

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

РЕСПУБЛИКАНСКОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИИ ГОЛОСА, СЛУХА И РЕЧИ

Материалы

*Республиканской научно-практической
конференции оториноларингологов с международным участием,
посвященной 50-летию кафедры оториноларингологии
УО «ГрГМУ»*

19 – 20 мая 2011 года

Под редакцией О.Г. Хорова

Гродно
ГрГМУ
2011

УДК 616.21(091) : 005.745(06)
ББК 56.8я431
Н76

Рекомендовано к изданию Редакционно-издательским советом
УО «ГрГМУ» (протокол № 3 от 21.04.2011).

Рецензенты: зав.каф. оториноларингологии УО «ВГМУ», доцент,
к.м.н. В.С. Куницкий;
зав.каф. оториноларингологии УО «ГГМУ», доцент,
к.м.н. И.Д. Шляга.

Н76 Новые технологии в решении проблемы патологии голоса,
слуха и речи : материалы Респ. науч.-практ. конф. оториноларин-
гологов с междунар. участием, посвященной 50-летию каф. ото-
риноларингологии УО «ГрГМУ» (19-20 мая 2011 года) / отв. ред.
О.Г. Хоров. – Гродно : ГрГМУ, 2011. – 164 с.
ISBN 978-985-496-776-9

Сборник содержит материалы Республиканской научно-практической
конференции оториноларингологов с международным участием «Новые тех-
нологии в решении проблемы патологии голоса, слуха и речи», посвященной
50-летию кафедры оториноларингологии УО «ГрГМУ», проходившей 19 – 20
мая 2011 года в Гродно.

Представленные работы будут интересны врачам-оториноларинголо-
гам, научным работникам и студентам.

УДК 616.21(091) : 005.745(06)
ББК 56.8я431

*Использование печатных материалов сборника может быть выполнено
только с согласия авторов материалов и редакции сборника с обязательной
ссылкой на данное издание*

**ИЗ 50-ЛЕТНЕЙ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ГРОДНЕНСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Хоров О.Г., Алещик И.Ч., Меланьин В.Д., Плавский Д.М.
*УО «Гродненский государственный медицинский университет»***

Кафедра ЛОР-болезней Гродненского государственного медицинского института организована в 1961 г. Начали создавать кафедру ассистент Виктор Яковлевич Гапанович (в последующем он защитил докторскую диссертацию, стал профессором и заведующим кафедрой ЛОР-болезней Минского государственного медицинского института) и доцент Мария Викентьевна Мякинникова (позже – профессор кафедры ЛОР-болезней Минского государственного медицинского института). Основываясь на педагогических традициях Минского государственного медицинского института, они сформировали материально-техническую базу кафедры и создали основы методической и учебной работы ЛОР-кафедры.

Первым заведующим кафедрой (1962–1963) стал профессор, доктор медицинских наук Семен Самойлович Гробштейн, воспитанник Ленинградской школы отоларингологов. В 1926 году он закончил Второй Ленинградский медицинский институт, проходил стажировку в клинике профессора Н.В. Белоголового, аспирантуру – в клинике профессора Л.Т. Левина, работал ассистентом ЛОР-кафедры ЛСМИ (1930–1938), ЛПМИ (1938–1949), заведующим ЛОР-кафедрой Читинского медицинского института (1957–1962). В 1938 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Клиника и морфология фибриноидно-гиалиновых узелков гортани», в 1942 году – докторскую диссертацию на тему: «Состояние слуха при атеросклерозе». С.С. Гробштейн активно занимался организацией педагогической и научной работы кафедры. Приоритетными направлениями научной деятельности кафедры были заболевания гортани, вопросы тонзиллярной патологии, диагностики и лечения кохлеовестибулярных нарушений. Он являлся автором более 60 научных работ. В последующем С.С. Гробштейн стал заведующим ЛОР-кафедрой ЛПМИ, под его руководством защищены 3 кандидатские диссертации. Он был награжден орденом Трудового Красного Знамени. С.С. Гробштейн был главным детским отоларингологом Ленинграда, членом правления ВНОЛО.

В 1964 г. кафедру возглавил доктор медицинских наук, профессор Михаил Иванович Овсянников, воспитанник Киевской школы отоларингологов. Он работал ассистентом ЛОР-клиники НИИ туберкулеза – г. Одесса (1951–1956); ЛОР кафедры ИУВ –

г. Запорожье (1956–1962); ЛОР кафедры ИУВ – г. Киев (1962–1964). Под руководством А. Коломийченко Овсянниковым М.И. впервые в СССР и в мире разработана и внедрена в практику методика мастоидопластики соединительно-тканым лоскутом при хроническом гнойном среднем отите. М.И. Овсянников защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Биологическая тампонада при радикальной операции и аттикоантромии с тимпанопластикой» в 1961 году, докторскую диссертацию на тему: «Хирургическое лечение больных хроническим гнойным средним отитом» в 1972 году. Он разработал и внедрил авторские методы лечения слухоулучшающих и пластических операций при пороках развития ушной раковины, наружного слухового прохода и твёрдого нёба, способы косметических и пластических операций носа и ушной раковины, а также консервативные методы лечения заболеваний ЛОР-органов. Под его руководством защищены 3 кандидатские диссертации (Шнейдер Б.М., Петровская А.М., Коледа А.А.), опубликовано свыше 60 научных работ, получено 2 авторских свидетельства на изобретения. Профессор М.И. Овсянников организовал работу Гродненского областного научного общества отоларингологов, был членом правления Всесоюзного и Белорусского республиканского обществ отоларингологов, рецензировал статьи для журналов «Вестник оториоларингологии», «ЖУНГБ» и «Здравоохранение Беларуси». Награжден боевыми орденами и медалями.

Доцент Шнейдер Б.М. занимался вопросами лечения заболеваний околоносовых пазух, защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Диагностика и лечение хронических заболеваний лобных пазух методом трепанопункции» (1969). Ассистент Петровская А.М. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Сравнительная оценка метода восстановления задней стенки наружного слухового прохода при мастоидопластике» (1975). Ассистент Коледа А.А. защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Состояние среднего уха в отдаленном периоде после общеполостной операции (клинико-лабораторные исследования)» (1977).

С 1986 по 1998 гг. кафедру возглавлял член-корреспондент Международной ЛОР-Академии, доктор медицинских наук, профессор Владимир Дмитриевич Меланьин, воспитанник оториноларингологической школы 1-го Московского медицинского института. Он впитал лучшие традиции своих учителей – профессоров Н.Н. Усольцева, Л.Г. Лихачева, В.В. Кованова, Г.И. Лаврищевой. В.Д. Меланьин в 1972 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Пластика костных дефектов передней стенки лобных пазух формализированными костными гомотрансплантатами», в

1979 г. – докторскую диссертацию на тему: «Свободная пересадка костной, хрящевой и жировой тканей в оториноларингологии». Диссертационные работы стали основополагающими в оториноларингологии по проблеме трансплантации и пластики костной и хрящевой тканями, породили научную школу учеников и последователей. В его работах реализовано смелое решение применения тканей другого человека и животных при хирургическом лечении различных патологических состояний ЛОР-органов в условиях асептической и гнойной костной раны. Впервые в оториноларингологии был использован оптимальный метод консервирования и хранения тканей в слабых растворах формалина с целью последующей пересадки. Были внесены конкретные рекомендации по методикам операций, заготовке, консервации и организации банка формализированных тканей.

За период работы профессора В.Д. Меланьина были полностью укомплектованы отоларингологические кадры в Гродненской области, открыты отделение на 60 коек во 2-й городской больнице г. Гродно и областной консультативный центр по отоларингологии, при областной больнице организована клиника болезней уха, горла, носа и челюстно-лицевой хирургии, расширен диапазон хирургических вмешательств и научных исследований. Им разработаны и внедрены в практику отечественных и ряда зарубежных оториноларингологических стационаров эффективные методы хирургических вмешательств при хронических гнойных средних отитах, травматических повреждениях ЛОР-органов, доброкачественных опухолей лобных пазух, мастоидите, деформации носа, озене, кондуктивной тугоухости с применением костных и хрящевых алло- и ксеногенных тканей и имплантатов. Осуществлена давняя идея пластических хирургов по применению тканей животных для реконструктивных операций, а формированием преформированных слуховых косточек им была открыта перспектива выращивания в организме человека или животного костного органа с целью его последующей пересадки для восстановления утраченных форм и функций. Более 17 разработанных В.Д. Меланьиным операций и новых способов лечения пациентов с различными патологическими состояниями ЛОР-органов являются авторскими и внедрены в практическую оториноларингологию, нейрохирургию и стоматологию. Особое внимание Меланьин В.Д. уделял вопросам хирургической реабилитации больных хроническим гнойным средним отитом. Тимпанопластические вмешательства стали повседневными операциями в Гродненской клинике болезней уха, горла и носа. У каждого больного хроническим гнойным средним отитом стали

изыскиваться пути реконструкции среднего уха. В арсенале кафедры появился небольшой банк консервированных формализированных тканей. Дальнейшее совершенствование методики лечения больных хроническим гнойным средним отитом было направлено на использование элементов мастоидопластики при выполнении первичной тимпаноластики. Он придерживался принципов одномоментного выполнения санирующего и функционального этапов. Большое внимание уделялось ранней диагностике и комбинированному лечению больных раком гортани. Под руководством профессора Меланьина В.Д. в 2003 году сотрудником кафедры Р.Ф. Рыбаком подготовлена и защищена кандидатская диссертация на тему «Сравнительный анализ эффективности комбинированного, лучевого и хирургического лечения больных раком гортани T1N0M0 и T2N0M0».

С 1987 г. в состав кафедры вошел курс стоматологии, который возглавлял доцент А.П. Чуянов. Являясь виртуозным хирургом в области головы и шеи, он пристально изучал вопросы пластики врожденных нарушений твердого и мягкого неба, и в 1989 году блестяще защитил кандидатскую диссертацию на тему «Пути совершенствования велофаринголастики». А.П. Чуянов был одаренным художественными возможностями человеком и самостоятельно готовил стенды и учебные пособия с зарисовками операций в челюстно-лицевой области. В настоящее время стоматологи занимаются вопросами лечения флегмон шеи.

В учебный процесс кафедры внедрен метод программированного контроля знаний студентов в течение цикловых занятий и на экзамене, подготовлены ситуационные задачи для развития клинического мышления студентов. Вводилась методика компьютерного контроля. Этот метод уменьшал субъективизм в определении знаний студентов. Профессор В.Д. Меланьин опубликовал более 140 научных работ, одну монографию, автор 2 изобретений и 38 рационализаторских предложений, награжден медалью ВДНХ. Под его руководством защищены докторская и 5 кандидатских диссертаций. Профессор В. Д. Меланьин – блестящий педагог, оригинально мыслящий ученый, виртуозный хирург широкого диапазона, человек прекрасной души и истинной гуманности – продолжает активную творческую деятельность в г. Москве.

С 1998 г. кафедру возглавляет Олег Генрихович Хоров. Впитав лучшие традиции своего учителя, профессора В.Д. Меланьина, Олег Генрихович продолжает развивать идеи внедрения новых методик диагностики и лечения пациентов с заболеваниями ЛОР-органов. Энергичными усилиями О.Г. Хорова сплочен коллектив,

который смог поднять кафедру на более высокий уровень по учебной, учебно-методической и лечебной работе.

О.Г. Хоров разработал и внедрил новые эффективные варианты реконструктивных операций на среднем ухе типа тимпаноластики и мастоидопластики с использованием хрящевой ткани, определил показания и противопоказания к ним, разработал собственные варианты оссикулопластики с применением протезов (3 патента). Разработанные методики и тактика лечения при хроническом гнойном среднем отите позволили улучшить saniрующие и функциональные результаты лечения пациентов даже при выраженных деструктивных изменениях в среднем ухе. Использование первично-отсроченной мастоидопластики при лечении острых мастоидитов сократили сроки лечения больных после saniрующей операции. Применение оригинального протеза слуховых косточек расширили возможности отоларинголога в оссикулопластике при хроническом гнойном среднем отите для создания неотимпанальной системы и получения функционального результата. Итогом этих разработок стала защита кандидатской диссертации на тему «Первичная тимпаноластика в реабилитации больных хроническим гнойным эпи- и эпимезотимпанитом» в 1990 г. (Ленинград) под руководством профессора В.Д. Меланьина, и в 2001 г. – докторской диссертации на тему «Лечение деструктивных форм гнойных средних отитов» (научные консультанты: профессор В.Д. Меланьин, профессор П.А. Тимошенко). В 2005 г. О. Г. Хорову присвоено учёное звание профессора.

Сотрудники кафедры активно занимаются учебно-методической работой. Подготовлены и изданы типовые программы для медико-психологического и медико-диагностического факультетов, учебник «Оториноларингология» для студентов медико-психологического факультета. Разработан пакет компьютерных программ для обучения и тестирования знаний студентов по оториноларингологии.

Научные интересы сотрудников кафедры не ограничиваются только проблемами уха. Они активно занимаются вопросами лечения больных раком гортани, хроническим тонзиллитом, нарушением дыхания у детей. Доцентом кафедры Алешиком И.Ч. разработан и внедрен в практическое здравоохранение способ консервативного лечения хронического тонзиллита с помощью гидровакуумаспирации, повысивший эффективность лечения больных хроническим тонзиллитом по сравнению с классическим методом. Метод лечения основан на активном использовании специального устройства – вакуум-аспиратора, которым проводится одномоментное вакуум-

ное дренирование и промывание антисептиками лакун небных миндалин. Отмечено значимое влияние микотической флоры в процессе течения заболевания и развитии декомпенсированных форм тонзиллита. На эту тему Алешиком И.Ч. защищена кандидатская диссертация «Диагностическая и лечебная тактика лечения больных хроническим тонзиллитом» в 2005 году, издано учебно-практическое пособие «Хронический тонзиллит».

Клинические ординаторы из регионов также занимаются научной работой. Шамрило Г.Н. (Брест) разработал и внедрил в клиническую практику способ септопластики перегородки носа у детей, который позволяет оперировать пациентов с раннего детского возраста, улучшает качество жизни и предупреждает развитие осложнений, связанных с деформацией носовой перегородки. В результате проведенной работы Шамрило Г.Н. под руководством О.Г. Хорова защитил кандидатскую диссертацию на тему «Лечение смещения носовой перегородки у детей» (2010).

Продолжением работы кафедры по решению проблем слуха явилась инициатива организации системы скрининга по выявлению нарушений слуха у новорожденных и детей раннего возраста в области и республике. Были созданы научные основы для практического здравоохранения страны по данному направлению. Эта инициатива стала основополагающей в организации всей системы скрининга, который дает основание успешно вести индивидуальную и социальную реабилитацию лиц с глубокими нарушениями слуха. Сотрудники кафедры активно внедряют новейшие мировые разработки и хирургические вмешательства по восстановлению слуха у глухих и слабослышащих – кохлеоимплантация, установка аппарата ВАНА.

На кафедре организована научная школа отологии. Разработки школы известны и применяются в клиниках Беларуси, России, Украины, Польши. Работы по результатам научных исследований публиковались в научных изданиях Беларуси и за рубежом (Россия, Германия, Бразилия, Польша, Украина, Австрия). Разработки школы позволили внедрить в практику сложные реконструктивные вмешательства на ухе и добиться высоких функциональных результатов и сократить сроки лечения. Проводится подготовка кадров для научной деятельности. Через клиническую ординатуру и аспирантуру подготовлен преподаватель по курсу стоматологии (Кравцевич Л.А.) и по оториноларингологии (Плавский Д.М.)

Сотрудники кафедры провели Шестой съезд оториноларингологов Республики Беларусь в 2008 г., четыре международные белорусско-польские конференции по оториноларингологии (2000,

2003, 2005, 2007), республиканскую конференцию по аудиологическому скринингу (2009). Сотрудники кафедры активно выступают с докладами на республиканских и международных научных конференциях и съездах оториноларингологов.

Работники кафедры являются членами Совета университета УО «ГрГМУ», аттестационной комиссии УЗО Гродненского облисполкома по присвоению категорий. Хоров О.Г. – член редакционного совета журналов «Российская оториноларингология», «Новости хирургии», «Оториноларингология в Беларуси», Европейской ассоциации аудиологов, внештатный оториноларинголог Управления здравоохранения Гродненского облисполкома, первый заместитель председателя Республиканского научно-практического общества оториноларингологов и председатель редакционно-издательской комиссии общества, председатель Гродненского областного научно-практического общества оториноларингологов. Он был членом экспертного Совета ВАК РБ, специализированного совета по защите диссертаций при УО «БГМУ».

За высокие показатели в научно-исследовательской и лечебной работе, подготовке кадров сотрудники кафедры неоднократно награждались грамотами Министерства здравоохранения РБ, Гродненского областного исполнительного комитета, знаком «Отличник здравоохранения Республики Беларусь», памятными знаками Российского и Польского научно-практических обществ оториноларингологов. Хоров О.Г. внесен в Книгу Славы Гродненской области в 2009 году.

Задачи сотрудников кафедры на последующий период – сохранение и преумножение лучших традиций, созданных на кафедре в учебно-методическом, научном и лечебном разделах работы.

РАЗВИТИЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хоров О.Г., Алещик И.Ч., Логис В.А., Бородавко Н.С.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Поликлиника №6 г. Гродно»

УЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

Впервые в истории здравоохранения Гродненщины в межвоенный период (1920–1939) специализированная оториноларингологическая помощь начала оказываться с 1924 г. В этом году в амбулатории стал работать врач-отоларинголог. За первый год в амбулатории при городской больнице им оказана помощь 66 больным.

С каждым годом число пролеченных больных увеличивалось. Количество врачей-специалистов росло. Приём вели доктора Ривкинд Л., Сапочински Ю., Ващук Я.. Лечение в городской больнице было платным, больные оплачивали 34 % стоимости лечения. Доктор Шумковски С. работал ЛОР-врачом страховой кассы. В 1936 г. в третьем окружном военном госпитале было развернуто специализированное оториноларингологическое отделение на 30 коек. Госпиталь на 400 коек располагался в Новом замке. В отделении выполнялись операции на ухе, носу, глотке. Помощь оказывалась военным служащим и гражданскому населению.

Во время второй мировой войны специализированной оториноларингологической помощи в г. Гродно не было.

В 1945 г. было развернуто городское ЛОР-отделение на 15 коек, где оказывалась помощь городскому и сельскому населению. Отделение оказывало специализированное лечение больным, формировались кадры для работы в поликлиниках, проводилась организация оториноларингологической службы.

В 1948 г. в областной больнице было развернуто ЛОР-отделение на 30 коек. Его возглавил З.И. Кадричин. Открылись ЛОР-кабинеты в 1-й и 2-й поликлиниках г. Гродно, городах Лида, Волковыск, Слоним. Там работали врачи М.Л. Вайман, П.В. Соколовский, А.А. Балычев. В 1961 г. ЛОР-отделение областной больницы было расширено до 40 коек, открыт при областной поликлинике сурдологопедический кабинет (И.П. Сафончик). С 1961 г. при первой городской больнице функционировало отделение на 30 коек, которое возглавлял А.И. Евдокимов. В 1963 г. оно было преобразовано в детское ЛОР-отделение и переведено в областную клиническую больницу. Это значительно расширило оториноларингологическую помощь детям, увеличилась хирургическая активность. Областные ЛОР-отделения стали базовыми по подготовке и совершенствованию специалистов. В городах Лида, Волковыск и Слоним были открыты ЛОР-отделения районных больниц. В 1978 г. открыт фониатрический (В.А. Логис), фонопедический и логопедический кабинеты, в 1989 г. открыт ЛОР-кабинет в онкодиспансере. В 1986 г. в городе Гродно на базе 2-й городской больницы открыто ЛОР-отделение на 60 коек. Во 2-й городской поликлинике в 2006 г. открыт центр амбулаторной ЛОР-хирургии на 6 коек. На дневном стационаре в центре стали выполняться операции одного дня. В год выполняется до 500 операций. В 2007 г. в Гродненской областной поликлинике открыт кабинет аудиолога.

В настоящее время все районы области укомплектованы ЛОР-врачами. В Гродненской области работает 69 отоларинголо-

гов, из них 1 доктор медицинских наук, 2 кандидата медицинских наук, врачей высшей категории – 6, первой категории – 34, второй категории – 6. Кроме этого, 5 врачей работают в ведомственных учреждениях. В области развернуто 248 оториноларингологических коек, из них 55 детских, функционирует 49 ЛОР-кабинетов, из них 10 детских. Больницы и поликлинические кабинеты обеспечены современным сложным медицинским оборудованием, позволяющим выполнять восстановительные, реконструктивные, слухоулучшающие, микрохирургические, эндоскопические, лазерные операции на ухе, гортани, околоносовых пазухах, глотке. Операционная активность в стационарах области достигает 60%. Из всех операций более 12% составляют операции на ухе, из них более 30% – слухоулучшающие операции. Активно выполняются операции с применением оптической и эндоскопической техники, хирургического лазера (до 20% всех операций). Ежегодно выполняется до 30 операций на гортани по поводу рака гортани (ларингэктомии и резекции гортани). С 2008 г. выполняются операции кохлеоимплантации и установка аппаратов ВАНА.

Сотрудники кафедры оториноларингологии Гродненского государственного медицинского университета занимаются подготовкой кадров и выполняют сложные операции, внедряют новые методы лечения. Овсянников Михаил Иванович разработал методику мастоидопластики. Владимир Дмитриевич Меланьин внедрил в практику эффективные методы хирургических вмешательств при хроническом гнойном среднем отите, травматических повреждениях ЛОР-органов, доброкачественных опухолях лобных пазух, мастоидите, деформациях носа, озене, кондуктивной тугоухости с применением костных и хрящевых алло- и ксеногенных тканей и имплантатов. Хоров Олег Генрихович вместе с сотрудниками работает над проблемами реконструктивных операций у больных хроническим средним отитом, восстановительной хирургии врожденной патологии наружного и среднего уха, реабилитации детей и взрослых с тугоухостью и глухотой с использованием кохлеоимплантации и аппаратов ВАНА, скринингового исследования слуха у новорожденных и детей младшего возраста, консервативного лечения больных с заболеваниями лимфоглоточного кольца, комбинированного лечения больных раком гортани.

РАЗВИТИЕ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ГРОДНО

Хоров О.Г., Алещик И.Ч., Юцевич Т.И., Марцуль Д.Н

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Первые идеи внедрения аудиологического скрининга и реабилитации глухих детей появились в 1993 г. Доцент Хоров О.Г. принял участие в работе Съезда оториноларингологов Республики Польша, где появилась эта идея. Под впечатлением услышанного о возможности возвращения слуха у глухих он написал статью «Возвращение слуха» в газете «Гродненская правда» (№9 от 25.01.1994г.). Его никто не поддержал. Но стали развиваться методы объективного исследования слуха, и идея стала реальностью. В 1998 и 2003 гг. Алещик И.Ч. прошел обучение по исследованию КСВП в Познани (Польша). В 1999 г. начали разрабатывать алгоритм обследования новорожденных и детей младшего возраста. В 2002 г. на 40 Съезде польских оториноларингологов профессор Генрик Скаржинский дал информацию о последовательности действий при организации аудиологического скрининга, возможных проблемах, и согласился помочь в проведении реабилитации глухих. В 2003 г. Хоровым О.Г. после Конференции аудиологов в Спалах (Польша) была доработана идея скрининга слуха у детей, проведены переговоры о возможности закупки кохлеоимплантов. В 2006 г. заведующий отделом здравоохранения Гродненского обл-исполкома Часнойть Р.А. поддержал идею исследования слуха у новорожденных. Впервые в Республике Беларусь в Гродненской области была предложена программа областного уровня «Реабилитация новорожденных и детей младшего возраста с нарушением слуха», и в 2007 г. начата ее реализация.

В областном масштабе в виде пилотного исследования в Гродненской области была реализована система выявления глухих и тугоухих новорожденных и детей раннего возраста. Авторским коллективом разработаны и изданы методические рекомендации «Ранняя диагностика, лечение и реабилитация новорожденных и детей младшего возраста с нарушением слуха» (О.Г. Хоров, И.В. Епифанов, С.Э. Савицкий и др., 2007 г.).

Механизм реализации программы осуществлялся:

1. Анкетирование и аппаратное обследование слуха у новорожденных в перинатальном центре.

2. Полное объективное исследование слуха детей с признаками патологии слуха в Центре патологии слуха и речи областной поликлиники.

3. Реабилитация нарушений слуха на базе сурдологопедической службы Гродненской областной поликлиники и оториноларингологического отделения для детей Гродненской областной клинической больницы.

4. Диспансерное наблюдение за пациентами, подвергнутыми методам реабилитации слуховой функции.

Нами проведен анализ результатов анкетирования за 10 месяцев 2008 г. по областному перинатальному центру и родильному отделению БСМП. За этот период родились 5341 ребенок. После анкетирования выявлено 859 (16,1%) новорожденных с различными факторами риска. Детей, имеющих более трех факторов риска, было 48 (5,6%), с 2–3 факторами риска – 158 (18,4%), с 1 фактором риска – 653 (76%).

После полного аудиологического обследования детей с факторами риска в Гродненском областном центре патологии слуха и речи нормальный слух зафиксирован у 825 детей. У 34 (4%) детей выявлена разная степень нарушения слуха. Тугоухость 1–3 степени выявлена у 14 детей, они направлены на слухопротезирование и занятия у сурдопедагога. Тугоухость тяжелой степени выявлена у 20 детей. Кохлеоимплантация выполнена 11 детям, они проходят курс реабилитации и обучения речи. Остальные 9 детей продолжают обследование и готовятся к операции.

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Абабий И.И., Дьякова С.А., Кябуру А.Я.

ГУМФ «Николае Тестемицану», г. Кишинев, Молдова

Введение. Анатомо-физиологические особенности ЛОР-органов и всего организма ребенка первых лет жизни способствуют более частому поражению среднего уха, постепенному развитию заболевания и превалированию общих симптомов над местными, предопределяя латентное течение среднего отита. Искусственное вскармливание является одним из важных предрасполагающих факторов к развитию среднего отита у детей первого года жизни.

Целью данной работы было изучение влияния вскармливания ребенка первого года жизни на частоту возникновения и особенности формирования и течения среднего отита.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в Детской ЛОР-клинике находились дети первого года жизни с разными формами среднего отита (278 детей). Контрольную группу составили практически здоровые дети первого года жизни (200 детей).

Все пациенты обследовались согласно разработанной нами «Карте отоларингологического обследования ребенка», включающей подробные анамнестические данные о начальных проявлениях и динамике заболевания, информацию о рождении, вскармливании ребенка, физическом, психо-эмоциональном развитии, наличии сопутствующей патологии и т.д. Объективная часть «Карты» содержит результаты пневматической отоскопии, отомикроскопии, импедансометрии, аудиометрии (тональной, поведенческой, рефлекторной, регистрации отоакустической эмиссии, регистрации слуховых вызванных потенциалов), а также их динамику на протяжении обследования. Данные тимпанометрии оценивали по расширенной методике.

Результаты. По клиническому течению выделены 4 формы ОСО: 1) манифестная, 2) латентная, 3) пролонгированная, 4) рецидивирующая. По методу вскармливания все дети были отнесены к 4 типам: 1 – естественное при полувертикальном положении ребенка, 2 – естественное при горизонтальном положении, 3 – искусственное при полувертикальном положении, 4) искусственное при горизонтальном положении ребенка во время кормления.

В результате анализа выявлена достоверная разница в частоте возникновения и особенностях течения отита у детей в зависимости от типа вскармливания. Большинство детей со средним отитом получали вскармливание по второму или четвертому типу (24 % и 62 %, соответственно) ($P < 0,05$). Горизонтальное положение во время кормления чаще сочеталось с латентной, пролонгированной и рецидивирующей формой среднего отита. ($P < 0,05$). В контрольной группе большинство детей вскармливались в полувертикальном положении – 57 % по первому типу и 28 % – по третьему. ($P < 0,05$). При обследовании детей из контрольной группы, получающих вскармливание по второму и четвертому типу, были обнаружены изменения в характеристиках тимпанограммы. Так, в 45 % случаев пик тимпанограммы у здоровых детей находился в пределах от +50 до -100 мм H_2O , но остальные показатели (абсолютный и относительный градиент) были снижены. В 8 % случаев при обследовании практически здоровых детей, получавших вскармливание по второму и четвертому типу, тимпанограмма классифицировалась как тип В. При наблюдении в динамике обнаружена изменчивость кривой при смене типа кормления в сочетании с процедурами, направленными на санацию носоглотки.

Выводы:

1. Выявлен возможный путь попадания содержимого носоглотки в среднее ухо при горизонтальном положении во время кормления у детей первого года жизни.

2. Горизонтальное положение ребенка во время кормления обуславливает латентное течение воспалительного процесса в среднем ухе.

3. Обоснована рекомендация педиатров по сохранению физиологического (полувертикального) положения ребенка во время кормления.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Абабий И.И., Дьякова С.А., Парий С.Б., Киртока Д.И.

ГУМФ «Николае Тестемицану», г. Кишинев, Молдова

Введение. Сравнительная оценка объективных и функциональных характеристик и их сопоставление с состоянием тканей среднего уха на всех этапах развития среднего отита (СО) необходимы для уточнения патогенетических механизмов воспалительного процесса и для определения целесообразности многих лечебных мероприятий, проводимых при этой патологии.

Целью данной работы было изучение клинико-функциональных и морфопатологических корреляций у детей с экссудативным и рецидивирующим средним отитом в зависимости от ранее проведенного лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в Детской ЛОР – Клинике находились дети с экссудативным средним отитом (ЭСО) – 235 пациентов, и с рецидивирующим средним отитом (РСО) – 96 пациентов. В зависимости от предварительно проведенного лечения все пациенты были разделены на 4 группы: группа А включала детей, не получивших предварительно никакого лечения, с длительностью заболевания более 1 года; группа В – детей, которым назначалась антибиотерапия; группа С состояла из детей, которым проведена аденотомия более 6 месяцев назад; пациенты из группы D получали курсы физиопроцедур. Отологическое обследование включало: отомикроскопию, импедансометрию, аудиометрию, а также их динамику. Комплексное хирургическое вмешательство в клинике включало миринготомию с фиксацией тимпаностомы, а также хирургическую санацию носоглотки и глотки. Регистрировались данные оперативного вмешательства, результаты гистологического и цитологического исследования оперативных находок.

Результаты. Анализ обобщенных данных хирургического вмешательства, цитологического и гистологического исследования позволил выделить 4 формы патоморфологических изменений: 1–

экссудативная, 2 – экссудативно-грануляционная, 3 – грануляционно-адгезивная, 4 – адгезивная, каждая из которых клинически может проявляться в виде ЭСО или РСО. В 3 случаях при адгезивной форме были обнаружены клетки, идентичные холестеатоме. Ретроспективно оценивая клинико-функциональные данные у детей из этих групп, выявлены некоторые закономерности эволюции единого патологического процесса и критерии ориентировочной диагностики различных стадий. Сравнительная оценка морфологических изменений в барабанной полости у детей, получивших предварительное лечение, продемонстрировала формирование хронического адгезивного процесса, несмотря на проводимые физиолечение и аденотомию.

