилцистеин дезацилируется, высвобождая L-цистеин – аминокислоту, необходимую для синтеза глутатиона, который является важным антиоксидантным фактором внутриклеточной защиты.

Особой уникальностью данного препарата является использование с рождения детям. Используется он через ингаляционную маску [3].

Цель работы – оценить эффективность препарата флуимуцин антибиотик ИТ при консервативном лечении у детей с врожденной расщелиной неба.

Материалы и методы исследования.

Исследование было проведено в детской челюстно-лицевом отделении и отделении детской оториноларингологии ГКБ №5 г. Алматы. В исследование вошло 58 детей с врожденной

расщелиной неба, которым проводилось одномоментно оперативное лечение с установкой вентиляционного шунта и 65 больных детей с клиникой экссудативного отита, без врожденного дефекта. Применение препарата заключалась в аэрозольных ингаляциях комбинированного препарата флуимуцил антибиотик ИТ 2 раза в день 6 дней, на второй день после оперативного вмешательства.

Результаты: Динамика состояния оценивалась каждый день при клиническом осмотре: обращалось внимание на цвет слизистой оболочки, отделяемое из носовой полости, на процессы заживления послеоперационной раны. Так на 3 день применения аэрозольного спрея препарата флуимуцил антибиотик ИТ носовое дыхание улучшилось у 30% пациентов, из – за уменьшения вязкости слизи, возникающий в послеоперационном периоде. Цвет слизистой оболочки полости носа и ротоглотки восстанавливался за счет снижения адгезии бактерии на эпителиальных клетках слизистой оболочки, что также улучшает регенеративные способности слизистой и приводит к быстрому заживлению послеоперационной раны.

Вывод: Использование комбинированного препарата флуимуцил антибиотик ИТ, является эффективным средством для местного применения в комплексной терапии верхних дыхательных путей.

Литература:

1. Шунтирование барабанной полости у детей с экссудативным средним отитом на фоне врожденной расщелины верхней губы и неба / Н.С. Загайлова, А.Г. Леонава, Ж.В. Ионова и др. // *Проблемы и возможности микрохирургии уха: Мат. Рос. Науч.-практ. конф. оторинолар.- Оренбург, 2002.- С.291-293.*
2. Соколова А.В. Профилактика и коррекция нарушения слуха, обусловленных экссудативным средним отитом у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Соколова. - М., 2003. - 25с.
3. *Cleft palate and dysfunction of the Eustachian tube / A/ Frisina, F. Piazza, E. Parani et al. // Acta. Biomed. Ateneo. Parmense. 1998. Vol.69, N. 5-6, P. 129-132.*
4. Margolis R., Hunter L., Giebink G. Tympanometric evaluation of middle ear function in children with otitis media // *Annales of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology.-1994.- Vol.-163, P.34-38.*
5. Милешина Н.А., Володькина В.В. Особенности рецидивирования экссудативного среднего отита у детей // *Современные проблемы физиологии и патологии слуха: Тез. докл. IV Международного симпозиума.-Суздаль, 2001.- С.204-205.*

ОРГАНИЗАЦИЯ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Буркутбаева Т.Н., Тулепбекова Н.М., Кириллова М.Н.

КазМУНО кафедра оториноларингологии

Алматы, Республика Казахстан

Резюме: В данной статье приведены данные по организации сурдологической службы в РК. Приведена оценка слухоречевой реабилитации после КИ. Раскрыты проблемные вопросы организации сурдологической помощи и пути решения данных проблем.

Ключевые слова: кохларная имплантация, реабилитация.

ORGANIZATION SURDOLOGICHESKY SERVICE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Burkutbaeva T.N., Tulepbekova N.M., Kirillov M.N.

Department of Otolaryngology KazMUNO

Almaty, Republic of Kazakhstan

Resume: This article presents data on the organization surdologichesky services in Kazakhstan. The estimation audioverbal rehabilitation after CI. Revealed problematic issues surdologichesky organization assistance and solutions to these problems.

Keywords: kohlarnaya implantation, rehabilitation.

Актуальность:

Стойкое нарушение слуха у детей - это серьезная проблема здравоохранения. Которая касается, по крайней мере, одного новорожденного из 1000. Согласно статистическим исследованиям снижение слуха встречается у 1-2 % детей, из них 0,02% составляют дети с врожденной значительной степенью тугоухости или теряют слух до 1 года.

Врожденная и ранняя тугоухость занимают одно из ведущих мест в структуре причин психоневрологической инвалидности. Социальная значимость проблемы обусловлена влиянием нарушения слуховой функции на речевое развитие детей, формирование интеллекта и личности в целом.

Современные высокоэффективные терапии, включающие обеспечение слуховыми аппаратами и кохлеарными имплантами, а также улучшающие слух операции, применяются для лечения неонатальных нарушений слуха в первые годы жизни ребенка. Однако для достижения оптимальных результатов необходимо современное выявление таких нарушений. Зачастую диагностика слуховых расстройств проводится позднее (1, 2, 3).

Цель работы: Оценить работу сурдологической службы от этапа универсального неонатального скрининга слуха до этапа слухоречевой реабилитации пациентов после

кохлеарной имплантации.

Результаты:

По итогам проведенных выездных сессий в 2012 – 2013 году в городах: Кызылорда, Джамбул, Чимкент, Оскомен, Павлодар, Талдыкорган, Астана, Орал, Актю-бинск, Караганда сотрудниками кафедры оториноларингологии АГИУВ в составе: д.м.н. профессора кафедры оториноларингологии АГИУВ Буркутбаевой Т.Н., ассистента кафедры главного внештатного детского сурдолога г. Алматы Тулепбековой Н.М. в Республике Казахстан функционирует 13 детских сурдологических кабинетов (в Акмолинской, Актюбинской, ВКО, Карагандинской, ЮКО, в г. Астана, Алматы), смешанный прием оказывается в сурдологических кабинетах в г. Павлодар, Кызылорде, Орал, Таразе.

Из существующих 13 кабинетов для детей, только 5 кабинетов полностью укомплектованы квалифицированными кадрами и оснащены современной диагностической аппаратурой.

На диспансерном учете в сурдологических кабинетах РК состоит 4926 детей с различными нарушениями слуха только 50% детей используют современные, цифровые слуховые аппараты.

Неонатальный аудиологический скрининг поэтапно введен с 2011 года в РК, оборудование для проведения универсального неонатального скрининга уставлено в 36 родовспомогающих учреждениях. В 2011 году аудиологическим скринингом охвачено 16228 детей (10,6%), в

2012 году 94229 (81%). В 2011 году выявлено по РК 147 новорожденных с патологией слуха, в 2012 году - 339. Обучение среднего медицинского персонала проводилось поставщиками оборудования.

В г. Алматы 6 родовспомогающих учреждений оснащены универсальным неонатальным скринингом новорожденных, обучение и контроль качества проводимого обследования проводилось ассистентом кафедры АГИУВ главным внештатным детским сурдологом г. Алматы Тулепбековой Н.М.

В 2014 году АГИУВ на базе ГКБ №5 с 13.02.2014 года по 15.02.2014 года провел семинар тренинг на тему: «Универсальный неонатальный скрининг новорожденных». Основной акцент был сделан на освоении методик проведения обследования и знания алгоритма работы сурдологической помощи. Приняли участие более 43 специалистов из всех регионов Республики Казахстан (Рис.1).

С 2007 года в двух клиниках г. Алматы внедрена программа Кохлеарной имплантации. На базе РДКБ «Аксай», Городской клинической

больнице №5.

С периода 2007 год по 2013 год всего было проведено 1201 операция. В РДКБ «Аксай» - 853 ребенка, в ГКБ №5 - 338 пациентов из разной возрастной категории. Среди этиологических факторов врожденной тугоухости наибольшую часть составляла перинатальная патология - 88,8% и генетический фактор составлял - 11,2% (Рис.2).

При анализе этиологических факторов приобретенной тугоухости выявлено, что наибольшую часть составляли пациенты с перенесенными вирусными инфекциями - 29% и с сосудистой патологией - 21% (Рис.3).

На сегодняшний день остро стоит вопрос реабилитации пациентов после Кохлеарной имплантации. В ГКБ №5 с 2013 года функционирует отделение реабилитации пациентов после КИ, где проводится оценка эффективности слухоречевой реабилитации, которая складывалась из многих факторов: возраста когда возникла тугоухость, опыт использования адекватно подобранных слуховых аппаратов, занятий с сурдопедогогом до и после



Рис.1 Семинар тренинг на тему: «Универсальный неонатальный скрининг новорожденных»

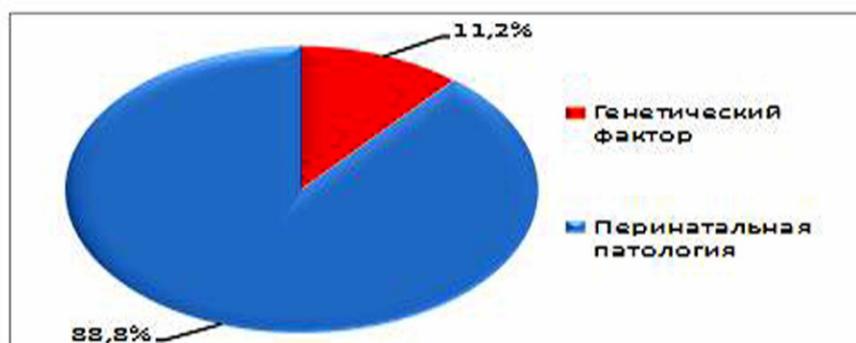


Рис.2 Этиологические факторы врожденной тугоухости



Рис 3. Этиологические факторы приобретенной тугоухости

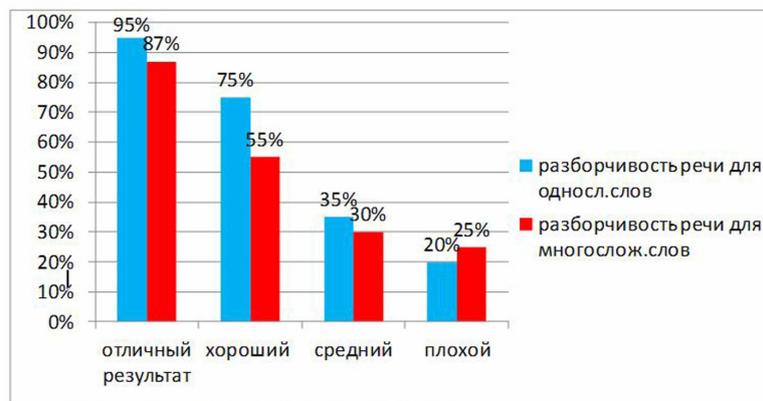


Рис.4 Результаты слухоречевой реабилитации

операции, психо- эмоционального состояния пациента, мотивации к продолжительной реабилитации и поддержки со стороны близких.

Результаты слухоречевой реабилитации оценивался по субъективной оценке разборчивости речи (отлично, хорошо, средне, плохо) для односложных слов (ОС) и многосложных слов(МС). Отличный результат для ОС-95%,Отличный результат для МС-87%,Хороший результат для ОС-75%,для МС-55%,Средний результат для ОС-35%,для МС-30%, Плохой для ОС-20%,для МС-25% (Рис.4)

Отделение сурдологии для детей ГКБ №5 совместно с кафедрой АГИУВ создало «Казахстанское общество аудиологов - сурдопедагогов» с привлечением и проведением круглых столов совместно с председателем международной ассоциации аудиологов д.м.н. профессора Центра аудиологии и слухопротезирования г.Москвы Таварткеладзе Г.А.; д.м.н. профессора НИИ Уха, Горла, Носа и Речи г. Санкт- Петербурга Кузовков В.Е., д.м.н. профессора НИИ Уха, Горла, Носа и Речи г.

Санкт- Петербурга Королевой И.В.

Проблемные вопросы по развитию сурдологической службы в РК:

- 1.Отсутствие единых нормативно – правовых документов по сурдологической службе
- 2.Отсутствие Единого Регистра пациентов с тугоухостью
- 3.Отсутствие тренинга пациентов после проведенного универсального неонатального скрининга слуха (Скрининг центр)
4. Недооснащенность необходимым оборудованием в сурдологических кабинетах
- 5.Кадровый дефицит
- 6.Внедрение программы хирургической реабилитации пациентов с аномалиями развития наружного, среднего уха – «Имплантиция среднего уха»
7. Отсутствие лаборатории височной кости для обучения врачей оториноларингологов

новым методам хирургической реабилитации при тяжелой степени сенсоневральной тугоухости и глухоте

Пути решения:

1. Разработка и утверждение нормативно-правовых документов по сурдологической службе

2. Создание Скрининг центров (мониторинг за проведением скрининга в родовспомогающих учреждениях РК)

3. Создание электронного регистра пациентов с тугоухостью

4. Учет и анализ отдаленных результатов после операции Кохлеарной имплантации

5. Разработка программы обучения среднего медицинского персонала проведению аудиологического скрининга, с внедрением данной программы в медицинских колледжах РК

6. Наряду с внедрением аудиологического скрининга слуха новорожденных, внедрение обязательного генетического скрининга на ген тугоухости, что позволит при подтверждении данного вида тугоухости исключить излишние

государственные затраты на неэффективное слухопротезирование

7. Создание лаборатории височной кости на базе кафедры оториноларингологии АГИУВ для освоения врачами оториноларингологами новых методов хирургической реабилитации при сенсоневральной тугоухости и глухоте

8. С 2014 г. введение цикла для врачей оториноларингологов, неонатологов, детских и взрослых сурдологов «Кохлеарная имплантация – диагностика, хирургическая и слухоречевая реабилитация при сенсоневральной глухоте»

Литература:

1. Альтман Я.А. *Руководство по аудиологии* / Я.А.Альтман, Г.А.Таварткеладзе М.: ДМК Пресс, 2003 г.

2. *Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей первого года жизни* / Под ред. Г.А.Таварткеладзе и Н.Д.Шматко М.: Экзамен, 2005 г.

3. Королева И.В. *Отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию / сурдопедагогическое обследование и оценка перспективности использования кохлеарного импланта* / И.В.Королева- СПб, 2005 г.

ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Ходжиев М.Х., Ходжиев Б.М., Аббосов Н.А., Байзоев К.Н.

Центральная районная больница

Исторавшан, Таджикистан

Резюме: Авторами изложены изучение эффективности организации дневного оториноларингологического стационара. Результаты опыта работы дневного оториноларингологического стационара является эффективным и может быть моделью для внедрения в условиях городов и районов и крупных межрайонных ЛОР стационаров, где имеются высококвалифицированные специалисты.

Ключевые слова: дневной оториноларингологический стационар, госпитализация, идентификация, заглоточный абсцесс.

EXPERIENCE DAY OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL

Khodzhiev M.H., Khodzhiev B.M., Abbosov N.A., Bayzoev K.N.

Central District Hospital

Istoravshan, Tajikistan

Resume: The authors set out to study the effectiveness of the organization day otorhinolaryngology hospital. Results experience otorhinolaryngology day hospital is efficient and can be a model for implementation in terms of cities and regions and major inter-district ENT hospitals where there are highly skilled.

Key words: Daily otorhinolaryngological hospital, hospitalization, identification, retropharyngeal abscess.

Актуальность. Рациональное использование коечного фонда в хирургических стационарах, внедрение новых организационных форм и методов работы, наиболее эффективных как с медицинской, так и социально экономической точки зрения имеет первостепенное значение. Этим требованием отвечает система оказания помощи по типу дневного оториноларингологического стационара. Для этого необходима четко отработанная преемственная система: стационар – дом (А.Т. Пулатов, 1988) [1].

В литературе имеется лишь отдельные сообщения о дневных хирургических стационарах [1, 2], однако, о дневном ЛОР стационаре кроме [4, 5, 6] не имеется.

Цель исследования. Изучение эффективности организации дневного оториноларингологического стационара.

Материал и методы исследования. На основании Приказа главного врача ЦРБ г. Исторавшана, с целью улучшения медицинской помощи больным, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении и лечении, идентификации и повышении эффективности работы лечебно – профилактических учреждений требуется поиск организация новых форм оказания медицинской помощи населению. В 1999 году был развернут дневной оториноларингологический стационар, организованный на 10 коек. В стационаре имеется

кабинет для лечения, операционная, две палаты. Для работы в дневном стационаре в штат больницы введены должности медицинской сестры и санитарки, которые обеспечивают уход за больными соблюдение санитарно-гигиенического режима и асептики. Врачи оториноларингологи отделения работают в дневном стационаре по графику. Финансирование отделения предусмотрено в смете больницы. Ответственным за организацию работы дневного стационара является заместитель главного врача, а за лечебную работу, – заведующий отделения.

Показаниями к госпитализации в дневной оториноларингологический стационар были острые и хронические заболевания ЛОР органов для консервативного лечения, а также для хирургического лечения при аденоидных разращениях, хроническом тонзиллите, при искривлениях носовых перегородок, полипов носа и гнойных заболеваний ЛОР органов, удаление инородных тел из ЛОР органов.

Всем больным проводится полное клиническое обследование: тщательное оториноларингологическое обследование, при наличии гнойного синуситов – определяли микрофлору из отделяемого околоносовых пазух, их чувствительность к антибиотикам в начале заболевания и в конце лечения. При показаниях производили диагностическую и лечебную пункцию придаточных пазух носа у детей старшего возраста, рентгенография

височной кости по Щюллеру, аудиометрическое исследование и др.

Больные в дневном ЛОР стационаре получают медикаментозное и оперативное лечение и пользуются всеми лечебно-оздоровительными службами больницы (современные физиотерапевтические процедуры: ультразвук, амплипульс, дорсанализация, УВЧ, СНИМ и др.). Медикаментозное обеспечение дневного стационара проводится за счет самого больного. При ухудшении течения заболевания, необходимости круглосуточного наблюдения больные немедленно переводятся в оториноларингологическое отделение стационара больницы.

За период 2009 - 2013 гг. в дневном ЛОР стационаре обследовано и получили лечения 2115 больных с различными патологиями ЛОР органов в возрасте от 16 до 50 лет, мужчин -1150 (54,3%), женщин- 965 (45,6 %). У 1250 (59,1%) больных были заболевания уха, 410 (19,3%) больных были заболеваниями носа и придаточных пазух, у 302 (14,2%) заболевания глотки и у 135 (6,3%) больных заболевания гортани.

Предварительное обследование и подготовка к операции проводилось в поликлинике.

Отбор больных проводится ЛОР врачами поликлиники, при этом учитывались сопутствующие заболевания, требующие лечения до операции, условия для ухода за больными послеоперационном периоде на дому.

В поликлинике проводится необходимый минимум предоперационного обследования (анализы крови, свёртывающие система крови, протромбиновая время, коагулограмма, общий анализ мочи, кал на яйца глист), дети осматриваются стоматологом, проводится санация выявленных очагов. После этого больной направляется в стационар для окончательного решения вопроса о возможности оперативного вмешательства в условиях дневного ЛОР стационара.

Накануне операции в дневном ЛОР стационаре больные осматриваются оперирующим хирургом. Еще раз родителям уточняют детали предстоящего послеоперационного ухода в домашних условиях. Оформляется история болезни. Родителям дают рекомендацию по непосредственной подготовке ребенка к оперативному вмешательству накануне

и утром в день операции. Ребенок доставляется в стационар в день операции 8 часов утра.

Всего за 5 лет существования дневного ЛОР стационара произведена 804 различные оперативные вмешательства: аденотомия – 123 (15,2), вскрытие паратонзиллярных и парафаренгиальных абсцессов-105, вскрытие абсцесса и абсцедирующих фурункулов уха-103, удаления полипов и грануляции из барабанной полости уха-78, первичная хирургическая обработка раны и репозиция костей носа-70, полипотомия носа-68, подслизистая резекция носовой перегородки-61, тонзилоэктомия-24, удаления инородных тел глотки и гортани-22, конхотомия носа-8, вскрытия заглоточных абсцессов-5, задняя тампонада при носовых кровотечениях - 4.

Больные были госпитализированы на 5 - 6 день и выписаны после выздоровления. В отдаленные сроки (до 6 месяцев) из 804 оперированных рецидив болезни отмечался у 2-х больных с хроническим гнойным средним отитом осложненным полипом и грануляцией барабанной полости.

Создание дневного стационара позволяет исключить госпитализацию в клиническое отделение значительной группы больных, диагностическая и лечебная помощь которым может быть оказана в дневное время, сократить продолжительность пребывания больных после хирургических вмешательств на лор – органах, увеличить оборот койки.

Таким образом, наш опыт работы дневного оториноларингологического стационара является эффективным и может быть моделью для внедрения в условиях городов и районов и крупных межрайонных ЛОР стационаров, где имеются высококвалифицированные специалисты.

Литература:

1. Пулатов А.Т., Нуридинов М.Н., Пичко И.Е., Шейко А.Ф. Опыт 1000 операций в детском хирургическом стационаре одного дня // Журнал Здоровоохранения Таджикистана. 1988. - 4.- 63-66.
2. Пулатов А.Т., Нуридинов М.Н., Машарипов Т.М. Первые итоги работы детского хирургического стационара одного дня // Журнал Здоровоохранения Таджикистана. 1991.- 3.- С. 60-63.
3. Рейцелис И.В. Организация амбулаторной лор помощи работникам крупного промышленного производства. // Журнал Российская ринология. 2007. - № 2. С.26 – 27.

4. *Ходжиев М.Х., Ходжиев Б.М. Экономическая эффективность дневного оториноларингологического стационара // Журнал здравоохранения Таджикистана. 2002. № 3. С. 146 – 147.*

5. *Ходжиев М.Х., Миряхяев И.М., Байзоев К.Н., Абосов Н.А. Дневной оториноларингологический стационар. // Тезисы докладов конференции ТГМУ посвященное 90 - летию профессора Я.А.Рахимова и 80 - летию профессора М.К. Муродова. Душанбе. 2006. С. 108 – 109.*

6. *Ходжиев М.Х., Ходжиев Б.М. Опыт лечения больных с патологиями лор органов в условиях дневного оториноларингологического стационара. // Среднеазиатская научно - практический журнал стоматология № 3 – 4. « Материалы третьего съезда оториноларингологов Узбекистана » Ташкент – 2010. С. 31 – 33.*

7. *Тошматов А.Х., Хомидов Н.Х. Организация и опыт работы дневного стационара поликлиники г. Худжанд // Журнал Здравоохранения Таджикистана. -1991.-6.-С.58-60.*

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПРИВЫЧНО – ИЗБЫТОЧНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ АККОМОДАЦИИ ГЛАЗ

Дикамбаева М.К., Гогаева Л.Б.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Исследование эффективности 2,5% раствора ирифрина в лечении детей с привычно-избыточным напряжением аккомодации выявило, что медикаментозная стимуляция симпатической нервной системы положительно воздействует на аккомодационный аппарат глаза, увеличивая резерв аккомодации.

БАЛДАРДЫН АККОМОДАЦИЯСЫНЫН ЧЫҢ АЛУУСУН ДАРЫЛОО

Дикамбаева М.К., Гогаева Л.Б.

Кыргыз – Россиялык Славян Университети
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Балдардын аккомодациясынын чың алуусу менен 2,5% ирифрин растворуунун изилдөө сүндө, жалпы аккомодациянын резервине оң таасир этет.

TREATMENT OF CHILDREN WITH HABITUAL ACCOMODATION

Dikambaeva M.K., Gogaeva L.B.

Kyrgyz – Russian Slavayn University
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Research of effect of 2,5% Irifrin solution for treatment of children with habitual accommodation effort appeared that medical stimulation of symphatic neural system positive influences for accommodation - to increase reserve of accommodation.

Близорукость (миопия) остается актуальной клинической и социальной проблемой современной офтальмологии. В последние десятилетия отмечается значительное увеличение частоты миопии у школьников и студентов, а также рост степени близорукости в данной возрастной категории.

В условиях напряженной зрительной работы, связанной с широким использованием в повседневной жизни компьютеров, сотовых телефонов, планшетов, роль зрительной нагрузки существенно возросла. Как известно, биомеханизм, обеспечивающий весь объем аккомодации (от дальнейшей до ближайшей точек ясного зрения) находится под влиянием симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Этот процесс реализуется через активный и пассивный мышечные компоненты за счет сокращения радиальной мышцы Иванава (симпатическая иннервация) и расслабления меридиональной мышцы Брюкке (парасимпатическая иннервация)

цилиарного тела глазного яблока.

Наиболее распространенным нарушением работы аккомодационного аппарата у детей является избыточное напряжение аккомодации, обусловленное стойким сокращением цилиарной мышцы. Гипертонус цилиарной мышцы развивается вследствие длительной зрительной работы на близком расстоянии и сохраняется зачастую после завершения зрительной нагрузки.

Избыточная работа аккомодации характеризуется термином «Привычно-избыточное напряжение аккомодации» (ПИНА) и в результате длительного спазмирования цилиарной мышцы вызывает развитие близорукости. У таких детей зрительная нагрузка часто сопровождается явлениями астенопии - зрительного утомления. Поэтому, среди лечебных мероприятий, проводимых детям с ПИНА, важную роль играет медикаментозная терапия, направленная на нормализацию тонуса цилиарной мышцы путем назначения циклоплегических препаратов.

Выраженное циклоплегическое действие оказывают М-холинолитики (атропин, скополамин, тропикамид и т.д.). Однако, при их закапывании возникает стойкий паралич цилиарной мышцы, что длительно снижает зрительную работоспособность вблизи и ограничивает их применение у детей во время учебы.

Другим направлением лечения ПИНА является использование симпатомиметиков, стимулирующих функцию радиальных мышечных волокон и ослабляющие функцию мышц-антагонистов (циркулярной и меридиональной) без выраженной циклоплегии.

В настоящее время в клинической практике стимулятором аккомодации для дали является α -адреномиметик ирифрин (2,5% раствор), который обладает выраженной адренергической активностью (сужает сосуды, расширяет зрачок, не вызывая циклоплегии) и при применении в обычных дозах не оказывает значительного стимулирующего действия на центральную нервную систему. Ирифрин легко проникает в ткани глаза, мидриаз (не сопровождающийся циклоплегией) наступает в течение 10-60 минут после однократного закапывания и сохраняется 2 - 4 часов после однократной инстилляцией.

Цель данного исследования: изучить эффективность 2,5% раствора ирифрина в лечении детей с привычно-избыточным напряжением аккомодации.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 25 детей (9 мальчиков и 16 девочек) в возрасте 8-17 лет с разными видами рефракции. У 16 детей (32 глаза) была миопия слабой степени, у 6 (12 глаз) миопия средней степени и у 3 детей (6 глаз) эметропия.

В начале исследования всем пациентам определяли остроту зрения и силу рефракции до и после 3-х кратной инстилляцией 2,5% раствора ирифрина. В результате чего было выявлено улучшение остроты зрения вдаль без коррекции и уменьшение степени миопии. Далее 2,5% раствор ирифрина назначался детям по 1 капле ежедневно на ночь в течение 10 дней с одновременным выполнением тренировочных упражнений.

Эффективность лечения оценивали по динамике функционального состояния органа зрения до и после курса терапии: остроте

зрения, клинической рефракции, объема и резерва аккомодации, а также по проявлению астенопических жалоб.

Результаты и обсуждение

В течение всего срока наблюдения отмечена хорошая переносимость препарата, исчезновение жалоб на зрительное утомление практически у всех детей.

В 3 случаях (6 глаз) пациенты отмечали чувство жжения, которое проходило через некоторое время. После курса лечения миопия уменьшилась практически у всех детей. При объективном обследовании выявлено ослабление рефракции на 0,5 Д при миопии слабой степени и на 0,75 Д при миопии средней степени. При этом резервы аккомодации повысились в среднем на 0,5 Д, а некорректированная острота зрения улучшилась на 0,15.

Таким образом, медикаментозная стимуляция симпатической нервной системы положительно воздействует на аккомодационный аппарат глаза, увеличивая резерв аккомодации.

Клиническая эффективность 2,5% раствора ирифрина проявилась в следующем:

- повышение резервов аккомодации в среднем на 0,5 Д;
- ослабление миопической рефракции;
- улучшение некорректированной остроты зрения (у 10 детей (20 глаз) острота зрения без коррекции увеличилась на 0,1-0,2, а с коррекцией до 1,0).

Клинический пример:

Ребенок 12 лет после напряженной зрительной нагрузки во время подготовки к экзаменам отметил значительное ухудшение зрения обоих глаз вдаль.

Объективно: острота зрения обоих глаз без коррекции равна 0,1, а с коррекцией sph(-1,0 Д)- 0,6. После закапывания 2,5% раствора ирифрина в течение 10 дней острота зрения без коррекции повысилась до 1,0, а рефракция стала эметропической. В данном случае привычно-избыточное напряжение аккомодации было вызвано сильным спазмом аккомодации вследствие интенсивной зрительной нагрузки.

Выводы:

Применение 2,5% раствора ирифрина является эффективным средством воздействия на аккомодацию, приводит к повышению резерва аккомодации, увеличению некорректированной остроты зрения вдаль.

Клиническая эффективность, отсутствие побочных и аллергических реакций позволяет рекомендовать 2,5% раствор ирифрина для широкого применения детям с привычно-избыточным напряжением аккомодации.

Литература:

1. *Страхов В.В. Проблемы аккомодации глаза. Ярославль, 2004, 32 с.*
2. *Аветисов Э.С. Охрана зрения у детей. Москва, 1975, 145 с.*
3. *Батманов Ю.Е., Макаров С.Н. Ирифрин 2,5% стимулятор дезаккомодации цилиарного тела. Новое в офтальмологии, 2003; 2: 45-47.*
4. *Катаргина Л.А. с соавт. Аккомодация. Москва, 2012, 135 с.*

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Шаяхметов Д.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье систематизированы принципы лечения воспалительных заболеваний слюнных желез – сialoadenитов.

Ключевые слова: слюнные железы, сialoadенит, принципы лечения.

ШИЛЕКЕЙ БЕЗИНИН СЕЗГЕНУУ ООРУСУН ДАРЫЛОО АЛГОРИТМИ

Шаяхметов Д.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
хирургиялык стоматология жана бет-жаак хирургия кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутундуу: макалада шилекей бездеринин сезгенүү ооруларынын дарылоо принциптери чагылдырылган.

Негизги сөздөр: шилекей бездери, сialoadениттерди дарылоо принциптери.

ALGORITHM FOR THE TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE SALIVARY GLANDS

Shayahmetov D.B.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department dental surgery and maxillofacial surgery
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: the article systematizes the treatment principles of inflammatory diseases of the salivary glands - sialoadenitis.

Keywords: salivary glands, sialoadenitis, principles of treatment.

Заболевания слюнных желез, по данным литературы, составляют от 2,3% до 5,2% от всех больных, находящихся на стационарном лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии [2]. Среди всех заболеваний слюнных желез, доля острых и хронических сialoadенитов составляет 42%-54,4% [2].