Выводы:

1. Клинические формы – ЭСО и РСО – являются этапами эволюции единого воспалительного процесса в системе среднего уха, исходом которого могут быть как адгезивный СО, так и хронический гнойный СО.

2. Патоморфологические изменения в среднем ухе в большой степени зависят от возраста ребенка, длительности и динамики процесса, адекватности проводимых лечебных мероприятий.

3. Функциональные изменения, свидетельствующие о наличии отита на протяжении более 6 месяцев, являются косвенным признаком начала формирования патоморфологического субстрата хронического отита.

4. Основа комплексного лечения хронического среднего отита должна включать хирургическое вмешательство с дренированием на достаточно длительный срок (миринготомия с тимпаностомией), с целью полной эвакуации патологических изменений.

5. Проведение физиолечения и аденотомии без хирургического контроля барабанной полости при хронических формах СО не останавливает развитие воспалительного процесса и не может считаться адекватным лечением.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСИНДРОМАЛЬНОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ

Левая-Смоляк А.М., Меркулова Е.П., Даниленко Н.Г.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
УО «Научно-исследовательский институт цитологии и
генетики национальной академии наук Республики Беларусь»

Введение. Сенсоневральная тугоухость занимает одно из ведущих мест в структуре отиатрической заболеваемости.

По этиологии нарушения слуха подразделяются на генетические, или наследственные, и негенетические, или приобретенные.

К настоящему времени у человека известно почти сто генов, связанных с глухотой и тугоухостью, которые локализованы как в ядре, так и в митохондриях. Наиболее часто выявляются мутации в гене GJB2, кодирующем коннексин 26. Основная мутация GJB2 – однонуклеотидная делеция 35delG – у европейцев обуславливает до 50% случаев нейросенсорной потери слуха

Цель. Целью нашего исследования были клинические проявления сенсоневральной тугоухости, обусловленной мутацией 35delG в гене GJB2.

Материал и методы. Было обследовано 339 детей с сенсоневральной тугоухостью 2-4 степени по классификации ВОЗ. Наличие мутации 35delG в крови детей определялось с помощью полимеразной цепной реакции крови. Проведено подробное анкетирование родителей.

Результаты. Из 339 обследованных детей гомозиготный генотип был обнаружен у 46,6% детей, гетерозиготный тип – у 11,5%, отсутствие мутации (нормальный генотип) – у 41,9%.

Анкеты, заполненные родителями, показали, что нарушение слуха было замечено ими у детей в возрасте до 1 года в 57% случаев в группе с гомозиготным генотипом, в 49 % – в группе с гетерозиготным, в 45 % – в группе с нормальным.

Тугоухость диагностирована врачами у детей в возрасте до 1 года в 37% случаев в группе с гомозиготным генотипом, в 31 % – в группе с гетерозиготным, в 20 % – в группе с нормальным.

Обследованные дети имеют родителей (одного или обоих) с нарушениями слуха в 30% случаев в группе с гомозиготным генотипом, в 23 % – в группе с гетерозиготным, в 3 % – в группе с нормальным.

Частота упоминания факторов риска, имевших место в пренатальном периоде, соизмерима во всех трех группах обследованных

(от 46 до 53 процентов). Частота упоминания факторов риска в перинатальном периоде значительно выше в группе с нормальным генотипом (62%) в сравнении с группами с выявленными мутациями (по 47 %). Однако если проанализировать ответы родителей на встречаемость факторов риска хотя бы в одном из периодов (пренатальный, перинатальный или оба), выясняется, что частота упоминания факторов риска практически одинакова во всех трех группах.

Наиболее существенными причинами тугоухости у детей, по мнению их родителей, были следующие: прием ототоксических антибиотиков – 25,4% случаев, другие причины – 23,2% в группе с нормальным генотипом; наследственность в 28,2%, прием ототоксических антибиотиков в 15,4% в группе с гетерозиготным генотипом; наследственность в 32,3%, прием ототоксических антибиотиков – в 13,9% в группе с гомозиготным генотипом.

Выводы

1. Проведенное исследование демонстрирует частую встречаемость ядерной мутации 35delG у детей с сенсоневральной тугоухостью – у 58,1 % пациентов.

2. Тугоухость замечается родителями и диагностируется врачами в более раннем возрасте в группах пациентов с мутацией 35delG (гетерозиготного или гомозиготного генотипов).

3. Наследственность является основной причиной тугоухости в группах исследуемых с мутацией 35delG в то время как в группе без мутации главными причинами являются такие факторы риска, как прием ототоксических антибиотиков и перенесенные нейроинфекции.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫХ АБСЦЕССОВ У ДЕТЕЙ

Гричинская И.А., Меркулова Е.П., Мазаник О.А.

УЗ «3 детская городская клиническая больница г.Минска»

Введение. Абсцесс-ограниченное скопление гноя в тканях или органах вследствие их воспаления с расплавлением тканей и образованием полости. Причиной возникновения абсцесса является проникновение в ткани гноеродных микробов. Стрептококки являются возбудителями одной из наиболее распространенных бактериальных инфекций в детском возрасте.

Цель работы: изучить эпидемиологию паратонзиллярного абсцесса у детей.

Материалы и методы. В детский городской ЛОР-центр г. Минска на базе УЗ «3 детская городская клиническая больница» в 2010 г. госпитализировано 155 пациентов с диагнозом паратонзиллярный абсцесс. Среди госпитализированных детей мальчики составили 55% (N=86), девочки – 45% (N=69). Всем пациентам оказана хирургическая помощь с вскрытием абсцесса. Гнойное отделяемое получено у 87% пациентов (N=135), взят мазок для бактериологического исследования, назначено антибактериальное лечение в условиях ЛОР-отделения. У 13% пациентов (N=20) гнойное отделяемое не получено. Они госпитализированы в ЛОР-отделение с диагнозом паратонзиллит.

Результаты. Нами проанализирован возраст пациентов, страдающих паратонзиллярным абсцессом. Преимущественно болеют дети 13–17 лет. Эти пациенты составляют 73% (N=114) от всех госпитализированных с диагнозом паратонзиллярный абсцесс. Отмечается повышение заболеваемости детей в возрасте 5–9 лет, что можно объяснить сменой детского коллектива. В этой категории 17% (N=27) пациентов от всех госпитализированных с абсцессами. Наблюдается одинаковая заболеваемость у мальчиков и девочек в возрасте от 0 до 12 лет. Однако в возрасте 13–17 лет заболеваемость повышается у обоих полов, но у мужского пола немного больше, чем у женского (N=65, N=49).

Нами проанализированы результаты бактериологического исследования. Отсутствие флоры в мазке из абсцесса у 40% пациентов (N=54) можно объяснить возможной анаэробной инфекцией в качестве этиологического фактора. У 22% пациентов (N=29) получен β -гемолитический стрептококк группы А.

Нами проведен анализ заболеваемости пациентов в зависимости от времени года. Установлено, что у детей пик заболеваемости паратонзиллярным абсцессом приходится на июль-август. Хотя повышение заболеваемости отмечается также в феврале-марте и сентябре-ноябре.

Следует отметить высокую встречаемость рецидивирования заболевания. Из всех госпитализированных детей с диагнозом паратонзиллярный абсцесс и паратонзиллит у 15% человек (N=23) абсцесс носил рецидивирующий характер. Из них девочки составили 52%, мальчики – 48%. Наибольшее число повторных абсцессов встречается у подростков после 13 лет, с пиком рецидивирования в 15–16 лет. Это составляет 52% (N=12) пациентов от всех повторных абсцессов.

Учитывая высокий процент носительства хронической стрептококковой инфекции и наличие стрептококкового тонзиллита по

МКБ 10, его декомпенсированную форму, высокий процент рецидивирования абсцессов, нами в 2010 г. применена тактика абсцесстонзиллэктомии. Использован вид анестезии, на который получено информированное согласие родителей.

Выводы:

1. Паратонзиллярный абсцесс наиболее часто встречается в подростковом возрасте.
2. Дети с хронической декомпенсированной формой тонзиллита в 22% случаев являются носителями стрептококковой инфекции.

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ
АДЕНОТОНЗИЛЛОТОМИИ**

Воронько О.А., Меркулова Е.П., Мазаник О.А.

Кафедра болезней уха, горла и носа

*Белорусского государственного медицинского университета;
детский городской ЛОР Центр г. Минска*

У 67% часто болеющих детей преимущественно рецидивирующей патологией становятся заболевания ЛОР-органов. При этом патология лимфоглоточного кольца, такая как аденоидиты, гипертрофия миндалин 2–3 степени, хронический тонзиллит, суммарно составляет более 74,3% (В.П. Быкова 2006). В г. Минске отмечается стабильно высокое число детей с хроническими болезнями миндалин и аденоидов. За 2008 г. детскими оториноларингологами г. Минска зарегистрировано и поставлено на диспансерный учет 6235 детей с хроническими неспецифическими заболеваниями ЛОР-органов, в 2009 г. – 5538 пациентов. Ежегодно хирургическая санация патологии глотки проводится 30% детей, стоящих на диспансерном учете. В то же время среди педиатров окончательно не решен вопрос о целесообразности и эффективности хирургических методов лечения неспецифических заболеваний лимфоидных органов глотки у детей, нет четкого мнения о том, в каком же возрасте эффективнее проведение операции.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния здоровья у детей разных возрастных групп после аденотонзиллотомии.

Материалы и методы исследования. Критерием оценки эффективности хирургического метода лечения явилось состояние здоровья детей в течение 6 лет после операции. Проанализировано 50 историй развития детей, которым в 2002 г. была произведена аденотонзиллотомия. В качестве контрольной группы проведен

анализ 17 историй развития детей того же возраста с гипертрофией небных миндалин и аденоидами без операции. Учитывали: встречаемость ОРИ, состояние ЛОР-органов, а также среднего уха, которое регистрировалось методом акустической импедансометрии. Результаты исследования статистически обработаны методом анализа линейной корреляции и методом наименьших квадратов. Полученные данные проанализированы в зависимости от возраста детей.

Результаты. При изучении случаев встречаемости ОРИ в течение 6 лет нами установлено, что с возрастом в обеих группах происходило снижение числа случаев ОРИ. При этом у детей после санации лимфаденоидного глоточного кольца эти показатели достоверно ниже в 3,25 раза ($p < 0,05$), чем у детей без операции. Для определения целесообразности операции у детей раннего возраста нами проведена статистическая обработка данных методом наименьших квадратов, свидетельствующая о том, что у детей, которым аденотонзиллотомия выполнена в возрасте 3-х лет, темпы снижения числа ОРИ в течение 6 лет составляют 15%, а у детей без операции в этом возрасте – 23%. В то время, когда операция была выполнена детям в возрасте 5-ти лет, число случаев ОРИ в последующие годы снизилось на 27%, а у детей без операции – лишь на 6%.

Проведенное нами исследование свидетельствует также об эффективном и благоприятном воздействии аденотонзиллотомии на функциональное состояние слуховой трубы у детей, достоверное уменьшение регистрации тимпанограммы типа «В» с 65,2% до 35,4% после операции. Однако в зависимости от возрастной группы степень эффективности лечения различна. У детей раннего возраста при гипертрофии аденоидов и небных миндалин восстановление функции слуховой трубы происходит медленнее.

Выводы:

1. Во всех возрастных группах аденотонзиллотомия благоприятно сказывается на общем состоянии здоровья детей в виде уменьшения в 3,25 раза числа эпизодов ОРИ в течение 6 лет после операции, а также на восстановлении вентиляционной функции слуховой трубы.

2. При проведении аденотонзиллотомии в возрасте 5 лет эпизоды ОРИ диагностируются у детей достоверно реже по сравнению с группой детей, оперированных в возрасте 3 лет и без проведения хирургической санации миндалин глотки.

ВОЗМОЖНОСТИ АКУСТИЧЕСКОЙ МАСКИРОВКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УШНЫМ ШУМОМ

Воронович В.П., Бизунков А.Б., Морозова Э.Я.

УО «Витебский государственный медицинский колледж»

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Из-за отсутствия эффективных медикаментозных способов лечения указанной категории больных наиболее востребованным вариантом лечения является сочетание психотерапевтических методик с маскерами – внешними акустическими воздействиями [1].

Цель: разработать многокомпонентный акустический комплекс для лечения пациентов, страдающих хроническим субъективным ушным шумом.

Материал и методы. Для создания маскирующего акустического комплекса нами разработана оригинальная компьютерная программа. Она позволяет создать сигнал, состоящий из трех чистых тонов: одного основного и двух дополнительных, построенных по принципу музыкального аккорда. Основной тон совпадает с частотой выявленного субъективного шума при аудиометрической шумометрии. Дополнительные два тона конструируются в двух модификациях: низкочастотной и высокочастотной. Низкочастотная трехтональная модификация содержит частоты $F_0 : 2,57; F_0; F_0 \times 1,16$. Вторая (высокочастотная) модификация является инверсионной и состоит из следующих частот $F_0 : 1,16; F_0; F_0 \times 2,57$, где F_0 – частота тона, равная частоте шума по данным шумометрии в Гц. Полученные трезвучия записываются на цифровой носитель и могут быть использованы больным для маскировки субъективного ушного шума.

Обследованы 73 пациента обоего пола в возрасте от 32 до 66 лет, страдающих субъективным ушным шумом. Каждому из пациентов произведена тональная пороговая аудиометрия и аудиометрическая шумометрия, при которой определялась частота и интенсивность субъективного ушного шума. Больные, у которых на аудиограмме выявлялись пороги слуха более 20 дБ в зоне речевых частот, исключались из обследования. Для оценки эффективности реабилитации использовали русифицированный и адаптированный опросник Tinnitus Severity Index Questions (Meikle M., 1995) [2].

Результаты и обсуждение. Перед началом лечения средняя величина субъективной громкости ушного шума в обследуемой группе пациентов, определенная при помощи визуально-аналоговой шкалы теста Tinnitus Severity Index Questions, составила

7,89±1,32 балла, после лечения – 3,21±0,74 балла (минимально возможное количество баллов в тесте 1 балл, максимально возможное – 10 баллов) ($p < 0,05$). До лечения средняя оценка влияния субъективного ушного шума на психологический, физический статус и социальную активность в обследуемой группе пациентов, согласно используемому опроснику, составила 39,17±8,43 балла (максимально возможное количество баллов по шкалам теста – 56 баллов), после лечения 14,76±3,97 балла (минимально возможное количество баллов по шкалам теста – 12) ($p < 0,05$). Больные отмечали улучшение процесса засыпания, уменьшение выраженности нарушений сна, концентрацию внимания на выполняемой работе, уменьшение эмоциональной раздражительности и чувствительности к стрессорным воздействиям.

Заключение. Представленная разработка повышает эффективность лечения больных, страдающих ушным шумом, не требует дорогостоящего оборудования и специальной подготовки персонала и может быть широко использована в практическом здравоохранении как на поликлиническом, так и на стационарном уровнях оказания специализированной оториноларингологической и неврологической помощи.

Литература:

1. Folmer, R. Long-term reductions in tinnitus severity / R. Folmer // BMC Ear Nose Throat Disord. – 2002.- Vol. 2.- P 3-8.
2. Meikle, M. Methods for evaluation of tinnitus relief procedures / M. Meikle // Tinnitus 91: Proceedings of the Fourth International Tinnitus Seminar / Eds. J. Aran & R. Dauman.- Amsterdam, Kugler Publications, 1995. – P. 555-562.

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПО СЛУХУ «Я СЛЫШУ МИР»

Зонтова О.В.

СПБ НИИ уха, горла, носа и речи, Россия

Для активного развития слухового восприятия и устной речи ребенка после проведения операции по кохлеарной имплантации и включения речевого процессора необходимо проведение целенаправленных мероприятий психолого-педагогической реабилитации. Такие реабилитационные мероприятия направлены на обучение ребенка использовать свои новые слуховые ощущения для развития устной речи. Максимальный результат кохлеарная имплантация достигает только в случае своевременной и профессионально проведенной программы комплексной реабилитации. Поэтому пер-

востепенным является увеличение эффективности всех мероприятий реабилитации.

Программа реабилитации детей после кохлеарной имплантации со Смешариками «Я слышу мир» создана для актуализации слухоречевого развития ребенка через его положительную мотивацию к занятиям и интеграцию в окружающий мир. Она базируется на психологической и социальной адаптации ребенка в окружающий мир.

Именно для программы реабилитации «Я слышу мир» был разработан новый персонаж Ушарик. Этот добрый и очаровательный львенок поможет ребенку адаптироваться в окружающем мире, вместе с новым героем Смешариков глухой ребенок научится слушать, понимать и пользоваться устной речью.



Результатом реализации программы реабилитации «Я слышу мир» является социальная адаптация ребенка с нарушенным слухом и интеграция его в слышащее общество, естественное и активное развитие его слухоречевого поведения.

Задачи программы реабилитации «Я слышу мир»:

- Создание центров реабилитации «Я слышу мир» в регионах.
- Оснащение центров реабилитации «Я слышу мир».
- Обучение специалистов: аудиологов и реабилитологов; обучение родителей – информационно-просветительские семинары на местах и регулярно он-лайн в Интернете.
- Организация комплексного диагностического обследования и отбора кандидатов на кохлеарную имплантацию на местах.
- Организация реабилитационных мероприятий для детей с нарушенным слухом и детей после кохлеарной имплантации.
- Учет и динамическое наблюдение за пациентами, состоящими на учете в центрах реабилитации «Я слышу мир».
- Диагностика аппаратов, гарантийное и постгарантийное обслуживание и сервис.
- Разработка методической базы для повышения качества реабилитации детей с нарушенным слухом.
- Методическое и родительское объединение – участников программы реабилитации «Я слышу мир».
- проведение мероприятий, направленных на привлечение активной государственной помощи для реализации проекта.

Реализация программы “Я слышу мир” должна проходить при поддержке государства. Внедрение, методики реабилитации с использованием узнаваемых и любимых в детской среде персонажей позволят оказать максимально эффективную психолого-педагогическую помощь детям после кохлеарной имплантации в Реабилитационных центрах всех субъектов РФ. Такой подход позволит максимально приблизить реабилитационные службы к пациентам, развить толерантное отношение в обществе к слабослышащим и глухим детям, а этим “особенным” детям стать полноценными членами общества.

ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ПО МАТЕРИАЛАМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ 9 ГКБ г. МИНСКА

Петряков В.А., Горнак Н.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
УЗ «9-я клиническая больница», г. Минск.*

Введение. Заболевания наружного слухового прохода (НСП) имеют достаточно широкое распространение среди больных оториноларингологического профиля как в амбулаторной практике, так и в стационаре. По данным ЛОР-отделения 9 ГКБ г. Минска за 2010 г., из общего числа пролеченных больных – 3003 чел., больные с заболеваниями НСП составили 266, или 80,85% от числа 518 (51,3%), лечившихся по поводу заболеваний уха.

В последнее время появилось большое число статей, авторы которых сообщают о значительном возрастании числа больных с заболеваниями НСП микотической природы.

Цель исследования. Провести анализ микробной или грибковой среды у 266 больных с заболеваниями НСП для выявления имеющейся флоры и назначения оптимального лечения.

Материал и методы исследования. Произведен ретроспективный анализ историй болезни 266 больных с заболеваниями НСП, прошедших через стационар ЛОР-отделения 9 ГКБ г. Минска в 2010 г. Всем больным проводились исследование бактериальной и грибковой флоры НСП и проверка чувствительности ее к антибиотикам для последующего назначения адекватной общей и местной терапии.

Результаты исследования. Из числа всех лечившихся 266 больных у 182 был диагностирован диффузный наружный отит (68,4%). При этом у 75 из них (41,2%) процесс был двусторонним. Из оставшихся 84 больных у 53 (63%) наблюдался ограниченный наружный отит; экзема у 26 больных (30,9%); у 4-х отмечался рост

грануляций (4,6%) и у одного больного – воспалительный процесс кожи в области экзостоза НСП (1,14%).

При бактериологическом исследовании материалов, полученных из НСП у 266 больных отомикозы составили 25,2% (67 больных), что примерно соответствует данным российских авторов, но несколько меньше данных авторов из Гомеля. При этом по видовому составу грибковой биоты большинство составили: дрожжеподобные грибы рода *Candida* у 26 больных (38,8%); рода *Penicillium* у 12 (17,9%); *Mucor* – у 10 (4,9%); *Aspergillus* – у 8 больных (11,9%). У остальных 11 больных была выявлена грибково-бактериальная ассоциация (16,5%).

При исследовании микробной флоры, полученной из НСП у оставшихся 199 больных в большинстве случаев (у 132 больных – 63,3%) был выявлен стафилококк (золотистый у 87 и эпидермальный у 45); у 12 была высеяна синегнойная палочка (6%); протей – у 8 (4%); энтерококки – у 7 (3,5%); кишечная палочка – у 5 человек (2,5%). У 30 больных (15%) были выявлены бактериальные ассоциации. У 5 оставшихся больных результат был неопределенным. Полученные результаты незначительно отличаются от данных других авторов.

Лечение. При лечении микозов исходили из полученных результатов клинико-лабораторных исследований. При кандидозных поражениях назначали флуконазол (по 100 мг 1 раз в сутки) до 10 дней. При аспергиллезе, кроме флуконазола, применяли местно нитрофунгин, мазь «Микозолон», «Клотримазол». При грибково-бактериальных ассоциациях применяли местно мазь «Амфотерицин-В» в дополнение общей терапии микогептином внутрь по 0,25 2 раза в день.

При бактериальных поражениях применяли в качестве общей терапии ципрофлоксацин, цефтриаксон и цефалексин. При местном лечении применялись капли и мази, содержащие адекватный (по результатам лабораторных исследований) антибиотик или антисептик. Хорошо себя зарекомендовали йодиол, полимиксин-В, анауран, септомирин.

При экзематозных процессах исходили из общепринятого метода местной терапии (мокнущие экземы лечили «мокрым», а сухие – «сухим»). Промывание уха осуществляли перексидом водорода или калия перманганатом. Подсушивание кожи производили с помощью УФО и последующей обработкой метиленовым синим. При рецидивирующих процессах у 10 больных применяли УФО крови.

Выводы:

1. При заболеваниях НСП проведение бактериологического исследования флоры является обязательным.
2. Особое внимание следует уделять выявленным случаям отомикозов, которые в последнее время отмечаются все чаще (до 26% случаев).
3. Врачам следует больше уделять внимание профилактике заболеваний НСП, правильной гигиене уха.
4. В лечении заболеваний НСП исходить из принятых принципов как общей, так и местной антибактериальной терапии, широкого применения антисептиков, ограничения применения стероидных препаратов и индивидуального подхода.

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГРУШЕВИДНОГО СИНУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА

Иванов С.А., Ситников В.П., Бривков Р.И.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

*УЗ «Гомельский областной клинический онкологический
диспансер»*

Введение. Заболеваемость раком гортаноглотки в Беларуси составляет около 2 случаев на 100 000 населения и постоянно возрастает. Опухоль чаще всего локализуется в грушевидном синусе (ГС). Для диагностики рака гортаноглотки используются: непрямая зеркальная ларингофарингоскопия (ЛФС), оптическая ЛФС, прямая поднаркозная ЛФС, компьютерная и магниторезонансная томография. Существует проблема визуализации опухолей ГС при непрямой и оптической ЛФС из-за перифокального отека, эндофитного роста, лучевой реакции. Прямая ЛФС не может быть применена амбулаторно, требует преднаркозной подготовки и постманипуляционной курации. Визуальные методы позволяют оценить «наружный» размер опухоли, который может отличаться от реального при инвазивном росте. При этом одним из критериев выбора лечебной тактики служит динамика размера новообразования на фоне химио-радиотерапии. КТ и МРТ являются дорогостоящими методами, сопряжены с лучевым воздействием, не позволяют получать материал для цито- и гистологического исследования.

Цель работы: разработать и внедрить способ ультразвуковой диагностики опухолей ГС.

Материал и методы. В отделении опухолей головы и шеи Гомельского областного клинического онкологического диспансера применяется чрескожное ультразвуковое исследование (УЗИ)

ГС для диагностики злокачественных опухолей. Метод является дешевым, неинвазивным, может быть выполнен одномоментно с протокольным УЗИ шейных лимфоузлов. Под контролем УЗИ-датчика может выполняться аспирационная пункция опухоли ГС. В течение 2008-2010 гг. этим методом обследованы 62 пациента. В том числе больные раком гортаноглотки стадии T1-3N0-3M0 – 54, больные с метастазами рака в лимфоузлы шеи из невыявленного первоисточника – 8. Исследование проводилось как в плане уточняющей первичной диагностики, так и на этапах динамического наблюдения во время и после лечения. План обследования всегда включал непрямую, оптическую или прямую ЛФС, УЗИ лимфатических узлов шеи, гистологическое исследование опухолевой ткани.

Результаты. С помощью УЗИ у всех пациентов хорошо визуализировались: предгортанные мышцы, щитовидная железа, сосуды шеи, мягкие ткани в проекции ГС. Опухоль имела следующие эхоскопические признаки: наличие солидного гипоэхогенного образования с нечеткими контурами в проекции ГС, смещение прилежащих анатомических образований. Эти признаки выявлены в 55 наблюдениях. Не удалось обнаружить изменений у 5 пациентов с экзофитной опухолью ГС и при раке задней стенки гортаноглотки. В 28 случаях отмечались признаки инвазии парафарингеальных мягких тканей, в т.ч. и при опухолях, визуально не выходящих за пределы ГС. При УЗИ определялся максимальный размер новообразования. При этом в 18 наблюдениях опухоль не визуализировалась при непрямой и оптической ЛФС из-за отека или подслизистого роста. В 12 наблюдениях максимальный «эхоскопический» размер опухоли превышал «внешний». У 7 из 8 больных с метастазами рака в лимфоузлы шеи были выявлены эхо-признаки опухолевого роста в ГС. В 17 случаях УЗИ было дополнено чрескожной аспирационной пункцией с получением материала для цитологического исследования.

Выводы. Количество выполненных исследований не позволяет сделать окончательные выводы о чувствительности и специфичности метода. Однако результаты УЗИ грушевидных синусов позволяют оценить как дополнительный информативный метод диагностики злокачественных опухолей гортаноглотки и определить следующие возможности его применения:

1. Уточняющая диагностика первичного рака ГС.
2. Оценка лечебного эффекта химио-лучевой терапии при раке ГС.

3. Выявление рецидива рака ГС после лучевого и химиолучевого лечения.

4. Выявление первичной опухоли при метастазах в лимфоузлы шеи.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНЫХ ДИФФУЗНЫХ ОТИТОВ

Майорова Л.П., Калтович Г.К., Кононенко И.А.

УЗ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии»

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Введение. В последние годы в ЛОР-практике увеличилось количество пациентов с наружными диффузными отитами, которые характеризуются рецидивирующим течением и малоэффективностью медикаментозной терапии.

Наружный диффузный отит (*Otitis externa diffusa*) представляет собой острое или хроническое инфекционное разлитое воспаление кожи наружного слухового прохода. Чаще всего он представлен в виде отомикоза. Отомикозом называют грибковое заболевание, обусловленное развитием на стенках наружного слухового прохода различного рода плесневых грибов: *Aspergillus*, *Penicillium*, *Rhizopus*, а также дрожжеподобных грибов рода *Candida* и т.д.

Для нормальной жизнедеятельности грибов в наружном слуховом проходе имеется ряд благоприятных условий: свободный доступ воздуха; отсутствие прямого действия солнечных лучей, препятствующих развитию грибов; повышенная влажность; благоприятные температурные условия; отсутствие механического повреждения мицелия гриба в глубоких отделах наружного слухового прохода.

Цель работы: изучить эффективность использования многоцветной лазеротерапии в комплексном лечении пациентов с отомикозами.

Материалы и методы. Под наблюдением находились двенадцать пациентов с отомикозами различной этиологии. Физиотерапевтическое лечение начато после малоэффективной двухнедельной местной терапии противогрибковыми препаратами. Клиническая картина болезни у всех пациентов была однотипной: жалобы на зуд и жжение в наружном слуховом проходе, заложенность уха, скудные выделения. У двух пациентов были жалобы на головные

боли на стороне больного уха. Пациентам предварительно тщательно очищали наружный слуховой проход с помощью 3% раствора перекиси водорода, 3% раствора борной кислоты. Лазерная терапия проводилась от аппарата «Родник» на фоне применения противогрибковых препаратов местно. Лазеротерапия назначалась эндоурально синим лазером с длиной волны 441,6 нм, плотность мощности 70–80 мВт/см², экспозиция – 2 мин., после минутного перерыва – красный лазер с длиной волны 632,8 нм, плотность мощности 70–80 мВт/см², экспозиция – 2 мин. Эндоуральная лазерная терапия отомикоза дополнялась эндоуральной лазерной терапией здорового уха с использованием тех же параметров лазерного излучения и надсосудистым лазерным облучением крови в области локтевого сгиба с использованием инфракрасного лазера. После процедуры в наружный слуховой проход закладывалась турунда с 1% клотримазолом, кремом «Ламизил», 2% раствором нитрофунгина. Курс лечения – 10 процедур. Контрольная группа включала шесть пациентов, которым проводилось медикаментозное лечение и ультрафиолетовое облучение слухового прохода.

Результаты. У всех пациентов, получавших лазеротерапию, наступило улучшение к 6–7 процедуре. Прекратились зуд и ощущение заложенности уха, объективно – ушла гиперемия кожи. Наблюдение в течение трёх месяцев показало отсутствие рецидива заболевания. В контрольной группе улучшение наступило только у троих пациентов на 8-й день лечения.

Вывод: многоцветная лазерная терапия эффективна в комплексном лечении наружных диффузных отитов грибковой этиологии.

КИНЕЗИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ И ТУБООТИТОВ

Томашова Л. В.

УЗ «Сморгонская центральная районная больница»

Заболеваемость острым средним отитом и тубоотитом остается высокой, особенно это относится к детям. Отличительной особенностью этих заболеваний в настоящее время является менее острое начало и более вялое течение, переход в секреторный средний отит, а в детском возрасте склонность к рецидивированию. Причины этого – тубарная дисфункция, общая алергизация, снижение местного и общего иммунитета.

Важное значение в лечении средних отитов, помимо своевременной медикаментозной терапии, имеет раннее восстановление

функции слуховой трубы. Сотрудниками кафедры оториноларингологии, стоматологии ГрГМУ предложены рекомендации по тренировке глоточных мышц. Цель исследования – изучить влияние кинезиотерапии мышц глотки на сроки лечения при острых средних отитах и тубоотитах.