В последние годы появились работы, направленные на совершенствование методов лечения воспалительных заболеваний слюнных желез [1, 3, 6, 11], но, несмотря на это, по-прежнему отмечаются частые обострения хронического сialoadенита, переход его в поздние стадии и запущенные формы, когда происходит замещение железистой ткани фиброзной. Согласно данным А.В. Щипского [12], необходимо не менее трех недель после исчезновения клинических признаков обострения хронического воспаления, чтобы наступила регенерация железистой ткани. Исходя из этого, рекомендуется лечение

проводить до полного выздоровления. Таким образом, проблема реабилитации таких больных остается актуальной.

Цель работы: составить алгоритм лечения заболеваний слюнных желез для практических врачей.

Разработка новых методов лечения сialoadенита в наши непосредственные задачи не входила. Наше исследование направлено на систематизацию существующих методик лечения, а так же определения принципов их оптимального применения.

Лечение сialoadенита, в зависимости от тяжести течения заболевания, можно проводить как в поликлинике, так и в стационаре. В период обострения сialoadенита проводится комплекс лечебных мероприятий, в который входят антибиотикотерапия, противовоспалительное, десенсибилизирующее, общеукрепляющее, симптоматическое лечение и физиопроцедуры.

При наличии гнойных выделений необходимо проводить инстилляцию протоков слюнных желез растворами антибиотиков, а также промывание их растворами антисептиков.

В комплекс лечения хронического сиалоаденита в стадии ремиссии входят мероприятия, направленные на решение следующих задач:

1. повышение неспецифической резистентности организма;
2. устранение микроциркуляторных расстройств в слюнных железах;
3. улучшение трофики слюнных желез и стимуляция их функции;
4. усиление эвакуаторной функции слюнных желез;
5. приостановление скорости склерозирования стромы и дегенерации паренхимы;
6. снижение токсического воздействия на организм системных заболеваний (консультация и лечение у профильных специалистов – ревматолога, гастроэнтеролога, эндокринолога и др.);
7. ликвидация хронических очагов воспаления (санация полости рта, ЛОР-органов).

Для решения этих задач необходимо проводить комплекс следующих мероприятий:

1. С целью повышения иммунитета и неспецифической резистентности организма применять поливитамины, витамины групп С, В, натрия нуклеинат по схеме Н.М. Оглазовой (внутри по 0,2 г. три раза в день в течение 14 дней), а также десенсибилизирующие препараты [5]. Эффективность лечения хронического сиалоаденита существенно повышается на фоне иммуномодулирующей терапии с применением полиоксидония (внутримышечно по 6 мг, через день, 10 инъекций). [7, 11]

2. С целью устранения нарушения микроциркуляции слюнных желез проводить новокаиновые блокады слюнных желез по А.В.Вишневному (0,5% раствор новокаина, блокада 1 раз в 3 дня). Отмечено, что блокады с 0,5% раствором лидокаина оказывают более выраженный эффект изменения микроциркуляции [6]. Всего на курс лечения назначают от 5 до 10 блокад, чередуя стороны при двухстороннем процессе.

3. Улучшение трофики слюнных желез более выражено при сочетании новокаиновых блокад с компрессами диметилсульфоксидом

(ДМСО) и гепарина натрия. Применяется 30% раствор ДМСО, компрессы утром и вечером по 30 минут в течение 7 дней. С целью улучшения трофики и функции слюнных желез применяют пирогенал внутримышечно через 2-3 дня, 25 инъекций на курс. Первая инъекция 25 МПД (малых пирогенных доз), далее постепенное повышение дозы в зависимости от выраженности температурной кривой. Пирогенал также приостанавливает развитие рубцов и спаек [12].

Для улучшения секреции слюны следует применять галантамин (0,5%-1% раствор), подкожно 10 инъекций, затем галантамин можно вводить с помощью электрофореза до 30 процедур. Показан больным с интерстициальным сиалоаденитом [2, 8].

Для усиления эвакуаторной функции слюнных желез при паренхиматозном сиалоадените рекомендуют слюногонную диету, самомассаж слюнных желез. Для разжижения секрета проводят инстилляцию протоков растворами трипсина, хисотрипсина, в некоторых случаях проводят электрофорез этих ферментов в сочетании с компрессами ДМСО. Димексид улучшает тканевую микроциркуляцию, оказывает анальгезирующее, бактериостатическое действие, особенно при внутривнутрипротоковом введении 30% раствора [10]. Внутри или в виде электрофореза назначается раствор иодида калия от 2% до 10 %, начиная с 2% по 1 столовой ложке 3 раза в день, постепенно повышая концентрацию до 10%, курс лечения – 2 месяца [2, 8].

При обострении хронического паренхиматозного сиалоаденита применяют ингибитор протеаз – контрикал, который быстро купирует острый воспалительный процесс [9].

Физиотерапевтические методы лечения широко используются при лечении больных сиалоаденитами, обладая выраженным противовоспалительным, анальгезирующим, рассасывающим и стимулирующим слюнопродукцию действием [4].

При хронических сиалоаденитах длительностью до пяти лет применяется ультразвуковая терапия слюнных желез с интенсивностью 0,2 Вт/см² в импульсном режиме. Сеанс выполняется в течение 8-10 минут в количестве 8-10 процедур на курс лечения. Эти мероприятия улучшают сосудисто-тканевую проницаемость и способствуют размягчению инфильтратов.

Для купирования острого воспалитель-

ного процесса показана УВЧ-терапия выходной мощностью до 40 Вт в нетепловой дозе. Сеанс проводится в течение 10 минут, курс лечения 8-10 процедур.

Ультрафиолетовое облучение слюнных желез (на 2-3 см) проводят в интегральном спектре в эритемных дозах, начиная с 1-2 биодоз и увеличивая каждое последующее облучение на 1-2 биодозы. Курс лечения 3-4 процедуры.

Воздействие гелий-ионного лазера на область воспаленной железы позволяет нормализовать вязкость и рН слюны вследствие нарушения микроциркуляции, а также купировать воспалительный процесс в более короткие сроки.

При наличии стойких инфильтратов в железе показан электрофорез лидазы. Время воздействия 20 минут, на курс 10-12 процедур.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении различных форм сиалоаденитов, полного излечения хронических сиалоаденитов не наступает, сохраняется вероятность рецидивов. Поэтому важно, при лечении хронических сиалоаденитов, придерживаться профилактической направленности.

Необходимо обеспечить четкую взаимосвязь и преемственность между поликлиникой и стационаром. На уровне поликлиники необходимо организовать кабинет реабилитации больных с хроническими сиалоаденитами и осуществлять диспансеризацию таких больных.

Литература:

1. Авдиенко О.И. Клиника, диагностика и комплексное лечение больных различными формами сиаладеноза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.

2. Афанасьев В.В. Сиаладенит. (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально-клиническое исследование): дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993.

3. Дерябин Е.И., Шумихина Л.А. Комплексная терапия острых и обострившихся хронических неспецифических паротитов с применением мексидола и некогерентной инфракрасной терапии // *Стоматология*. – 2006. - № 3. – С. 21-23.

4. Кац А.Г., Белостоцкая И.М., Золотарева Ю.Б. и др. Применение излучения лазеров в комплексном лечении больных сиалоаденитом // *Стоматология*. – 1986. - № 2. – С. 66-68.

5. Оглазова Н.М. Хронический паротит (клиника, лечение, состояние факторов неспецифической защиты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1982.

6. Панин А.М., Надточий А.Г., Фахрисламова Л.Р., Митриков В.В. Сравнительная оценка микроциркуляции в зоне проведения блокад 0,5% растворами новокаина и лидокаина при лечении заболеваний слюнных желез с помощью метода ультразвуковой доплерографии // *Заболевания и повреждения слюнных желез: матер. юбилейн. Науч.-практ. Конф. с международным участием посвящ. 60-летию проф. В.В. Афанасьева*. – М., 2006. – С. 58-59.

7. Пинелис И.С., Скурлатов А.Г. Иммунокоррекция в комплексном лечении больных сиалоаденитами. // *Стоматология*. – 1997. - № 1. – С. 32-33.

8. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М., 1987.

9. Сакович А.А. – *Материалы к лечению неэпидемических паротитов (экспериментальное и клиническое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л, 1975.*

10. Супиев Т.К., Нурмаганов С.Б., Есимов А.Ж. // *Здравоохранение Казахстана – 1990*. - № 1. – С. 38-41.

11. Фасхутдинов Д.К. Клинико-лабораторное обоснование применения полиоксидония в комплексном лечении хронических неспецифических сиаладенитов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.

12. Щипский А.В. Сиаладенит (сиалоз). Классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и выбор схем лечения. (Клинико-экспериментальное исследование). Автореф. дис. ... док. мед. наук. – М., 2002.

АЛГОРИТМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ СИАЛОАДЕНИТОМ

Шаяхметов Д.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье представлен алгоритм реабилитационных мероприятий у больных калькулезным сиалоаденитом. При тщательном соблюдении всех этапов реабилитации удается избежать осложнений, сохранить слюнную железу и ее функцию.

Ключевые слова: слюнные железы, калькулезный сиалоаденит, лечение, реабилитация.

КАЛЬКУЛЕЗДУУ СИАЛОАДЕНИТ МЕНЕН ООРУГАН ООРУУЛАРДЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛОО АЛГОРИТМИ

Шаяхметов Д.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
хирургиялык стоматология жана бет-жаак хирургия кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: макалада калькулездуу сиалоаденит менен ооруган оорууларды реабилитациялоо алгоритми көрсөтүлдү. Реабилитациянын бардык этаптарын туура кармаса, шилекей безин жана анын функциясын сактап калса болот.

Негизги сөздөр: шилекей бездери, калькулездуу сиалоаденит, дарылоо, реабилитациялоо.

AN ALGORITHM OF REHABILITATION IN PATIENTS WITH CALCULOUS SIALOADENITIS

Shayahmetov D.B.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department dental surgery and maxillofacial surgery
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The article presents an algorithm of rehabilitation in patients with calculous sialoadenitis. Possibility to safe salivary gland and its function and avoid complications if of all stages of rehabilitation carefully observe.

Keywords: salivary glands, calculous sialoadenitis, treatment, rehabilitation.

Введение

Калькулезный сиалоаденит (слюнно-каменная болезнь) – один из наиболее часто встречающихся среди всех воспалительных процессов слюнных желез, доходя до 78% [3; 5]. Большую часть больных составляют лица трудоспособного возраста [3; 4; 7]. До сих пор высок уровень осложнений при этом заболевании и, как результат большое количество слюнных желез удаляется [5]. Последние годы опубликованы работы в которых указывается на важную роль слюнных желез для организма, так как они являются важной составной частью пищеварительной системы, играют большую роль в гомеостазе желудочно-кишечного тракта и всего организма [6, 8] исходя из этого становится понятным значение органосохраняющих

операций при лечении калькулезного сиалоаденита. По данным Магадова И.А. [2, 6] удаление слюнных желез в 95% случаев нецелесообразно. Следовательно, большое значение приобретают вопросы реабилитации больных калькулезным сиалоаденитом.

Цель данного исследования – определение объема реабилитационных мероприятий на различных этапах клинического течения калькулезного сиалоаденита.

Материал и методы.

При проведении клинических исследований с нашим участием проведено обследование и лечение 83 больных калькулезным сиалоаденитом.

Всех наблюдавшихся нами больных мы разделили на 3 клинические группы: [7]

1. Без клинических проявлений воспалительного процесса; в эту группу внесен 21 больной (25,3%) в возрасте от 19 до 72 лет, среди них мужчины – 12, женщин – 9; правая железа была поражена у 10 больных, левая – у 11.

2. С единичными обострениями воспалительного процесса; в эту группу включено 38 больных 45,8% в возрасте от 10 до 67 лет, мужчин – 24, женщин – 14. Правая железа повреждена у 18 больных, левая – у 20.

3. С выраженными признаками хронического воспаления и периодически возникающими обострениями. В эту группу вошли 24 больных (28,9%) от 21 до 68 лет. Мужчин – 13, женщин – 11. Правая железа поражена у 14 больных, левая – у 10.

При разделении больных на группу использовались следующие методы диагностики: рентгенологическое исследование, (включая сиалографию) сиалометрия, бактериологическое исследование секрета.

Объем хирургического вмешательства у первой группы больных минимальный. Проводилось удаление слюнного камня, которое осуществлялось по методике описанной Я.М. Биберманом (1958).

При удалении слюнного камня, находящегося в дистальном отделе протока подчелюстной железы, пользовались методикой И.А. Магадова [6].

В послеоперационном периоде, ввиду отсутствия клинических признаков воспаления, проводились лишь мероприятия, направленные на ликвидацию застойных явлений и восстановление функции железы. Назначались 3-4 инстилляций железы теплым раствором фурацилина – это ускоряло отторжение слущенного воспалительно-измененного эпителия. В целях стимуляции функции железы назначались физиопроцедуры (ЭПУВЧ, УФО полости рта) 1% раствор пилокарпина, который больные принимали за 15-20 минут до еды по 8 капель на четверть стакана воды 3-4 раза в сутки. Прием пилокарпина осуществлялся 5-6 дней. Больному рекомендовалось полоскание рта раствором антисептиков (фурацилина 1:5000, слабым раствором марганцевокислого калия) после еды.

Наши наблюдения показали, что такой объем реабилитационных мероприятий для больных первой клинической группы является

достаточным. Прослеженные отдаленные результаты до 7 лет были хорошими.

Во второй клинической группе первые мероприятия были направлены на снятие явлений острого воспаления. С этой целью назначали щадящую диету, исключая грубую, острую кислую пищу. С целью временного понижения функции слюноотделения больные перорально принимали по 6-8 капель 0,1% раствора атропина за 15-30 минут до еды. Назначалась антибиотикотерапия, вазелиновые повязки, компрессы, с 30% раствором димексидина на область проекции железы, антисептические полоскания.

После снятия явлений острого воспаления и удаления слюнного камня проводились мероприятия, направленные на восстановление функции слюноотделения и устранения остаточных явлений воспаления: инстилляций растворами антибиотиков с учетом результатов бактериологического исследования операционной раны; новокаиновые блокады, позволяющие устранить болевой синдром и позитивно влиять на трофику тканей; электрофорез с использованием протеолитических ферментов, а позже с йодистым калием, УВЧ – терапия. Учитывая имеющиеся нарушения кровообращения в заинтересованной железе, для улучшения гемодинамики на микроциркуляторном уровне на область раны и воспаленных тканей воздействовали излучением гелий – неоновый лазер (модель «ЛТМ-01»). Как и в предыдущей группе больных, для улучшения секреторной функции пациенты получали 1% раствора пилокарпина.

При определении объема хирургического вмешательства у больных третьей клинической группы важным критерием являлись данные сиалометрии. Больным, у которых, несмотря на ликвидацию острых воспалительных явлений, не удавалось добиться восстановления функции слюноотделения, проводилась экстирпация желез. Остальным больным после удаления слюнного камня проводилось лечение, направленное на восстановление функции слюноотделения и на ликвидацию застойных явлений. С этой целью проводились новокаиновые блокады железы путем инъекции анестетика в околожелезистую клетчатку (от 4 до 6 раз с интервалами в 2-3 дня). В протоки железы инстиллировался раствор антибиотика,

с учетом чувствительности к нему микрофлоры методом длительного фракционного введения с обтурацией протока на 20-30 минут. Внутри больные принимали препараты уротропина (уросал, гексаметилентетрамин), 1% р-р пилокарпина по 6-8 капель 3-4 раза в день за 15-20 минут до еды.

Из физиотерапевтических процедур применяли электрофорез с 0,5% раствором галантамина до 10 процедур (в последующем галантамин вводился подкожно до 30 инъекций). УФО полости рта, УВЧ до №10. На этапах реабилитации применяли также слабоинтенсивное излучение гелий – неоновой лазера (ИГНЛ).

Проведение этих мероприятий воздействуя на пораженный орган в комплексе способствует вслед за устранением воспалительных явлений быстрейшему восстановлению функции слюноотделения и очищению протокового аппарата от застойных масс.

Самым существенным отличием реабилитации, которая проводилась применительно к некоторым больным третьей группы, (их было 3 человека) явились реконструктивные операции, выполненные в связи с выявлением у них деформированных выводных протоков. Наличие стриктур выводных протоков служило дополнительной причиной сохранения клинической картины застойных явлений в слюнной железе и, следовательно, не могло удовлетворить лечащего врача в качестве результата лечения. Воссоздание выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы осуществлялось по местным обезболиванием: путем иссечения рубцовых тканей в области стриктуры, выпрепаровки культи протока на протяжении и формирования нового устья путем сшивания эпителия раневого края культи с эпителием раневого края тканей дна полости рта.

С целью закрепления результатов лечебных и реабилитационных мероприятий больных ставили на диспансерный учет. Больных необходимо наблюдать дважды в год (весной и осенью). В случае ухудшения, сохранения или повторных проявлений воспаления – проводить курс лечения, направленного на их ликвидацию, а так же ликвидацию явлений ретенции слюны по мере возникновения обострения процесса.

Реабилитация больных калькулезным сиалоаденитом, таким образом, планировалась с позиций адекватности этих мероприятий клиническому течению заболевания, то есть носила индивидуальный характер.

Выводы

1. При проведении реабилитационных мероприятий необходимо учитывать стадию клинического течения калькулезного сиалоаденита.

2. Объем реабилитационных мероприятий в каждой последующей группе увеличивается.

3. При тщательном выполнении комплекса реабилитационных мероприятий появляется возможность свести к минимуму необходимость удаления слюнной железы.

Литература:

1. Абдусаламов М.Р., Афанасьев В.В. Клинические особенности течения слюннокаменной болезни и выбор метода лечения в период обострения сиалоаденита. // *Стоматология*. - 2007. - №5. - С. 48-49.
2. Абдусаламов М.Р., Афанасьев В.В., Магадов И.А. Особенности удаления камней из дистальных отделов протоков поднижнечелюстных слюнных желез. // *Российский стоматологический журнал*. - 2010. - №5. - С.15-16
3. Афанасьев В.В. Сиалоаденит. (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально-клиническое исследование): дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1993.
4. Афанасьев В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы: М., 2012.
5. Коваленко В.С. Особенности клинического течения, диагностики и лечения неэпидемических сиалоаденитов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Киев, 1970
6. Магадов И.А. Особенности удаления камней из протоков слюнных желез: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2012.
7. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М., 1987.
8. Степаненко Р.С., Афанасьев В.В., Полякова М.А. Роль слюнных желез в гомеостазе организма // *Российский стоматологический журнал*. - 2010. - №5. - С. 26-27

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИУТРОБНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Садыбакасова Г.К.¹, Кутманова А.З.²

Кыргызско-Российский Славянский Университет¹

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева²

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье дана характеристика тяжести состояния детей с внутриутробной цитомегаловирусной инфекцией. Анализ степени тяжести течения болезни показал, что у новорожденных и детей преобладает средняя степень тяжести инфекции (74,8±2,9%), тяжелая форма зарегистрирована в 19,3±3,3% случаях, крайне-тяжелая степень – в 3,8±1,3%, легкая – в 2,4±1,0% случаях.

Ключевые слова: Цитомегаловирусная инфекция, клиника, новорожденные и дети до 6 месяцев, тяжесть состояния.

ЖАҢЫ ТӨРӨЛГӨН ЖАНА ЭМЧЕК ЖАШЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН ЭНЕСИНИН ИЧИНДЕ ЖАТКАНДА ПАЙДА БОЛГОН ЦИТОМЕГАЛОВИРУСТУК ИНФЕКЦИЯНЫН КЛИНИКАЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Садыбакасова Г.К.¹, Кутманова А.З.²

Кыргыз-Орус Славян Университети¹

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы²

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Статьяда энесинин ичинде пайда болгон цитомегаловирустук инфекциясы менен жабыркаган балдардын абалынын оордугу мүнөздөлгөн. Жаңы төрөлгөн жана эмчектеги балдардын оорусунун оордугун анализдөө оорунун орто даражадагы оордугу басымдуураак кылаары (74,8±2,9%), оор түрү 19,3±3,3% учурларда катталаарын, өтө оор даражадагысы – 3,8±1,3%, жеңил түрү – 2,4±1,0% учурларда кездешээрин көрсөттү.

Негизги сөздөр: Цитомегаловирустук инфекциясы, клиникасы, жаңы төрөлгөн жана 6 айга чейинки балдар, абалынын оордугу.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF INTRAUTERINE CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN NEWBORNS AND INFANTS

Sadybakasova G.K.¹, Kutmanova A.Z.²

Kyrgyz-Russian Slavonic University¹

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy²

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The article assesses the severity of the condition of children with intrauterine cytomegalovirus infection. Analysis of the stage of severity of disease showed that in infants and children dominates the middle stage of severity of infection (74,8 ± 2,9%), severe stage was registered in 19,3 ± 3,3% of cases, extremely severe stage – in 3,8±1,3%, light – in 2,4±1,0% of cases.

Key words: cytomegalovirus infection, clinic, newborns, children under 6 months, stage of severity of disease.

По данным Комитета экспертов ВОЗ 40-60% всех новорожденных инфицируются цитомегаловирусом (ЦМВ) интранатально, и только 0,5-2,5% антенатально [1]. Риск внутриутробной инфекции (ВУИ) у плода, за счет ЦМВ, при первичном заражении матери во время беременности составляет 40-50% (частота таких форм ЦМВ у беременных равна 1-4%). При обострении латентной ЦМВ риск ВУИ у плода колеблется в пределах 0,5-7%, несмотря на наличие такого проявления этой

инфекции примерно у 10-20% беременных [2]. При латентном течении ЦМВ без обострений во время беременности, вероятность возникновения ВУИ у плода практически отсутствует. В послеродовом периоде эпидемиологическая опасность матери для новорожденного все еще сохраняется, что связано с возможностью передачи вируса через грудное молоко (20% серопозитивных матерей содержат ЦМВ в грудном молоке и инфицирование детей наблюдается в 76% случаях), а также бытовым

Клинические проявления ЦМВ инфекции по степени тяжести в зависимости от возраста и пола детей

Возраст детей	пол	Легкая степень		Степень средней тяжести		Тяжелая степень		Крайне-тяжелая степень		Всего	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
От 1го до 10 дней жизни	д	-	-	10	52,6±11,4	5	26,3±10,1	4	21,1±9,3	19	9,1±1,9
	м	-	-	12	57,1±10,8	7	33,3±10,2	2	9,6±6,3	21	10,0±2,0
От 10 до 20 дней жизни	д	2	6,9±4,7	21	72,4±8,3	5	17,2±7,0	1	3,5±3,4	29	13,8±2,3
	м	-	-	24	96,0±3,9	1	4,0±3,9	-	-	25	11,9±2,2
От 20 до 30 дней жизни	д	-	-	14	77,8±9,7	4	22,2±9,7	-	-	18	8,5±1,9
	м	-	-	18	78,3±8,5	4	17,4±7,9	1	4,3±4,2	23	10,9±2,1
От 1 мес. до 3 мес.	д	1	3,7±3,6	20	74,1±8,4	6	22,2±7,9	-	-	27	12,9±2,3
	м	2	4,4±3,0	36	80,0±5,9	7	15,6±5,4	-	-	45	21,4±2,8
От 3 мес. до 6 мес.	д	-	-	1	100%	-	-	-	-	1	0,5±0,4
	м	-	-	1	50,0±35,3	1	50,0±35,3	-	-	2	1,0±0,6
Всего		5	2,4±1,0	157	74,8±2,9	40	19,0±2,7	8	3,8±1,3	210	100

путем при нарушении гигиенических норм [3].

Цель исследования: изучить особенности клинического течения с оценкой степени тяжести цитомегаловирусной инфекции у новорожденных и детей.

Материалы и методы исследования

Изучение клинического течения ЦМВ инфекции проводили среди детей, госпитализированных в РДКБСМП в 2012 году, из них у 40 (19,1±2,7%) новорожденных от 1 до 10 дней жизни, у 54 (25,7±3,0%) – от 10 до 20 дней жизни, у 41 (19,5%±2,7) – от 20 до 30 дней жизни, у 72 (34,3%±3,2) детей от 1 до 3-х месяцев, у 3 ребенка (1,4%±0,8) – от 3-х до 6 месяцев.

При оценке степени тяжести (для стадии манифестации или стадии рецидива) выделяли легкую, средней степени тяжести, тяжелую и крайне-тяжелую формы инфекции. Легкая форма сопровождалась наличием слабо выраженных клиническими проявлениями и минимальными функциональными сдвигами и неврологическими изменениями, при которых возможно амбулаторное лечение ребенка. Для средней степени тяжести было характерным наличие умеренных или выраженных клинических проявлений. Тяжелая и крайне-тяжелая степень заболевания протекала с признаками тяжелой клинической симптоматики

с явлениями полиорганной недостаточности, тяжелыми метаболическими нарушениями, ДВС-синдромом, энцефалитом, гепатитом, пневмонией и другими признаками органических поражений.

Из 210 больных детей с внутриутробной ЦМВ инфекцией средней степени тяжести заболевания диагностированы у 157 новорожденных и детей раннего возраста (74,8±2,9%). Тяжелое и крайне-тяжелое течение инфекции отмечено у 40 новорожденных детей (19,0±2,7%) и у 8 детей раннего возраста (3,8±1,3%), у 5 новорожденных и детей (2,4±1,0%) заболевание имело легкую степень тяжести. Такое соотношение степени тяжести заболевания в достаточной мере свидетельствует о госпитализации детей в соответствии с показаниями для стационарного лечения, хотя имеются единичные случаи госпитализации с легким течением заболевания, связанное с недостаточностью ухода и лечения на дому (длительное лечение).

Детальный анализ клинических проявлений ЦМВ инфекции по степени тяжести в зависимости от возраста и пола детей представлен в таблице 1.

По данным таблицы, клинические проявления ЦМВ инфекции среди новорожденных от одного до 10 дней жизни были обнаружены у

40 детей (19,1±2,7%), при этом средняя степень тяжести определена у 22 новорожденных (55,0±7,8%), из них у 10 девочек (52,6±11,4%) и 12 мальчиков (57,1±10,8%) и достоверная разница не выявлена ($p>0,05$). Тяжелая степень заболевания наблюдалась у 12 новорожденных (30,0±7,2), в том числе у 5 девочек и 7 мальчиков (26,3±10,1% и 33,3±10,2%, соответственно, $p>0,05$). Крайне-тяжелая степень инфекции обнаружена у 6 новорожденных (15,0±5,6%), из них у 4 девочек (21,1±9,3%) и 2 мальчиков (9,6±6,3), при этом разница оказалась достоверной ($p<0,01$).

Новорожденных от 10 до 20 дней жизни с ЦМВ инфекцией оказалось 54 детей (25,7±3,0%), включая 29 девочек и 25 мальчиков (13,8±2,3% и 11,9±2,2%, соответственно, $p>0,05$). Заболевание имело легкое течение у 2 новорожденных (3,7±2,5%) и обе оказались девочками. Средней степени тяжести инфекция диагностирована у 45 детей (83,3±5,0%), из них 21 девочка (72,4±8,3%) и 24 мальчика (96,0±3,9) и разница оказалась достоверной ($p<0,001$). У 6 новорожденных (11,1±4,2%) заболевание имело тяжелую степень, из них 5 девочек и 1 мальчик (17,2±7,0% и 4,0±3,9%, соответственно, $p<0,001$), и у 1 девочки инфекция протекала в крайне-тяжелой форме (3,5±3,4%).

У 41 (19,5±2,7%) ребенка от 20 до 30 дней жизни, в том числе 18 девочек и 23 мальчика (8,5±1,9% и 10,9±2,1%, соответственно, $p>0,05$) заболевание имело степень средней тяжести у 32 новорожденных (78,1±6,4%). При этом достоверной разницы по половой принадлежности не обнаружено (14 девочек – 77,8±9,7% и 18 мальчиков – 78,3±8,5%, $p>0,05$). Тяжелое течение инфекции имели 8 (19,5±6,1%) детей среди них было 4 девочки (22,2±9,7%) и 4 мальчиков (17,4±7,9%), что также не показало достоверную разницу. Крайне тяжелой формой инфекции болел 1 мальчик (4,3±4,2%).

ЦМВ инфекция с наибольшей частотой обнаружена среди детей от одного до 3х месячного возраста – 72 ребенка (34,3±3,2%), что касается половой принадлежности, то оказалось преобладание мальчиков (45 21,4±2,8%) в сравнении с девочками (27 – 12,9±2,3%, $p<0,001$). С легкой формой было всего 3 детей (4,2±2,3%), в том числе 1 девочка (3,7±3,6%) и 2 мальчика (4,4±3,0%), средней тяжести – 56 (77,8±4,8%) и тяжелой – 13 (18,0±4,5%) детей.

Среди детей в возрасте от 3х до 6

месячного возраста заболевание встречалось у 3 детей (1,4±0,8%), среди них 1 девочка (0,5±0,4) и 2 мальчика (1,0±0,6). Заболевание имело среднетяжелое течение у 2 детей и тяжелое – у 1 мальчика.

Данные клинических исследований по обращаемости в ГДКБСМП за 2-12 год свидетельствуют о высокой распространенности цитомегаловирусной инфекции среди новорожденных и детей грудного возраста.

Таким образом, результаты наших исследований клинического течения ЦМВ инфекции у новорожденных и детей грудного возраста по степени тяжести показали, что заболевание может встречаться с первого дня жизни ребенка. Причем, чем младше возраст ребенка, тем тяжелее протекает заболевание. Так, крайне тяжелая степень тяжести инфекции в возрасте до 10 дней жизни ребенка встречалась в 15,0±5,6% случаях, тогда как среди детей старше 1 месячного возраста данная форма не регистрировалась. Во всех возрастных группах преобладала средняя степень тяжести заболевания – (74,8±2,9%). Достоверной разницы в различных возрастных группах по половой принадлежности нами не обнаружено. Окончательный диагноз внутриутробной цитомегаловирусной инфекции в стационаре устанавливается на основании эпидемиологического анамнеза, клинических проявлений и лабораторных данных.

Литература:

1. Каражас Н.В. Цитомегаловирусная инфекция – современная диагностика. //Клин.лаб.диагностика. -1998. - №2. – С.16-17.
2. Русанова Н.Н., Кочергина С.А., Теплова С.Н. Клинические особенности цитомегаловирусной инфекции у детей первых месяцев жизни. //Педиатрия.- 2000. -№1.- С.26-29.
3. Тютюник В.Л. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при плацентарной недостаточности инфекционного генеза. // Акушерство и гинекология.-2004.- №5.- С.13-17.
4. С.Г. Чешик. Иммунокорректирующая терапия цитомегаловирусной инфекции у женщин репродуктивного возраста. //Краткие сообщения. - 2003. - №4 (4).- С.181-182.

КАЧЕСТВЕННО-КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ У ЖИТЕЛЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ ВБЛИЗИ УРАНОВЫХ ХВОСТОХРАНИЛИЩ

Суранова Г. Ж.