Под наблюдением находились 41 (из них 35 детей) больной с диагнозом острый средний отит; и 48 (из них 20 детей) больных с тубоотитом. Диагноз выставлялся на основании анамнеза, отоскопической картины, акуметрии и импедансометрии. Проведение кинезиотерапии рекомендовалось с 4–5 суток лечения острого среднего отита и с 2–3 суток – тубоотита. Учитывалась степень проявления воспалительных изменений в полости носа, носоглотке и околоносовых пазухах.

Больные подразделены на 2 группы. В первую вошли 22 человека (13 детей) с острым средним отитом и 22 человека (12 – дети) – с тубоотитом, которым назначено традиционное лечение с курсом кинезиотерапии. Во вторую – 19 человек (12 дети) с острым средним отитом, 26 человек (8 детей) с тубоотитом, которым предлагалось лечение без тренировки глоточных мышц.

Сравнительный анализ результатов лечения вышеуказанных групп представлен в таблице:

Изучаемые показатели	Метод лечения			
	традиционное		с курсом кинезиотерапии	
	острый средний отит	тубоотит	острый средний отит	тубоотит
Количество больных	19	26	22	22
Продолжительность заболевания (сутки)	10,2	10,5	8,5	9,0
Нормализация шепотной и разговорной речи (в% от числа обследованных лиц): на 7–8-й день	60,6%	70,2%	80%	92%
на 9-й день	39,3%	28,8%	20%	8%
Восстановление тимпанограммы типа А (сутки)	13	11	12	10

Как видно из данных, продолжительность заболевания, нормализация шепотной и разговорной речи, восстановление тимпанограммы у лиц, которым в курс лечения включена кинезиотерапия,

была меньше на 1,7 суток при остром среднем отите и на 1,5 суток при тубоотите. Следует отметить, что у детей 4–6 лет, больных тубоотитом, все показатели выше, нежели у взрослых.

Таким образом, кинезиотерапия должна шире применяться в практической медицине, т.к. является патогенетически обоснованной и способствует снижению временной нетрудоспособности.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОИДОВ

Савицкая В.Н., Рябцева С.Н., Меркулова Е.П., Скипор Т.Е.

УЗ «Могилевская областная детская больница»,

БелМАПО, БГМУ, Беларусь

Проблема патологии органов лимфоглоточного кольца занимает ведущее место в детской оториноларингологии. В настоящее время все большее внимание уделяется наличию хронического персистирующего воспаления глоточной миндалины. Именно в глоточной миндалине, согласно теории хоуминга, происходит продукция лимфоцитов для слизистой оболочки полости носа, околоносовых пазух и слуховой трубы [1]. Персистенция вирусно-бактериального воспаления глоточной миндалины приводит к обсеменению верхних и нижних дыхательных путей, провоцирует развитие рецидивирующего и хронического воспаления среднего уха и околоносовых пазух. В последние годы все чаще высказывается мнение, что первостепенное значение играет иммунный механизм нарушений функционирования слизистой оболочки дыхательных путей, при этом немаловажное значение играет аллергический механизм поражения [3].

Целью нашего исследования явилось установление роли инфекционно-аллергического фактора в этиологии аденоидов. Нами проведено микробиологическое и морфологическое исследование удаленных глоточных миндалин у 50 детей различного возраста. Для сравнительного анализа особенностей клинической картины заболевания пациенты разделены на две группы: А-пациенты с клиническими проявлениями гипертрофии миндалины, предъявляющие жалобы на затрудненное дыхание через нос (N=34, 68%); группа В – дети, у которых проявления аденоидов сочетались с признаками воспаления миндалины (N=16, 32%). Несмотря на проводимую консервативную терапию, отмечался постоянный насморк, при риноскопии – слизь в полости носа и куполе носоглотки. Анализ микробиологического исследования свидетельствует, что у 70% детей при аденоидах присутствует патогенная флора.

Сравнительный анализ микрофлоры двух групп свидетельствует, что нормальная микрофлора превалирует в группе А – 35%, в то же время в группе В непатогенная флора отмечена только у 19% детей. Гистологическое исследование удаленных аденоидов свидетельствует, что только в одном случае изменений со стороны стромы не выявлено, в лимфоидной ткани отмечено наличие первичных и вторичных фолликулов, с тонким мантийным слоем, что может говорить о варианте нормальной аденоидной ткани. В 5 случаях отмечены проявления острого аденоидита, проявляющиеся отеком стромы и большими размерами фолликулов. В остальных наблюдениях присутствовали гистологические признаки хронического воспаления. На хронический аденоидит указывало большое количество вторичных фолликулов, сильно выраженная мантийная зона, накопление плазматических – антителообразующих клеток, обсеменение миндалин флорой. У 10 пациентов, страдающих различными проявлениями аллергии – бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, атопическим дерматитом – имели место признаки аллергической реакции в виде гиалиноза базальной мембраны и наличия эозинофилов.

Выводы:

1. Массивное антигенное раздражение аденоидов инфекционными агентами имеет клиническое, микробиологическое и гистологическое подтверждение.
2. У детей, страдающих аллергией, гистологическое исследование аденоидов свидетельствует об аллергической реакции в лимфоидной ткани.

Литература:

1. Быкова В.П. Структурные основы мукозального иммунитета верхних дыхательных путей / В.П. Быкова// Рос. Ринология.-1999.-№1.- С.5-9
2. Bernstein J.M. Role of allergy in Eustachian tube blockage and otitis media with effusion: a review / J.M. Bernstein // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1996. – Vol. 114, № 4. – P. 562–568.

АФОНΙΑ КОНВЕРСИОННОГО ГЕНЕЗА: ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЕ

Заболотная А.М.

**ГУ «Республиканский научно-практический центр
оториноларингологии»**

Введение. Конверсионная афония – это расстройство психогенного характера, связанное с конфликтной ситуацией. Данный

диагноз по 10-й МКБ входит в рубрику F-44.4 – конверсионные двигательные расстройства. Для постановки достоверного диагноза конверсионной афонии должны присутствовать два следующих критерия: отсутствие органической патологии со стороны ЛОР-органов, нервной и эндокринной системы и наличие информации о проблемах, конфликтах и потребностях больного, объясняющих причины возникновения расстройства, т.н. «вторичной выгоды» данного расстройства.

Материал и методы. Мы наблюдали (стационарно и амбулаторно) 70 пациентов с данной патологией, продолжительностью от нескольких недель, месяцев до нескольких лет: 5 мужчин, 65 женщин в возрасте от 10 до 70 лет, преимущественно интеллектуального труда.

Результаты и обсуждение. Пациенты жаловались на постоянное, либо периодическое отсутствие звучного голоса продолжительностью от нескольких дней до нескольких месяцев, возникшее после перенесенного острого, либо на фоне наличия хронического стресса. При обследовании ЛОР-органов таких пациентов какого-либо органического нарушения не выявлялось даже при значительной продолжительности заболевания. Пациенты обязательно направлялись на консультацию к неврологу, эндокринологу, психологу. Первые два специалиста исключали патологию со стороны нервной и эндокринной систем, психолог подтверждал в ряде случаев демонстративный (№5%), эмотивный (47%), гипертимный (38%) типы акцентуаций характера, эмоциональную лабильность (70%), повышенный уровень тревожности (87%), неадекватную самооценку и уровень притязаний (64%), сниженные адаптационные возможности (43%). После обследования у вышеперечисленных специалистов пациенты направлялись к психотерапевту, который подтверждал либо исключал конверсионный генез заболевания.

Лечение конверсионной афонии проводилось комплексно, включало собственно психотерапию, медикаментозное лечение, ФТЛ, ИРТ, фонопедию. Результат был лучше и быстрее у тех пациентов (30%), которые попали к психотерапевту в течение первого месяца заболевания. У остальных пациентов (65%) голос восстанавливался медленнее (до полугода) и требовал изменения некоторых аспектов личности. В 5% случаев восстановления голоса в течение наблюдаемого периода не происходило, и это было связано с очень сильной вторичной выгодой и низкой мотивацией на лечение.

Выводы:

1. Постановка диагноза конверсионной афонии требует участия многих специалистов, предположить его может любой врач, окончательно верифицировать – психотерапевт.

2. Лечение пациентов с данной патологией тем эффективнее, чем раньше они получают психокоррекционную помощь, и чем выше их собственное участие в терапевтическом процессе.

Литература:

1. Чуркин А.А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: «Триада-Х», 1999. С. 72, 74.

2. Джекобсон Джеймс Л., Джекобсон Алан М. Секреты психиатрии. Перевод с английского под общей редакцией акад. РАМН, проф. Сидорова П.И. М.: «МЕДпресс-информ», 2005. С. 197 – 198.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПЕРФОРАЦИИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

Костюк Н.Ю.

***УЗ «Республиканский научно-практический центр
оториноларингологии»***

Посттравматические перфорации барабанной перепонки занимают значительное место в структуре патологии среднего уха. Наличие стойкой перфорации может привести к развитию хронического гнойного среднего отита.

Этиологические факторы: баротравма (удар по уху, взрыв), механическая травма (колющие предметы, ватные палочки), ожоги термические (окалиной, кипятком) и химические (кислотой, щелочью).

Материал и методы. В 2010 году в РНПЦ оториноларингологии обратились 128 пациентов с посттравматической перфорацией барабанной перепонки, которые были разделены на 2 группы:

I группа (27 человек) – пациенты обратились в первую неделю после травмы, в ухе нет признаков воспаления, капли в ухо не применялись.

II группа (101 человек) – пациенты обратились в сроки более недели после травмы, в ухе были признаки воспаления.

Сроки обращения за медицинской помощью варьировали в пределах от 2-х до 7-ми дней и более (таблица 2)

Тактика врача была следующей: лечение пациентов I группы проводилось в дневном стационаре консультативной поликлиники. Под микроскопом производилась ревизия барабанной перепонки,

Таблица 1 – Этиологические факторы, вызвавшие перфорацию барабанной перепонки

Этиологические факторы	Количество случаев	
	1-я группа	2-я группа
Удар ладонью	21	91
Удар мячом	2	
Взрыв	1	1
Повреждение ватной палочкой, спичкой, расческой	3	3
травма при промывании уха		2
Ныряние		1
Попадание окалины		3
Всего	27	101

Таблица 2 – Распределение пациентов по срокам обращения за медицинской помощью

Количество дней после травмы	Количество случаев	
	1-я группа	2-я группа
1 день	-	-
2 день	9	4
3 день	7	4
4 день	4	3
5 день	3	3
6 день	3	3
7 день	1	1
более 7 дней	-	83
Всего	27	101

по возможности расправлялись края, и перфорация прикрывалась папиросной бумагой или резиновой полоской с переходом на кожу слухового прохода. Назначался курс противовоспалительной терапии – антибиотики широкого спектра действия, курс лазеротерапии №10.

Пациентам 2-й группы курс лечения расписывался в поликлинику по месту жительства – антибиотики широкого спектра действия, капли в ухо (нормакс, отофа, 1% раствор диоксидина), курс лазеротерапии №10.

Результаты. В I группе полное закрытие перфорации – у 26 чел. (96,3%); направлен на мирингопластику – 1 чел. (3,7%).

Во 2-й группе полное закрытие перфорации – у 67 чел. (66,3%); направлены на мирингопластику – 34 чел. (33,7%).

Выводы:

1. Лучшие результаты лечения получены при раннем обращении пациента к оториноларингологу (в первую неделю после травмы) и закрытии перфорации папиросной бумагой или резиновой полоской.

2. Закрытие перфорации папиросной бумагой или резиновой полоской является простым и эффективным методом при посттравматических перфорациях барабанной перепонки.

МЕТОДИКА УСТРАНЕНИЯ НЕСКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ НОСА

Иванов С.А., Ситников В.П., Жданова Л.А.

УЗ «Гомельский государственный медицинский университет»

Введение. В литературе описано множество способов устранения дефектов кожи носа, что свидетельствует об отсутствии универсальной методики. Это послужило поводом для разработки наиболее оптимальных способов пластики, направленных на снижение частоты послеоперационных осложнений и улучшение косметического результата операций.

Цель: определить эффективность использования разработанной методики пластического замещения дефекта кожи носа лоскутом из медиальной части щеки.

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделения опухолей головы и шеи Гомельского областного клинического онкологического диспансера за период 2009-2010 гг. Проанализирован опыт хирургического лечения 42 пациентов с первичными опухолями кожи носа стадии T1-2N0M0. Всем пациентам проведено хирургическое лечение, включающее иссечение с последующим первичным восстановлением дефекта местными тканями. В послеоперационном периоде регистрировалось соответствие цвета и фактуры кожи донорской и реципиентной зон, выраженность рубца в донорском месте, развитие ишемических осложнений.

Результаты. У 12 пациентов пострезекционные дефекты были устранены посредством ротации лоскута из носогубной складки на 180° (1 группа), у 14 – двудольным лоскутом, выкроенным в носощёчной области (2 группа), у 16 пациентов была использована методика, предложенная на базе отделения опухолей головы и шеи ГОКОД (3 группа). Способ заключается в следующем. Производится иссечение участка кожи носа треугольной формы с патологическим очагом. На щеке выкраивается лоскут треугольной фор-

мы с вершиной расположенной на уровне прикрепления крыла носа. Внутренний край лоскута расположен в носощёчной борозде, наружный край – в медиальной части щеки. Выполняется ротация лоскута на 20–25° в область дефекта. Ушивается донорский дефект с формированием раны на носощёчной складке. Лоскут фиксируют к краям дефекта. Преимуществом способа является отсутствие рубца в донорском месте, сходство кожи донорской и реципиентной зон по цвету, толщине, фактуре, снижение риска ишемических осложнений вследствие уменьшения угла ротации более чем в два раза.

В послеоперационном периоде в 1 группе зарегистрировано 4 случая ишемических осложнений, что было обусловлено большим углом ротации и перегибом питающих сосудов и 5 случаев неудовлетворённости пациентов косметическим эффектом операции из-за формирования заметного рубца в донорской зоне и образования выступающего кожного конуса, требующего повторной коррекции. Во 2 группе отмечены 2 случая ишемических осложнений и 5 случаев неудовлетворительных косметических результатов, связанных с осуществлением дополнительных разрезов. В 3 группе было зарегистрировано 1 ишемическое осложнение. Неудовлетворительных эстетических результатов зафиксировано не было.

Заключение. Разработанный способ позволяет добиться хороших косметических результатов, снизить число ишемических осложнений и может быть рекомендован для устранения дефектов кожи носа.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БИОСОВМЕСТИМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОССИКУЛОПЛАСТИКИ

Хоров О.Г.¹, Новоселецкий В.А.¹, Зубрицкий М.Г.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²

Несмотря на широкое признание биоинтегративных свойств титана, при его применении в качестве материала для оссикулопластики остается актуальным поиск новых биосовместимых материалов для изготовления протезов среднего уха, более доступных по себестоимости.

Цель исследования: провести сравнительную оценку влияния титана и модифицированного сверхвысокомолекулярного полиэтилена высокой плотности (СВМПЭ) на морфологию тканей в эксперименте на лабораторных животных.

Материалы и методы исследования. Для проведения эксперимента использовались кролики обоего пола массой 1,5–2 кг в количестве 20 особей. Все животные были разделены на 2 группы по 2 серии в каждой: в группе №1 материалом для исследования послужили имплантаты из СВМПЭ, в группе №2 для имплантации использовался титан. Операции выполняли путем миринготомии и имплантации образцов исследуемого материала в буллу среднего уха кролика. Животные выводились из эксперимента на 60-е (1-я серия) и 90-е (2-я серия) сутки после операции. Производили забор блока тканей (булла среднего уха) с имплантатом. После декальцинации из разных участков мягких тканей, выстилающих полость буллы, для гистологического исследования бралось по 3 кусочка, материал фиксировался, проводился в спиртах возрастающей концентрации. После заливки в парафин изготавливались срезы толщиной 5 мкм, которые окрашивались гематоксилином и эозином. Материал изучался микроскопически. Основные морфологические изменения оценивались полуколичественно, в баллах.

Результаты исследований. При сравнении первой серии группы №1 (СВМПЭ, 60-е сутки) и первой серии группы №2 (титан, 60-е сутки) были получены следующие результаты: лимфоидноклеточная инфильтрация умеренно выражена в 50% случаев в обеих группах, слабо выражена – в 25% и 50% случаев, соответственно, отсутствует – в 25% случаев первой серии группы №1; активность воспаления умеренная в 37,5% и 12,5% случаев, соответственно, слабо выраженная в 12,5% и 62,5% случаев, признак отсутствует – в 50% и 25% случаев, соответственно; периваскулярное воспаление умеренно выражено в 25% и 12,5% случаев, соответственно, слабо выражено – в 25% и 62,5% образцов, отсутствует в 50% и 25% случаев, соответственно; количество фибробластов умеренное в 0% и 25% случаев, соответственно, незначительное – в 62,5% и 25% образцов, фибробласты отсутствуют в 37,5% и 50% случаев, соответственно.

Результаты сравнения второй серии группы №1 (СВМПЭ, 90-е сутки) и второй серии группы №2 (титан, 90-е сутки): лимфоидноклеточная инфильтрация умеренно выражена в 25% случаев во второй группе, слабо выражена – в 25% случаев в первой и второй группе, отсутствует – в 75% и 50% случаев, соответственно; активность воспаления слабо выраженная – в 12,5% случаев во второй серии группы №1, признак отсутствует – в 25% случаев в первой и второй группах; периваскулярное воспаление слабо выражено в 25% случаев в обеих группах, отсутствует в 75% случаев в первой

и второй группе; количество фибробластов умеренное в 0% и 12,5% случаев, соответственно, незначительное – в 37,5% и 50% образцов, фибробласты отсутствуют в 62,5% и 37,5% случаев, соответственно.

Выводы. Оценка результатов эксперимента показала, что на 60-е сутки после операции имплантаты из СВМПЭ, так же как и имплантаты из традиционно используемого в отохирургии титана, не вызывают резко выраженных воспалительных изменений, на 90-е сутки морфологические изменения в тканях в обеих группах минимальны.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У ЛИЦ ГОЛОСО-РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОРЗ

**Родионова О.И., Романова Ж.Г.
РНПЦ оториноларингологии, БелМАПО**

Одной из наиболее частых причин нарушения голоса являются острые респираторные заболевания (ОРЗ), в том числе у лиц голосо-речевых профессий. Вовлечение в воспалительный процесс голосовых мышц сопровождается нарушением нервно-мышечной передачи, что приводит к развитию так называемого миопатического (или миогенного) пареза. Нужно отметить, что дисфония при ОРЗ является защитным для гортани фактором, и из-за несоблюдения голосового покоя во время болезни нередко впоследствии имеют место функциональные нарушения голоса, вплоть до его полной потери (афонии).

Цель: повышение эффективности восстановления голосовой функции после перенесенного ОРЗ у лиц голосо-речевых профессий.

Материалы и методы. Способ применен для коррекции начальных проявлений функциональной дисфонии после перенесенного ОРЗ у 25 пациентов (20 женщин, 5 мужчин). Все пациенты являлись лицами трудоспособного возраста (женщины 18–59 лет, мужчины 20–61 год) и представителями голосо-речевых профессий. Для восстановления голосовой функции после ОРЗ им назначался Нейромидин (OlainFarm), в дозировке, рекомендуемой для лечения острого неврита.

Препарат нейромидин обладает не только антихолинэстеразной активностью, но и способностью блокировать калиевые каналы клеточной мембраны, восстанавливает и стимулирует нервно-мышечную передачу, проведение импульса в периферической НС,

умеренно стимулирует ЦНС. Препарат рекомендован для лечения невритов и невропатий, парезов и параличей различного генеза. В оториноларингологии его применяют при невритах слухового нерва, послеоперационных парезах гортани или мягкого нёба.

Результаты и обсуждение. После перенесенного ОРЗ, особенно при несоблюдении полагающегося щадящего голосового режима на время болезни, у лиц голосо-речевых профессий нередко сохраняются явления функциональной дисфонии. Таким пациентам, как правило, назначается физиотерапевтическое лечение и курс фонопедической коррекции. При амбулаторном лечении для этого требуется от 2 недель до 1 месяца и более (в зависимости от частоты посещений фонопедических занятий), при стационарном лечении в РНПЦ оториноларингологии – от 12 до 15 дней.

Назначение нейромидина при начальных проявлениях функциональной дисфонии после перенесенного ОРЗ в группе исследования позволило добиваться восстановления голосовой функции в сроки от 5 до 14 дней (в среднем за 10 дней). При этом следует подчеркнуть, что пациентам в основном не требовалось освобождение от работы и даже посещения лечебного учреждения.

Вывод. После купирования воспалительного процесса в гортани и трахее, при сохраняющейся в той или иной мере дисфонии у лиц голосо-речевых профессий целесообразно назначение препаратов, способствующих восстановлению тонуса голосовых складок. Это повышает эффективность реабилитации голосовой функции и способствует профилактике более стойких ее нарушений.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СВЕРХВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ПОЛИЭТИЛЕНА В ОТОХИРУРГИИ

Хоров О.Г.¹, Струк В.А.², Новоселецкий В.А.¹, Головач Е.Н.¹
УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹
УЗ «Гродненский государственный университет им. Я.Купалы»²

Синтетические материалы с каждым годом все шире используются для создания эндопротезов и скрепляющих устройств для решения многих проблем в разных областях медицины. Наиболее широкое применение биосовместимые полимеры нашли в травматологии и ортопедии, где они используются при изготовлении искусственных суставов. На сегодняшний день единственным надежным полимерным материалом трения эндопротезов остается сверхвысокомолекулярный полиэтилен высокой плотности (СВМПЭ), который используют с этой целью почти 50 лет. Продукты изна-

шивания СВМПЭ не вызывают резко отрицательную реакцию мягких тканей, как, например, продукты изнашивания фторопластов. Другие типовые качества материала – низкая плотность и малый вес по сравнению с металлами, очень малая степень впитывания воды и очень малое набухание этого материала при погружении в биологическую жидкость.

Еще одной областью использования сверхвысокомолекулярного полиэтилена является челюстно-лицевая хирургия. В настоящее время для использования в реконструктивно-пластической хирургии краниофациальной зоны при различных травматических повреждениях предложен ряд материалов, в том числе и сверхвысокомолекулярный полиэтилен, как материал, лишенный недостатков ауто-, алло- и ксеноматериалов. Можно отметить также применение изделий из СВМПЭ в урологической практике.

В связи с вышеизложенным, возникла идея разработки и внедрения материалов для отечественных конструкций протезов среднего уха на основе сверхвысокомолекулярного полиэтилена высокой плотности.

В Гродненской областной клинической больнице накоплен определённый опыт по использованию тефлоновых протезов среднего уха для стапедопластики и тимпаноластики. Мы оценили результаты операций у 56 пациентов с отосклерозом, которые были выполнены в клинике оториноларингологии на базе оториноларингологического гнойного отделения для взрослых Гродненской областной клинической больницы с применением тефлонового протеза. Воздушная проводимость на частотах 250, 500, 1000, 2000 Гц до операции составила 53,0 дБ, после операции – 19,2 дБ. Костно-воздушный интервал до операции составил 35,4 дБ, после операции – 8,8 дБ. Социально адекватный слух был достигнут после операции у 88 % пациентов. Среди остальных пациентов наблюдались лица со смешанной формой течения заболевания, у которых, несмотря на улучшение слуха, социальный уровень слуха достигнут не был. Жалобы на головокружение, которые предъявляла часть пациентов (12%), сохранялись не более 3 суток после операции. В отдалённом периоде большинство пациентов жалоб со стороны оперированного уха не высказывали. Все работающие пациенты после операции продолжили работу по своей профессии и положительно оценили результат лечения для общения с окружающими. Таким образом, материал в виде тефлона показывает достаточно высокую биосовместимость с тканями среднего и внутреннего уха. В то же время, несмотря на высокие биоинертные свойства материалов, традиционно применяемых в эндопротезировании – титана

и тефлона, — известно, что они не являются абсолютно совместимыми с тканями человека, особенно при развитии рецидива воспаления.

Исходя из вышеизложенного, надо полагать, что разработка отечественных протезов для отохирургии нового поколения является перспективным направлением. Оригинальные конструкции эндопротезов, разработанные на базе доступных биосовместимых модифицированных материалов, одним из которых может стать и сверхвысокомолекулярный полиэтилен высокой плотности, за счет их невысокой себестоимости, не только расширят сферу оказания специализированной помощи пациентам с хроническими заболеваниями среднего уха, но и могут существенно снизить валютные затраты на приобретение импортных аналогов.

БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БИОСОВМЕСТИМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОССИКУЛОПЛАСТИКИ

Новоселецкий В.А., Хоров О.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

По мере совершенствования способов реконструктивно-восстановительных операций на среднем ухе и накопления достаточного опыта в лечении больных оссикулопластикой стала одним из основных направлений в отохирургии. Широко используется для протезирования среднего уха титан, зарекомендовавший себя как достаточно биоинертный материал. Недостатками протезов из титана являются их относительно высокая стоимость и малая пластичность. Поэтому актуальным остается поиск новых биосовместимых материалов для оссикулопластики, которые позволят делать такие операции более доступными широким слоям населения.

Цель исследования: в эксперименте на лабораторных животных провести сравнительную оценку влияния различных материалов для оссикулопластики на некоторые биохимические показатели сыворотки крови.

Материалы и методы исследования. Для изучения влияния имплантатов из различных материалов на биохимические показатели крови использовали кроликов обоего пола массой 1,5-2 кг в количестве 16 особей. Все экспериментальные животные были разделены на 2 равнозначные по количеству кроликов группы по 2 серии в каждой: в опытной группе №1 материалом для исследования послужили имплантаты из сверхвысокомолекулярного полиэтилена высокой плотности с модифицированным поверхностным слоем (СВМПЭ), в опытной группе №2 для имплантации использовался

уже зарекомендовавший себя в отохирургии титан. Операции выполняли в условиях операционной кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии путем двусторонней мириготомии и имплантации образцов исследуемого материала в буллу среднего уха кролика, а также путем подшивания под кожу ушной раковины животного. Забор крови проводился на 60-е (1-я серия) и 90-е (2-я серия) сутки после операции. При проведении биохимического анализа использовали методы количественного определения компонентов в сыворотке крови. В ходе выполнения работы были определены следующие биохимические показатели: содержание общего белка, общего билирубина, креатинина, глюкозы, активность фермента аспартатаминотрансферазы (АсАТ). Обработка полученных результатов проводилась программой Statistica 6.0 при помощи U-критерия Манна-Уитни. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты исследований. В первой серии группы №1 (СВМПЭ, 60-е сутки) были получены следующие результаты: билирубин общий 5,20 (5,15; 5,25) мкмоль/л, АсАТ 37,89 (35,05; 40,66) Е/л, глюкоза 7,38 (6,65; 7,70) ммоль/л, креатинин 103,40 (101,45; 106,70) мкмоль/л, общий белок 62,83 (61,93; 64,40) г/л. В первой серии группы №2 (титан, 60-е сутки): билирубин общий 4,90 (4,35; 5,25) мкмоль/л, АсАТ 39,23 (37,49; 56,30) Е/л, глюкоза 8,37 (7,65; 8,86) ммоль/л, креатинин 107,85 (104,15; 118,40) мкмоль/л, общий белок 65,92 (63,62; 69,68) г/л. Статистически значимых различий нет во всех случаях ($p > 0,05$).

Вторая серия группы №1 (СВМПЭ, 90-е сутки): билирубин общий 5,40 (4,75; 5,65) мкмоль/л, АсАТ 41,25 (38,34; 52,59) Е/л, глюкоза 7,97 (6,48; 9,09) ммоль/л, креатинин 119,80 (107,55; 129,65) мкмоль/л, общий белок 73,03 (64,07; 74,18) г/л. Вторая серия группы №2 (титан, 90-е сутки): билирубин общий 5,85 (5,45; 5,90) мкмоль/л, АсАТ 44,49 (41,00; 52,92) Е/л, глюкоза 6,62 (6,17; 7,09) ммоль/л, креатинин 105,85 (103,95; 121,80) мкмоль/л, общий белок 63,31 (62,00; 67,37) г/л. Статистически значимых различий нет ($p > 0,05$).

Выводы. Оценка результатов эксперимента показала, что в отдаленные сроки после операции (на 60-е и 90-е сутки) имплантаты из модифицированного сверхвысокомолекулярного полиэтилена высокой плотности влияют на биохимические показатели крови в равной степени, как и имплантаты из традиционно используемого в отохирургии титана.

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

Затолока П.А., Доценко М.Л., Курятников А.Г., Горовая М.П.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Число ВИЧ-инфицированных лиц ежегодно увеличивается. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время число ВИЧ-инфицированных в мире составляет около 70–80 миллионов человек. По данным на 01.01.2011, в Республике Беларусь зарегистрировано 11759 больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (показатель распространенности – 100,4 на 100 тысяч человек населения). За 2010 г. диагноз «ВИЧ-инфекция» впервые установлен 1069 пациентам. Показатель заболеваемости 11,3 на 100 тысяч населения.

Среди оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных лиц лидирует оториноларингологическая патология. Распространенность хронической воспалительной патологии ЛОР-органов составляет от 45% (при первой стадии) до 100% (при четвертой стадии – СПИДе). Воспалительные заболевания уха, горла, носа являются ранними клиническими эквивалентами иммунодефицита. Увеличение числа случаев воспалительной оториноларингологической патологии у конкретного пациента указывает на клиническое прогрессирование иммунодефицита и в ряде случаев требует пересмотра стадии заболевания.

Цель исследования: выявить патологию головы и шеи, которая может указывать на прогрессирование иммунодефицита и потребовать пересмотра стадии заболевания.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 337 пациентов, относящиеся к взрослой группе населения (старше 18 лет), состоящих на учете в консультативно–диспансерном отделении Минской городской клинической инфекционной больницы по поводу ВИЧ-инфекции. Все они находились под диспансерным наблюдением оториноларинголога, периодичность осмотров 1 раз в 6 месяцев.

Результаты и обсуждение. У 36 наблюдаемых лиц за время наблюдения (с августа 2009 года по ноябрь 2010) были выявлены изменения в состоянии ЛОР-органов, указывающие на прогрессирование иммунодефицита и переход в последующую клиническую стадию ВИЧ-инфекции. Таким образом, за время наблюдения по состоянию ЛОР-органов у 11% (36) пациентов выявлены клиниче-

ские признаки прогрессирования иммунодефицита, что потребовало пересмотра стадии заболевания.

Ниже приведена патология, при выявлении которой можно предполагать определенную клиническую стадию ВИЧ-инфекции (у лиц с установленным диагнозом иммунодефицита). Перечень основан на классификации ВИЧ-инфекции, предложенной ВОЗ в 2004 году:

- первичная ВИЧ-инфекция: острый ретровирусный синдром указывает на инфицирование вирусом иммунодефицита человека, проявляется в виде гриппоподобного или мононуклеазоподобного синдрома;
- I клиническая стадия: персистирующая генерализованная лимфаденопатия (в том числе и с локализацией на шее, голове);
- II клиническая стадия: рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (синусит, бронхит, средний отит, фарингит, ларингит); ангулярный хейлит; рецидивирующие язвенные поражения слизистой полости рта, глотки;
- III клиническая стадия: орофарингеальный кандидоз; волосатая лейкоплакия языка; некротический язвенный стоматит, гингивит, периодонтит;
- IV клиническая стадия: кандидоз трахеи, бронхов, легких, пищевода; туберкулез ЛОР-органов; специфические новообразования ЛОР-органов (саркома Капоши, лимфома носоглотки).

Таким образом, наблюдение за состоянием ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных пациентов в динамике является информативным способом оценки прогрессирования иммунодефицита.

Вывод. За ВИЧ-инфицированными пациентами необходима организация диспансерного наблюдения врача-оториноларинголога, причем периодичность осмотров должна составлять не реже 1 раза в 6 месяцев.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Овчинников В.А.¹, Бойко Д.В.², Колодко В.Н.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²

Применение МРТ для оценки распространенности опухолевого процесса при раке гортани и гортаноглотки в литературе освещено недостаточно.

Целью настоящей работы было уточнение значения магнитно-резонансной томографии для определения распространенности рака гортани и гортаноглотки.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования 63 больных раком гортани и гортаноглотки. У всех пациентов диагноз верифицирован морфологически – плоскоклеточный рак. Все больные мужчины. Возраст от 42 до 75 лет. МРТ проводилась на магнитном томографе «Philips Gyroscan Intera», напряженность магнитного поля 1Т. Получали T2-взвешенные изображения в аксиальной, сагиттальной и фронтальной плоскостях.

У 45 больных был рак гортани (71,4%), у 18 (28,6%) – рак гортаноглотки. Преобладала распространенность первичной опухоли T3 и T4 – (74,6%). Метастатическое поражение лимфатических узлов было отмечено в 31 случае (49,2%).

Результаты. При анализе полученных данных у 47 (74,6%) больных раком гортани и гортаноглотки при помощи МРТ установлена степень инфильтрации в окружающие ткани, что не было выявлено другими методами (ларинго- и фарингоскопия, продольная рентгеновская томография). Признаками опухоли при МРТ являлось дополнительное неоднородное по интенсивности мягкотканное образование, суженный просвет воздушного столба гортани, отсутствие или деформация грушевидных синусов. При наличии опухоли в области складочного отдела гортани отмечались деформация и утолщение складок, асимметрия. Размер первичной опухоли составлял от 4 до 62 мм в наибольшем измерении. Средний размер первичной опухоли 27 мм. В 5 случаев (7,9%) первичная опухоль на МРТ не визуализировалась, хотя и определялась при ларингоскопии в виде неровностей поверхностей голосовых (n = 4) и черпалонадгортанной складок (n = 1). В 17 наблюдениях (26,9%) установлена зона отека вокруг первичной опухоли. В 3 (4,8%) случаях выявлено распространение на преднадгортанниковое пространство, в 9 (14,3%) – признаки инвазии опухоли в щитовидный хрящ. В одном случае установлено прорастание опухоли в яремную вену.

Метастатическое поражение лимфатических узлов пальпаторно установлено у 19 пациентов (20,6±5,1%), меньше чем при МРТ – у 28 (44,4±6,3%, $p < 0,05$). Всеми методами, включая сонографию, метастазы в лимфатические узлы шеи установлены в 31 случае (49,2%).

В четырех случаях (6,3%) пациенты не могли находиться в неподвижном положении при МРТ, что сделало исследование малоинформативным.

Полученные данные имеют существенное значение для планирования тактики специального лечения. Так, выявление опухолевой инвазии хрящей, массивное экстраларингеальное распространение или поражение подвязочного пространства делает невозможными органосохраняющие операции при раке гортани. Поскольку дозиметрическое планирование при современных технологиях лучевой терапии требует точного позиционирования опухоли, то возможность прецизионного определения размеров опухоли и разграничения ее от зоны отека при МРТ представляется важной для формирования адекватного дозового распределения.

Вывод. МРТ дает возможность уточнить топометрические параметры первичной опухоли гортани и гортаноглотки, метастазов в лимфатические узлы шеи, здоровых тканей, внешнего контура шеи, что имеет значение для определения тактики специального лечения.

ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Затолока П.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В практической деятельности оториноларинголог и стоматолог достаточно часто сталкиваются с воспалительной патологией слизистой оболочки глотки и полости рта. Поэтому является актуальным знание тех заболеваний указанных органов, которые развиваются на фоне иммунодефицита.

Цель исследования: выявить патологию глотки и слизистой оболочки полости рта, которая может указывать на иммунодефицитное состояние и, в частности, ВИЧ-инфекцию.

Материал и методы. В исследовании участвовали 346 взрослых (старше 18 лет) лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, состоящих на учете в консультативно-диспансерном отделении городской клинической инфекционной больницы г. Минска по поводу ВИЧ-инфекции. Исследование состояния ЛОР-органов и глотки, в частности, производили при очередном посещении консультативно-диспансерного отделения больницы. Таким образом, обследование было произведено в виде скрининга, а не по обращаемости пациентов, поэтому выявлялась хроническая пато-

логия. Мужчин обследовано 218 (63%), женщин – 128 (37%). Средний возраст – $25,2 \pm 4,9$ года, максимальный – 56 лет, минимальный – 18. Критерием разделения пациентов на группы явилась клиническая классификация ВИЧ-инфекции у взрослых, предложенная Всемирной Организацией Здравоохранения в 2004 году. 155 человек имели первую стадию заболевания, 58 – вторую, 112 – третью, 21 – четвертую.

Результаты и обсуждение. На первой стадии ВИЧ-инфекции наиболее часто диагностировали хронический фарингит (21%) и хронический тонзиллит (14%). Распространенность патологии глотки у ВИЧ-инфицированных на этой стадии не имеет существенных отличий в сравнении с иммунокомпетентными лицами. Однако выявлены некоторые особенности «банальной» патологии: резистентность к проводимой терапии, атипичность клинической картины, тяжелое течение, частые рецидивы, высокая степень хронизации.

На второй стадии вирусного иммунодефицита человека наиболее распространенным также является хронический фарингит (34%), однако очевидна более высокая частота встречаемости этой патологии. Распространенность хронического тонзиллита также возросла (19%), однако не так значительно. Следует отметить, что у 7% ВИЧ-инфицированных пациентов на второй стадии заболевания диагностирован хейлит, имеющий хронический характер течения.

У 74% пациентов на третьей стадии ВИЧ-инфекции выявлен орофарингеальный кандидоз. Хейлит встречается значительно чаще (16%), чем на второй (7%). Некротические язвенные стоматиты, гингивиты, периодонтиты выявлены у 9% пациентов. Волосатая лейкоплакия языка диагностирована у 13% обследованных. Таким образом, на третьей стадии ВИЧ-инфекции в сравнении с первой и второй существенно изменяется структура патологии глотки.

На стадии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД – четвертая, терминальная стадия ВИЧ-инфекции) орофарингеальный кандидоз выявлен в 81% случаев. Распространенность хейлита (19%), волосатой лейкоплакии языка (14%), некротических поражений слизистой оболочки полости рта (19%) также увеличилась. У двух пациентов выявлена саркома Капоши мягкого неба (предполагается этиологическая роль вируса Эпштейн-Барра). Грибковые процессы в глотке имеют тенденцию к распространению. Так, у 6 (29%) обследованных пациентов выявлен кандидозный эзофагит.

Выводы:

1. Резистентность к проводимой терапии, атипичность клинической картины, тяжелое течение, частые рецидивы, высокая степень хронизации банальных хронических воспалительных заболеваний глотки и слизистой оболочки полости рта могут указывать на наличие иммунологической недостаточности, и являются показанием к обследованию на ВИЧ.

2. Патогномоничными для ВИЧ-инфицированных взрослых являются следующие хронические воспалительные заболевания глотки и слизистой оболочки полости рта: хейлит, волосатая лейкоплакия языка, орофарингеальный кандидоз.

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ВЗРОСЛЫХ ЗА ПЕРИОД 2000 – 2010 гг.

Романова Ж.Г., Малец Е.Л.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Введение. В последнее время во всем мире и Республике Беларусь отмечается рост заболеваемости папилломатозом гортани у взрослых. Проблема респираторного папилломатоза у взрослых имеет большое социально-экономическое значение. Это связано с тяжестью заболевания, при котором рост папиллом в гортани, нарушая дыхательную и голосообразовательную функции органа, приводит к социальной дезадаптации и инвалидизации больного; возможной малигнизации и частыми рецидивами опухолевого процесса, что отражается на дороговизне лечения.

Цель исследования: проанализировать структуру заболеваемости папилломатозом гортани у взрослых, обобщить динамику развития заболевания, а также провести оценку эффективности проводимой комплексной терапии.

Материалы и методы исследования. На базе РНПЦ оториноларингологии с 2000 по 2010 гг. на стационарном лечении находились 123 взрослых больных папилломатозом гортани, которым был проведен курс консервативного и хирургического лечения.

Результаты и их обсуждение. Анализируя данную группу больных, мы отмечаем ежегодный рост заболеваемости папилломатозом гортани. Так, в 2000 г. на стационарном лечении находилось 9 человек, а в 2010 г. – 26. У многих пациентов отмечалось частое рецидивирование патологического процесса, некоторые из них поступали повторно в течение года (от 1 до 4 раз).

Все больные папилломатозом гортани находились в возрасте от 18 до 78 лет, средний возраст составил 37,3. Среди них людей трудоспособного возраста было 90,04%. При распределении больных по полу преобладали мужчины (56,1%), женщин было 43,9%. В данной группе пациентов ювенильная форма заболевания отмечалась в 18,7% случаев, а взрослая – в 81,3%.

Основной жалобой больных при поступлении было стойкое изменение голоса, вплоть до афонии. Всем пациентам выполнялись стандартные методы обследования. При проведении прямой ларингоскопии отмечается преобладание распространенных форм над ограниченными. При гистологическом исследовании в 87,8% верифицирована плоскоклеточная папиллома, а в 7,3% малигнизация опухолевого процесса.

В исследуемой группе взрослых больных основным методом лечения папилломатоза гортани остаётся хирургический. Все оперативные вмешательства (всего 286) представляли собой механическое удаление папиллом либо сочетание механического удаления с лазерным воздействием, с использованием электро- или радионожей. В послеоперационном периоде активно проводилась комплексная медикаментозная терапия, включающая применение противоопухолевых препаратов (проспидин по схеме), индукторов интерферонов (циклоферон по схеме) и физиотерапевтических методов воздействия (надсосудистое лазерное облучение крови), а также психотерапевтическую коррекцию и речевую фонопедию.

Всем пациентам, получавшим комплексную терапию, проводились контрольные осмотры через 2 и 6 месяцев. Раннего рецидива заболевания мы не наблюдали ни у одного больного. Внедрение в практику данного подхода к лечению папилломатоза гортани у взрослых позволило сократить койко-день с 16,8 в 2000 г. до 8,1 в 2010 г.

Выводы:

1. С 2000 г. наблюдается значительный рост заболеваемости папилломатозом гортани у взрослых.
2. Применение комплексного подхода в терапии папилломатоза гортани у взрослых позволяет оптимизировать лечение, сократить длительность госпитализации, увеличить межрецидивный период, что приводит к экономическому эффекту.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДЕКАНЮЛЯЦИИ ТРАХЕОСТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Сухарев А.А., Садовский В.И., Черныш А.В., Саливончик Е.И.
УЗ «Гомельская областная клиническая больница»

Деканюляция большинства трахеостомированных нейрореанимационных пациентов до сих пор остается проблемой. В настоящее время имеются способы определения возможной деканюляции: определение функций глотания, дыхания, состояния трахеобронхиального дерева и легких и др.. Для оценки проходимости гортани и трахеи, и исключения факторов, препятствующих деканюляции (стеноз трахеи или трахеопищеводный свищ) используется ларинготрахеоскопия (положение и подвижность надгортаника и голосовых складок), проба с водным раствором метиленового синего, тест с закрытием внешнего отверстия трахеостомической канюли колпачком (можно заклеить лейкопластырем). Для подготовки к возобновлению дыхания через естественные дыхательные пути можно использовать трубку с фонационным клапаном типа шпрех-канюли Бизальского.

Цель исследования: выработка показателей деканюляции.

Материал и методы. На основании большого клинического опыта (300 трахеостомий) и литературных данных нами разработана комплексная оценка основных признаков, влияющих на деканюляцию трахеостомированного нейрореанимационного пациента: глотание, сознание, состояние трахеобронхиального дерева и легких, гемодинамика, коэффициент оксигенации, данные ларинготрахеоскопии.

Таблица 1 – Показатели прогнозирования деканюляции

Показатель	Степень выраженности нарушения	Оценка в баллах
Глотание	Легкая	0
	Умеренная	1
	Выраженная	3
	Отсутствие глотания	5
Сознание	Оглушенность	1
	Сопор	2
	Кома 1	3
	Кома 2	4
	Кома 3	5
Состояние трахеобронхиального дерева и легких	Легкая степень дыхательной недостаточности	1

Показатель	Степень выраженности нарушения	Оценка в баллах
	Умеренная степень дыхательной недостаточности	3
	Выраженная дыхательная недостаточность	5
Гемодинамика	Неустойчивая	4
	Стабильная	0
Коэффициент оксигенации	1 степень 300-380	1
	2 степень 200-300	2-3
	3 степень меньше 200	4-5

По количеству баллов мы выделили 5 вариантов показаний к деканюляции: 1-й вариант – 3 балла, 2-й – 8, 3-й – 15, 4-й – 20, 5-й – 25. При 1-м варианте показана деканюляция, при 2-м варианте пациента можно деканюлировать, но с предварительными тренировками, 3-й вариант требует проведения клинических проб и тренировок, пациентам с 4–5 вариантом деканюляция противопоказана. Наиболее сложным параметром в прогнозировании деканюляции является определение функции глотания (таблица 2) и подвижность надгортанника.

Таблица 2 – Оценка функции глотания

Степень нарушения	Чувствительность слизистой оболочки гортаноглотки	Функция глотки	Положение надгортанника
1	Частично сохранена	Сохранена	Верхнее (норма)
2	Частично сохранена	Легкое нарушение	Верхнее
3	Отсутствует	Умеренное нарушение	Верхнее
4	Отсутствует	Выраженное нарушение	Среднее
5	Отсутствует	отсутствует	Нижнее (паралич надгортанника)

Вывод. Деканюляция трахеостомированного пациента должна осуществляться по строгим показаниям с учетом показателей прогнозирования, фиброларинготрахеоскопии и консультации оториноларинголога.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ТРАХЕОСТОМИИ У НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Садовский В.И., Черныш А.В., Сухарев А.А., Саливончик Е.И.
УЗ «Гомельская областная клиническая больница»

Трахеостомия по-прежнему широко используется не только для восстановления проходимости верхних дыхательных путей, но и для предупреждения осложнений искусственной вентиляции легких, улучшения легочного газообмена, санации трахеобронхиального дерева и введения лекарственных средств в трахею и бронхи. В лечении нейрореанимационных пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких, особая роль отводится пунктирно-дилатационной трахеостомии, имеющей значительные преимущества перед классической трахеостомией. Существуют различные методики определения показаний к трахеостомии, однако они дают преимущественно одностороннюю оценку. На большом клиническом материале и литературных данных нами разработан новый подход к оценке показаний к трахеостомии у нейрореанимационных пациентов с учетом состояния организма.

Цель исследования: выработка четких показаний к трахеостомии у нейрореанимационных пациентов.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование карт стационарного лечения 200 пациентов реанимационного отделения за 2008 -2010 гг., которым была произведена операция трахеостомии по поводу острой дыхательной недостаточности, обусловленной травмой и заболеваниями ЦНС, определены показатели к трахеостомии. Каждый показатель имеет степень выраженности с оценкой в баллах.

Исходя из данных таблицы, нами разработано 5 вариантов показаний к трахеостомии. Определив количество баллов, лечащий врач за несколько минут может принять решение о необходимости операции. В 1 варианте пациент может обойтись без операции, при 2–3 варианте возможно консервативное лечение до 3-х суток, при отсутствии улучшения показана трахеостомия, 4–5 варианты требуют срочной операции (таблица 2). Из 200 пациентов показания к трахеостомии, согласно нашей таблице, теоретически определены у 182 (1-й вариант – 18, 2-й – 26, 3-й – 29, 4-й – 37, 5-й – 72), а выполнены применительно к нашим показаниям у 173 пациентов (2-й вариант – 23, 3-й – 25, 4-й – 44, 5-й – 81).

Таблица 1 – Оценка индивидуальных подходов к трахеостомии

Показатель	Степень выраженности	Оценка в баллах	Показатель	Степень выраженности	Оценка в баллах
Возраст (лет)	До 20 21-40 41-60 Старше 60	0 0 1 2	Длительность заболевания (дни)	1-3 4-7 8-12 Свыше 12	0 1 2 2
Патологический процесс В ЦНС	Ушиб, энцефалопатия менингоэнцефал. абсцесс инфаркт гематома, отек	1 2 3 4-5	Пневмония	Легкая форма Средней степ. тяжести Тяжелая (билобарная) Крайне тяжелая	1 2 3 4-5
Уровень сознания	Оглушенность Сопор Кома 1 -3	1 2 3-5	Коэффициент оксигенации	1 степ. 300-380 2 степ. 200-300 3 степ меньше 200	1 2-3 4-5
Проведенные операции	Трепанация Удален. гематом, новообразования	2 4 3	Острая дыхательная недостаточность	1 ст. 2 ст. 3 ст.	1 2 3
Смещение средних структур мозга (мм)	1 степ. – 0-5 2 степ, 5-10 3 степ. Свыше 10	3 4 5	Сопутствующие заболевания	Сердца, легких, мозга, печени, почек, ожирение	по2

Выводы.

1. Таблица индивидуального подхода показаний к трахеостомии у нейрореанимационных пациентов позволяет в большинстве случаев своевременно выполнить трахеостомию. Нейрореанимационным пациентам показана пункционно-дилатационная трахеостомия.

2. Своевременная трахеостомия уменьшает длительность ИВЛ, риск при переинтубации и инфекционных осложнений, открывает возможности для ранней реабилитации функции глотания.

ИММУННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГРИБКОВЫМ И ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНЫМ СИНУСИТОМ

Редько Д.Д., Шляга И.Д., Новикова И.А., Гомоляко А.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

На протяжении последних десятилетий наблюдается рост заболеваемости синуситами грибковой этиологии (Кунельская В.Я., 2001; Заболотный Д.И., и др. 2002). Грибковые поражения носа и околоносовых пазух (ОНП) стоят на втором месте среди всех микозов верхних дыхательных путей (Крюков А.И. и соавт., 2004). Между тем хорошо известно, что условно патогенная микробиота, к которой относятся возбудители синуситов *Aspergillus spp.* и *Candida spp.*, не может стать патогенной при нормальном состоянии иммунитета. Весьма актуальным представляется нам изучение показателей общего иммунитета пациентов с хроническим синуситом грибковой и грибово-бактериальной этиологии.

Материал и методы. Иммунологическое обследование 92 пациентов с различными клиническими формами синусита включало консультацию врача-иммунолога, определение субпопуляций лимфоцитов методом иммунофенотипирования, определение уровня иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови, фагоцитарной активности нейтрофилов. Нормальные значения иммунограммы представлены по данным обследования контрольной группы, состоявшей из здоровых добровольцев (n=40).

Результаты и обсуждение. Хроническая неинвазивная форма грибкового синусита – мицетомы ОНП – диагностирована у 41% пациентов, хроническая инвазивная форма грибкового синусита – 13%, аллергический грибковый риносинусит – 6%, грибово-бактериальный синусит – 40%. При оценке результатов иммунологического исследования изменения лабораторных показателей установлены всего у 45% пациентов. При этом выявлены некоторые закономерности: минимальное число нарушений иммунитета отмече-

но в группе пациентов с мицетомой ОНП – 8%; значительно большая часть пациентов при инвазивном грибковом синусите – 68% ($p<0,05$), грибково-бактериальном синусите – 76% ($p<0,05$). Так, при изучении показателей клеточного иммунитета у пациентов с инвазивной формой синусита отмечено уменьшение относительного количества Т-лимфоцитов (CD3+) в 1,3 раза ($p<0,01$), Т-хелперов (CD4+) в 1,4 раза ($p<0,05$), иммунорегуляторного индекса (CD4+/CD8+) в 1,5 раза ($p<0,05$). В целом, у 73% пациентов с грибково-бактериальной формой хронического синусита выявлено снижение общего количества Т-лимфоцитов, за счет Т-хелперов и уменьшение соотношения CD4+/CD8+. Снижение фагоцитарного индекса имело место в 65% случаев. Сочетанное угнетение Т-клеточного звена иммунитета и фагоцитарной активности в группе пациентов с инвазивной формой синусита отмечалось в 70% случаев, а при мицетоме ОНП – только у 6,6%. При оценке содержания иммуноглобулинов нарушения выявлены только в группе грибково-бактериальных синуситов (значимое снижение уровня IgM в 1,5 раза). При аллергическом грибковом риносинусите обращает внимание эозинофилия в крови (11 и 15%), увеличение ЦИК и IgG, что можно объяснить общей аллергической настроенностью организма, т.к. у обоих пациентов диагностирована триада Видаля.

Выводы. Более глубокие и частые изменения со стороны показателей клеточного звена иммунитета и фагоцитарной активности были выявлены преимущественно у пациентов с инвазивной формой синусита и синуситом грибково-бактериальными природы ($p<0,05$), что диктует необходимость иммунологического обследования данной категории пациентов и назначения иммуностимуляторов (полиоксидония). При хронической неинвазивной форме (мицетоме ОНП) грибкового синусита иммунологическое обследование не показано, т.к. доля пациентов с нарушениями показателей иммунитета не превышает 8%.

ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ

Ядченко Е.С., Ситников В.П., Шляга И.Д., Х. Эль-Рефай
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

На современном этапе основным методом лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО) является хирургическое. Несмотря на значительные достижения отохирургии и лекарственной терапии, добиться полной санации уха после хирургического

вмешательства не всегда удастся. Это может быть связано с неправильным выбором варианта санлирующей операции, а также с эмпирическим назначением противомикробных препаратов без учета спектра возбудителей и их чувствительности на этапе предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде, а также невозможностью создания высоких концентраций данных препаратов в глубоко расположенных очагах воспаления височной кости.

Цель исследования. Разработка варианта консервативно-щадящей радикальной операции (КЩРО) на ухе, исходя из принципа щадящего и безопасного операционного доступа к адитоантральной области с формированием малой трепанационной полости с учетом адекватной противомикробной терапии.

Материалы и методы. На базе ЛОР-клиники ГГМУ было проведено хирургическое лечение 26 пациентов (10 женщин, 16 мужчин в возрасте от 19 до 57 лет) с различными клиническими формами ХГСО грибково-бактериальной природы. Всем пациентам проводилось полное общеклиническое обследование, включающее микробиологическое исследование ушного отделяемого.

В зависимости от применяемой хирургической методики пациенты были разделены на две группы. Пациентам основной группы (14 человек) проводилась субкортикальная КЩРО на среднем ухе с дренажем послеоперационной полости по разработанной нами методике. Пациентам контрольной группы (12 человек) проведена классическая транскортикальная КЩРО.

Результаты. Длительность операции у пациентов основной группы составила в среднем 90 минут, контрольной – 120 минут. У пациентов основной группы отмечалась полная эпидермизация небольших по размеру трепанационных полостей на 18-е сутки в 89,0% случаев, и лишь в 69,3% – в контрольной. Осложнений при проведении оперативного вмешательства в обеих группах отмечено не было.

При микробиологическом исследовании ушного отделяемого в 73% случаев выделены различные возбудители: стафилококк – (42%), синегнойная – (21%) и кишечная – (11%) палочки. Микотическая природа заболевания подтверждена у 21% пациентов (плесневые грибы *Aspergillus spp.* и дрожжевые грибы *C.albicans* выделяли одинаково часто). Максимальная антибиотикочувствительность ($\geq 90\%$) определена к цефалоспорином II–III поколения и фторхинолонам II–III генерации. По результатам антимикотикочувствительности выделенных штаммов для местного применения наиболее эффективен амфотерицин В, при смешанной грибково-бактериальной природе – раствор ципрофлоксацина. Препаратами

выбора для лечения ХГСО грибковой этиологии в плане общей терапии являются итраконазол, вориконазол.

Выводы.

1. Наиболее оптимальный подход к антруму достигается субкортикально, что приводит к формированию малой трепанационной полости с полной ее эпидермизацией.

2. В плане обследования при ХГСО следует включать микробиологические (в том числе микологические) методы диагностики.

3. Дренирование и многократное промывание трепанационной полости в послеоперационном периоде через систему пластиковых трубок с учетом спектра возбудителей и их чувствительности к противомикробным препаратам позволяет улучшить результаты хирургического лечения пациентов, страдающих хроническим гнойным средним отитом бактериально-грибковой природы.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СИНУСИТЕ

Сакович А.Р.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Бактериальные формы острых синуситов являются наиболее частой ЛОР-патологией в структуре госпитализированных в профильные отделения пациентов. При определенных обстоятельствах течение острого бактериально-инфекционного воспалительного процесса может приобретать затяжной характер, что, в свою очередь, может способствовать переходу в подострое и хроническое течение. Факторами, способствующими затяжному течению острого синусита, могут быть свойства микроорганизма, состояние макроорганизма, неблагоприятные факторы внешней среды (экологические и профессиональные). Еще одним немаловажным моментом может быть развитие сенсibilизации и формирование инфекционно-аллергического процесса в околоносовых пазухах. Обстоятельства такого рода требуют особенного внимания со стороны клинициста, поскольку необходима их своевременная оценка и коррекция лечения.

Материал и методы. Обследованы 198 пациентов с острым гнойным синуситом, с вовлечением в воспалительный процесс не менее 2-х пазух. Гнойный характер синусита был подтвержден пункциями (трепанопункциями) во всех случаях. Возраст пациентов от 18 до 55 лет (средний возраст 32,4 года), преобладали мужчины. У всех пациентов в анамнезе не отмечалось каких-либо аллергических реакций. Изучены данные общего анализа крови с ак-

центом на относительное и абсолютное содержание эозинофилов и базофилов, т.е. клеток, участвующих в реализации аллергического компонента. Дополнительно рассчитывался эозинофильно-лимфоцитарный индекс, представляющий собой отношение процентного содержания эозинофилов к процентному содержанию лимфоцитов. Этот индекс при повышении также отражает аллергическую реактивность организма (норма до 0,08).

Результаты и обсуждение. В общем анализе крови относительная эозинофилия ($> 5\%$) была выявлена у 7 пациентов (3,53%), а абсолютное содержание эозинофилов оказалось повышенным (более $3,0 \times 10^9/\text{л}$) у 6 из 198 пациентов (3,03%). Повышенный эозинофильно-лимфоцитарный индекс был определен у 39 пациентов (19,69%). Полученные данные свидетельствуют о возможности эозинофильной реакции в крови при остром гнойном синусите (пусть и нечасто), хотя классическая интерпретация общего анализа крови при остром гнойном воспалении характеризуется снижением содержания эозинофилов. Расчет эозинофильно-лимфоцитарного индекса показывает, что почти пятая часть пациентов с острым гнойным синуситом имеет вероятность развития аллергической реактивности.

Процентное содержание базофилов в крови, превышающее 1% (верхняя граница нормы), было выявлено у 19 пациентов (9,6%), в то время как абсолютное содержание базофилов выше нормы (более $0,10 \times 10^9/\text{л}$) отмечено только у 9 пациентов (4,5%). Если рассматривать базофилы в качестве потенциальных медиаторных клеток (аналоги – мастоциты в тканях), то их повышенное содержание также свидетельствует о возможной сенсibilизации и повышенной готовности к реализации аллергической реакции.

Выводы:

1. У пациентов с острым гнойным синуситом в 3,5% случаев отмечена относительная и в 3,0% случаев абсолютная эозинофилия в анализе крови, что может быть расценено как инфекционно-аллергический процесс.

2. Повышение эозинофильно-лимфоцитарного индекса, выявленное в 19,7% случаев острого гнойного синусита, может свидетельствовать о повышенном риске сенсibilизации у этих пациентов.

3. Повышение содержания базофилов (относительного в 9,6% и абсолютного в 4,5% случаев) как медиаторных клеток при остром гнойном синусите является дополнительным фактором риска реализации аллергического компонента воспаления.

ГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СИНУСИТЕ

Сакович А.Р., Перминов А.Б.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Ожидаемой реакцией организма на гнойный процесс, в том числе острый гнойный синусит (ОГС), является повышение в первые дни заболевания уровней иммуноглобулина М (IgM) и белков «острой фазы» воспаления, к которым относится С-реактивный белок (СРБ).

IgM составляет около 6% всех иммуноглобулинов, его синтез начинается В-лимфоцитами на 2–3 день первичного иммунного ответа. СРБ синтезируется гепатоцитами и макрофагами под влиянием провоспалительных интерлейкинов (IL-1, IL-6) и фактора некроза опухолей альфа. Повышение содержания СРБ при острой инфекционно-воспалительной реакции происходит очень быстро (начинается в среднем уже через 6 часов) и в значительной степени сопровождает именно бактериальную, а не вирусную инфекцию. Важно также, что концентрация СРБ имеет высокую корреляцию с активностью заболевания и стадией процесса.

Интерес к исследованию указанных выше факторов реактивности определяется низкой информативностью показателей общего анализа крови, таких как лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускорение СОЭ. В последние годы эти классические изменения стали встречаться реже.

Целью настоящего исследования было расширение возможностей оценки воспалительной реакции при ОГС.

Материал и методы. Обследованы 102 пациента ОГС с вовлечением в процесс не менее 2-х пазух. Возраст от 18 до 53 лет, преобладали мужчины. Концентрацию IgM (n=102) и СРБ (n=46) в сыворотке крови определяли иммунотурбидиметрическим методом.

Результаты и обсуждение. Концентрация IgM, превышающая норму, выявлена только у 11 из 102 пациентов (10,8%). В то же время, повышенное содержание СРБ при ОГС было обнаружено у 41 из 46 пациентов (89,1%), при этом в 45,6% случаев – в 2 и более раза по сравнению с верхней границей нормы (5 мг/л). Показательно, что в 17,4% случаев у пациентов с нормальными значениями IgM уровень СРБ превышал норму в 4 и более раза. У 5 пациентов с концентрацией СРБ в пределах нормы уровень IgM также не повышался.

Таким образом, гуморальный иммунный ответ в виде повышения концентрации IgM, как закономерной реакции на начальном этапе острого воспаления в околоносовых пазухах, сравнительно редко выражен на системном уровне. В то же время, проведенное исследование подтвердило закономерное повышение концентрации СРБ как маркера острой фазы воспаления, в том числе и локального характера (при ОГС). Определение уровня СРБ превосходит по информативности определение уровня IgM в оценке реактивности при ОГС. Вместе с тем, можно предположить, что гуморальная фаза иммунного ответа более выражена и активнее проявляет себя на локальном уровне.