Кыргызско-Российский Славянский Университет
Кафедра нормальной и патологической физиологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе качественно и количественно оценены параметры гемодинамики у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ. Анализ интеркорреляционной зависимости показателей гемодинамики позволили выявить взаимосвязи, которые носят, в основном, не случайный характер и прослеживаются определенные закономерности в исследуемых группах.

Ключевые слова: центральная гемодинамика, жители проживающие вблизи урановых хвостохранилищ, корреляция.

УРАН КАЛДЫКТАРЫНА ЖАКЫН ЖАШАГАН ЖЕРГИЛИКТҮҮ КАЛКТЫН ЖАШЫНА ЖАРАША ГЕМОДИНАМИКАНЫН ПАРАМЕТРЛЕРИН САН ЖАНА СЫПАТ МЕНЕН БААЛОО

Суранова Г.Ж.

Кыргыз-Россия Славян Университети,
нормалдуу жана патологиялык физиология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Котурунду: Макалада уран калдыктарына жакын жашаган жергиликтүү калктын гемодинамикасынын параметрлери сан жана сыпат менен бааланган. Гемодинамиканын көрсөткүчтөрү бири-бири менен байланышта экендиги аныкталган.

Негизги сөздөр: борбодук гемодинамика, уран калдыктарына жакын жайгашкан жергиликтүү калк, корреляция.

QUALITATIVE-QUANTITATIVE ESTIMATES OF PARAMETERS OF HEMODYNAMICS IN RESIDENTS LIVING NEAR URANIUM TAILINGS

Suranova G. J.

Kyrgyz-Russian Slavic University,
Department of Normal and Pathological Physiology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Studies often used method of correlation analysis, which allows to establish relationships between the studied parameters, the amount of coupling between them, the degree of influence on each other. Choosing this method it provides an opportunity to consider the relationship and the relationship between the individual indicators of the central hemodynamics. Correlation analysis revealed hemodynamic relationships that are mostly random and traced certain patterns in the groups studied.

Key words: hemodynamics residents living near uranium tailings, correlation

Введение. Заболевания сердечно-сосудистой системы являются основной причиной сокращения продолжительности жизни. В современной радиобиологии и медицине наибольший интерес представляют эффекты хронического радиационного воздействия с низкой мощностью дозы, которому подвергаются большие группы населения. Предполагается, что механизмы эффектов низкоинтенсивного радиационного воздействия и острого облучения в высоких дозах существенно отличаются [1].

В связи с этим особый интерес представляют жители, проживающие вблизи урановых хвостохранилищ.

Целью настоящей работы являлась качественно-количественная оценка параметров гемодинамики посредством анализа числа и силы достоверных корреляционных связей у 63 жителя, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, в зависимости от возраста.

Материал и методы исследования

Нами в центре семейной медицине

пгт. Каджысай было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование жителей в возрасте от 25 до 90 лет, постоянно проживающих в данной местности. Жители были разделены на 4 группы, согласно возрастной классификации ВОЗ [1].

В 1 группу вошли 12 лиц, в возрасте от 24 до 44 лет (молодой возраст). 2 группу составили 24 пациента в возрасте от 45 до 59 лет (средний возраст). Третью группу составили лица в возрасте от 60-74 лет (пожилой возраст). Четвертую группу составили жители в возрасте от 75 до 90 лет (старческий возраст) (n=9).

Исследование функциональных характеристик сердца производили с помощью регистрации и расчета основных гемодинамических показателей (частота сердечных сокращений (ЧСС), должная частота сердечных сокращений (ДЧСС), систолическое артериальное давление (АДС), диастолическое артериальное давление (АДД), пульсовое давление (ПД), среднее гемодинамическое давление (СДД), ударный объем (УО), сердечный выброс (СВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), систолический индекс (СИ), работа правого и левого желудочка (АЛЖ, АПЖ), мощность левого и правого желудочка (МЛЖ, МПЖ)). Рассчитывали массу миокарда (m).

Статистическая обработка материала.

Результаты обрабатывали при помощи пакета программ «SPSS 13». Специальное внимание было уделено анализу корреляционных связей между исследуемыми показателями. Особенность изучались на основании качественно-количественной оценки параметров гемодинамики посредством анализа числа и силы достоверных корреляционных связей. О тесноте связей между изучаемыми показателями делали заключение по следующей шкале: связи от 0,4 до 0,5 – слабые; от 0,6 до 0,7 – средние; 0,8 и выше – сильные. Для определения значимости коэффициента корреляции использовался t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение.

При анализе качественно-количественной оценки параметров гемодинамики у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, были выявлены значимые взаимосвязи между исследуемыми показателями. Результаты корреляционного анализа, зависимости показателей гемодинамики у

жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, разного возраста, представлены в таблицах 1-4.

Анализ параметров в 1 группе показал (табл. 1), что корреляционные связи между СДД и АДС, АДД и показателями ОПСС - насосной и инотропной функциями сердца (СВ, УО) сильные и носят, в основном, не случайный характер и прослеживаются определенные закономерности в исследуемых группах. При этом общее число достоверно значимых корреляционных связей оказалось в данной группе небольшим (16), причем большая часть (13) имела сильную взаимозависимость показателей, меньшая часть (3) – среднюю силу.

Из таб.2 видно, с возрастом степень выраженности корреляционных связей увеличивается, выявлено 22 достоверных корреляционных связей. Из них 8 имели сильную взаимозависимость, 2 – среднюю, 12 были слабой силы. Особенно это проявилось в отношении общего периферического сосудистого сопротивления, массы миокарда и среднего динамического давления. Важно отметить, что только во 2 группе отмечена отрицательная значимая корреляция между возрастом и УО, однако в других группах сравнения такой закономерно выявлено не было. Надо подчеркнуть, начиная со 2 группы, отмечается достоверная положительная связь между СДД и ПД, которая проявляется в виде закономерной зависимости в 3 и 4 группах.

Анализ параметров в 3-й группе показал (табл. 3), что ОПСС и СВ имели самое большое количество связей (по 5 показателям), по сравнению с другими группами. Достоверные взаимосвязи ОПСС были определены со следующими показателями: положительные с АДС, АДД, СДД соответственно и отрицательные с ЧСС и УО. Установлены отрицательные связи между СВ – АДД, СВ-СДД, СВ-ОПСС и положительные СВ-УО, СВ-ЧСС. Корреляция между данными показателями была в большей мере, чем в группах сравнения и закономерно встречалась в 4 группе.

В 3 группе выявлено 18 достоверных корреляций. Их количество оказалось меньше, чем в 1 и 2 группах сравнения. Из числа обнаруженных достоверных сильных взаимосвязей было 6; 8 – средней силы, остальные (4) были слабыми.

При исследовании корреляционных

Таблица 1- Интеркорреляционные зависимости показателей системной гемодинамики в 1 группе (молодой возраст) (г)

	Воз- раст	АДС	АДД	ЧСС	ПД	СДД	ДЧСС	УО	ОПСС	СВ	СИ	АЛЖ	АПЖ	МЛЖ	МПЖ	m
возраст	1															
АДС (мм рт.ст)	-0,45	1														
АДД (мм рт.ст)	-0,349	0,799*	1													
ЧСС	-0,213	0,465	0,265	1												
ПД (мм рт.ст)	-0,095	0,174	-0,453	0,254	1											
СДД (мм рт.ст)	-0,398	0,901*	0,981*	0,343	-0,270	1										
должное чсс	0,675	-0,326	-0,201	-0,289	-0,154	-0,251	1									
УО (мл)	-0,018	-0,452	-0,820*	-0,436	0,671	-0,738	0,122	1								
ОПСС (длин/сек х см ⁵)	-0,279	0,461	0,876*	-0,151	-0,751	0,781*	-0,008	-0,767*	1							
СВ (мл)	0,170	0,033	-0,504	0,555	0,874*	-0,352	-0,177	0,506	-0,856*	1						
СИ (л/мин·м ²)	0,743	-0,365	-0,199	-0,190	-0,215	-0,263	0,982*	0,058	-0,027	-0,146	1					
АЛЖ (Дж)	0,522	-0,463	-0,226	-0,201	-0,316	-0,314	0,476	0,155	-0,082	-0,086	0,580	1				
АПЖ (Дж)	-0,612	0,300	0,002	0,040	0,442	0,099	-0,560	0,113	-0,106	0,179	-0,674	-0,950*	1			
МЛЖ (Вт/мин)	0,491	0,133	-0,141	0,895*	0,429	-0,058	-0,012	-0,117	-0,499	0,748	0,083	-0,051	-0,053	1		
МПЖ (Вт/мин)	-0,482	-0,437	-0,233	-0,864*	-0,265	-0,310	-0,204	0,356	0,127	-0,493	-0,272	0,036	0,175	-0,874*	1	
Масса миокарда (мг)	0,328	0,239	0,170	0,733	0,076	0,200	-0,381	-0,332	-0,091	0,383	-0,281	0,115	-0,190	0,613	-0,527	1

Примечание. * - корреляция значима, $p < 0,05$

** - корреляция значима, $p < 0,01$

Таблица 2- Интеркорреляционные зависимости показателей системной гемодинамики во 2 группе (средний возраст) (г)

	Возраст	АДС	АДД	ЧСС	ПД	СДД	ДЧСС	УО	ОПСС	СВ	СИ	АЛЖ	АПЖ	МЛЖ	МПЖ	m (кг)
возраст	1															
АДС (мм рт.ст)	-0,224	1														
АДД (мм рт.ст)	0,019	0,875*	1													
ЧСС	0,188	-0,329	-0,249	1												
ПД (мм рт.ст)	-0,354	0,948*	0,675*	-0,337	1											
СДД (мм рт.ст)	-0,115	0,973*	0,963*	-0,301	0,848*	1										
должное чсс	-0,068	-0,329	-0,340	0,389	-0,277	-0,345	1									
УО (мл)	-0,485*	0,303	-0,186	-0,183	0,584*	0,079	0,009	1								
ОПСС (дин/сек х см ⁵)	0,147	0,421	0,719*	-0,509*	0,168	0,577*	-0,342	-0,563*	1							
СВ (мл)	-0,360	0,061	-0,341	0,416*	0,317	-0,129	0,279	0,810*	-0,814*	1						
СИ (л/мин·м ²)	-0,4029	-0,328	-0,317	0,389	-0,292	-0,334	0,985*	-0,024	-0,291	0,250	1					
АЛЖ (Дж)	0,017	-0,041	-0,125	-0,076	0,020	-0,083	-0,002	0,099	-0,048	0,070	-0,007	1				
АПЖ (Дж)	-0,188	-0,029	0,094	-0,144	-0,106	0,028	-0,204	-0,195	0,173	-0,272	-0,214	-0,778*	1			
МЛЖ (Вт/мин)	0,215	0,065	0,181	0,074	-0,020	0,122	0,068	-0,188	0,077	-0,140	0,023	0,186	-0,138	1		
МПЖ (Вт/мин)	0,026	-0,079	-0,118	0,196	-0,043	-0,101	0,021	0,037	-0,139	0,180	0,021	-0,061	-0,201	-0,470*	1	
масса миокарда (мг)	-0,023	0,446*	0,174	-0,064	0,565*	0,330	-0,001	0,518*	-0,084	0,447*	0,019	0,241	-0,446*	-0,113	-0,007	1

Примечание. * - корреляция значима, $r < 0,05$
 ** - корреляция значима, $r < 0,01$

Таблица 3- Интеркорреляционные зависимости показателей системной гемодинамики в 3 группе (пожилой возраст) (г)

	возраст	АДС	АДД	ЧСС	ПД	СДД	ДЧСС	УО	ОПСС	СВ	СИ	АЛЖ	АПЖ	m (кг)
возраст	1													
АДС (мм рт.ст)	0,033	1												
АДД (мм рт.ст)	0,007	0,920**	1											
ЧСС	-0,013	-0,513*	-0,436	1										
ПД (мм рт.ст)	0,05	0,949**	0,750**	-0,515*	1									
СДД (мм рт.ст)	0,02	0,981**	0,979**	0,869**	0,485*	1								
должное чсс	-0,037	-0,279	-0,341	0,226	-0,198	-0,316	1							
УО (мл)	0,177	-0,094	-0,383	0,076	0,15	-0,24	0,261	1						
ОПСС (дин/сек х см ⁵)	-0,128	0,631**	0,782**	-0,648**	0,437	0,719**	-0,336	-0,702**	1					
СВ (мл)	0,078	-0,425	-0,584**	0,650**	-0,248	-0,513*	0,383	0,799**	-0,916**	1				
СИ (л/мин·м ²)	-0,056	-0,316	-0,385	0,245	-0,223	-0,357	0,968**	0,265	-0,349	0,399	1			
АЛЖ (Дж)	-0,362	0,117	0,076	-0,33	0,134	0,099	-0,056	0	0,12	-0,188	-0,083	1		
АПЖ (Дж)	0,265	-0,031	0,043	0,188	-0,089	0,007	-0,3	-0,231	0,106	-0,093	-0,216	-0,742**	1	
масса миокарда (мг)	0,223	0,246	0,156	0,012	0,285	0,206	0,055	0,351	-0,099	0,267	0,049	-0,024	-0,123	1

Примечание. * - корреляция значима, $p < 0,05$
 ** - корреляция значима, $p < 0,01$

Таблица 4- Интеркорреляционные зависимости показателей системной гемодинамики в 4 группе (старческий возраст) (г)

	возраст	АДС	АДД	ЧСС	ПД	СДД	ДЧСС	УО	ОПСС	СВ	СИ	АЛЖ	АПЖ	m
возраст	1													
АДС (мм рт.ст)	-0,205	1												
АДД (мм рт.ст)	-0,189	0,880**	1											
ЧСС	-0,197	-0,531	-0,401	1										
ПД (мм рт.ст)	-0,182	0,922**	0,626	-0,544	1									
СДД (мм рт.ст)	-0,203	0,970**	0,969**	-0,481	0,799**	1								
Должное ЧСС	-0,259	0,503	0,227	-0,002	0,639*	0,377	1							
УО (мл)	-0,162	-0,431	-0,691*	0,386	-0,143	-0,579	0,116	1						
ОПСС (дин/сек х см ⁵)	-0,073	0,686*	0,838**	-0,605	0,441	0,786**	0,127	-0,867**	1					
СВ (мл)	-0,198	-0,526	-0,714*	0,579	-0,280	-0,639*	0,096	0,973**	-0,897**	1				
СИ (л/мин·м ²)	-0,384	0,533	0,268	-0,006	0,654*	0,413	0,971**	0,090	0,148	0,066	1			
АЛЖ (Дж)	-0,391	0,236	0,193	-0,293	0,229	0,221	0,310	-0,314	0,532	-0,312	0,343	1		
АПЖ (Дж)	-0,020	0,214	0,325	-0,498	0,085	0,278	-0,327	-0,476	0,390	-0,551	-0,293	-0,172	1	
масса миокарда (м) (мг)	-0,062	-0,139	-0,305	0,367	0,021	-0,229	0,402	0,739*	-0,515	0,746*	0,366	-0,168	-0,776**	1

Примечание. * - корреляция значима, $p < 0,05$
 ** - корреляция значима, $p < 0,01$

связей в 4 группе было отмечено 20 достоверных связей. Из них сильных взаимосвязей было- 9, большое количество (11)- имели среднюю силу (таб.4).

Выводы:

1. Показатели гемодинамики коррелируют между собой, что является свидетельством взаимосвязи всех звеньев сердечно-сосудистой системы.

2. Расчет следующих показателей: ОПСС, УО, СДД способствуют выявлению корреляционных связей между показателями центральной гемодинамики в возрастном аспекте.