Выводы:

1. Повышение концентрации IgM в сыворотке крови пациентов с острым гнойным синуситом выявлено в 10,8% случаев.
2. Повышение концентрации СРБ в сыворотке крови пациентов с острым гнойным синуситом выявлено в 89,1% случаев.
3. Исследование содержания СРБ, как показателя системной реактивности при остром гнойном синусите, является более информативным, но не характеризует развитие иммунного гуморального ответа.

СОВРЕМЕННЫЙ ВАРИАНТ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА СТЕНКАХ ЛОБНЫХ СИНУСОВ

Яценко В.В.¹, Ещенко С.В.², Король И.М.³

***УЗ «Главный военный клинический медицинский центр»
УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»***

Введение. Стремительно развивающаяся видеоэндоскопическая ринопластика переводит операции на лобном синусе (ЛС) из разряда травматичных с частыми послеоперационными рецидивами в малоинвазивные с уменьшением количества повторных госпитализаций. Все же актуальным вопросом остается выполнение так называемых «радикальных операций» на ЛС при удалении остеома и мукоцеле, а также при травмах. Предложена остеопластическая операция на ЛС с формированием перикраниально-апоневротической откидной створки. В отдельных случаях остеопластическая операция в классическом варианте трудно выполнима из-за фрагментации кости передней и нижней стенок ЛС при формировании створки в процессе долотирования. Часто это связано с большими размерами опухоли и истончением кости.

Цель исследования. Повышение эффективности способов остеопластических операций на ЛС.

Материалы и методы. В период с 1 января 2002 г. по 31 декабря 2010 г. в ЛОР-отделениях клиники Белорусской медицинской академии последипломного образования и 432 Главного военного клинического медицинского центра остеопластическая операция на ЛС выполнена у 51 пациента, из них прооперировано по поводу остеом – 29 (56,9%) пациентов, травм – 15 (29,4%) пациентов, кист ЛС – 4 (7,8%) пациента, мукоцеле – 3 (5,9%) пациента.

Остеопластическую операцию производили следующим образом. Выполняли коронарный разрез, после отслойки тупым путем кожно-мышечного лоскута по заранее подготовленной на основании рентгенографических снимков матрице долотированием под острым углом вскрывали полость ЛС с образованием перикраниально-апоневротического лоскута, формировали откидываемую «створку» из лобной кости. Далее удаляли опухоль, контролировали проходимость лобно-носовых соустьев. Так как опухоли часто сопутствовал хронический воспалительный процесс, дренировали полость пазухи с полостью носа, при необходимости расширяя соустье. На следующем этапе операции накладывали симметричные фрезевые отверстия в стенках лобной кости и «створки», в последующем фиксировали их шелковыми лигатурами, а сформированный острый угол при долотировании препятствовал западению «створки». Операцию завершали послойным швом раны. Таким образом достигался хороший косметический и эстетический эффект.

У 28 пациентов остеопластическая фронтотомия выполнена по предложенному нами способу остеопластической фронтотомии, при котором формирование остеопластического лоскута и наложение отверстий в лобной кости проводилось сфокусированным лучом CO₂-лазера с диаметром светового пятна 2 мм. Минимальный диаметр отверстий при использовании традиционного механического фрезевого способа составил, по данным наших наблюдений, 5 мм, причем в процессе сверления лобной кости иногда происходило образование трещин в кости и костной стружки, которая попадала в полость лобного синуса, что требовало проведения дополнительных манипуляций. При работе CO₂-лазером указанные недостатки отсутствовали.

Таким образом, в ходе операции происходило формирование линии остеотомии лучом лазера шириной 2 мм, что позволило достигнуть максимального сближения костного лоскута и лобной кости, не приводило к образованию костных трещин, а также уменьшило вероятность смещения костного лоскута в полость лобного синуса с развитием некроза кости в послеоперационном периоде. Применение CO₂-лазера позволило уменьшить диаметр остеотомии-

ческого отверстия по сравнению с получаемым механическим фрезевым способом на 60%, что также создало благоприятные условия для восстановления структуры лобной кости в послеоперационном периоде.

Выводы. При необходимости выполнения экстраназальной операции на лобном синусе операцией выбора должна являться остеопластическая фронтотомия.

1. Остеопластическая фронтотомия является эффективным способом оперативного лечения патологии лобной пазухи, обеспечивающим хороший косметический и функциональный результаты.

2. Разработанный нами вариант остеопластических фронтотомий с применением CO₂-лазера позволяет сформировать остеопластический лоскут в полости лобного синуса, что является важным при удалении доброкачественных опухолей лобного синуса для предотвращения возникновения трещин и переломов в области передней стенки.

ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА СРЕДНЕГО УХА ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Семак Л.И.

УЗ «9-я городская клиническая больница», г. Минск

Статистические данные, а также данные литературы свидетельствуют о наличии тенденции к почти молниеносному развитию инфекционного процесса ЛОР-органов с тяжелыми осложнениями, возникающими уже на начальных этапах заболевания, а также об увеличении числа больных с риногенными и отогенными внутричерепными осложнениями (ВЧО).

Целью данной работы явился анализ особенностей клинической картины осложненных форм ЛОР-патологии.

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных и стационарных карт пациентов, получивших лечение в ЛОР-клинике БГМУ на базе учреждения здравоохранения «9-я городская клиническая больница» г. Минска за период времени 1995–2010 гг., рентген-архива (рентгенограммы и данные компьютерно-томографических исследований), гистологическое исследование операционного материала.

За указанный период времени специализированная отоларингологическая помощь оказана 91 пациентам, с ото- и риносинусогенными внутричерепными осложнениями (n=57), а также аденофлегмонами, глубокими флегмонами шеи и медиастинитами

(n=34). Возраст пациентов с ВЧО от 17 до 81 года. Проведенный нами анализ свидетельствует, что осложненными формами гнойно-воспалительных заболеваний чаще страдают мужчины (n=32 с ВЧО и n=23 с флегмонами). Следует отметить, что преобладающее число пациентов было в трудоспособном возрасте от 41 до 60 лет (n=27 с ВЧО и n=14 с флегмонами).

При проведении сравнительного анализа структуры осложненных форм заболеваний выявлено, что отогенная природа является преобладающей.

По локализации первичного очага ведущей патологией, приводящей к внутричерепным осложнениям, в том числе и со смертельным исходом, в настоящее время является острый средний отит (n=35 из N=45). Обращает на себя внимание высокая летальность: из общего числа умерших (n=17) 10 пациентов (58,8%) погибли от отогенных внутричерепных осложнений по причине острого гнойного среднего отита (ОСГО).

Анализ особенностей клинической картины острого гнойного среднего отита показал, что в настоящее время отсутствует классическая клиническая картина гнойного воспаления: лихорадка была только у 29,8% пациентов, боль в ухе была незначительная или отсутствовала вовсе, гноетечение было у 36,3% обратившихся. Анализ амбулаторных карт пациентов свидетельствует об отсутствии обращений их за медпомощью до госпитализации. Анализ протоколов результатов хирургического лечения также подтверждает тенденцию к хроническому течению острого воспаления среднего уха. Операционные находки были представлены большими костно-деструктивными разрушениями, гнойным экссудатом в полостях среднего уха на фоне грануляционной и фиброзной ткани с блоком адитуса. Гистологическое исследование операционного материала свидетельствовало о значительной давности воспалительного процесса в среднем ухе (кариозное изменение костной ткани и инфильтративно-продуктивное воспаление слизистой оболочки структур среднего уха). Перечисленные выше данные являются свидетельством патоморфоза воспаления среднего уха, который способствовал несвоевременной диагностике заболевания, позднему обращению пациентов к оториноларингологу и оказанию срочной хирургической помощи. Необходимо отметить, что при малосимптомном течении заболевания клинически у пациентов невозможно было определить длительность процесса, в то время как морфологические исследования свидетельствовали о тенденции к хроническому течению воспаления структур среднего уха. Такое изменение типичной клинической и морфологической картин ОГ-

СО соответствует термину патоморфоз, что подразумевает стойкое изменение структуры общей заболеваемости в результате других условий жизни, а также клинко-морфологических форм отдельных болезней, происшедших под влиянием различных факторов среды.

Изложенный материал позволяет сделать следующие **выводы**.

1. Острый гнойный средний отит является превалирующей нозологической формой в структуре развития осложненных форм ЛОР-патологии.

2. Течение острого воспалительного процесса в среднем ухе в настоящее время характеризуется малосимптомностью, что обуславливает позднее обращение пациентов за специализированной медицинской помощью и позволяет говорить о патоморфозе заболевания.

3. Гранулезно-деструктивный процесс в структурах среднего уха, выявляемый при морфологическом исследовании тканей после saniрующих операций, свидетельствует о тенденции к хроническому течению процесса.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ДВУХ ЛЕТ

**Хоров О.Г., Ракова С.Н., Лис Т.М., Марцинович А.М.,
Сорокина Т.Б.**

***УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»***

Острые средние отиты (ОСО) у новорожденных и детей первых двух лет жизни, являются одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний в данном возрасте. Это обусловлено возрастными анатомо-физиологическими особенностями и изменениями иммунологической реактивности детского организма в связи с ухудшением экологических условий, неблагоприятным воздействием внешней среды, патологическими родами, перенесенными инфекционными заболеваниями матери во время беременности. Поэтому очевидна актуальность своевременной диагностики, лечения и реабилитации детей данной группы.

По числу осложнений острый средний отит занимает 2-е место среди заболеваний уха. Главным образом это внутричерепные осложнения (менингит, абсцесс мозга, тромбоз сигмовидного синуса, лабиринтит, сепсис, парез лицевого нерва, мастоидит). Поэтому разработка методов адекватной патогенетической терапии

рассматриваемой патологии крайне актуальна в отношении профилактики названных заболеваний.

Нами было проведено исследование группы детей за 2010 год общим количеством, 287 человек, из них в возрасте до двух лет – 51 человек (17,8%) с диагнозом острый средний отит, находившихся на лечении в оториноларингологическом гнойном детском отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница» с целью оценки эффективности лечения острого среднего отита у детей до двух лет.

Лечение детей с ОСО должно быть комплексным и базироваться на 3-х основных принципах:

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

Все исследуемые нами пациенты подразделены на 3 группы. 1-я группа из 13 детей (25,5%) получала комплексное лечение (местное, физиотерапия) с применением антибиотиков с момента поступления. Во 2-й группе с 31 ребёнком (60,8%) была произведена тимпанотомия и назначение внутрь антибиотиков. В 3-й группе находилось 7 пациентов (13,7%). Им был произведен парацентез с назначением местного лечения (антибиотики получали до поступления в стационар). Всем больным проводилось восстановление носового дыхания, вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы путем анемизации слизистой оболочки носа и устья слуховой трубы на стороне поражения, аспирация содержимого из полости носа. Нарушение функций слуховой трубы является одной из причин возникновения острых средних отитов, а также усугубляет их течение. Из-за воспалительного отека слизистых оболочек, гиперпродукции слизи и нарушения функционирования мерцательного эпителия происходит блокирование глоточных отверстий слуховой трубы, что приводит к воспалительному процессу в среднем ухе.

При выборе рационального антибиотика учитывали данные о больном, сведения о препарате и возбудителе, экономические аспекты. При назначении антибактериального средства принимали во внимание общий статус пациента, наличие у него сопутствующих заболеваний, учитывали совместимость используемых препаратов, эпидемиологическую обстановку, а также социальный статус.

Исследуемые пациенты получали следующие группы антибиотиков:

1. Цефалоспорины (цефтриаксон, цефатоксим, цефтазидин) – 32 чел. (62,7%).
2. Линкозамиды (линкомицин) – 2 чел. (4%).
3. Аминопенициллины (амоксциллин, оксамп) – 3 чел. (5,9%).
4. Защищенные пенициллины (амоксиклав, аугментин) – 3 чел. (5,9%).
5. Комбинированная антибиотикотерапия – 4 чел. (7,8%).

У исследуемых пациентов посев на микрофлору был взят у 20 человек. Из них у 45% не получено роста (из анамнеза неоднократно был прием антибиотиков), остальные 55% распределились следующим образом: стафилококки – 18%, стрептококки – 9%, микрококки – 46%, полиморфная флора – 27%.

В 1-й группе динамическое улучшение субъективно, объективно и по клинико-лабораторным показателям наступало на 1–4 день лечения у 51% пациентов. Во 2-й группе такое же улучшение отмечалось на 1–4 день у 66% детей. В 3-й группе – на 1–4 день у 15,6% детей. Стационарное лечение было закончено у детей первой группы на 7-е сутки, второй группы также на 7-е сутки, третьей группы на 4-е сутки.

Таким образом, лечение детей с острым средним отитом в возрасте до 2-х лет с применением тимпанотомии и антибиотиков показывает свою эффективность. Учитывая распространенность эмпирической антибактериальной терапии, как в клинической, так и в амбулаторной практике, необходимо использовать в качестве препаратов первого ряда антибиотики широкого спектра действия, в частности, цефалоспорины.

Литература:

1. Грибач А.Л., Грибач Л.И Сборник научно-практических статей г. Минск, 2007 г. с.58-59

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Пудов В.И.

***ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи
Минздравсоцразвития»***

Кохлеарная имплантация является не только самым высокотехнологичным, но и самым высокочувствительным видом медицинской помощи. В этих условиях возрастает необходимость повышения

качества оказания данного вида помощи. При этом эффективность кохлеарной имплантации определяется не столько качеством проведения самой операции, сколько качеством послеоперационной слухоречевой реабилитации.

Четырнадцатилетний опыт Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи в области проведения операций кохлеарной имплантации позволил определить ведущие принципы организации послеоперационной слухоречевой реабилитации. Прежде всего, слухоречевая реабилитация является ведущим, обязательным для всех категорий пациентов и самым продолжительным этапом всего комплекса медицинских услуг, определяющих конечный результат кохлеарной имплантации.

При этом необходимо учитывать, что слухоречевая реабилитация должна включать как медицинские и социальные, так педагогические и образовательные аспекты комплексной программы реабилитации, которые относятся к двум разным ведомствам – здравоохранению и образованию. Поскольку медицинские вопросы одинаково важны для всех пациентов, а образовательные потребности могут существенно отличаться для разных групп пациентов, координирующая роль в сопровождении пациентов после кохлеарной имплантации должна отводиться медицинским реабилитационным центрам обязательно совместно с образовательными учреждениями.

Медицинская реабилитация, включающая адекватную настройку параметров речевого процессора и обучение родителей пациентов основным принципам реабилитации должна проводиться в центрах кохлеарной имплантации, где была проведена эта операция, что облегчает настройку и повышает ответственность центров кохлеарной имплантации за весь комплекс медицинских услуг.

Первичная реабилитация обязательно включает настройку параметров речевого процессора и первый курс слухоречевой реабилитации. Первая настроечная сессия и первый курс реабилитации неразрывно связаны между собой. Только благодаря совместным усилиям аудиологов и сурдопедагогов, удастся правильно настроить параметры речевого процессора и научить ребенка слушать с помощью кохлеарного импланта. Процесс адекватной настройки параметров речевого процессора при первой настроечной сессии занимает от 7 до 14 дней. Этот же период в две недели является минимально необходимым для проведения первого курса слухоречевой реабилитации, который является самостоятельной задачей первого курса реабилитации и включает развитие слухового

восприятия окружающих звуков и речи, а также развитие навыков устной речи и языковой компетенции.

В зависимости от возраста пациентов и их индивидуальных особенностей общая продолжительность реабилитации составляет от двух до нескольких лет. Учитывая достаточную продолжительность слухоречевой реабилитации особенно для детей с врожденной глухотой, основная реабилитация должна быть максимально приближена к месту проживания пациентов. При этом главная задача обеспечения повседневной слухоречевой реабилитации ложится на дошкольные и школьные учреждения общего и специального образования, определяемые для каждого ребенка в зависимости от его возраста и индивидуальных слухоречевых навыков.

Заключение

- Кохлеарная имплантация – это комплексная медицинская, педагогическая и социальная проблема, требующая участия широкого круга специалистов.

- В условиях расширения объемов внедрения кохлеарной имплантации требуется разработка общих принципов организации процесса реабилитации.

- Организация кохлеарной имплантации должна обязательно включать развитие необходимой инфраструктуры во всех регионах.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ БИПОЛЯРНОЙ ЭЛЕКТРОСВАРКИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ В ДЕТСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Косаковская И.А.

*Национальная медицинская академия последипломного
образования имени П.Л.Шупика, г. Киев, Украина*

Вступление. Одной из актуальных проблем в оториноларингологии является остановка кровотечения во время операции, которое в той или иной степени всегда присутствует при использовании традиционных методов хирургических вмешательств на ЛОР-органах. В некоторых случаях оперативные вмешательства сопровождаются кровопотерей, которая может создавать угрозу для жизни и требует соответствующих адекватных вмешательств. Поэтому разработка новых эффективных технологий лечения и необходимого оборудования является перспективным направлением научных исследований.

Целью исследования было разработка способов хирургических вмешательств на ЛОР-органах у детей с использованием высокочастотной биполярной электросварки биологических тканей и

соответствующих электроинструментов, как следствие их использования – уменьшение кровопотери во время хирургического вмешательства на ЛОР-органах.

Материал и методы исследования. На кафедре детской оториноларингологии, аудиологии и фониатрии НМАПО имени П.Л. Шупика были разработаны и усовершенствованы хирургические вмешательства (септопластика, удаление синехий носа, аденотомия, тонзиллэктомия, тонзиллотомия, подслизистая электротермоадгезия нижних носовых раковин, удаления мембраны гортани, удаление рубцов гортаноглотки и гортани, пластика гортани, трахеостомия, удаление кисты глотки, гортани и срединной кисты шеи, гайморотомия, тимпанопластика и др.) с использованием аппарата для электросварки ЕК-300М1, а также разработанных нами биполярных электроинструментов (биполярный электроскальпель нескольких модификаций, биполярный аденотом разных модификаций и размеров, биполярные устройства для хирургических вмешательств на нижних носовых раковинах, электроустройство для удаления синехий носа, электроустройство для сварки биологических тканей, биполярный электрораспатор и другие).

Электрохирургический эффект резания и коагуляции биологических тканей при использовании высокочастотной биполярной электросварки (электротермоадгезии) мягких тканей основан на обеспечении достаточно высокой степени нагрева биологических тканей (40-70°C) узким потоком высокочастотного тока (66,6 кГц) между двумя составляющими рабочей части биполярного электроинструмента.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением в клинике находились 107 пациентов с заболеваниями ЛОР-органов в возрасте от 1 до 17 лет. Использование биполярной высокочастотной электросварки биологических тканей при предложенных хирургических вмешательствах с применением разработанных биполярных электроинструментов позволило в 4–5 раз уменьшить кровотечение при аденотомии, тонзиллэктомии, септопластике, удалении срединной кисты шеи, гайморотомии, тимпанопластике; избежать кровотечений при тонзиллотомии, удалении синехий носа, при удалении мембран и рубцов гортани и глотки, при хирургических вмешательствах на носовых раковинах. Осложнений оперативных вмешательств на ЛОР-органах у детей с использованием высокочастотной сварки биологических тканей не выявлено.

Выводы:

1. Преимуществом предложенных оперативных вмешательств на ЛОР-органах, с использованием биполярной высокочастотной

электросварки биологических тканей, есть повышение их качества и уменьшение длительности операций.

2. Использование разработанных биполярных электроинструментов позволяет значительно уменьшить кровопотерю во время операций, а при некоторых оперативных вмешательствах (тонзиллотомия, подслизистая электротермоадгезия нижних носовых раковин, удаление синехий носа, удаление мембраны и рубцов гортани, удаления рубцов гортаноглотки) полностью избежать кровотечений.

ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ ПРИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ

Саливончик Е.И., Садовский В.И.

УЗ «Гомельская областная клиническая больница»

Введение. Актуальнейшей проблемой современной медицины является выбор адекватного метода лечения хронического тонзиллита (ХТ) и его наиболее частого осложнения – паратонзиллярного абсцесса (ПТА). Окончательно не определены место и объем хирургического вмешательства в комплексном лечении этой категории больных. Однако известно, что выполнение тонзиллэктомии (ТЭ) «классическим» методом при ХТ, осложненном ПТА, сопровождается рядом трудностей из-за выраженного рубцового процесса: местная анестезия является недостаточно адекватной, в ряде случаев невозможно тотальное удаление небных миндалин (НМ), приходится прибегать к использованию острых инструментов (ложка, распаторы, ножницы), что приводит к развитию глоточного кровотечения во время операции, в том числе и рецидивирующего. Выбор метода хирургического лечения хронического декомпенсированного тонзиллита (ХДТ) за последние несколько десятилетий во всем мире стал более широким ввиду замещения классической ТЭ в современном представлении на альтернативные методики удаления НМ. Наиболее актуальной в аспекте хирургического лечения при ПТА, на наш взгляд, является коагуляционная ТЭ (КоТЭ), которая на сегодняшний день может явиться тем хирургическим пособием, которое позволяет контролировать весь ход операции за счет постоянно-го «сухого» поля и иметь возможность на шаг вперед предупредить развитие интраоперационного кровотечения, при необходимости перевязывая тонзиллярные сосуды в нише НМ.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность коагуляционной ТЭ по сравнению с классической у пациентов с ПТА в анамнезе.

Материалы и методы. За 10-летний период (2001–2010гг.) в ЛОР-отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с целью санации очага хронической инфекции при ХДТ выполнена 91 ТЭ пациентам с ПТА в анамнезе. Пациенты случайным образом распределены на 2 группы. В 1 группу (основная группа, $n=39$: 16 мужчин и 23 женщины, средний возраст $27,5 \pm 8,2$ года) вошли пациенты, которым ТЭ выполнена методом экстракапсулярной электродиссекции при помощи биполярного коагулятора в нашей модификации – КоТЭ; во 2 группу – пациенты, которым выполнена классическая ТЭ (контрольная группа, $n=52$: 22 мужчины и 30 женщин, средний возраст $27,9 \pm 9,7$ года). Исследуемые группы оказались сопоставимы по половозрастному принципу, $p > 0,05$. Обработка данных проводилась статистическим пакетом SPSS 11,5.

Результаты и их обсуждение. Использование КоТЭ у пациентов с ПТА позволило снизить частоту глоточного кровотечения с $13,5 \pm 0,05\%$ в контрольной группе до 0% в основной группе ($p=0,017$), что свидетельствует о высокой эффективности использования биполярной электродиссекции при данной нозологической форме ХДТ.

При анализе величины операционной кровопотери в основной группе у пациентов с ПТА отмечена минимизация последней ($25,1 \pm 22,7$ г), при классической ТЭ стандартный объем кровопотери оказался на порядок выше ($197,3 \pm 39,7$ г, $p=0,001$). Детальный анализ результатов применения КоТЭ и ее научное обоснование для использования у пациентов с ПТА позволили значительно увеличить хирургическую активность при данной патологии с 30% посредством применения классической ТЭ в течение 2001–2007г.г. до $52,9\%$ к 2010 г. после внедрения новой методики – коагуляционной ТЭ.

Выводы. КоТЭ является методом выбора у пациентов с ПТА по сравнению с классической ТЭ ввиду достоверного снижения величины интраоперационной кровопотери со $197,3 \pm 39,7$ г до $25,1 \pm 22,7$ г ($p=0,001$) и частоты глоточных кровотечений с $13,5 \pm 0,05\%$ до 0% в контрольной и основной группах, соответственно ($p=0,017$).

УШНОЙ ШУМ У ДЕТЕЙ

Баумане Е.П., Сороко Е.И.

*УЗ «Гомельская областная клиническая больница»,
УЗ «Гомельская центральная городская детская поликлиника»*

У детей шум в ушах наблюдается значительно реже, чем у взрослых, и если бывает, то в более старшем возрасте (начиная с 11–14 лет). Ряд исследователей, занимавшихся изучением проблемы шума в ушах, считают, что до 10-летнего возраста шума в ушах вообще не бывает. Ушной шум может проявляться как у детей с нормальным слухом, так и при поражении слухового анализатора. Частое выявление шума в ушах у детей школьного возраста, страдающих выраженной тугоухостью, объясняется включением в число обследованных лиц старшего школьного возраста. Патологические слуховые ощущения могут быть в одном или обоих ушах, постоянными или периодическими. Шум в ушах может предшествовать тугоухости, появляться одновременно с ней или развиваться позднее.

Цель исследования: определить частоту возникновения шума в ушах у детей и оценить эффективность лечения при различной патологии слухового анализатора.

Материалы и методы. Материалом для исследования явились амбулаторные карты 345 детей, проходивших обследование в сурдологических кабинетах (взрослом и детском) и истории болезней подростков, получавших лечение в ЛОР-отделении УГОКБ в 2006-2010 гг. с различной патологией слухового анализатора. До и после лечения пациентам проводилась тональная пороговая аудиометрия (аудиометры GSI-61, Grason-Stadler, США и AC-40, Интеракустик, Дания), тимпанометрия и запись АРВМ (импедансометр AZ-26, Интеракустик, Дания). Надпороговые тесты, спектральный анализ и определение интенсивности ушного шума проводились лишь у незначительной части из них: у 12 пациентов старшего школьного возраста с ушным шумом.

Из 379 пациентов детского возраста у 83 выявлен ушной шум. Определить характер шума (низкочастотный, высокочастотный или смешанный) в детском возрасте очень сложно: это может быть «паровозик» в ухе, «стучит молоточек», «комарик жужжит» и т. д. Интенсивность шума в детском возрасте определить также практически невозможно. Чаще всего он мало беспокоит пациентов этой возрастной категории, выявляется лишь при активном опросе. Провести шумограмму и спектрограмму у большинства детей с патологией слухового анализатора также сложно. Лишь у 47 (из 97

обследованных) детей старшего школьного возраста с шумом в ушах удалось это сделать. Из них, согласно классификации А.П.Велицкого, 1978 г., шум в ушах:

- I степени – мало беспокоит пациента, только в тишине, выявляется лишь при активном опросе; зарегистрирован у 29 обследованных детей (62%);

- II степени – беспокоит сильно, не только в тишине, но и в шумной обстановке, является одной из многих жалоб; зарегистрирован у 18 детей (38%);

- III степени – когда шум является ведущей жалобой, беспокоит и в шумной обстановке, невыносимый по интенсивности, нарушает сон, ухудшает самочувствие, вплоть до потери трудоспособности – не был выявлен у пациентов детского возраста.

Тактика ведения пациентов с ушным шумом при выявленной патологии слухового анализатора – это лечение основного заболевания.

Исчезновение шума отмечено у 28 (60%) пациентов детского возраста, снижение интенсивности: I степени – у 6 (13%), II степени – у 3 (6%), у 10 детей (21%) шум в ушах остался и после лечения.

Выводы:

1. Несмотря на многочисленные утверждения, что ушного шума у детей не бывает, исследования показали, что он может быть, но регистрируется менее интенсивный, чем у взрослых; патологические слуховые ощущения у детей, особенно раннего детского возраста, выявить очень сложно и лишь при активном опросе;

2. Более частой причиной шума в ушах у детей являются заболевания среднего уха, а не нейросенсорное поражение слухового анализатора, как это наблюдается у взрослых;

3. Ушной шум как у взрослых, так и у детей требует тщательного изучения этиопатогенеза, комплексного подхода и лечения основного заболевания, его вызвавшего.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К БОЛИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ

Петрова Л.Г., Якимов Д.А., Вьюхина Е.В.

УЗ «Могилевская областная больница»

Цель работы состояла в выявлении особенностей восприятия боли среди пациентов оториноларингологического отделения.

В качестве инструментов измерения боли мы использовали:

лВАШ – традиционная визуальная аналоговая шкала в виде отрезка прямой линии;

мЦДШ – цветовая дискретная шкала в виде монотонного последовательного возрастания интенсивности серого цвета при закрашивании отдельно расположенных цветовых полей от белого цвета к черному;

сЦДШ – цветовая дискретная шкала в виде случайного расположения в ряду закрашенных прямоугольников, причем для закрашивания используются белый цвет, черный, и возрастающая интенсивность оттенков серого цвета.

Исследование проведено в оториноларингологическом отделении УЗ «Могилевская областная больница». Ежедневно по будним дням лаборант производил забор крови с 7⁴⁵ до 8³⁰. Произведена оценка болевого ощущения у взрослых лиц 18 лет и старше обоих полов, подвергшихся стандартной процедуре взятия общего анализа крови.

172 пациента определили количественно свои болевые ощущения по трем шкалам, женщин было 61, мужчин – 111 человек.

В настоящем исследовании мы выполним разделение на две возрастные группы – пациентов до 40 лет включительно (М – младшая) и пациентов 41 года и старше (С – старшая). Далее мы выполним разделение по полу, отдельно проанализируем мужчин (м) и женщин (ж).

Следует отметить, что выборка мужчин состоит из двух подгрупп – тех, кто поступал для вынесения экспертного заключения в связи с проведением призывной комиссии (П – призыв), и тех, кто поступал для лечения. Будет правильно провести раздельно анализ этих подгрупп из-за существенности влияющего социального фактора.

Описательная статистика подгрупп представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Описательная статистика результатов измерения боли

Группа	N	Шкала	M	s	Me	25-й процентиль	75-й процентиль
Мж	35	лВАШ	35,2	28,5	30,0	9,0	46,0
		мЦДШ	36,7	24,7	36,0	16,0	48,0
		сЦДШ	35,9	26,6	28,0	16,0	52,0
Сж	26	лВАШ	30,2	22,2	23,5	12,0	50,0
		мЦДШ	27,7	20,9	24,0	12,0	40,0
		сЦДШ	28,6	27,3	16,0	12,0	44,0

Группа	N	Шкала	M	s	Me	25-й процентиль	75-й процентиль
Мм	45	ЛВАШ	16,8	13,4	15,0	5,0	23,0
		МЦДШ	20,5	14,4	20,0	12,0	28,0
		СЦДШ	22,0	16,8	16,0	8,0	36,0
См	38	ЛВАШ	24,6	20,7	19,5	6,0	37,0
		МЦДШ	29,5	19,8	26,0	16,0	40,0
		СЦДШ	24,7	21,7	16,0	8,0	32,0
П	28	ЛВАШ	18,8	14,1	15,5	7,0	28,5
		МЦДШ	24,3	17,0	24,0	10,0	36,0
		СЦДШ	19,9	13,7	18,0	10,0	28,0

Необходимо напомнить, что результаты измерения боли выражены в единицах боли – баллах болевого восприятия – и исчислялись от 0 до 100 для всех шкал.

Если сравнить все группы вместе, то мы можем расположить их по степени убывания демонстрируемой величины испытанной боли следующим образом: Мж > (Сж = См) > (Мм = П).

Наибольшие величины испытанной боли продемонстрировали молодые женщины, несколько меньше и сравнимо между собой боль оценили мужчины и женщины старшей возрастной группы, и наименьший уровень боли был в возрастной группе мужчин до 40 лет. Но это результат в среднем по каждой в группе. Необходимо отметить, что все группы были очень неоднородны, и состояли из респондентов с большей и меньшей переносимостью боли.

РОЛЬ STAPHYLOCOCCUS AUREUS В ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ

Щемерова М.С., Затолока П.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В доступной литературе имеется достаточно большое количество публикаций, описывающих микрофлору, выделенную у больных с хронической патологией ЛОР-органов. Однако следует констатировать, что в ряде случаев данные не совпадают. Эти отличия определяются методикой забора и временем доставки биологического материала в лаборатории, а также материальным обеспечением последних.

Цель представленного исследования: определить этиологическую роль *Staphylococcus aureus* в развитии хронических воспалительных заболеваний носа, глотки и уха.

Материалы и методы. Набор материала выполнялся на базе 4 городской клинической больницы города Минска (стационарные больные – 37 человек, 29%) и Минских городских поликлиник (2 городская поликлиника, 32 городская поликлиника) – амбулаторные больные (92 человека, 71%). Всего в исследовании приняло участие 129 пациентов. Средний возраст $40,9 \pm 14,6$, максимальный – 80 лет, минимальный – 18. Распределение пациентов по локализации хронической воспалительной патологии следующее: хронический риносинусит – 25 (19%), хронический фарингит – 37 (29%), хронический тонзиллит – 47 (36%), хронический отит (наружный и средний) – 20 (16%). После забора материал помещался в стерильную транспортную питательную среду (производство HEINZ HERENZ, Германия), затем доставлялся в микробиологическую лабораторию Минского городского центра гигиены и эпидемиологии.

Результаты и обсуждение. То обстоятельство, что бактериологическое исследование материала выполнялось после пересева на транспортную питательную среду, а только затем доставлялось в микробиологическую лабораторию, определенным образом сказалось на количестве результатов, при которых роста микрофлоры не произошло. Так, в 83 (64%) случаях в заключениях из лаборатории констатируется отсутствие роста микрофлоры. Из 46 бактериологических исследований, при которых была выявлена какая-либо микрофлора, *Staphylococcus aureus* идентифицирован в 20 (43%) случаях. Следует констатировать, что при различных нозологиях указанный микроорганизм идентифицируется с различной частотой. По данным микробиологического исследования определена чувствительность *Staph. aureus* к антибактериальным средствам. 100% выделенных штаммов оказались чувствительными к офлоксацину и клиндомицину, 91% – к гентамицину, 66% – к азитромицину, 50% – к цефалексину, 45% – к оксациллину, 42% – к эритромицину, ванкомицину и доксициклину, 25% – к рифампицину, 17% – к левомицетину, 9% – к пенициллину, полностью нечувствительны к олендамицину, канамицину, линкомицину, цефуроксиму.

Выводы:

1. *Staphylococcus aureus* является одним из наиболее часто выявляемых микроорганизмов при хронических воспалительных заболеваниях ЛОР-органов, идентифицирован в 43% случаев всех выделенных микроорганизмов.

2. По результатам исследований в г. Минске *Staphylococcus aureus* наиболее чувствителен к офлоксацину, клиндомицину и гентамицину.

МЕТОДИКА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОЙ БОЛИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ

Якимов Д.А., Якимов Е.А.

УЗ «Могилевская областная больница»

Диагностика болевых ощущений у пациентов в пред- и послеоперационном периоде позволит устранить противоречия широкого распространения регионарных методов анестезии, в частности, при парацентезе барабанной перепонки, аденотомии, полипотомии, с одной стороны, и обеспечит повышение качества оказания медицинской помощи, с другой стороны.

Известные способы количественной оценки острой боли с использованием оцифрованной визуальной аналоговой шкалы (лВАШ), цветовой дискретной шкалы (мЦДШ) на основе монотонного возрастания интенсивности серого цвета имеют высокую погрешность измерения, т. к. не учитывают индивидуальные особенности пациентов, которые принципиально не могут быть определены при однократных измерениях.

Целью работы является расширение функциональных возможностей способа количественной оценки боли и повышение точности измерения.

Для повышения точности измерения в медицинской практике используют способ на основе нескольких шкал. Боль первоначально оценивают по шкале с монотонным изменением интенсивности цветовых полей от максимального насыщенного цвета до его отсутствия, а затем проводят, по крайней мере, два контрольных измерения по шкалам с такими же цветовыми полями, но расположенными в случайной последовательности, причем, изменение интенсивности цветовых полей сопровождается соответствующим изменением оценки в баллах, обозначенных на обратной стороне шкалы, и по среднеарифметической величине измерений получают количественную оценку боли.

Такой способ количественной оценки острой боли имеет ограниченные функциональные возможности. Это объясняется тем, что указанный способ не учитывает индивидуальных особенностей пациентов, которые проявляются в значительном разбросе количественной оценки острой боли.

Предложен способ количественной оценки острой боли, основанный на последовательном использовании трех шкал: оцифрованной визуальной аналоговой шкалы (лВАШ), цветовой дискретной шкалы с монотонным расположением цветовых полей (мЦДШ), цветовой дискретной шкалы со случайным расположением

ем цветовых полей (сЦДШ). Такой способ позволяет, с одной стороны, уточнить результат для пациентов с адекватным восприятием методики измерения, с другой стороны – принять решение о недостоверности оценок боли при неадекватном восприятии пациентом методики измерения.

Для сравнения результатов измерения по шкалам лВАШ и мЦДШ используется коэффициент пересчета $K_{\text{пересчет мЦДШ}}$

$$K_{\text{пересчет мЦДШ}} = \text{Код}_{\text{мЦДШ}} \frac{n_{\text{max лВАШ}}}{n_{\text{max мЦДШ}}}, \text{ Код}_{\text{мЦДШ}} \in \{0, 1, \dots, n_{\text{max мЦДШ}}\},$$

где $\text{Код}_{\text{мЦДШ}}$ – порядковый номер цветового поля мВАШ; $n_{\text{max лВАШ}}$ – максимальное значение показания по лВАШ; $n_{\text{max мЦДШ}}$ – максимальное значение порядкового номера цветового поля мЦДШ.

Для сравнения результатов измерений по шкалам лВАШ и сЦДШ используется коэффициент пересчета $K_{\text{пересчет сЦДШ}}$

$$K_{\text{пересчет сЦДШ}} = \text{Код}_{\text{сЦДШ}} \frac{n_{\text{max лВАШ}}}{n_{\text{max сЦДШ}}}, \text{ Код}_{\text{сЦДШ}} \in \{0, 1, \dots, n_{\text{max сЦДШ}}\},$$

где $\text{Код}_{\text{сЦДШ}}$ – порядковый номер цветового поля сЦДШ; $n_{\text{max сЦДШ}}$ – максимальное значение порядкового номера цветового поля сЦДШ.

Относительные ошибки при адекватном оценивании боли пациентом не должны превышать 25%. При превышении отклонений более чем на 25% результат оценивания полагают недостоверным.

Выводы. Пациенты, адекватно воспринимающие методику обследования, показывают результаты со среднеквадратическом отклонением, имеющим значение, являющееся меньшим некоторого критического значения, определяемого методической ошибкой способа измерения. Результаты, превосходящие критические значения среднеквадратического отклонения, не принимаются для последующего проведения индивидуальной процедуры обезболивания.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТРАХЕОТОМИИ

Король И.М.¹, Жигальский Д.Г.¹, Корженевич Е.И.²,

Сецко А.П.²

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Введение. Различия в верхней, средней и нижней трахеотомии, которые определяются по отношению трахеостомы к перешейку щитовидной железы, практически не имеют значения, так

как выполнение действия в ходе операции совершается по необходимости. У взрослых в большинстве случаев выполняется средняя трахеотомия, т.е. доступ к трахее осуществляется на уровне перешейка щитовидной железы (резекция или смещение), у высоких худых пациентов при низком стоянии перешейка возможна верхняя трахеотомия. Трахеотомия у пациентов детского возраста из-за положения перешейка щитовидной железы диктует необходимость выполнения нижней трахеотомии.

Цель. Установить показания и причины осложнений трахеотомии для уменьшения их числа в последующем.

Материал и методы. Ретроспективному анализу подвергнуты результаты 386 случаев трахеотомий, выполненных в МОДКБ, а также при выездах по вызовам санавиации в районах Минской области на протяжении последних 20 лет (1991–2010гг.)

Результаты. Наиболее частой причиной стеноза дыхательных путей и показанием к трахеотомии являлась обструкция дыхательных путей опухолью, локализовавшейся в области глотки, гортани, трахеи или пищевода (73,3%). Продлённая интубация при интенсивной терапии обусловила необходимость выполнения трахеотомии у 8,6% пациентов.

Повреждение дыхательных путей при травмах гортани и трахеи, травмы лицевого черепа и нижней челюсти, а также термические и химические ожоги в глотке и преддверии гортани составили 13,8%. Двусторонний парез возвратного нерва, рубцовые стенозы гортани и трахеи – у 3,2%. Врожденные стенозы гортани и трахеи у детей 0,3%. Воспалительное и отёчное набухание тканей во входе в гортань, мезо- и гипофаринксе, когда с помощью глюкокортикоидов не удавалось добиться устранения стеноза, а интубация не представлялась возможной) 0,3%.

Плановая трахеотомия при оперативных вмешательствах в области рта, глотки и трахеи была выполнена у 0,5%.

Наиболее частыми осложнениями были кровотечения во время операции и в послеоперационном периоде (как правило, из щитовидной железы). Эмфизема и пневмоторакс были отмечены у 6 пациентов. Трахеопищеводный свищ вследствие повреждения задней стенки трахеи при экстренном вмешательстве наблюдался в 1 случае.

При длительном канюленосительстве образование грануляционного вала в области конца канюли удавалось ликвидировать удалением грануляций и заменой канюли, а периодически возникавший трахеит с образованием корок – ингаляциями, назначением глюкокортикоидов, секретолитиков.

Выводы. Противопоказаний для трахеотомии при угрожающих жизни ситуациях не существует, однако всё же следует убедиться, возможна ли интубация (особенно при отёке или воспалении).

Особого внимания заслуживают такие осложнения трахеотомии у детей, как стенозы трахеи. Клинически значимое стенозирование зависит не от операционной техники, а вероятнее всего, от инфицирования хрящей трахеи вокруг трахеостомы. Ограниченный коллапс передней стенки трахеи, приводящий к лёгкому её западению наблюдается у многих детей и обычно не приводит к затруднению дыхания. Однако у некоторых пациентов детского возраста это может носить выраженный характер и вызывать трудности деканюляции. Как правило, это следствие давления канюли на переднюю стенку трахеи и инфицирование трахеальных хрящей.

Совершенствование хирургической техники выполнения операции позволяет в большинстве случаев избежать осложнений трахеотомии.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАТОЗА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Король И.М.¹, Сецко А.П.²

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»¹
МОДКБ²*

Введение. Папилломатоз гортани рассматривается как довольно редкое доброкачественное опухолевое заболевание, которое может распространяться и на другие отделы дыхательных путей. Папилломы слизистых оболочек, как правило, ассоциируются с вирусом папилломы человека подтипа 6 или 11 (вирус типа HPV-6 и HPV-11), этиологически и морфологически напоминают папилломы половых органов.

Цель. Улучшить диагностику, лечение и профилактику папилломатоза гортани.

Материал и методы. Анализ подвергнуты результаты лечения папилломатоза гортани 56 пациентов детского возраста. Лечение проводилось в клинике БелМАПО на базе детского отделения МОДКБ в период с 2001 по 2010 гг. Возрастной пик заболевания отмечен в раннем детском возрасте (3–4 года). Лечение состояло в щадящем микроларингоскопическом удалении папиллом с применением CO₂-лазера, что позволяло избегать повреждения не вовлеченных в патологический процесс участков слизистой оболочки и подслизистых структур и предотвратить нарушение голосовой

функции в послеоперационном периоде. После удаления папиллом раневая поверхность обрабатывалась приготовленным непосредственно перед применением раствором проспицина (из расчёта 20 мг на 1 мл изотонического раствора). У пациентов с рецидивами оказалось оправданным наряду с хирургическим лечением дополнительное проведение в послеоперационном периоде курса внутримышечных инъекций проспицина и интерферона. Внутривенные инъекции проспицина (38 пациентов – 67, 9%) назначались из расчёта 3 мг/кг 25 инъекций (общая доза на курс – 1–3 г.) и сочетались с аэрозольными ингаляциями проспицина (0,2 препарата ежедневно в течение 15–20 дней).

При папилломатозе у детей старше 4-х лет (18 пациентов – 32,1%) наряду с лазернохирургическим лечением дополнительно проводилось лечение интерфероном ($1,5 \times 10^5$ IE/кг внутримышечно ежедневно в течение 6 недель).

Результаты. Ранним симптомом папилломатоза гортани у всех пациентов являлась охриплость, вплоть до афонии. Признаки стеноза дыхательных путей появлялись при распространённом поражении (18 пациентов – 32,1%). При эндоскопическом контроле в 7,1% случаев (4 пациента) выявлен рост папиллом в подскладочной области и трахее. Персистенция заболевания и проявление во взрослом периоде наблюдались лишь в одном случае. В остальных случаях (55 пациентов – 98,2%) после пубертатного периода рецидива заболевания не отмечалось.

Выводы. Хриплый голос и затруднение дыхания у детей всегда должны наводить на мысль о необходимости детального осмотра гортани (прямой микроларингоскопии), а рецидивы верифицированного папилломатоза вызывать особую озабоченность как у родителей, так и лечащих врачей. Лучевую терапию следует считать противопоказанной из-за опасности злокачественного роста.

Обязательным должен быть гинекологический осмотр матери с вирусологическим контролем и выявлением папилломатозного поражения половых органов, чтобы предотвратить риск инфицирования детей при следующих родах через родовые пути и рекомендовать кесарево сечение. Удаление папиллом половых органов необходимо выполнять в раннем периоде беременности.

У пациентов младше 4-х лет рекомендуется проводить лазерно-хирургическое лечение с местным и внутримышечным применением проспицина, так как лечение интерфероном связано с опасностью образования антиинтерфероновых антител. У пациентов старше 4-х лет хирургическое лечение целесообразно дополнять внутримышечными инъекциями интерферона.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Давыдовский А.Г., Макарина-Кибак Л.Э.

УЗ «РНПЦ оториноларингологии» МЗ РБ, г. Минск, Беларусь

Важнейшими событиями в патогенезе хронического гнойного среднего отита (ХГСО) являются внутриклеточный и тканевой окислительный стресс вследствие интенсивного образования активных форм азота (АФА) и кислорода (АФК), а также индукции АФА- и АФК-зависимого свободнорадикального перекисного окисления липидов (СР ПОЛ) и окислительной модификации белков (ОМБ), а также эндогенная интоксикация. Последняя обусловлена накоплением веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ), образующихся вследствие деградации клеток, цитоплазматических мембран и биомакромолекул при фагоцитозе, апоптозе и некрозе, индуцированными экзо- и эндотоксинами микроорганизмов, а также АФА, АФК и продуктами СР ПОЛ.

Маркеры окислительного стресса и эндогенной интоксикации в сыворотке или плазме крови, а также смывах из барабанной полости могут быть использованы для лабораторной диагностики ХГСО, а также оценки эффективности его хирургического и консервативного лечения.

Прогностически значимыми маркерами окислительного стресса при ХГСО могут быть общая антиокислительная активность (АОА), общая проокислительная активность (ПОА) и коэффициент проокислительно-антиокислительного баланса (Кпаб). Снижение величины АОА на фоне повышения ПОА и Кпаб свидетельствует о значительном возрастании риска обострения ХГСО при снижении эффективности лечебных мероприятий.

Высокую значимость для прогнозирования динамики течения ХГСО и эффективности его лечения имеет также оценка содержания ВНСММ в смывах из барабанной полости, а также в плазме (сыворотке) периферической крови. К ВНСММ относятся продукты азотистого обмена и белкового катаболизма, медиаторы воспаления, продукты СР ПОЛ, неоднородные по составу ингредиенты нежизнеспособных тканей, агрессивные компоненты комплемента, бактериальные токсины с молекулярной массой от 500 до 5000 дальтон. Для оценки содержания ВНСММ при ХГСО также целесообразно использовать коэффициенты–индексы, отражающие соотношения показателей оптической плотности (ОП) при разных

длинах волн $\lambda=238$ нм, $\lambda=254$ нм, $\lambda=260$ нм, $\lambda=280$ нм, включая: 1) «коэффициент распределения» (характеризует распределение соединений с ароматическими хроматофорами в пуле олигопептидных молекул); 2) «пептидно-нуклеотидный коэффициент» (отражает содержание пептидов или нуклеотидов в ВСНММ); 3) «коэффициент ароматичности» (свидетельствует о соотношении хроматофоров ароматической и неароматической природы); 4) «коэффициент баланса» (указывает на соотношение среднемолекулярных соединений и соединений с ароматическими хроматофорами в ВНСММ); 5) «нуклеотидно-ароматический коэффициент» (свидетельствует о соотношении содержания нуклеотидных соединений к соединениям с ароматическими хроматофорами); 6) «среднемолекулярно-нуклеотидный коэффициент» (отражает баланс между содержанием среднемолекулярных и нуклеотидных соединений в ВНСММ).

Каждый из вышеназванных коэффициентов имеет собственное диагностическое и прогностическое значение. В частности, повышение коэффициента баланса и среднемолекулярно-нуклеотидного коэффициента свидетельствует о переходе процесса эндогенной интоксикации в «фазу накопления» и «фазу неполной декомпенсации». Тогда как возрастание нуклеотидно-ароматического коэффициента при снижении среднемолекулярно-нуклеотидного коэффициента свидетельствует об углублении эндогенной интоксикации и ее переходе в фазу необратимой декомпенсации детоксикационных механизмов и систем организма. Это указывает на повышение риска обострения ХГСО и значительную вероятность снижения эффективности хирургического и/или консервативного лечения заболевания.

ОПЫТ РАБОТЫ ЛОР-ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ НА БАЗЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ Г. ГРОДНО

Швейкус С.И., Рудницкий М.К., Хоров О.Г.

УЗ «ГЦГП» г. Гродно

УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Необходимость активного развития амбулаторной ЛОР-хирургии и усиление роли стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в системе здравоохранения обусловили создание в 2004 г. ЛОР-центра по оказанию амбулаторной хирургической помощи на базе Центральной городской поликлиники г.Гродно.

В ЛОР-центре организовано оказание высококвалифицированной оториноларингологической хирургической и консультативной помощи на амбулаторном этапе. Центр создан на функциональной основе. Материально-техническая база центра включает в себя помещения ЛОР-отделения поликлиники и дополнительно: операционную с предоперационной и палату дневного пребывания на 3 койки, работающие в две смены. Центр оснащен полным комплектом инструментов для выполнения хирургических вмешательств амбулаторного типа, а также современным комплексным рабочим местом врача-оториноларинголога, в состав которого входят диагностический микроскоп, видеомонитор и видеокамера, отоскоп, ларингоскоп и ряд эндоскопов. В 2010 г. для ЛОР-центра приобретен радиохирургический прибор фирмы «ATMOS».

Организация работы по порядку направления и оказания лечебно-консультативной помощи больным в центре осуществляется согласно следующему алгоритму: городская поликлиника – ЦАХ-стационар. Все ЛОР-отделения городских поликлиник обеспечены информацией о порядке работы Центра и графиками консультативного приема. Во время консультации врач Центра решает вопрос о дальнейшей тактике ведения больного:

- провести лечение амбулаторно по месту жительства;
- провести лечение в условиях отделения дневного пребывания ЛОР-центра;
- направить больного для лечения в городской стационар или другие ЛПУ города.

Таблица – Показатели работы ЛОР-центра за последние 5 лет

	2006	2007	2008	2009	2010
Проконсультировано больных	1148	1105	1129	1198	1095
Произведено оперативных вмешательств	365	326	317	385	362
Пролечено больных	309	352	341	351	329
Проведено койко/дней	1811	2069	1996	1957	1868
Средний срок лечения	5,9	5,9	5,9	5,6	5,7
Занятость койки	302	345	332,6	326	311
Оборот койки	52	55	57	58,5	54,8

В Центре разработаны новые для амбулаторных условий высокоэффективные методы диагностики и оперативного лечения пациентов с ЛОР-патологией. Нами широко используется радиоволновая хирургия при такой наиболее распространенной патологии полости носа, как вазомоторные и аллергические риниты, носовые кровотечения, а также при удалении доброкачественных образований ротоглотки, носа и уха. Сочетание ряда условий, а именно, квалификации врача, оснащения современным диагностическим и хирургическим оборудованием позволило расширить спектр оперативных вмешательств амбулаторного типа на 30% по сравнению с возможностями обычной поликлиники.

Созданное подразделение является методическим центром по подготовке и совершенствованию специалистов города по оказанию ЛОР-помощи на амбулаторном этапе и по оказанию амбулаторной хирургической помощи. Организация работы Центра способствует тесному контакту научной и практической медицины, гарантирует точность диагноза, доступность квалифицированной медицинской помощи с использованием современных медицинских технологий. Существующие возможности Центра позволяют без дополнительных значительных финансовых затрат увеличить количество пролеченных пациентов на амбулаторном этапе, снизить потребность и уровень госпитализации в стационары.

С созданием Центра отчетливо видны преимущества практического внедрения новых технологий оказания медицинской помощи больным с ЛОР-патологией на амбулаторном уровне. Одновременно создание подобного подразделения предупреждает спонтанное, не всегда обоснованное приобретение поликлиниками дорогостоящего (в т.ч. хирургического) и зачастую невостребованного в дальнейшем оборудования.

Мы считаем, что Центр амбулаторной хирургии – это одна из наиболее перспективных форм современных медицинских технологий в организации оказания медицинской помощи, которую необходимо развивать и совершенствовать.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛОР-ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Лавор З.В., Рожков А.П., Серенкова Т.А., Петрова Л.Г.,
Чайковский В.В., Чекан В.Л.

ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования», г. Минск, Беларусь*

Туберкулез ЛОР-органов, как правило, является вторичным местным проявлением общей туберкулезной инфекции, как осложнение активного первичного или вторичного туберкулеза легких. В отдельных случаях туберкулез верхних дыхательных путей может возникнуть у больного, страдающего бессимптомно протекающими формами туберкулеза легких.

По данным литературы, чаще всего поражается гортань (90–95%) из всех отделов дыхательных путей, поражение других органов (носа, глотки) не превышает 10%, туберкулез уха диагностируется в единичных случаях.

Цель работы: проанализировать частоту поражений туберкулезом верхних дыхательных путей и ушей у больных туберкулезом легких.

Материал и методы. Нами проведен анализ историй болезни пациентов с туберкулезом верхних дыхательных путей и ушей, находившихся на лечении в клинике РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии с 2006 по 2010 гг.

Результаты. За 5 лет в клинике находились на излечении 60 чел., из них – 40 с туберкулезом гортани, 18 – с туберкулезом ушей, 2 – с туберкулезом носа. Мужчин – 48, женщин – 12. Возраст от 18 до 70 лет. Число больных по годам представлено в таблице.

Диагноз	Количество пациентов по годам				
	2006	2007	2008	2009	2010
Туберкулез гортани	12	15	5	5	3
Туберкулез уха	3	5	5	3	2
Туберкулез носа		1			1

Как видно из таблицы, за последние годы уменьшилось количество пациентов с туберкулезом гортани, туберкулез ушей диагностируется ежегодно у 3–5 пациентов, и в единичных случаях встречается туберкулез носа. Из числа наблюдаемых пациентов инфильтративный туберкулез легких диагностирован у 38 чел., диссеминированный – у 17, фиброзно-кавернозный – у 3. У одного

больного с туберкулезом уха, у 1 – с туберкулезом гортани диагноз активного туберкулеза в названных органах был подтвержден гистологически без наличия туберкулеза легких. Распад в легком диагностирован у 27 (46,5%), МБТ+ скопически – у 18 (31,0%), МБТ+ методом посева – у 49 (84,1%), множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) ТБ установлена у 17 (29,3%). У 5 больных туберкулезом легких с туберкулезом ушей диагностирована ВИЧ-инфекция 3-й стадии. У 1 пациента ВИЧ-инфекция трансформировалась в ВИЧ-связанное заболевание (СПИД) со смертельным исходом от менингоэнцефалита. Лечение таких больных с двойной инфекций заключается в одновременном назначении антиретровирусных и противотуберкулезных препаратов и местным лечением ЛОР-органов.

Среди наблюдаемых больных туберкулезом ЛОР-органов туберкулез гортани диагностирован в 66,6% случаев. Специфический процесс в гортани в начальном периоде трудно диагностировать. Наличие одностороннего поражения голосовой связки в виде гиперемии или инфильтрата у больного туберкулезом легких, инфильтрация свободного края надгортанника должны насторожить врача в отношении специфического поражения гортани. Для окончательного диагноза необходимо обследование легких, исследование мокроты на МБТ методом бактериоскопии и посева, в том числе ускоренным методом «Bactec», наличием специфического воспаления в биопсийном материале. Исход при туберкулезе гортани зависит от состояния всего организма и, как правило, заканчивается излечением на фоне лечения основного легочного процесса.

Туберкулез носа наблюдается сравнительно редко, чаще у женщин, что подтверждается нашими данными.

Под нашим наблюдением находились 18 чел. (30,0%) с туберкулезом ушей. И только в одном случае был диагностирован изолированный туберкулез правого уха, гистологически подтвержденный после радикальной операции по поводу хронического среднего отита в Лор-клинике. У 8 больных с хроническим средним отитом после операции на ушах гистологически диагностировано воспаление туберкулезного характера. При рентгенологическом обследовании у 7 был выявлен туберкулез легких, подтвержденный бактериологическим методом. У 10 больных с хроническими формами туберкулеза легких с МЛУ с хроническим средним отитом (у 3 пациентов с двусторонним процессом) только бактериологическое исследование материала из ушей дало возможность поставить диагноз туберкулеза. Культура, выделенная из ушей методом посева, оказалась с множественной лекарственной устойчивостью, иден-

тичной результатам посева мокроты. Назначение длительной химиотерапии с учетом чувствительности МБТ с проведением местного лечения позволило добиться излечения специфического процесса в ушах за менее короткий период, чем излечение легочного процесса.

Таким образом, у больных туберкулезом легких с хроническими гнойными процессами со стороны ЛОР-органов необходимо неоднократно исследовать патологический материал на МБТ, вторичную флору и грибы. Во время выполнения операций по поводу гнойных отитов необходимо обязательное гистологическое исследование операционного материала. Все больные с патологией ЛОР-органов должны быть обследованы рентгенологически.

ОЦЕНКА КЛИНИКИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ДВУХ ЛЕТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ТЯЖЕСТИ

Хоров О.Г., Ракова С.Н., Головач Е.С., Лис Т.М.,

Марцинович А.М., Сорокина Т.Б.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²

Острый средний отит (ОСО) является наиболее частой бактериальной инфекцией в амбулаторной педиатрической практике. Среди всех заболеваний уха средние отиты составляют около половины, а у детей их количество приближается к 70%. Формы, в которых эта болезнь протекает, являются чрезвычайно разными по этиологии, условиям возникновения, морфологическому характеру, функциональным расстройствам, последствиям и осложнениям. Средние отиты, развивающиеся в детском возрасте, имеют существенные особенности во всех этих аспектах.

Высокая частота ОСО в детском возрасте объясняется особенностями анатомического строения уха у детей раннего возраста, а также тем, что дети чаще страдают воспалительными заболеваниями носа, и особенно носоглотки. ОСО часто развивается как осложнение острой респираторной вирусной инфекции.

Медицинская и социальная значимость ОСО состоит в том, что острое воспаление среднего уха сопровождается нарушением слуховой функции. После перенесенного ОСО в барабанной полости часто остается жидкость, обуславливающая впоследствии развитие секреторного среднего отита, который способствует развитию стойкой тугоухости у ребенка, что может вызвать снижение восприятия и развития речи, снижение интеллекта.

Нами было проведено исследование группы детей за 2010 год общим количеством 287 человек с целью оценки тяжести клиники острого среднего отита у детей до двух лет. Из них в возрасте до двух лет – 51 человек (17,8%) (девочек – 15 (30%), мальчиков – 36 (70%)) с диагнозом острый средний отит, которые проходили лечение в оториноларингологическом гнойном детском отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница».

Анализируя истории болезни детей с острым средним отитом, мы пришли к выводу о целесообразности введения индекса тяжести (ИТ) для прогнозирования возможных осложнений, рецидивов, а также тактики выбора антибактериальной терапии и эффективности лечения. Для этого нами была разработана шкала расчета ИТ. Выбраны следующие критерии: ушная боль, повышенная температура тела, изменения опознавательных пунктов, гиперемия, инфильтрация барабанной перепонки, сглаженность контуров барабанной перепонки, выбухание барабанной перепонки, перфорация барабанной перепонки, гноетечение из уха, общий анализ крови (увеличение СОЭ или лейкоцитов), импедансометрия с типом В, рецидивы воспаления, наличие отягощающих факторов.

Наличие в клинике заболевания критерия оценивали одним баллом. Полученные баллы суммировали и делили на общее количество критериев.

Путём клинико-математической оценки ИТ был разделен на три группы:

1. От 0,08 до 0,32 – легкая степень тяжести заболевания.
2. От 0,33 до 0,41 – средняя степень тяжести.
3. От 0,42 до 0,66 – тяжелая степень тяжести.

Получены следующие результаты: при поступлении в стационар в первую группу вошло 5 человек (9,8 %), во вторую группу – 20 человек (39,2%), в третью – 26 (51 %). При выписке первая группа составила 46 человек (90,1%), вторая – 5 человек (9,9%), третья – 0. Рецидивы отита составили 5%.

Сопутствующая патология встречалась у 26 человек (51%) и распределилась следующим образом: аденоиды – 46,1%, ОРВИ – 11,5%, педиатрическая патология (паратрофия, анемия, экссудативный диатез) – 19,2%, прочая патология – 23,2%.

Выводы:

1. Индекс тяжести (ИТ) может использоваться для объективизации прогнозирования возможных осложнений, рецидивов, а также тактики выбора антибактериальной терапии и эффективности лечения.

2. Дети с ОСО, относящиеся при поступлении по ИТ ко 2 и 3 группам, после проведенного лечения были отнесены к 1 группе, что говорит об эффективности лечения.

Литература:

1. Петрова Л.Г. Республиканский съезд оториноларингологов Минск, 2002 – С. 70.