3. Корреляционные связи между СДД и АДС, АДД, ПД и показателями ОПСС - СВ, ОПСС-УО носят, в основном, не случайный

характер и прослеживаются определенные закономерности в исследуемых группах.

Результаты показывают диагностическую ценность расчетных показателей, как метода неинвазивного исследования сердечно-сосудистой системы, что особенно ценно для прогнозирования заболевания и оценки эффективности проводимой терапии.

Литература:

1. Аклев А.А. Состояние гранулоцитопоза в период отдаленных последствий хронического лучевого синдрома (ХЛС) // Медико-биологические проблемы действия радиации: тезисы докладов. - М., 2012. - С.25

2. Кувшинова О.А. Проблемы социального конструкта пожилого возраста / Вестник томского государственного университета. Философия. Социология. Политология – 2012.- №1(17). -С.24-30

НЕИНВАЗИВНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЖИТЕЛЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ ВБЛИЗИ УРАНОВЫХ ХВОСТОХРАНИЛИЩ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Суранова Г.Ж.

Кыргызско-Российский Славянский Университет
кафедра нормальной и патологической физиологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе изучены параметры центральной гемодинамики у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, разных возрастных групп. Выявлены особенности показателей центральной гемодинамики у жителей, различных возрастных групп, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ. С возрастом степень отклонений параметров кровообращения у жителей увеличивается. Растет диастолическое, среднее гемодинамическое давление и общее сосудистое сопротивление, уменьшается ударный индекс и в целом адаптационный потенциал сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: центральная гемодинамика; урановые хвостохранилища, возраст.

УРАН КАЛДЫКТАРЫНА ЖАКЫН ЖАШАГАН ЖЕРГИЛИКТҮҮ КАЛКТЫН ЖАШЫНА ЖАРАША БОРБОРДУК ГЕМОДИНАМИКАСЫН ИНВАЗИВДҮҮ ЭМЕС ЫКМАЛАР МЕНЕН ИЛИКТӨӨ

Суранова Г.Ж.

Кыргыз-Россия Славян Университети,
нормалдуу жана патологиялык физиология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Жашына жараша уран калдыктарына жакын жашаган жергиликтүү калктын борбордук гемодинамикасы инвазивдүү эмес ыкмалар менен иликтенген. Борбордук гемодинамиканын көрсөткүчтөрүндө жашына жараша өзгөчүктөр бар экендиги аныкталган. Улгайган сайын кани-тамырдын параметрлеринин өзгөрүү өзгөчүктөрүнүн көбөйүүсү аныкталган.

Негизги сөздөр: борбордук гемодинамика, уран калдыктары, жаш.

NONINVASIVE MODELING PARAMETERS OF CENTRAL HEMODYNAMICS RESIDENTS LIVING NEAR URANIUM TAILINGS, DEPENDING ON AGE

Suranova G.J.

Kyrgyz-Russian Slavic University,
Department of Normal and Pathological Physiology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Analysis of dynamic changes of the cardiovascular system, based on indicators of central hemodynamics in the residents living near uranium tailings, allowed to study in detail the changes of individual hemodynamic parameters, which is of particular importance for the diagnosis of their functional state.

Keywords: central hemodynamics, uranium tailings, age.

Введение. Как показали недавние события на АЭС в Фукусиме, облучению в результате техногенного радиационного загрязнения местности могут подвергаться значительные людские контингенты, особенно проживающие на контаминированной территории. При низкой интенсивности облучения вычленив его влияние из комплекса сопутствующих неблагоприятных факторов на

здоровье человека в отдаленном периоде после аварии представляется затруднительным [1]. Известно, что уранодобывающие предприятия существовали в Кыргызстане более 50 лет тому назад и население, которое подвергается радионуклидному влиянию стало старше. А это означает, что именно анализ данных мониторинга состояния здоровья населения представляет значительный интерес с точки зрения оценки

радиационных рисков неонкологической заболеваемости в области малых доз, так как для них является характерным медленное развитие процессов.

Несмотря на успехи, достигнутые кардиологией в последнее десятилетие, сердечно - сосудистые заболевания остаются основной причиной утраты временной и стойкой трудоспособности, смертности населения. Успешная терапия больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в значительной степени определяется экстренной внебольничной медицинской помощью, влияющей на ближайший и отдаленный прогноз [2]. Следует отметить, что диагностические возможности центров семейной медицины (ЦСМ) отдаленных от центра весьма ограничены, так как приходится оценивать состояние сердечно-сосудистой системы только по динамике изменения пульса, артериального давления и результатов электрокардиографии (при наличии).

Обращаемость больных к врачам ГСВ с кардиологической патологией указывает на недостаточную эффективность существующей помощи и побуждает к поиску дополнительных решений этой проблемы. Любая инвазивная процедура предусматривает наличие высококлассных специалистов, что зачастую недоступно для большинства учреждений практического здравоохранения, к тому же, может сопровождаться осложнениями. Учитывая внезапность возникновения кардиальной симптоматики и необходимость их немедленного купирования, следует выявить такие способы оценки динамики этого процесса, которые были бы приемлемы уже на догоспитальном периоде. Представляется актуальным новый подход в неинвазивном определении параметров ЦГ, позволяющий улучшить диагностику сердечно-сосудистой патологии, а также обеспечить постоянный контроль над адекватностью проводимой терапии.

Цель работы: изучить параметры центральной гемодинамики неинвазивными методами у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, в зависимости от возраста.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 63 жителя, которые были распределены согласно возрастной классификации ВОЗ [3]. Наблюдения прово-

дились в контролируемых условиях в ЦСМ пгт. Каджысай..

В соответствии рекомендациями биоэтического комитета было получено информированное согласие каждого жителя на участие в исследовании.

В 1 группу вошли 12 лиц, в возрасте от 24 до 44 лет. 2 группу составили 24 пациента в возрасте от 45 до 59 лет. Третью группу составили лица в возрасте от 60-74 лет. Четвертую группу составили жители в возрасте от 75 до 90 лет (n=9).

Комплексное обследование жителей включало изучение антропометрических показателей, уровня артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС). Производилось запись электрокардиограммы в 12 стандартных отведениях.

С целью оценки состояния системы кровообращения рассчитывались параметры системной гемодинамики по их функциональному предназначению:

1. Показатели АДс, АДд, ПД, СДД, характеризующие системное артериальное давление.

2. Показатели, характеризующие инотропную функцию сердца: ударный объем крови, мощность левого и правого желудочков, работа левого и правого желудочков сердца.

- Исследование ударного объема (УО, мл) непрямым способом производили по формуле J.Starr [4]. Ударный объем крови, отражает количество крови, выбрасываемое сердцем за одно сокращение.

- Работа левого и правого желудочков сердца оценивалась количественным способом (Шишмарев Ю.Н. и соавт., 1982).

- Мощность левого и правого желудочков (МЛЖ, МПЖ, Вт/мин) в единицу времени, характеризует мощность сердечных сокращений, которая рассчитывалась по формуле [4].

3. ЧСС определяет хронотропную функцию сердца.

4. Сердечный выброс отражает количество крови, выбрасываемой сердцем в магистральные сосуды за минуту и определяет насосную функцию сердца.

5. Общее периферическое сопротивление (ОППС, $\text{дин/с} \times \text{см}^{-5}$) сосудов большого круга кровообращения потоку крови характеризует его сосудистый тонус.

Статистическая обработка материала.

Таблица 1-Показатели уровня АД, ЧСС, антропометрических данных у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, в зависимости от возраста (M ± m)

Показатели	25-44 лет (n=12)	44-60 лет (n=24)	60-75 лет (n=18)	75-90 лет (n=9)	P ₁₋₂	P ₃₋₄	P ₂₋₃
Рост (м)	169,6±1,7	160,3±1,4	163,78±2,7	162,78±,46		P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ >0,05
Вес (кг)	58,5±3,6	73,5±3,3	74,63±3,0	68,00±4,9	P ₁₋₂ < 0,05	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ >0,05
ИМТ (кг/м ²)	24,3±2,2	27,2±1,3	28,2±1,8	26,2 ±1,5	P ₁₋₂ >0,05	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ >0,05
ОТ(см)	85,4±5,9	92,6±3,8	99,65±5,7	88,1±5,4	P ₁₋₂ >0,05	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ >0,05
ОБ (см)	95,4±4,4	104,3±2,8	108,2±4,2	101,3±2,9	P ₁₋₂ >0,05	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ >0,05
ИБТ	0,88±0,03	0,88±0,02	0,92±0,04	0,86±0,04	P ₁₋₂ >0,05	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ >0,05
АДС (мм рт.ст.)	118,6±3,4	142±6,4	154,72±9,1	154,44±6,4	P ₁₋₂ <0,05	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ >0,05
АДД (мм рт.ст.)	72,9±3,7	87,3±2,7	96,67±3,9	92,22±2,6	P ₁₋₂ <0,01	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ >0,05
АДП (мм рт.ст.)	45,7±2,3	54,8±4,2	58,06±5,7	62,22±5,1	P ₁₋₂ >0,05	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ >0,05
СРРД (мм рт.ст.)	88,1±3,5	105,6±3,8	116,02±5,5	112,96±3,5	P ₁₋₂ <0,01	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ >0,05

Примечание: ИМТ- индекс массы тела, ОТ-окружность талии, ОБ-окружность бедер, ИБТ-индекс бедро-талиа, АДС - систолическое артериальное давление, АДД - диастолическое артериальное давление, АДП- пульсовое давление, СРРД- среднее гемодинамическое артериальное давление, ЧСС - частота сердечных сокращений, ДЧСС – должная частота сердечных сокращений.

Таблица 2 -Показатели центральной гемодинамики у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, в зависимости от возраста (M ± m)

Показатели	25-44 лет (n=12)	45-59 лет (n=24)	60-74 лет (n=18)	75-90 лет (n=9)	P ₁₋₂	P ₃₋₄	P ₂₋₃
ЧСС (уд. в мин.)	71,9±3,2	76,5±2,0	72,56±3,4	78,78 ±2,5	P ₁₋₂ >0,05	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ > 0,05
ДЧСС (уд. в мин.)	68,7±1,2	62,8±0,9	62,71±0,8	64,73 ±1,4	P ₁₋₂ <0,01	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ >0,05
СВ (мл)	4221±198,1	3180±132,5	2243,73±193	2143,59 ±189,9	P ₁₋₂ <0,001	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ <0,001
УО(мл)	59±2,8	41,8±1,7	30,66±1,8	27,11 ±2,1	P ₁₋₂ <0,001	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ <0,001
ОПСС (дин/сек x см ⁻⁵)	1698±119,9	2816±207,5	4603,72±382,2	4603,72 ±424,	P ₁₋₂ <0,001	P ₃₋₄ >0,05	P ₂₋₃ <0,001

Примечание: УО - ударный объем крови, СВ – сердечный выброс, ОПСС – общее периферическое сосудистое сопротивление.

Таблица 3 - Сравнительная характеристика показателей сократительной способности миокарда у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, в зависимости от возраста ($M \pm m$)

Показатели	25-44 лет	45-59 лет	60-74 лет	75-90 лет	P_{1-2}	P_{3-4}	P_{2-3}
работа ЛЖ (Дж)	1,29±0,2	1,32±0,08	1,56±0,1	1,75±0,2	$P_{1-2} > 0,05$	$P_{3-4} > 0,05$	$P_{2-3} > 0,05$
работа ПЖ (Дж)	0,91±0,1	0,95±0,04	0,87±0,05	0,94±0,07	$P_{1-2} > 0,05$	$P_{3-4} > 0,05$	$P_{2-3} > 0,05$
Мощность ЛЖ (Вт/мин)	110,1±21,6	104,5±6,2	118,5±9,3	89,4±9,4	$P_{1-2} > 0,05$	$P_{3-4} > 0,05$	$P_{2-3} > 0,05$
Мощность ПЖ (Вт/мин)	76,1±5,3	74,7±5,2	64,8±4,6	69,9±4,9	$P_{1-2} > 0,05$	$P_{3-4} > 0,05$	$P_{2-3} > 0,05$
масса миокарда (мг)	173,8±22,7	139,7±10,7	139,9±10,8	96,9±10,4	$P_{1-2} > 0,05$	$P_{3-4} < 0,01$	$P_{2-3} > 0,05$

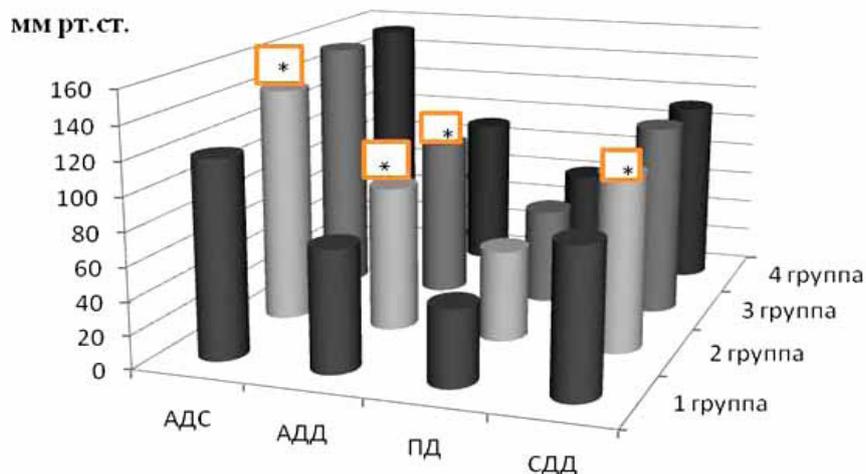


Рис. 1 Показатели артериального давления у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, в зависимости от возраста (мм рт.ст.).

Примечание. * - различия между средними в группах значимы, $p < 0,05$

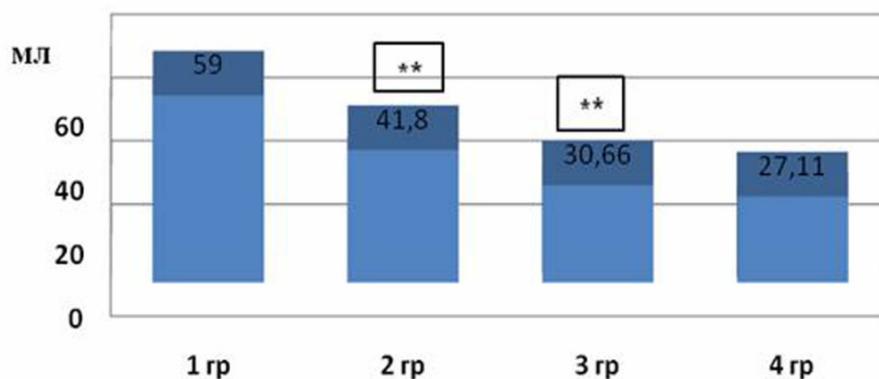


Рис. 2 Показатели ударного объема у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ, в зависимости от возраста (мл).

Примечание. ** - различия между средними в группах значимы, $p < 0,01$

Результаты обрабатывали при помощи пакета программ «SPSS 13» и «Microsoft Office Excel 2007». Осуществляли определение средней (M) и ошибки средней (m). Результаты представлены в виде $M \pm m$. Для анализа малых выборок (до 30 наблюдений) применяли непараметрические методы статистической обработки данных. При нормальном распределении переменных для определения различий между двумя независимыми группами использовали непарный t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение.

Анализ показателей центральной гемодинамики у жителей выявил определенные сходства и различия. Как видно из табл. 1, при исследовании антропометрических данных у жителей существенных, достоверных изменений выявлено не было. Важно отметить, что вес у жителей достоверно был выше во 2 группе ($73,5 \pm 3,3$ кг, $p < 0,05$) и стабильно держался на одном уровне ($74,63 \pm 3,0$; $73,5 \pm 3,3$ кг) по сравнению с лицами молодого возраста 1 группы ($58,5 \pm 3,6$).