**ДЕЛОВАЯ ИГРА В ПРЕПОДАВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ
АНАТОМИИ ЛОР-ОРГАНОВ**

Куницкий В.С., Шабашов К.С., Бизунков А.Б.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Реальной альтернативой механической передаче знаний может стать инновационное образование, которое преследует целью не простое «усвоение» предлагаемой информации, а вступление в активный диалог с миром, когда полученные знания инициируют дальнейшее развитие обучаемого, а не рассматриваются как истина в последней инстанции [1]. Одной из перспективных образовательных технологий являются игровые методы обучения [2, с. 254].

Целью исследования была разработка варианта игровой технологии, облегчающей изучение клинической анатомии и диагностики заболеваний гортани.

Игровой сценарий. Один из студентов группы выступает в роли «доктора», остальные формируют подгруппу потенциальных «консультантов». Доктору предоставляется 10 ларингоскопических картин, характеризующих 10 различных заболеваний гортани. Если у пациента имеется нарушение подвижности голосовых складок, то предоставляется парная ларингоскопическая картина: при дыхании и при фонации. «Доктор» выбирает одну из представленных ларингоскопических картин, не указывая ее остальным студентам, и производит описание изображенной на ней клинической картины с указанием всех пораженных анатомических элементов и характера их изменений. После завершения описания назначаются два или три «диагноста» из числа оставшихся студентов. Каждый из них должен указать картину, которая, по его мнению, наиболее полно соответствует представленному описанию. Как правило, с первого раза оптимальное описание получить не удастся, а при наличии ошибок в описании мнения «консультантов» разделяются. В этой ситуации преподаватель инициирует дискуссию между консультантами, в ходе которой вскрываются дефекты в описании и интерпретации клинической картины. Возможно деление группы на две подгруппы. Каждой подгруппе дается для описания несколько

ларингоскопических картин. Выигрывает та подгруппа, в которой больше описанных картин будет распознано «консультантами».

Для качественного описания картины необходимо знание всех указанных анатомических элементов, их свободное узнавание на нормальной ларингоскопической картине и при ее патологических изменениях, представление о пространственных соотношениях между ними как в условиях нормальной анатомии, так и в зеркальном изображении. Наиболее сложным для усвоения студентами является ориентация на ларингоскопической картине в направлении «справа» – «слева».

При проведении практических занятий на первом этапе используются стандартные наглядные пособия (плакаты), на втором – видеоизображения, полученные при проведении видеомикроларингостробоскопии пациентам, проходящим курс лечения в ЛОР-клинике. Базовыми знаниями, необходимыми для выполнения задания, является материал, усвоенный студентами при изучении нормальной, топографической и патологической анатомии. Как правило, даже наиболее подготовленные по курсу анатомии студенты испытывают затруднения при распознавании ларингоскопической картины.

Подобная методика контроля знаний по клинической анатомии гортани позволяет активизировать познавательную деятельность, уйти от рутинного разбора темы по малопродуктивному принципу: «вопрос-ответ», обуславливает высокую степень схожести игровой ситуации с реальной практикой.

Литература:

1. Косинец, А.Н. Инновационное образование – главный ресурс конкурентоспособности экономики государства / А.Н. Косинец // Высшая школа. – 2007. – №6. – С. 4-12.
2. Педагогика и психология высшей школы. Учебное пособие / Под ред. М.В. Булановой-Топорковой – Ростов-на-Дону. – 2002. – 544 с.

РИНОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НОСА

Куницкий В.С., Семенов С.А.

***УО «Витебский государственный медицинский университет»
УЗ «Витебская областная клиническая больница»***

Травматизм населения за последние годы все чаще выходит за рамки медицинской проблемы, превращаясь в социальную. Переломы костей носа – наиболее часто встречаемая травма лицевого скелета и ЛОР-органов, составляют 40-43% среди переломов челю-

стно-лицевой области и от 12 до 42,8% всех переломов костей скелета. Диагностика переломов костей носа разнообразна: от рутинного оториноларингологического осмотра до рентгенографии, КТ, МРТ, ультразвукового и эндоскопического исследования.

Восстановление формы наружного носа является особенно важной задачей. Сроки проведения репозиции костей носа разнообразны: от максимально ранних – в первые часы и дни после травмы, вплоть до 4-х и более недель после травмы. Выполнение ринопластики традиционно показано при стойких посттравматических деформациях костного отдела пирамиды носа.

Цель нашего исследования – расширить показания к ринопластике при застарелых переломах костей носа.

Под нашим наблюдением находились 74 пациента в возрасте от 18 до 72 лет с застарелыми переломами костей носа, мужчин – 62, лиц женского пола – 12. Из их числа 46 была выполнена ринопластика с целью восстановления формы наружного носа, а 28 пациентами репозиции костей носа.

Для диагностики перелома костей носа нами были использованы, кроме методов оториноларингологического и эндоскопического исследования, рентгенография костей носа в боковой и прямой проекциях, компьютерная томография и ультразвуковое исследование.

Ультразвуковое сканирование костей пирамиды носа позволяет визуализировать и задокументировать результаты исследования, вместе с тем, данное исследование отличается простотой выполнения, неинвазивностью, экономичностью, непродолжительностью исследования и отсутствием ионизирующего воздействия.

Репозиция выполнялась под внутривенным обезболиванием, ринопластика – у 44 пациентов под общим интубационным наркозом и 2 пациентам выполнена под местной и проводниковой анестезией.

Результаты хирургического лечения были оценены в сроки 10 дней, 3 и 6 месяцев. В группе пациентов с застарелыми переломами костей носа, которым была выполнена репозиция костей носа, форму носа удалось восстановить лишь у 5 пациентов (17,9%), остальные пациенты отмечали только улучшение формы наружного носа. Наиболее частыми причинами отсрочки хирургического вмешательства были: наличие сопутствующей патологии, позднее обращение пациентов, длительное сохранение отека мягких тканей наружного носа.

Среди пациентов, которым была произведена ринопластика, восстановление формы носа отмечено у 44 (95,7%), у 2 пациентов

(4,3%) сохранилась умеренно выраженная деформация наружного носа, один из них был прооперирован под местной и проводниковой анестезией.

Таким образом, при застарелых переломах костей носа целесообразнее прибегать к ринопластике под общим эндотрахеальным наркозом для достижения более высокого функционального и эстетического результата.

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ГОЛОСА У ПОДРОСТКОВ С ЗАКРЫТОЙ РИНОФОНИЕЙ

Петровская Т.Г., Орлова Е.Т.

УЗ «Витебский областной диагностический центр»

Закрытая ринофония возникает при нарушении проходимости носовых ходов. Назальная обструкция различной степени выраженности повышает внутриносовое давление, поэтому в этот период голосовая терапия не оправдана. Предварительно пациенты должны быть проконсультированы у оториноларинголога с последующим курсом лечения.

Целью настоящего исследования явилась оценка роли оториноларинголога в тактике ведения больных подростков с назальной обструкцией.

За период с 1.01.10 по 31.12.10 обследовано 18 (100%) подростков с закрытой ринофонией. Кроме стандартного клинического обследования, выполняли Rtg-графию околоносовых пазух, по показаниям проводили томографию, 6 (33,3%) пациентам выполнили компьютерную томографию придаточных пазух носа, фиброриноларингоскопию, иммунологическое и аллергологическое исследование, консультации смежных специалистов.

В результате обследования выявлена следующая патология: хронический вазомоторный ринит – 4 (22,3%), хронический риносинусит – 2 (11,0%), аллергическая риносинусопатия – 3 (16,6%), гипертрофия глоточной миндалины с явлениями хронического аденоидита – 4 (22,3%), полипоз носа – 1 (5,6%), смещенная носовая перегородка – 3 (16,6%), вторичная иммунологическая недостаточность – 1 (5,6%). Сочетанная патология имела место у 15 (83,3%) больных.

Всем больным проведена противовоспалительная, десенсибилизирующая, иммунокорригирующая и местная терапия. 7 (38,9%) пациентов были направлены в стационар для хирургического лечения. После купирования симптомов назальной обструкции как после медикаментозного, так и хирургического лечения сохранялась функциональная гиперназальность. Функциональная гиперназаль-

ность явилась поводом для проведения фонопедической коррекции по программе «Русская фонетика».

При закрытой ринофонии выраженно страдает просодическая сторона речи: тембр, внятность, сила, громкость, модуляции, диапазон голоса, поэтому фонопедическая коррекция начинается с обследования голосовых характеристик, основного тона фонации, основного тона речи, фонематического слуха, фонационного и речевого дыхания. Программное обеспечение фиксирует все данные обследования и в дальнейшем работа определяется по схеме:

Цель №1 – тренировка слухового восприятия для улучшения баланса ротового и носового резонанса при гиперназальности. Благодаря тренировке слухового восприятия тренируется способность различать гиперназальный и нормальный резонанс по трём уровням: а) чрезмерная гиперназальность, б) умеренная гиперназальность; в) нормальный резонанс.

Цель №2 – уменьшение гиперназальности за счёт улучшения артикуляции и разборчивости речи. Работа заключается в активизации моторики артикуляционного аппарата, укреплении мышц нёбно-глоточного кольца и валика Пассавана.

Цель №3 – Нормализация громкости, высоты, тона, динамики голоса. Эффекты мультимедийных схем, таймер, отдельные графики показывают, каким должен быть ротовой выдох, какие характеристики будут у голоса, какой будет тембр и модуляции голоса.

Цель №4 – коррекция фонематического слуха, слухового восприятия и слухового контроля.

Использование программы «Русская фонетика» повышает мотивацию за счёт видимых на экране результатов. Графическая структура и стратегия, на которой базируется программа, показывает возможности пациента, снимает негативизм, даёт уверенность в собственных силах, и главное – желание иметь красивый и ровный голос. При работе с компьютерной программой подростки меньше утомляются, сохраняют работоспособность. Применение данной программы позволяет сократить сроки восстановления просодической стороны речи до 2–3-х месяцев с частотой занятий 1–2 раза в неделю длительностью 30–45 минут с положительными и устойчивыми результатами.

Таким образом, благодаря совместным действиям оториноларинголога и фонопеда у 16 (88,9%) подростков получен положительный результат в виде устранения закрытой ринофонии. У 2 (11,1 %) пациентов не ликвидирована полностью назальная обструкция в связи с вторичной иммунологической недостаточностью и нарушением плана лечения.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ СОСУДОВ ПОЛОСТИ НОСА У БЕРЕМЕННЫХ

Петрова Л.Г., Сидоренко И.В., Ривкин С.Н.
ГУО «БелМАПО» – РНПЦО

Для исследования анатомического строения и функции слуховой трубы применяются различные методики. Тем не менее, проблема диагностики дисфункций слуховой трубы остается одной из наиболее сложных. Это связано с особенностями анатомического положения и строения слуховой трубы, а также с трудностями непосредственного её визуального осмотра [1].

Целью данной работы явилось обоснование необходимости и целесообразности проведения видеоэндоскопического исследования полости носа и носоглотки пациентам детского возраста с тубарными дисфункциями для выявления причин данной патологии.

Материалы и методы. На базе платного кабинета поликлинического отделения РНПЦО выполняется эндоскопическое исследование пациентов с тубарными дисфункциями различного генеза. Выделена группа пациентов (2008–2010 гг.), состоящая из 51 ребенка возраста 7–16 лет. Присутствовали жалобы на снижение слуха, у 28 заложенность одного или обеих ушей. Всем ранее было проведено хирургическое вмешательство в носоглотке – аденотомия, 15 детям – аденотонзиллотомия, 3 – хирургическое вмешательство в полости носа. 18 пациентам выставлен диагноз – хронический секреторный отит, носители шунтов. При аудиологическом исследовании установлена тугоухость кондуктивного характера. Данная группа пациентов была полностью обследована со стороны ЛОР-органов, объективных причин «тубарных» жалоб выявлено не было, проведена эндоскопия носоглотки с осмотром глоточного устья слуховых труб.

Эндоскопические исследования проводили с использованием жесткой телескопической оптики Hopkin's фирмы KARL STORZ, галогенного источника фонтана холодного света HALOGEN 150, световолоконных световодов, цифрового видеопроцессора и камеры Endovision UROCAM II, цветного видеомонитора GP-CM 1450 (Panasonic). Выбор эндоскопов зависит от задач и объекта исследования. Применяли торцевую и угловую оптику (0° , 30°), диаметром 4 мм.

Таблица 1 – Данные диагностической эндоскопии носоглотки и глоточного устья слуховой трубы

Эндоскопические находки	Количество	%
Гиперплазия тубарного валика	3	5,9
Гиперплазия тубарной миндалины	11	21,5
Вазомоторная тубопатия	5	9,8
Гиперплазия глоточной миндалины	1	2,0
Воспаление глоточной миндалины без выраженной гиперплазии	3	5,9
Сумка Торнвальда	1	2,0
Гнойная «дорожка» через устье слуховой трубы	4	7,8
Лимфоидная ткань в устье слуховой трубы	9	17,6
Ретенционная киста	1	2,0
Патологии не выявлено	13	25,5
Всего	51	100

Параллельно у пациентов были выявлены ятрогенные изменения носоглотки в различных сочетаниях, которые также могут являться причиной тубарных дисфункций. В наших наблюдениях у 100% пациентов были обнаружены рубцовые изменения. Рубцы носоглотки – у 31 пациента (60,8%). У 13 (25,5%) – видимые рубцовые изменения глоточного устья слуховой трубы, еще у 7 пациентов (13,7%) рубцы выявлены при зондировании. Все рубцовые изменения были связаны с последствиями хирургических вмешательств – аденотомии и традиционных операций в полости носа.

Выводы:

1. Видеоэндоскопия полости носа и носоглотки показана во всех случаях нарушения функции слуховой трубы.
2. Видеоэндоскопический контроль обеспечивает как четкую визуализацию, так и возможность проведения большого количества диагностических и хирургических манипуляций.
3. Видеоэндоскопический осмотр глоточного устья слуховой трубы является высокоинформативным и незаменимым методом в алгоритме обследования больных с тубарными дисфункциями.

Литература:

1. Бобошко М.Ю. Диагностика и лечение сальпингоотитов / М.Ю. Бобошко//Новости оторинолар. и логопатол-2000.-№3(23).-С.94-98.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ

Чекан В.Л.

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования»*

Введение. Хирургическое лечение сочетанных рубцовых стенозов гортани и трахеи остается актуальной проблемой оториноларингологии. При невозможности выполнить радикальное вмешательство по устранению стенозирующего участка дыхательных путей, методом выбора является длительное этапное реконструктивно-восстановительное лечение с применением стентов различных конструкций. Число пациентов с сочетанными стенозами гортани и трахеи рубцовой этиологии в последнее время имеет тенденцию к увеличению. Наиболее частой непосредственной причиной (75–95% случаев) стенозирования гортани и трахеи являются интубация, ИВЛ, трахеостомия. Данные виды стенозов выявляются у 20–25% больных, перенесших интубацию, ИВЛ и трахеостомию.

Цель исследования: анализ эффективности лечения ларинготрахеальных стенозов с применением комбинированного варианта хирургического вмешательства при этапном способе реконструкции дыхательных путей.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 23 пациентов с рубцово-грануляционными ларинготрахеальными стенозами различной этиологии за период с 2004 по 2010 год в Республиканском научно-практическом центре оториноларингологии и Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделения торакальной хирургии 10-й ГКБ г. Обследование пациентов при поступлении проводилось согласно диагностическому протоколу, который включает общеклинические, эндоскопические, рентгенологические исследования. Возраст пациентов варьировал от 11 месяцев до 68 лет. Лиц мужского пола было 15 (65,2%) чел., женского – 8 (34,8%). Комбинированное хирургическое вмешательство предусматривало использование нескольких вариантов подхода к участку стеноза – выполнение прямой микроларингоскопии с восстановлением просвета гортани (при невозможности ликвидации стеноза при прямой микроларингоскопии выполняли ларингофиссуру), ликвидацию рубцово-грануляционных стенозов трахеи посредством трахеофиссуры или лазерной вапоризации рубцово-грануляционных тканей. После восстановления дыхательного тракта проводили стентирование просвета моделированной Т-образной силиконовой трубкой Montgomery. В ряде случаев для стентирова-

ния трахеи и гортани после операции использовали комбинацию тампона-валика и моделированной интубационной трубки.

Результаты и обсуждение. Пациенты были разделены на 4 группы в соответствии с проведенным хирургическим лечением. В I группе – 12 (52,2%) человек – хирургическое вмешательство предусматривало выполнение прямой микроларингоскопии (ликвидация стеноза на уровне гортани) и трахеофиссуры, с целью устранения стеноза шейного отдела трахеи. 4 (17,4%) пациентам (II группа) были выполнены: лазерная вапоризация рубцово-грануляционных тканей трахеи, прямая микроларингоскопия, трахеофиссура. III группа состояла из 3 (13,0%) больных, которым восстановление стеноза гортани выполнено при прямой микроларингоскопии, а ликвидация стеноза грудного отдела трахеи осуществлена лазерной вапоризацией. В IV группу вошли 4 (17,4%) больных с наиболее тяжёлыми формами стеноза – полная облитерация просвета гортани и трахеи, что потребовало выполнения ларинготрахеофиссуры. Длительность стентирования была весьма вариабельна – от 3 недель до 3 лет – и определялась протяженностью стеноза, особенностями эпителизации дефектов слизистой оболочки. Рестенозирование отмечено у 1 (4,3%) пациента и связано с ранней пластикой окончательного дефекта трахеи после удаления стента (21 день). В последующем сроки между дестентированием и пластикой трахеального дефекта у этого больного составили 6 недель.

Выводы. Этапное хирургическое лечение ларинготрахеальных стенозов с применением комбинированного подхода позволяет восстановить проходимость гортани и трахеи у 95,6% больных.

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАПЕДОПЛАСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Стринкевич Э.А.

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования»*

Введение. Взаимное влияние слухового и вестибулярного отделов лабиринта предполагает, что нарушение в одной части внутреннего уха может повлечь изменения в другой его части. В частности, после операций на стремени повышение вестибулярной активности может приводить к нарушению слуховой функции.

Цель: в связи с этим мы провели исследование зависимости результатов стапедопластики от выраженности вестибулярной дисфункции.

Материалы и методы. Нами проведен анализ динамики слуховой функции после стапедопластики у 101 пациента. Функциональный эффект стапедопластики оценивали по сокращению костно-воздушного интервала после операции.

Мы изучили зависимость функциональных результатов стапедопластики от активности вестибулярных нарушений в послеоперационном периоде. Для этого сравнили результаты операции: сопоставили слухоулучшающий эффект стапедопластики и наличие вестибулярной дисфункции в послеоперационном периоде.

Вестибулярную дисфункцию отмечали по наличию жалоб пациента на ощущения вращения, шаткости при движении в сочетании со спонтанным нистагмом, нарушением походки, координации, возникших после стапедопластики.

Результаты. Вестибулярные нарушения в послеоперационном периоде отмечались у 34 человек из 101 (в 33,7% случаев). Из них у 29 пациентов (в 85,3% случаев) вестибулярные нарушения сопровождались возникновением сенсоневрального нарушения слуховой функции в послеоперационном периоде, что сопровождалось повышением порогов костной проводимости при отсутствии костно-воздушного разрыва.

Выявлена прямая зависимость результатов операции от выраженности вестибулярных явлений. Чем активнее вестибулярные нарушения, тем хуже функциональные результаты стапедопластики.

Существует статистически значимая вероятность выявления нейросенсорного компонента у пациентов с вестибулопатией после перенесенной стапедопластики $p < 0,001$ (тест Фишера). Отношение шансов равно 25,3 (95% ДИ [7,7; 101,8]).

Выводы:

1. Клинические наблюдения подтверждают экспериментальные данные о том, что вестибулярная дисфункция усугубляет слуховые нарушения. В частности, наличие вестибулярных нарушений у пациентов после стапедопластики является плохим прогностическим признаком и показанием к назначению специфической медикаментозной терапии (чувствительность 70,7%, 95% ДИ [54,3%; 83,4%]; специфичность 91,7%, 95% ДИ [80,9%; 96,9%]; точность 83,2%, 95% ДИ [74,1%; 89,6%]; прогностическая ценность положительного результата – 85,3%, 95% ДИ [68,2%; 94,5%]; прогностическая ценность отрицательного результата – 82,1%, 95% ДИ [70,4%; 90,0%].

2. Установлено, что функциональные результаты стапедопластики зависят от длительности вестибулярных расстройств. При

кратковременной вестибулярной дисфункции (до 5 суток) отмечаются изменения слуховой функции в области высоких частот. При длительных вестибулярных нарушениях (сохраняющихся более 5 суток) развивается сенсоневральное нарушение слуховой функции во всем диапазоне частот.

АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ

Хоров О.Г., Макарина-Кибак Л.Э., Алещик И.Ч.,

Савицкий С.Э., Марцуль Д.Н., Жучко Л.И.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «РНПЦ оториноларингология»

В современных условиях развития медицины появилась возможность проводить объективную диагностику органа слуха. Чем раньше будет выявлена патология слухового анализатора и начата его реабилитация, тем лучшие результаты можно ожидать. Различной степени нарушения слуха определяются у 3–5 новорожденных на 1000 родов, а у детей 1 года жизни эта цифра возрастает до 4–6%. В развитых странах уровень выявления тяжелых потерь слуха составляет 1–2 на 1000 родившихся, в странах Юго-Восточной Азии и Африки эта цифра составляет уже 2–8.

Важно в период до 3 месяцев выявить нарушение слуха и начать соответствующую реабилитацию. Границей, за которой начнутся необратимые изменения в физиологическом развитии ребенка, являются первые 10–12 месяцев после его рождения. Скрининговое исследование слуха радикально снижает время выявления нарушения слуха. В результате внедрения программы объективной аудиологической диагностики возрастает число выявленных детей с патологией слухового анализатора в сроки, оптимальные для проведения кохлеарной имплантации и других методов реабилитации. Это в свою очередь позволяет человеку в последующем безболезненно интегрироваться в общество без комплекса громоздких малоэффективных мероприятий уже с 3–4-летнего возраста. Без сплошного скринингового исследования возраст выявления нарушения слуха составляет около 2-х лет.

Система всеобщего скринингового обследования новорожденных внедряется и внедрена во многих странах (США, Канада, Австралия, Новая Зеландия, Великобритания, Германия, Австрия, Швейцария, Польша, Россия). Наиболее оптимальным, с экономической и практической точки зрения, является использование для скрининга двух методик объективного исследования слуха – ото-

акустической эмиссии (ОАЭ) и коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП). Скрининговое исследование слуха у новорожденных проводится на 2–3 день жизни. В ряде стран скрининг начинался с анкетирования для выявления групп риска детей по развитию патологии органа слуха. Анализ факторов риска позволяет выявить до 50% детей с нарушениями слуха, при этом остальные дети выпадают из-под наблюдения. Следовательно, необходимо исследовать всю популяцию новорожденных с помощью аппаратных методов исследования слуха.

В Беларуси была осуществлена попытка разработать аудиологический скрининг детей раннего возраста в 1999 году. Авторы разработали анкету-опросник и факторы риска приобретенной тугоухости и глухоты. Исследование слуха у новорожденных и детей младшего возраста рекомендовали проводить с использованием оценки поведенческих реакций ребенка на звуковой раздражитель и наблюдения за психоэмоциональным развитием. При подозрении на нарушение слуха ребенок должен был быть направлен на аудиологическое обследование в сурдологический кабинет для проведения объективных исследований слуха. Однако эта попытка не была реализована в связи с отсутствием обязательности, системности и алгоритма исследования. Важнейшей причиной неудачи стало отсутствие финансирования проекта.

В настоящее время в Беларуси проводится массовый аудиологический скрининг новорожденных и детей раннего возраста, который регламентирован приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.01.2008г. №14 «О совершенствовании оказания медицинской помощи детям с нарушением слуха». Данный приказ регламентирует проведение скрининга новорожденных в возрасте 2–3 дня. Врач-неонатолог роддома проводит анкетирование матери и исследует факторы риска развития глухоты и тугоухости в период беременности и родов, в раннем послеродовом периоде. Проводится исследование ОАЭ у всех детей. При отрицательном результате исследования ОАЭ и выявлении факторов риска мать информируется о необходимости пройти обследование слуха в сурдологопедическом кабинете, в детскую поликлинику передается информация для педиатра. В сурдологопедическом кабинете до 3 месяцев должно быть проведено полное обследование слуха с использованием объективных методик (ОАЭ и КСВП) и выдано заключение о состоянии слуха у ребенка. Информация о детях с грубым нарушением слуха передается в Республиканский реестр глухих и слабослышащих детей. На данный момент в перинатальные центры 3 и 4 уровня приобретены и используются аппа-

раты регистрации КСВП. В других перинатальных центрах либо проводится анкетирование, либо не проводится скрининг вовсе.

Исходя из анализа данных по организации скрининга слуха у новорожденных и детей раннего возраста в разных странах, целесообразно:

1. Улучшить качество регистрации факторов риска и проведения аппаратного скрининга всей популяции новорожденных.

2. Оснастить все перинатальные центры и отделения патологии новорожденных диагностическим оборудованием для объективного аудиологического скрининга (ОАЭ и КСВП).

3. Обеспечить технические условия проведения исследований слуха, подготовку квалифицированных кадров.

4. Мониторинг слуха должен осуществляться после выписки из родильного отделения до поступления в школу.

5. Наладить организационную составляющую (передача данных в сурдологические центры, проведение обучающих конференций и семинаров, выступления в СМИ).

ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС У ДЕТЕЙ

Алещик И.Ч., Ракова С.Н., Дубровская О.В., Хильмончик Т.И.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Перитонзиллярный абсцесс является одним из самых распространенных и опасных гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов, нередко приводящих к тяжелым осложнениям со стороны других органов и систем. Число пациентов с данной патологией неуклонно растёт (около 30 из 100.000 человек в США, в Европе – 40 из 100.000 человек). Болеют чаще дети старшего возраста, подростки и взрослые – от 20 до 40 лет. Наиболее часто встречается весной и осенью. Частота рецидивов составляет около 10–15%. Отмечается тенденция омоложения этой патологии.

Цель: изучить особенности заболеваемости детей разного возраста перитонзиллярным абсцессом.

Материалы и методы. Материал для исследования составили истории болезней 102 пациентов с перитонзиллярным абсцессом, пролеченных в гнойном оториноларингологическом отделении для детей УЗ «ГОКБ». Произведен ретроспективный анализ историй болезни (возраст, пол, место жительства, время года заболевания, локализация процесса, длительность пребывания в стационаре, лабораторные показатели, проведенное лечение).

Результаты. За последние 15 лет отмечается стабильный рост заболеваемости перитонзиллярным абсцессом у детей среди всех пролеченных в клинике с 1,52% в 1995 году до 2,84% в 2010 году.

За 2009–2010 годы были пролечены 102 пациента с перитонзиллярным абсцессом в возрасте от 6 месяцев до 17 лет ($11,9 \pm 5,5$ лет). Среди детей преимущественно болели девочки (60,8%), мальчики составили только (39,2%).

По возрастным категориям больные распределились следующим образом: до 1 года – 1 (1%) ребенок, от 1 до 4 лет – 14 (13,7%) детей, от 5 до 9 лет – 20 (19,6%) детей, от 10 до 14 лет – 13 (12,8%) детей, от 15 до 18 лет – 54 (52,9%) детей. Отмечается значительное число детей младшего возраста (47,1%).

Дети болели приблизительно равномерно по всем сезонам года (весна – 27,1%, лето – 33,9%, осень – 20,3%, зима – 18,6%). Заболеваемость выше летом и весной. Чаще болеют жители города (80,4%), чем сельские жители (19,6%). Перитонзиллярный абсцесс чаще локализовался справа (65,7%), чем слева (34,3%). Рецидивы заболевания имели место у 11,8% детей.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре составляет $7,62 \pm 2,83$ дней. Дети младшего возраста находились в стационаре дольше ($8,9 \pm 1,3$ дня), дети старшего возраста выздоравливали быстрее ($7,3 \pm 1,2$ дня).

В отделение поступило 97 (95,1%) больных в стадии абсцедирования. Всем при поступлении в стационар производилось вскрытие перитонзиллярного абсцесса, у 14 (13,7%) больных выполнена абсцесстонзиллэктомия в связи с недостаточностью дренирования и выраженным интоксикационным синдромом, рецидивом заболевания. При наличии стадии инфильтрации (5 (4,9%) пациентов) проводилось консервативное лечение и наблюдение. Наступило выздоровление без оперативного вмешательства.

Выводы.

1. Отмечается рост больных с перитонзиллярным абсцессом.
2. Значительно снижается возраст пациентов (дети до 14 лет – 47,1%). Заболевание у младших детей протекает более тяжело.
3. Отсутствует сезонность заболевания, независимо от времени года заболеваемость составляет 18,6 – 33,9%.
4. Перитонзиллярный абсцесс чаще возникает у девочек (60,8%) и справа (65,7%).
5. При тяжелом течении заболевания показана абсцесстонзиллэктомия.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕОИМПЛАНТАЦИИ

Хоров О.Г., Алещик И.Ч., Якусик Т.А., Марцуль Д.Н.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

После кохлеоимплантации у глухих детей необходимо проводить реабилитационные мероприятия по формированию речи. Это очень длительный и не всегда эффективный процесс. Для нормальной реабилитации необходима окружающая речевая среда и строгий отбор кандидатов на кохлеоимплантацию.

Цель работы: изучить результаты реабилитации слуха и речи у детей после кохлеоимплантации.

Материал и методы. Обследовано 28 детей Гродненской области после кохлеоимплантации, перенесших операцию в разном возрасте (от 1 до 7 лет).

Результаты. На данный момент детей школьного возраста – 10 чел., старшего и среднего дошкольного возраста (4–6 лет) – 9 чел., младшего дошкольного возраста – 9 чел. В группе детей школьного возраста один пациент с постлингвальной глухотой (слух утрачен в шесть лет, речевое развитие к данному этапу соответствовало норме) и 9 пациентов с долингвальной глухотой, срок после кохлеоимплантации составил от 2 до 5 лет.

Проведение кохлеоимплантации у позднооглохшего пациента дало скорый положительный результат. Дети, имплантированные в возрасте от 1,5 до 3 лет, при систематических корректирующих занятиях подготовлены к обучению в массовой школе, по уровню речевого развития максимально приближены к норме. В группе детей с имеющимися условными противопоказаниями (возраст кохлеоимплантации старше 4 лет у детей с долингвальной глухотой, отсутствие навыка пользования слухового аппарата, отсутствие регулярных занятий с дефектологом) наблюдаются неудовлетворительные результаты. Исключение составляют дети с хорошей дооперационной подготовкой, владеющие обученной речью и реализующие остаточный слух со слуховым аппаратом.

К обучению в школе по общеобразовательной программе был квалифицирован 1 пациент с постлингвальной глухотой. Дети с долингвальной глухотой обучались: в общеобразовательной школе в речевом классе для детей с тяжелыми нарушениями речи – 6 человек (возраст на момент операции от 2 до 5 лет); в школе для детей с нарушениями слуха – 2 человека (возраст на момент операции старше 5 лет); надомное обучение по программе общеобразовательной школы – 1 человек (возраст на момент операции 3 года).