Систолическое артериальное давление было достоверно выше в 1 группе по сравнению с 2 группой и ниже чем в 3-4 группах. В большей степени различалось диастолическое артериальное давление. Клиническое обследование показало достоверное повышение уровня АД с возрастом. Не обнаружено различий значений в частоте сердечных сокращений и при исследовании пульсового артериального давления (рис.1).

Б.И. Ткаченко (1999) за системное АД принимает среднее гемодинамическое артериальное давление (СДД), которое обеспечивает циркуляцию крови по системе в целом. В тоже время, этот показатель является наиболее стабильным и даже при выраженных изменениях жесткости артериальной системы с формированием изолированной артериальной гипертензии остается в пределах нормы, хотя эффективность работы сердечно-сосудистой системы будет ниже. Нами выявлено, что среднее гемодинамическое артериальное давление с возрастом увеличивается, достоверно оно было выше во 2 группе, по сравнению с 1 группой ($105,6 \pm 3,8$ мм рт. ст. против $88,1 \pm 3,5$ мм рт. ст., $p = 0,01$).

Такая же тенденция наблюдается при вычислении общего периферического сопротивления, которое во 2 группе по

сравнению с 1 группой достоверно было выше ($2818 \pm 207,5$ дин/с \times см⁵ против $1698 \pm 119,9$ дин/с \times см⁵, $p = 0,001$), а самым высоким в 3и 4 группах по сравнению с 1и 2 группами ($4603,72 \pm 382,2$ и $4603,72 \pm 424,6$ соответственно, $p = 0,001$). Как известно, ОПСС характеризует гидравлическое сопротивление потоку крови общим микроциркуляторным руслом и как правило, отражает степень периферической вазоконстрикции и часто используется как непрямой показатель постнагрузки.

Насосная функция сердца у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ изменилась неоднородно: сердечный выброс достоверно увеличился во 2 группе, по сравнению с 1 группой ($3180 \pm 132,5$ против $1698 \pm 199,9$ мл, $p < 0,001$) и был значимо ниже, чем в 3 группе сравнения ($3180 \pm 132,5$ против $2243,73 \pm 193$ мл, $p < 0,001$).

Значимые различия в исследуемых группах выявлены и по показателям ударного объема, у лиц молодого возраста он был выше и с возрастом данный показатель достоверно снижался ($59 \pm 2,8$ мл против $41,8 \pm 1,7$ мл, $30,66 \pm 1,8$, $27,1 \pm 2,1$ $p_{2,1} < 0,001$; $p_{3,2} < 0,001$). (рис.2)

Таким образом, более низкие значения УО и СВ в старших возрастных группах можно отчасти объяснить ростом общего периферического сосудистого сопротивления. Тогда как значительное увеличение СВ у молодых людей возникло не за счет увеличения частоты сердечных сокращений, а вследствие повышения УО, и это вероятно обеспечивает более эффективный путь адаптации сердечно-сосудистой системы к различным нагрузкам.

При рутинном методе оценки данных инотропной функции сердца ни в одном из вариантов сравнения не отмечено статистически значимых различий. Тем не менее значительное снижение массы миокарда выявлено во 4 группе по сравнению 3 группой ($96,9 \pm 10,4$ мг против $139,7 \pm 10,7$ мг, $p < 0,01$).

Выводы:

1. Выявлены особенности показателей центральной гемодинамики у жителей, различных возрастных групп, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ. По сравнению с жителями среднего возраста у лиц молодого возраста наблюдаются более высокие значения АДС, и низкие -общего периферического сосудистого сопротивления.

2. С возрастом степень отклонений

параметров кровообращения у жителей увеличивается. Растет диастолическое, среднее гемодинамическое давление и общее сосудистое сопротивление, уменьшается ударный индекс и в целом адаптационный потенциал сердечно-сосудистой системы.

3. У жителей пожилого и старческого возрастов различия в антропометрических показателях нивелируются и показатели центральной гемодинамики имеют однонаправленный характер.

Литература:

1. Карамулин М.А., А.М.Шутко, К.В. Недоборский и др. Влияние возрастных изменений лимфоцитопоза на динамику общесоматической заболеваемости у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в отдаленном периоде // *Медико-биологические проблемы действия радиации: тезисы докладов.* -М. – 2012. – С.116

2. Шевченко И.И. Уровень преднагрузки и варианты гемодинамики у пациентов с острым инфарктом миокарда, осложненным кардиогенным шоком / *Российский кардиологический журнал.*- N 5.- 2004. www.medi.ru.

3. Кувишинова О.А. Проблемы социального конструкта пожилого возраста / *Вестник томского государственного университета Философия. Социология. Политология* -2012.- №1(17) –С.24-30

4. Вейс И.Е., Дергунов А.А., Дергунов А.В. и др. *Физиологические показатели организма и клиническая трактовка их изменений: учебное пособие.* – СПб,- 2010. – 263 с.

5. Шишмарев Ю.Н., Локтев А.С., Силин А.В. и др.. *Метод количественной оценки сократительной функции миокарда* // *Военно-медицинский журнал.* -1982.- №11 – С. 26-29.

6. Ткаченко Б.И. *Системная гемодинамика* // *Российский физиологический журнал им И.М. Сеченова.* — 1999. — Т. 85, № 9-10.

КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНАЛИЗАТОРОВ ЛОР ОРГАНОВ И ИММУНИТЕТА ПРИ СИФИЛИСЕ

Нурлаев М.Д.

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева
кафедра болезней уха, горла и нос
кафедра кожных и венерических болезней
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе приведены данные по комплексному исследованию анализаторов ЛОР-органов и иммунитета при сифилисе.

ЛОР ОРГАНДАРЫНЫН АНАЛИЗАТОРЛОРУН ЖАНА ИММУНИТЕТТЕРИН СИФИЛИС ООРУСУ УЧУРУЛДА КОМПЛЕКСТУУ ИЗИЛДӨӨ

Нурлаев М.Д.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
улак, мурун жана тамак оорулар кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Котурунду: Бул иште ЛОР органдарынын анализаторлорун жана иммунитеттерин сифилис оорусу учурунда комплекстүү изилдөө келтирилген.

INTEGRATED RESEARCH AND ANALYZERS ENT OF IMMUNITY IN SYPHILIS

Nurlaev M.D.

I. K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of ear, nose and throat,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This paper presents data on the complex research analyzers ENT and immunity in syphilis.

Заболеваемость сифилисом на территории республик СНГ отражает социально-экономическое состояние (падение доходов, миграция, рост наркомании и проституции). В Кыргызстане заболеваемость сифилисом достигала пика в 1996 - 1999 гг., когда показатели заболеваемости составляли 144,2 – 167,8 на 100 тыс. населения. Официальные цифры с каждым последующим годом показывают снижение. Однако, в статистике явно имеется погрешность на 1-2 порядка, ввиду большого количества анонимных кабинетов и частных мед центров, что выводит обширный контингент из поля статистики. Заболеваемость нейросифилисом по республике с 2001 по 2007 гг. выросла с 1 до 16 случаев, что невозможно, если бы действительно было снижение числа инфицированных.

Поражение нервной системы при сифилитическом процессе 70-87%, поэтому состояние анализаторных систем ЛОР органов представляет клинический, и теоретический интерес (Овчинникова Ю. М., Константинова

Н. П., Морозова С. В., 1993). Патогенетические звенья процесса станут яснее – если одновременно провести измерение иммунитета.

Методики:

Обследованы пациенты Национального Госпиталя МЗ Кыргызской Республики (отделение неврологии) и Республиканского Центра Дерматологии и венерологии. Всего 50 больных (мужчин 43, женщин 7): с ранним менингovasкулярным сифилисом – 36, его поздней форме – 7, и вторичным рецидивным сифилисом – 7. Группа контроля - 10 человек. Больным проводилось лечение по клиническим протоколам МЗ КР.

Исследование слуха основывалось на: отоскопии; восприятии речи (шепот, разговор числами от 1 до 100, одно- и многозначными фразами), и аудиометрией прибором МА-31.

Исследование вкусового анализатора осуществлялось параллельно: а) растворами сахара и хлористого натрия разных концентраций; и растворами никотиновой и соляной кислот;

Таблица 1 Уровень слуха у больных с различными формами сифилиса

Формы сифилиса	Ранний менинго-васкулярный	Поздний менинго-васкулярный	Вторичный рецидивный	Всего
Количество больных (%)	36 (72%)	7 (14%)	7 (14%)	50 (100%)
Нормальный слух	27 (54%)	3 (6%)	5 (10%)	35 (70%)
Тугоухость I степени	6 (12%)	2 (4%)	1 (2%)	9 (18%)
Тугоухость II степени	2 (4%)	1 (2%)	-	3 (6%)
Тугоухость III степени	1 (2%)	-	-	1 (2%)
Тугоухость IV степени	-	1 (2%)	1 (2%)	2 (4%)

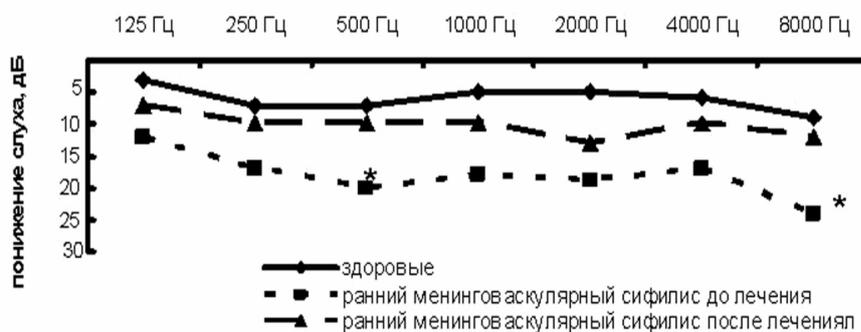


Рис. 1. Изменения порогов слышимости при воздушном проведении звуков у больных с ранним менинговаскулярным сифилисом.

Примечание: * - P < 0,05 достоверно по отношению к здоровым лицам.

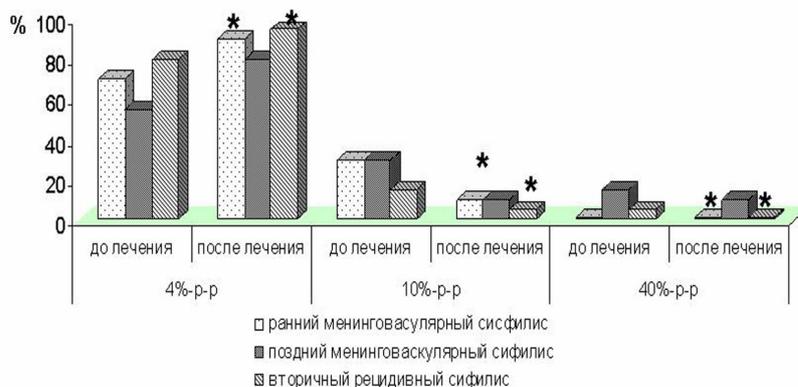


Рис. 2. Восприятие сладкого вкуса при различных формах сифилиса.

Примечание: * - P < 0,05 достоверно по отношению к группе “до лечения”.

б) электрогустометрией с использованием постоянного и переменного тока.

При исследовании функции трех обонятельных нервов (n. Olfactorius, n. Trigemini, n. Glossopharyngeus) были использованы настойка валерианы; уксусная кислота; нашатырный спирт. Всего было использовано 27 составов воздушной смеси (%): настойка валерианы в концентрациях от 0,005 до 1; нашатырного спирта от 0,0005 до 1.

Исследование иммунологического статуса. Определяли долю Т и В- лимфоцитов и их субпопуляций: Т-хелперов, Т-супрессоров и киллеров (с использованием панели моноклональных антител к антигенам CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, CD19⁺ в лимфоцитотоксическом тесте). Гуморальное звено иммунитета - оценивали по концентрациям иммуноглобулинов (А, G, М) методом иммунодиффузии в агаре. Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) определялся преципитацией раствором полиэтиленгликоля.

Материал подвергался компьютерной стат. обработке пакетом программ Microsoft Excel.

Результаты:

Понижение уровня слуха отмечено - у 30%, преобладала тугоухость I и II степени (18% и 6%). Тугоухость IV степени - у 2 пациентов (см табл. 1).

У больных с ранним менинговаскулярным сифилисом пороги слышимости снижались по воздушной проводимости достоверно снижались при частотах 500 гц и 8000 г.

У пациентов с ранним менинговаскулярным сифилисом снижается порог слышимости при воздушном проведении звука, особенно на средних и высоких частотах.

Вкусовая чувствительность зависела от формы болезни (см. рис. 2).

Среди больных с ранним менинговаскулярным сифилисом 70% ощущали вкус 4-процентного раствора сахара. После проведенного лечения вкус 4-процентного раствора сахара распознавали уже 90% больных.

При позднем нейросифилисе вкус 4-процентного раствора сахара воспринимали 55% больных. После проведенного лечения восстановление ощущения сладкого констатировано 80% больных. Следовательно, у части больных происходило нарушение восприятия вкуса сладкого, которое восстанавливалось

после проведенного лечения при раннем менинговаскулярном сифилисе и вторичном рецидивном сифилисе. Однако, у большей части больных с поздним менинговаскулярным сифилисом восприятие вкуса сладкого не восстанавливалось.

Ранний нейросифилис называют мезенхимным, т. к. при нем поражаются мозговые оболочки и сосуды мозга. Обследованные больные отмечали головную боль, шум в ушах, головокружение, снижение слуха, болезненность при движении глазных яблок, т.е. симптомов характерных для раздражения менингеальных оболочек.

Таким образом, при раннем менинговаскулярном нейросифилисе имеет место нарушение обоняния (на препарат ольфактивного действия), который проявлялся нарушениями как ощущения запаха так и распознавания.

Поздний нейросифилис является по своей природе паренхиматозным, т. к. при нем поражаются нервные клетки и волокна, а также глия. Изменения носят воспалительно-дистрофический характер. В развитии позднего нейросифилиса, основную роль играют недостаточное предшествующее лечение черепно-мозговых травм, хронические инфекции и интоксикации (чаще всего алкоголь).

Анализ иммунологических показателей у больных ранним нейросифилисом выявил следующие изменения. Проведенное лечение способствовало повышению уровня общих Т-лимфоцитов, что было статистически достоверно ($P < 0,05$), но все же уровень содержания CD3⁺ у больных ранним нейросифилисом не достиг уровня аналогичных показателей контрольной группы ($P < 0,05$), при этом содержание общих Т-лимфоцитов в группе больных ранним нейросифилисом после проведенного лечения статистически отличались от аналогичных показателей у больных вторичным рецидивным заболеванием после лечения ($P < 0,05$). Анализ иммунных параметров содержания CD4⁺ клеток у больных ранним нейросифилисом показал, что проведенное лечение способствовало повышению содержания данной популяции Т-лимфоцитов после лечения. Уровень CD4⁺ повысился ($P < 0,05$), но следует отметить, что данный показатель не достиг уровня лиц контроля и был достоверно ниже уровня аналогичного показателя здоровых лиц ($P < 0,05$). При сравнении указанных показателей с

такowymi у больными вторичным рецидивным сифилисом после лечения - зарегистрированы достоверные различия. Уровень содержания Т-супрессоров у больных ранним нейросифилисом снизился и был статистически значимым по сравнению с показателями до лечения ($P < 0,05$), после проведенного лечения содержание Т-супрессоров у больных ранним нейросифилисом было не отличимо от показателей здоровых лиц.

Анализ иммунных параметров содержания натуральных киллеров у больных ранним нейросифилисом показал, что проводимое патогенетическое лечение способствовало повышению CD16+ клеток. Данные показатели у больных ранним нейросифилисом не отличались от таковых лиц вторичным рецидивным сифилисом ($P > 0,5$).

После проведенного лечения, порог ощущения соленого восстанавливался, за исключением больных с поздним нейросифилисом, что обусловлено структурными изменениями в нервных волокнах и головном мозге.

Установлено, что если состояние иммунитета при раннем менингovasкулярном нейросифилисе приближается по своим показателям к вторичному рецидивному сифилису, как до, так и после лечения, то при позднем нейросифилисе на фоне иммунодефицита (Т-клеточного звена) - отсутствует эффект стандартного лечения.

Выводы

1. Для комплексной диагностики пациентов с разными формами сифилиса необходимо обследование слухового, вкусового и обонятельного анализаторов для разработки

соответствующей терапии.

2. У больных ранним и поздним нейросифилисом необходимо исследование как клеточного, так и гуморальных звеньев иммунной системы.

3. Недостаточная эффективность терапии по клиническим протоколам МЗ КР, дает основание для использования больными препаратов улучшающие функциональные показатели ЛОР органов.

Литература:

1. *Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении. Под редакцией А.В. Самцова. Санкт-Петербург 2006, Издательство СпецЛит, 126 с.*
2. *А.Л.Бакулев, О.В.Колоколов, А.П.Суворов. Об особенностях сифилиса нервной системы. // Вестник дерматологии и венерологии 2002,4, с. 53-57.*
3. *Ю.П.Федоров, В.А. Гребенников, В.К.Ометов, С.М.Булохов, Н.Л. Мамина. Вторичный рецидивный сифилис с быстро наступившей глухотой. // Вестник дерматологии и венерологии 1999, 6, с. 82-83.*
4. *Джураев А.Х. Функциональное состояние восьмой пары черепно-мозговых нервов у больных заразными формами сифилиса. Автореферат дисс. канд. мед. наук. Москва, 1980, 18с.*
5. *Рештейн Н.Н. Слуховая и вестибулярная функция при раннем сифилисе. Автореферат дисс. докт. мед. наук. Ленинград, 1986, 30 с.*
6. *В.И.Кулагин, Г.Д. Селицкий, П.Г. Бозуш, Ф.В. Хубиева, М.В.Шапаренко. Проблема сифилиса центральной нервной системы. // Вестник дерматологии и венерологии. 2003; 2: 63-66.*
7. *Ананьева С.В. «Болезни уха, горла, носа» 2003 г.*
8. *Шеврыгин Б.В., Керчев Б.И. «Болезни уха, горла и носа» 2002г.*

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОГОРЬЯ НА ЭНДОКРИННУЮ СИСТЕМУ ДЕТЕЙ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Кубанычбек к. М., Жумабаева Н.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В результате нашего исследования были установлены различия в показателях эндокринной системы детей препубертатного периода, проживающих в условиях высокогорья, от детей, проживающих в среднегорье: а) более высокий уровень соматотропного гормона крови; а) более высокий уровень тестостерона; б) более выраженное гипотиреоидное состояние.

БИЙИК ТООЛУ ШАРТЫНЫН БАРДАРДЫН ПРЕПУБЕРТАТТЫК МЕЗГИЛИНДЕ ЭНДОКРИНДИК СИСТЕМАСЫНА ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Кубанычбек к. М., Жумабаева Н.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Биздин изилдообуздун жыйынтыгында тоодо жашаган жаш балдардын ички секреция бездери системасында шаарда жашаган балдардан айырмалары бар экендиги аныкталды: а) соматотропдук гормондун бийик денгээли; б) тестостерондун бийик денгээли; в) трийодтиронин менен тироксиндин темен денгээли.

EFFECT OF HIGH ENDOCRINE CHILDREN PREPUBERTAL

Kubanichbek K.M., Zhumabaeva N.T.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyzstan

Resume: Have been determined differences in the endocrine system between prepubertal children living in the highlands and mediumlands as result of our research: a) higher level of Growth hormone; b) higher level of Testosterone; c) more pronounced hypothyroid state.

Введение.

Для практической педиатрии представляется особо важным изучение взаимосвязей постнатального развития детского организма и функциональной перестройки эндокринной системы. Своевременная диагностика нарушений физиологического развития ребенка позволяет осуществлять комплекс профилактических и лечебных мероприятий по снижению заболеваемости и инвалидизации населения. Следовательно, изучение становления эндокринных функций, обеспечивающих формирование физиологических систем организма, является одной из наиболее актуальных проблем современной педиатрии [1]. Это обусловлено еще и тем, что именно с гормональной регуляцией связано осуществление таких основных функций организма, как рост, дифференцировка, адаптация и воспроизводство [2].

У здоровых жителей высокогорья Тянь-Шаня (г. Нарын, 2040 м) содержание в крови ТТГ повышено, а T_3 и T_4 понижено по сравнению с таковым у жителей равнины (г. Москва) и низкогогорья (г. Бишкек, 760 м). Умеренная гипофункция щитовидной железы у жителей среднегорья и высокогорья Тянь-Шаня и Памира - не патология, а своеобразная, характерная для горцев и горных условий, приспособительно-компенсаторная норма, обусловленная влиянием гипоксии и других факторов [3].

Остается недостаточно ясным вопрос об особенностях эндокринной системы детей препубертатного периода, проживающих в условиях гипоксии [4].

Таким образом, учитывая важность эндокринной системы в формировании и развитии функциональных систем ребенка, гетерохронную и каскадный характер ее влияния на растущий организм, особенности

региональной экологической обстановки и антропогенных факторов, существенно изменяющих гормональный фон у человека, изучение нормативных показателей уровней гормонов в каждой конкретной области является актуальной практической и научной проблемой.

Цель исследования.

Изучить физиологические механизмы динамики показателей эндокринной системы детей в возрасте 7-13 лет, постоянно проживающих в условиях средне- и высокогорья Кыргызской Республики.

Материалы и методы исследования.

В процессе выполнения работы было обследовано 860 детей 7-13 лет, проживающих в г. Ош (1050 м над ур. моря) – 385 детей и в

Алайском районе (3150 м над ур. моря) – 475 детей. Все обследованные относились к кыргызской национальности и были рождены в г. Ош и пос. Сары-Таш Алайского района, на юге Кыргызстана, т.е. дети, находящиеся в препубертатном возрасте.

У всех обследуемых в плазме крови определялись гормоны: соматотропный гормон (СТГ, нмоль/л), гормоны щитовидной железы: трийодтиронин (T_3 , нмоль/л) и тироксин (T_4 , нмоль/л); тестостерон (ТСТ,).

Весь полученный фактический материал подвергнут компьютерной обработке с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel с расчетом критерия Стьюдента [4].

Собственные результаты и обсуждения
Установлено, что у детей г. Ош исходный

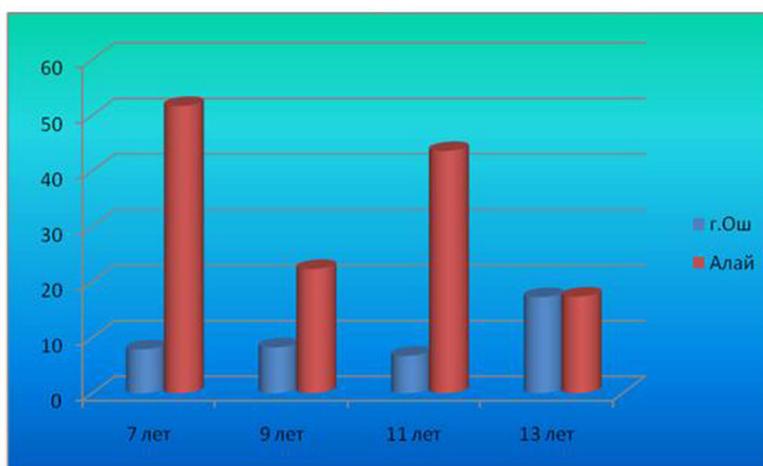


Рис. 1. Динамика концентрации соматотропного гормона у детей 7-13 лет г. Ош и Алайского района Ошской области КР.

*Примечание - * - P<0,05*

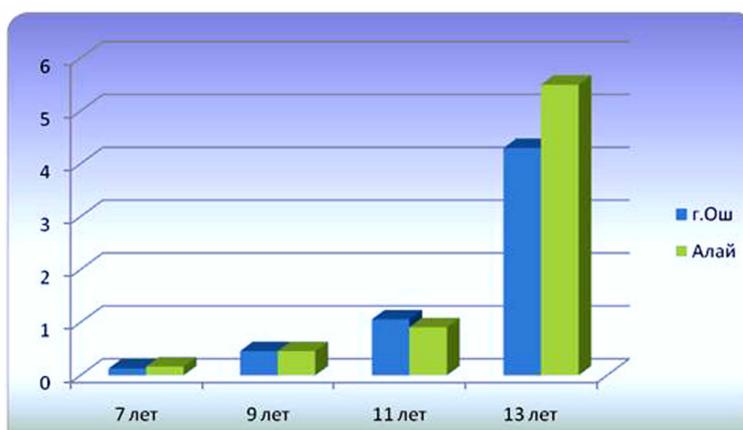


Рис. 2. Динамика концентрации тестостерона у детей 7-13 лет г. Ош и Алайского района Ошской области КР.

*Примечание - * - P<0,05*



Рис. 3. Содержание уровня трийодтиронина (Т₃) в крови у детей препубертатного возраста, проживающих в условиях средне- и высокогорья.

Примечание - * - P<0,05.

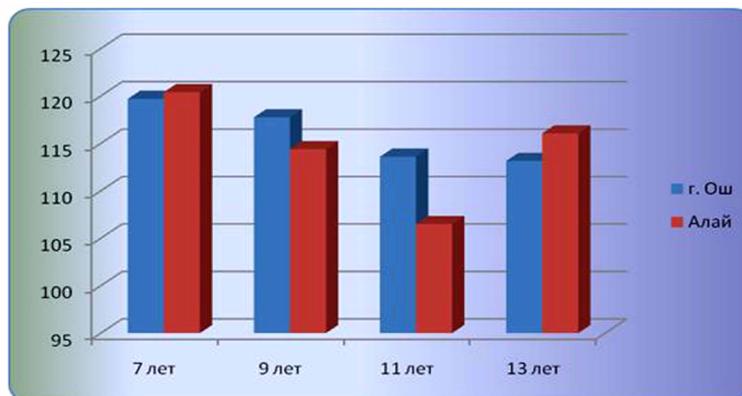


Рис. 4. Содержание уровня трийодтиронина (Т₄) в крови у детей препубертатного возраста, проживающих в условиях средне- и высокогорья.

Примечание - * - P<0,05.

уровень СТГ составляет 7,96 нмоль/л. В 9 происходит его повышение на 3,6% ,а в 11 лет снижение на 15%. В 13 лет он превышает исходный уровень на 44,5% (рис. 1).

У детей, проживающих в Алайском районе КР на высоте 3150 м. над ур. моря, концентрация СТГ в 7 лет в 6,5 раз и в 9 лет выше в 3 раза по сравнению с равными по возрасту детьми, проживающими в г. Ош. В 11 лет – в 6 раз, а в 13 лет выше на 0,1 нмоль/л.

Уровень ТСТ у детей, проживающих в Алайском районе, в 7 лет выше, чем у детей этого возраста, проживающих в г. Ош, на 30%, в 9 лет – аналогичен, в 11 лет уровень этого гормона становится меньше на 25%, но в 13 лет увеличивается на 28% (рис. 2).

Таким образом, у обследованных детей в зависимости от места проживания в возрасте 7-13 лет имеется значительная разница в уровне

соматотропного гормона и тестостерона.

В проведенных нами исследованиях начальное значение для процессов морфогенеза, соматического развития и формирования центральной нервной системы, прежде всего головного мозга у школьников приобретают гормоны щитовидной железы (Т₃ и Т₄). Особенно важно это действие тиреоидных гормонов на первых этапах формирования организма - в периоде эмбриогенеза и в раннем постнатальном периоде [5, 6].

Установлено, что уровень Т₃ у детей, живущих в условиях высокогорья, в 7,9,11 лет ниже, чем у детей г. Ош и только в 13 лет идет незначительное повышение (рис. 3.)

В отношении тироксина динамика выглядит следующим образом: в 7 лет и в 13 лет у детей, живущих в Алайском районе выше, чем у детей, проживающих в г. Ош, а в 9 и 11 лет

уровень T_4 становится меньше (рис. 4.)

Наши исследования гипофизарно-тиреоидной системы у детей подтвердили уже существовавшие представления о низком уровне функционирования щитовидной железы не только у взрослых, но и у детей, живущих в горных районах и акклиматизированных к местной гипоксии. Недостаточность тиреоидных гормонов ведет к задержке роста, умственному и волевому недоразвитию, нарушению пропорций тела, и особенно это важно для детей, родившихся в высокогорных условиях.

Известно, что рост ребенка реализуется через наследственную программу гуморальной эндокринной системы, включающую все известные гормоны, но главное значение приобретает гипоталамо-гипофизарная регуляция роста, центральным звеном которой является соматотропин. Кыргызы в прошлом проживали на равнинно-низкогорной местности с последующим переселением в средне- и высокогорные районы территории Кыргызстана, где на человека действует комплекс экстремальных факторов в виде гипоксии, низкой температуры, ветра, мощного ультрафиолетового излучения, отсутствия йода в воде, продуктов питания и др., что приводит к фенотипическому изменению антропометрических показателей на фоне сохранения генетических. Поэтому повышение соматотропного гормона является компенсаторной физиологической реакцией на замедление процессов физического развития, в частности опорно-двигательного аппарата, когда экстремальные факторы, особенно присущие высокогорью, в дополнение к негативным социальным условиям, не позволяют организму в своем развитии по антропометрическим

показателям, приблизиться к равнинно-низкогорным нормам.

Выводы

Установлены отличия в динамике показателей эндокринной системы у детей, проживающих в условиях высокогорья, от детей среднегорья: а) более высокий уровень Соматотропного крови; а) более высокий уровень Тестостерона б) более выраженное гипотиреоидное состояние.

Литература:

1. Болотова, Н. В. *Задержка полового развития мальчиков // Проблемы эндокринологии. – 2009 (7). – № 5. – С. 19-22.*
2. Вильям, М. *Патофизиология эндокринной системы [Текст] / Вильям М. Кеттайл, Рональд А. Арки. – СПб.: Нев. диалект, 2001. – 335 с.*
3. Белекова, Р. Б. *Функциональное состояние щитовидной железы у жителей среднегорья и высокогорья Тянь-Шаня и Памира : автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.00.03, 14.00.19 Р. Б. Белекова: – Москва, 1981. – 23 с.*
4. *Медицинская статистика : пособие для врачей и науч. работников / под ред. К. Д. Абдуллина. – Бишкек: Изд-во КРСУ, 2004. – 165 с.*
5. Маргорин, Е. М. *Топография. Анатомические особенности новорожденного / Е. М. Маргорин. – Л.: Медицина, 1977. – 234 с.*
6. Никитюк, Б. А. *Акселерация развития детей и ее последствия/ Б. А. Никитюк, М. Т. Мусагалиева, К. А. Савченко. - Алматы, 1998. – 67 с.*
7. Жумабаева, Н. Т. *Особенности гипофизарно-тиреоидной системы у мальчиков, проживающих в условиях высокогорья / Н. Т. Жумабаева // Наука и новые технологии. – 2010. - № 4. – С. 108 - 109.*