Возрастной фактор не является в данном случае ведущим. Решающую роль в невозможности обучаться детям в общеобразовательной школе в массовых классах сыграли недостатки коррекционно-педагогической помощи в дошкольном периоде. До момента поступления в школу коррекционная работа у детей с нарушениями слуха велась или логопедами (с ведущей опорой на развитие речи), или сурдопедагогом с ведущим уклоном на развитие слухоречевого восприятия и речи. В первом случае сказался недостаток в развитии специфических умений и навыков у детей с нарушениями слуха; во втором – отсутствие речевой среды (дети находились в среде таких же не говорящих сверстников). Для решения этой проблемы созданы интегрированные группы дошкольного образования, в которые входят дети с нарушениями речи (75–80%) и дети после кохлеоимплантации, либо дети, слухопротезированные цифровыми слуховыми аппаратами (20–25%). В группах работают логопед, сурдопедагог и психолог. В этом случае дети с нарушением слуха получают комбинированную дефектологическую помощь и находятся в речевой среде, что даёт положительную динамику в речевом развитии и возможность обучения в массовых классах общеобразовательной школы.

Выводы:

1. Правильный комиссионный отбор на кохлеоимплантацию является обязательным условием, обеспечивающим оптимальный окончательный результат.
2. Ведущая роль в эффективности реабилитации слуха и речи и подготовке ребенка к обучению в общеобразовательной школе принадлежит коррекционно-педагогической помощи в дошкольном периоде.

СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ

Алещик И.Ч., Юцевич Т.И.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Для гармоничного развития ребенку необходим нормальный слух. При нарушении слуха страдает психоневрологическое развитие, не развивается вторая сигнальная система. Чем раньше начата реабилитация слуха, тем лучше результат. Достоверным критерием эффективности слухопротезирования является способность воспринимать тугоухим шепотную и разговорную речь.

Цель исследования: определить эффективность реабилитации слуха у детей.

Материал и методы. В Гродненской области под наблюдением сурдолога находится около 500 детей в возрасте 1,5–17 лет. Реабилитационные мероприятия с детьми грудного и раннего детского возраста начинаем с момента установления патологии слуха. Протезирование проводим аналоговыми и цифровыми аппаратами. При двусторонней тугоухости протезируем оба уха, чтобы снять асимметрию слуха. До слухопротезирования все дети осматриваются неврологом, сурдопедагогом, сурдологом. Детям до 1,5 лет режим работы аппарата подбирается на основе безусловно-ориентировочных реакций на звук интенсивностью 60–70 дБ, детям, владеющим речью, – на основе восприятия на слух осмысленного речевого материала (звукоподражаний, слов, фраз).

При повторных осмотрах оцениваем динамику развития психоневрологического статуса и речи. После слухопротезирования с детьми до 1 года проводят занятия дома родители в процессе повседневного ухода за ребенком и его воспитания в соответствии с общими требованиями к развитию детей этого возраста под руководством сурдопедагога. С детьми, достигшими 1 года, проводятся систематические занятия с сурдопедагогом в условиях сурдологопедического кабинета.

Оценка эффективности аппаратного протезирования проводилась у пациентов методом тональной аудиометрии в свободном звуковом поле, речевой аудиометрией.

Реабилитация с использованием костного импланта ВАНА наиболее эффективна при врожденной аномалии наружного и среднего уха. На диспансерном учете в Центре патологии слуха и речи ГОКБ состоят 12 детей с данной патологией, из них 5 детей старше 5 лет и 7 детей до 5 лет.

Результаты. В 2007 году 30 детей были протезированы аналоговыми слуховыми аппаратами. В 2008 году 36 детей протезированы цифровыми аппаратами, 54 – аналоговыми. В 2009 году 56 детям подобраны цифровые аппараты, 29 детям – аналоговые слуховые аппараты. В течение 6 месяцев 2010 года 30 детей получили цифровые слуховые аппараты. Количество детей со средними нарушениями слуха составило 31, а детей-инвалидов с тяжелыми нарушениями слуха – 204. Это отражает тенденцию к существенному увеличению количества слухопротезированных детей цифровыми аппаратами по сравнению с предыдущими годами.

Аппарат ВАНА был установлен у 5 пациентов с синдромом Тритчер-Коллинза. У них атрезия слуховых проходов была двусторонняя, сочеталась с аномалией среднего уха. Костно-воздушный интервал составлял $69 \pm 4,5$ дБ при нормальной костной проводи-

мости. Пациенты слышали только звуки, речь не была развита. После подключения аппарата ВАНА прошло 6–18 месяцев. Пациенты хорошо слышат, занимаются с сурдопедагогом, речь становится внятной, громкой.

Выводы:

1. Отмечается тенденция слухопротезирования младших детей цифровыми слуховыми аппаратами, аппаратами ВАНА.
2. При нормально подобранных слуховых аппаратах и последующей речевой реабилитацией нормализуется психоневрологическое развитие ребенка, формируется речь, дети обучаются в общеобразовательной школе.

РЕАБИЛИТАЦИЯ СЛУХА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Хоров О.Г., Алещик И.Ч., Юцевич Т.И.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

С возрастом слух, как и другие органы чувств, претерпевает изменения. Развивается старческая тугоухость. Качество жизни снижается. Потерянную функцию слуха можно и необходимо успешно компенсировать. Показанием к слухопротезированию является потеря слуха от 35дБ и более в речевой зоне.

Существует много методов реабилитации слуха: медикаментозные, аппаратные и хирургические. Из аппаратных методов реабилитации слуха используют слуховые аппараты (заушные, внутриушные, внутриканальные, карманные). По схемным решениям слуховые аппараты можно разделить на 3 группы: аналоговые, программируемые, цифровые.

Цель исследования: изучить эффективность и возможность аппаратных методов реабилитации слуха.

Материал и методы. Больные были протезированы аналоговыми и цифровыми слуховыми аппаратами. До конца 2007 года льготное протезирование производилось аналоговыми слуховыми аппаратами, с 2008 года появилась возможность протезироваться цифровыми аппаратами фирмы Videx и Oticon. Они обеспечивают комфортное звучание, оптимальную разборчивость речи, исключают возможность слуховых травм.

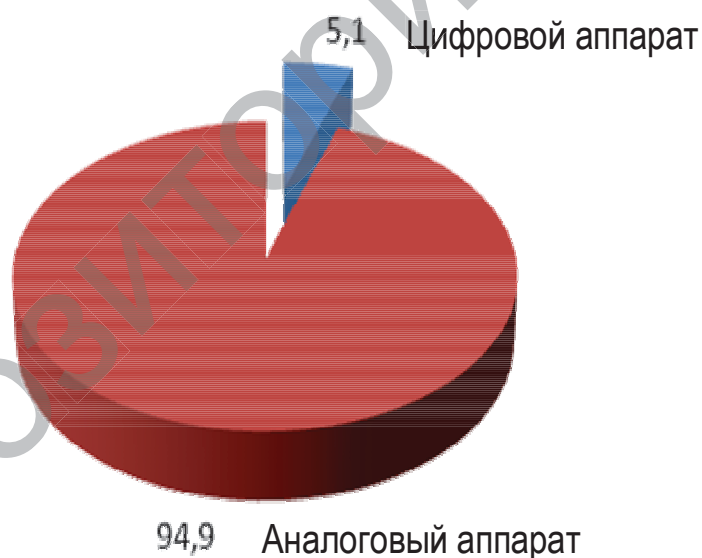
Обследовано 903 больных с нейросенсорной тугоухостью в возрасте от 65 до 83 лет (средний возраст – $73,6 \pm 2,1$ лет). Все больные страдали хронической нейросенсорной тугоухостью 2–3-й степени. Шепотную речь воспринимали на расстоянии $0,3 \pm 0,02$ м,

разговорную речь – на расстоянии $3,9 \pm 1,1$ м. Потеря слуха составила $51,4 \pm 2,9$ дБ.

Проведено сравнение характеристик показателей порогов слуха при потере слуха в речевой зоне 70-80 дБ при реабилитации аналоговым (Соната У03) и цифровым (Bravo В32) слуховым аппаратом. Использование аналогового слухового аппарата позволило понизить пороги звукового восприятия в речевой зоне до $39,8 \pm 1,3$ дБ, цифрового – $27,2 \pm 1,6$ дБ. Отмечена достоверная разница качества улучшения слуха цифровым слуховым аппаратом ($p < 0,01$).

За подбором слухового аппарата обратились 408 пациентов, не имеющих льгот, и приобрели их за наличный расчет. Только 46 (5,1%) из них сочли возможным для себя приобрести цифровой слуховой аппарат (диаграмма 1). Льготная категория граждан (495 пациентов) получили аналоговый бесплатный слуховой аппарат. Таким образом, из 903 пациентов более половины (54,8%) воспользовались льготами и получили бесплатный аналоговый слуховой аппарат. Остальные 45,2% приобрели слуховой аппарат за наличный расчет.

Диаграмма 1 – Соотношение аналоговых и цифровых аппаратов



Выводы:

1. Цифровые слуховые аппараты обладают достоверно лучшими характеристиками реабилитации слуха в сравнении с аналоговыми аппаратами.

2. Возможность приобретения слухового аппарата за наличный расчет имеет 45% граждан пожилого возраста, нуждающихся в слухопротезировании, только 5,1% пациентов пользуются цифровыми слуховыми аппаратами.

ИНТЕГРАЦИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ВО ФТИЗИАТРИИ В ОБЩЕЛЕЧЕБНУЮ СЕТЬ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Гапанович С.Е., Будрицкий А.М., Хушев С.С., Рудько С.И.

*УЗ «Витебский областной клинический
противотуберкулёзный диспансер»*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Стабилизация экономики республики, улучшение жизненных условий людей за последние годы позволили улучшить показатели работы фтизиатрической службы, снизить заболеваемость, обеспечить раннее выявление туберкулёза, исключить распространённые и запущенные формы заболевания. Негативные тенденции, имевшие место после Чернобыльской аварии и развала Советского Союза, успешно преодолены. Значительное уменьшение заболеваемости туберкулёзом ЛОР-органов привело к отсутствию практического опыта и должной настороженности у врачей с небольшим стажем работы к выявлению специфического поражения ЛОР-органов.

По нашему мнению, актуальность данного исследования объясняется следующими причинами: обособленностью ЛОР-службы во фтизиатрии по эпидпоказаниям; специфичностью выполняемых задач, медпрепаратов, способов их введения, ограничениями в выборе оториноларингологических препаратов формулярным списком и протоколами лечения больных туберкулёзом; длительное применение ототоксических препаратов группы аминогликозидов обуславливает необходимость сурдологического и аудиологического мониторинга; отсутствием возможности планового хирургического лечения в случаях выявления ЛОР-патологии в противотуберкулёзных стационарах, так как нет возможности в должном анестезиологическом и хирургическом обеспечении; снижением настороженности оториноларингологов к выявлению туберкулёза ЛОР-органов; отсутствием новых научных разработок в вопросах диагностики туберкулёза ЛОР-органов.

Цель работы: оптимизация оториноларингологической помощи фтизиатрическим больным Витебской области, разработка концепций организации взаимодействия различных секторов фтизиатрической службы и общелечебной сети для рационального использования выделяемого финансирования и имеющегося в наличии медицинского оборудования, подготовленных кадров.

Материалы и методы. Нами проанализирована статистическая отчётность и медицинская документация фтизиатрических

стационаров, расположенных на территории Витебской области, за 20 лет – с 1988 по 2009 годы. Среди патологии на первом месте по частоте выявления – туберкулёз гортани, однако эта форма заболевания претерпела значительные изменения по сравнению с классическими описаниями в учебниках. Как правило, отсутствовали язвенные дефекты слизистой, односторонность локализации процесса, что затрудняло установление диагноза без проведения биопсии и гистологического исследования. Значительно реже встречался туберкулёз уха, а туберкулёз носа регистрировался в единичных случаях.

На территории области 3 противотуберкулёзных стационара (Витебский областной клинический противотуберкулёзный диспансер, Богушевская областная противотуберкулёзная больница, республиканская противотуберкулёзная больница, Сосновка). В указанных стационарах проводится лечебно-консультативный приём тремя оториноларингологами. Стаж работы специалистов более 10 лет, все владеют эндоскопическими методиками, что позволяет каждому из них практические вопросы решать самостоятельно. Появилась возможность использования в повседневной практике менее инвазивных методов обследования ФГДС и ФБС (новые методы вместо используемого ранее ригидного бронхоскопа и поднаркозной бронхоскопии с трансбронхиальной биопсией внутригрудных лимфоузлов), использование возможностей отделения малоинвазивной хирургии.

Выводы. Таким образом, настоящий период характеризуется сменой типов туберкулёзной патологии, уменьшением доли распространённых форм ЛОР-локализации, что требует разработки новых подходов в диагностике, развёртыванию целенаправленного комплекса организационных, социальных и лечебно-профилактических мероприятий для повышения эффективности борьбы с туберкулёзом, позволяет улучшить качество оказания оториноларингологической помощи больным туберкулёзом Витебской области.

Литература:

1. Борисенко Т.Д., Шевченко Н.И., Максимова Т.В. Проблемы фтизиатрической и пульмонологической служб на современном этапе: Материалы 7 съезда фтизиатров Республики Беларусь. – Мн., 2008.
2. Гуревич Г.Л., Скрыгина Е.М., Калечиц О.М. Клиническое руководство по лечению туберкулёза. – Минск, 2009.-125 с.
3. Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельникова И.В. Фтизиатрия: учебник для студентов мед. вузов. Москва, ОАО издательство Медицина, 2004.-520 с.

4. Актуальные проблемы пенитенциарной медицины. Туберкулёз и другие социально значимые заболевания в местах лишения свободы: материалы 4-й международной научно-практической конференции. отв. редактор А.А.Кралько.- Минск, 2009. -230 с.

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЦЕЛЛЮЛИТ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

**Колесник В.И., Кравцевич Л.А., Клочко Е.С., Радевич А.П.,
Солтан Л.Г., Юргель М.А.**

***УЗ «Гродненская областная клиническая больница»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»***

Некротические инфекции мягких тканей, несмотря на относительную редкость, занимают особое место в хирургической практике [1]. Это обусловлено высокой частотой летальности (от 20% до 75%). В 66,7% случаев гнойно- некротические поражения тканей протекают по типу целлюлита.

Как правило, большинство инфекций кожи и мягких тканей являются самоограничивающимися и легко поддаются терапии, иногда заключающейся только в местной хирургической обработке и часто даже без использования антибактериальных препаратов. Дефекты в диагностике и лечении тяжёлых инфекций мягких тканей, приведшие к обширным потерям мягко-тканых образований, в дальнейшем существенно влияют на качество жизни и требуют сложных реконструктивных пластических операций [2, 3].

Клинический случай

Больной К., 63 лет, поступил в приёмное отделение УЗ «Гродненской областной клинической больницы» 29.09.07 в 20.05 с жалобами на слабость, отёк мягких тканей лица, век, теменных областей, боковой поверхности шеи слева, надключичной области слева, передней поверхности грудной клетки, выраженный болевой синдром. Из анамнеза установлено, что 20.09.07 был избит неизвестными. За медицинской помощью не обращался, ссадины кожи лба самостоятельно обрабатывал 5 % спиртовым раствором йода. Общее состояние при поступлении тяжёлое, компенсированное. Кожные покровы бледные. Ps 90 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов в пределах возрастной нормы. На коже лба имеются множественные ссадины, покрытые фибрином. Кожные покровы лба, век, лица, задней и боковой поверхности шеи слева, передней поверхности грудной клетки гиперемированы, пальпация резко болезненная. Лабораторные исследования: ЭКГ – без особенностей, общий анализ крови (ОАК) эритро-

циты – $4,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты – $29,1 \times 10^9/л$, миелоциты – 1, юные – 1, палочкоядерные нейтрофилы – 36, сегментоядерные нейтрофилы – 52, лимфоциты – 6, моноциты – 1, СОЭ – 70 мм/час, токсическая зернистость ++++. Биохимический анализ крови (БАК): глюкоза – 3,5 ммоль/л, общий белок 52,4 г/л, мочевины – 23,3 ммоль/л, креатинин – 119, остальные показатели в пределах физиологической нормы. Общий анализ мочи и коагулограмма без изменений.

По экстренным показаниям больной взят в операционную, где под общим обезболиванием произведено широкое вскрытие и дренирование клетчатки вышеуказанных анатомических зон. Непосредственно подкожная клетчатка, подлежащие фасции, а также мышцы имели грязно-серый цвет с участками некроза. Из ран высеян *Acinetobacter species*.

В послеоперационном периоде в отделении реанимации и интенсивной терапии начат курс антибактериальной терапии цефтриаксоном, амикацином, согласно посевам на чувствительность к антибиотикам в адекватных терапевтических дозах в сочетании с метронидазолом. Для коррекции анемии производилось переливание одногруппной свежзамороженной плазмы В(III) резус фактор Rh+, проводилась массивная инфузионная и трансфузионная терапия 6 % волюеном, 5 % раствором глюкозы, кабивеном, 0,9 % раствором NaCl, реополиглюкином, 5% альбумином. Для коррекции иммунного ответа применяли ронлейкин 4 млн ЕД. С целью дезинтоксикации выполнялись сеансы гемосорбции.

Неоднократно под общим обезболиванием выполнялась некрэктомия. Местно раневая поверхность обрабатывалась 0,02% раствором хлоргексидина, 3% перекисью водорода, слабым раствором перманганата калия. Больной неоднократно осматривался смежными специалистами: офтальмологами и ЛОР – врачами, проводились необходимые манипуляции.

17.10.07, после стабилизации общего состояния и нормализации всех анализов, для дальнейшего лечения больной переведен в стоматологическое отделение, где производилась обработка раневой поверхности левомеколевой мазью, проведен курс физиотерапевтического лечения.

После купирования гнойно-некротического процесса и полного очищения хирургических ран у пациента сформировались обширные кожные дефекты лица, шеи, надключичной области слева, а в области лба и теменной области – дефекты всех слоев мягких тканей, включая надкостницу.

Для уменьшения дефектов кожи, мягких тканей лица и шеи больному неоднократно осуществлялась этапная пластика раневой поверхности местными тканями, а в области лба и теменной области выполнена компактостеотомия с последующей пластикой расщеплённым кожным лоскутом. Больной выписан под наблюдение хирурга по месту жительства 02.11.07. На момент выписки общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 108 г/л; L – $13,7 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 13, сегментоядерные нейтрофилы – 59, лимфоциты – 19, моноциты – 8, СОЭ – 53 мм/ч. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, коагулограмма на момент выписки без особенностей, рентгенограмма органов грудной клетки в пределах возрастной нормы. Для дальнейшего этапного оперативного лечения больной не явился.

В заключение необходимо отметить, что в успешном лечении тяжёлых инфекций мягких тканей основную роль играет своевременная диагностика, адекватное оперативное пособие, рациональная антибактериальная терапия, полноценная интенсивная терапия, включающая нутриционную и иммунную коррекцию.

Литература:

1. Шляпников, С. А. Хирургические инфекции мягких тканей – старая проблема в новом свете. / С. А. Шляпников // Инфекционная хирургия. – 2003. – № 1. – С. 14-22.
2. Сидоренко С. В., Инфекции в интенсивной терапии. С. В. Сидоренко, С. В. Яковлев // М. 2000 – 1004 С.
3. Насер, Н.Р. Хирургические инфекции мягких тканей. Подходы к диагностике и принципы лечения. // Н.Р Насер, С.А. Шляпников // Антибиотики и химиотерапия. – 2003. – Том 48. – №7. – С.44-48.

СОСТОЯНИЕ ОБОНЯНИЯ ПОСЛЕ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ

Алещик И.Ч., Русакова А.И., Шелест Л.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Обонятельная система осуществляет восприятие и анализ химических раздражителей (запахов), находящихся во внешней среде и действующих на органы обоняния. Обоняние принимает активное участие в жизнедеятельности человека. При ее нарушении (снижении или отсутствии) качество жизни значительно ухудшается. Это имеет место при нарушении дыхания. Восстановление дыхания должно нормализовать обоняние.

Цель: определение обоняния у больных с нарушением носового дыхания и оценка состояния обоняния после оперативного лечения.

Материалы и методы. Была проведена количественная ольфактометрия с помощью настойки валерианы в разных разведениях (0,5%, 2%, 5%, 10%, 20%, 30%) у 20 пациентов в возрасте от 17 до 74 лет с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух при поступлении и через 7 дней после операции. Исследование проводилось на базе оториноларингологического отделения ГОКБ за период с сентября по декабрь 2010 года. Для контроля была выбрана группа студентов количеством 20 человек в возрасте от 20 до 28 лет с нормальным носовым дыханием. Результаты количественной ольфактометрии оценивали следующим образом: первое число – уровень восприятия запаха (0 – не ощущает, 1 – ощущает, но не идентифицирует, 2 – ощущает и оценивает верно), второе число соответствует концентрации, на которой произошло ощущение запаха (30% – 0, 20% – 1, 10% – 2, 5% – 3, 2% – 4, 0,5% – 5).

Результаты. Среди обследованных было 16 (80%) мужчин и 4 (20%) женщины. Средний возраст составил $33,9 \pm 4,3$ года. Средняя длительность заболевания – $7,4 \pm 1,8$ года. На момент поступления в стационар жалобы на затруднение носового дыхания были у 17 (85%) чел., снижение обоняния – 4 (20%) чел., отсутствие обоняния – 2 (10%) чел.. Пациенты поступили с заболеваниями: острый синусит – 1 (5%), хронический полипозный синусит – 3 (15%), смещение носовой перегородки – 9 (45%) пациентов, хронический ринит 7 (35%) пациентов. Порог восприятия запахов в контрольной группе составил: 13 баллов – 1 (5%) чел., 14 баллов – 3 (15%) чел., 15 баллов – 6 (30%) чел., 21 балл – 2 (10%) чел., 22 балла – 1 (5%) чел., 23 балла – 6 (30%) чел., 24 балла – 1 (5%) чел.. Средний показатель – $18,6 \pm 2,0$. До операции у больных получены следующие результаты ольфактометрии: 0 баллов – 4 (20%) чел., 14 баллов – 6 (30%), 15 баллов – 9 (45%), 25 баллов – у 1 (5%) . Средний порог восприятия запахов – $12,2 \pm 2,4$. Имеет место достоверное повышение порога восприятия запахов в сравнении с контрольной группой ($P < 0,05$). После проведенного лечения (риносеptoпластика, лазерная фотокоагуляция, полипозэтомидотомия) получены следующие результаты ольфактометрии: 0 баллов – 2 (10%) чел., 11 баллов – 1 (5%), 13 баллов – 3 (15%), 14 баллов – 3 (15%), 15 баллов – 9 (45%), 21 балл – 2 (10%) человека. Средний порог восприятия запахов – $13,5 \pm 1,5$. Отмечается недостоверное понижение порога восприятия запахов после операции в связи с сохраняющимся отеком слизистой полости носа. Необходимо провести обследование обоняния у данных пациентов после восстановления носового дыхания.

Выводы:

1. Заболевания полости носа и околоносовых пазух приводят к повышению порога обоняния.
2. В результате оперативного лечения наблюдалось незначительное улучшение обоняния. Незначительность данного улучшения связана с наличием послеоперационного отека слизистой оболочки, который имел место на момент осмотра.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ГОРТАНИ

Алещик И.Ч., Новицкая Н.С., Соломонова Т.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. По данным белорусского канцер-регистра, у мужчин рак гортани составляют 3,6%. [1]. Проблема первичной множественности злокачественных опухолей (ПМЗО) давно привлекает внимание исследователей. Риск развития второй опухоли примерно в 1,3 раза выше, чем у лиц, ранее не имевших новообразований. Частота встречаемости ПМЗО в Европе варьирует в пределах от 18 до 25%. При ПМЗО с поражением гортани чаще поражается вестибулярный отдел, реже средний или несколько отделов [2].

Цель работы: изучить особенности первично-множественных злокачественных опухолей при локализации в гортани по Гродненской области.

Материал и методы. В исследование включены случаи ПМЗО с поражением гортани среди пациентов онкологического диспансера Гродненской областной клинической больницы, находившихся на лечении в период с 2004 по 2009 г. Изучена медицинская документация 30 больных (истории болезни, амбулаторные карты). Исследовали возраст, пол, место жительства, профессию, локализацию опухоли, длительность заболевания до верификации.

Результаты. Возраст пациентов находился в пределах от 49 до 81 года (средний возраст – $63,3 \pm 2,6$ года). Болели достоверно чаще мужчины (29 (96,7%) мужчин и 1 (3,3%) женщина) ($P < 0,05$) и жители города (городских – 66,7%, сельских – 33,3%) ($P < 0,05$). По профессиональной принадлежности чаще болеют рабочие (26,7%), водители (16,6%), механизаторы (6,6%).

По срокам развития ПМЗО чаще встречаются метакронные (73,3%) процессы, синхронные – значительно реже (26,7%). Среди метакронного ПМЗО в 59,1% случаях первичной опухолью был рак гортани и в 40,9% случаях – рак другого органа. Срок появления

второй опухоли после рака гортани составил $45,2 \pm 14,2$ месяца. Срок появления рака гортани в качестве второй опухоли достоверно больше ($115,2 \pm 37,3$ месяца) ($P < 0,05$).

По локализации опухоли в гортани преобладает складковый (53,3%) и надскладковый (26,7%) отделы, реже распространенные опухоли гортани (20%). Опухоли в других органах чаще встречались на коже (26,7%), в лёгком (13,3%), желудке (10%), толстом кишечнике (10%), поджелудочной железе (6,7%), миндалинах (6,7%), почках и предстательной железе (10%), другие (13,3%).

При профилактических осмотрах было выявлено 30% больных с раком гортани, в срок до 3 месяцев – 26,7% пациентов, в срок до 1 года – 20%, более 1 года – 23,3%. Второе злокачественное образование выявлено при профилактических осмотрах у 40% больных, в срок до 3 месяцев – 26,7% пациентов, до 1 года – 16,7%, более 1 года – 16,6%.

Выводы:

1. ПМЗО с поражением гортани чаще болеют мужчины, городские жители, рабочие.

2. Чаще встречается метакхронные ПМЗО (73,3%) при первичном поражении гортани (59,1%) с достоверно более быстрым появлением второй опухоли.

3. Опухоль в гортани чаще локализуется в складковом и надскладковом отделах и сочетается с поражением кожи (26,7%), легких (13,3%) и желудочно-кишечного тракта (26,7%).

4. Вторая опухоль выявляется при профилактических осмотрах (30 – 40%) или при обращении пациентов до 3 месяцев от появления первых признаков (26,7%).

Литература:

1. Злокачественные новообразования в Беларуси 1998 – 2007 / Под ред. А.А. Граковича, И.В. Залуцкого. – Минск: РНПЦ МТ, 2008. – 197 с.

2. Brzóška, M. The impact of paraglottic space for laryngeal cancer spread / M. Brzóška, A. Pietrysiak, A. Kruk-Zagajewska // Otolaryngol Pol. – 2005. – 59(4). – p. 527 – 532.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ПРИ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Корженевич Е.И.

УЗ «Минская областная клиническая больница»

Лечение патологии слёзоотводящих путей – одна из трудных задач в офтальмологии. Данная проблема имеет большую социальную значимость, так как в 71–85,4% случаев хронические воспалительные процессы слёзоотводящих путей встречаются у лиц трудо-

способного возраста. Основной метод лечения – хирургический. Традиционной хирургической техникой при данной патологии является предложенная в 1904 г. А. Тотти эктоназальная дакриоцистириностомия, которая, благодаря внедрению офтальмологами микрохирургической техники, специального микроинструментария и модифицированных трепанфрез, из разряда травматичной и малоэффективной перешла в разряд высокоэффективных вмешательств. Однако наружную дакриоцистириностомию нельзя выполнять при флегмонах и свищах слезного мешка без опасения распространения инфекции на окружающие ткани, нередко после такого рода оперативного вмешательства остаётся на коже грубый рубец, который может привести к деформации, вывороту нижнего века, рецидиву слёзотечения.

Внедрение в оториноларингологическую практику эндоскопов Хопкинса с середины 70-х годов прошлого столетия позволило выполнять малоинвазивные вмешательства на слёзоотводящем аппарате под эндовидеоконтролем.

Особенность эндоназального доступа – работа в узком операционном поле, но это не является препятствием для оториноларинголога, владеющего методами эндоскопической ринопластики.

Цель исследования: определение анатомо-топографических ориентиров в зависимости от состояния osteo-meatalного комплекса, состояния внутриносовых структур, выбор оптимального места наложения дакриостомы при эндоназальном доступе.

Материалы и методы исследования. В РНПЦ оториноларингологии прооперировано 9 пациентов по поводу хронического дакриоцистита, сопровождающегося слёзотечением и патологическим отделяемым из слезного мешка.

Обсуждение результатов. Необходимым условием выполнения эндоскопического эндоназального доступа является знание анатомо-топографических соотношений слёзоотводящего аппарата с osteomeatalным комплексом, околоносовыми синусами. В зависимости от формы носа ямка слезного мешка может быть образована разными структурами, что сказывается на толщине кости в её проекции. Если нос широкий и низкий (платирины) ямка слезного мешка образуется преимущественно за счёт лобного отростка верхней челюсти, толщина костной стенки может быть 1,5 мм и более. У пациентов с высоким и узким носом (лепторины) ямка слезного мешка преимущественно образована слезной костью и стенки её в пределах 0,3-0,5мм.

Все этапы операции выполнялись с помощью эндовидеокомплекса «Karl storz». Основными ориентирами выполнения эндона-

зальной дакриоцисториностомии являлись: *linea maxillaris*, область *agger nasi*, *processus uncinatus*, *concha nasalis media*. Проекцией начала слёзно-носового канала являлось место прикрепления средней носовой раковины, проекции слёзного мешка соответствовали верхние отделы *linea maxillaris*, область *agger nasi*, что подтверждалось при трансиллюминации медиальной стенки слёзного мешка у 6 прооперированных пациентов с воспалительными заболеваниями слёзоотводящего аппарата. У 3-х пациентов с посттравматическим дакриоциститом после перенесенной травмы средней зоны лица кость на латеральной стенке носа в проекции слёзного мешка была резко истончена, расширенный слёзный мешок вместе с рубцово-изменёнными тканями тесно прилегал к пластинке средней носовой раковины в области её переднего конца. У 5 пациентов буллёзно-изменённая средняя носовая раковина вдавливалась в латеральную стенку носа, тем самым суживая пространство между местом наложения дакриостомы и перегородкой носа. При расположении крючковидного отростка на уровне или чуть позади средней носовой раковины (6 пациентов) наложение дакриостомы не представляло затруднений, соустье накладывалось в типичном месте (верхние отделы максиллярной линии). При расположении крючковидного отростка кпереди от максиллярной линии (1 пациент) или далеко позади средней носовой раковины (2 пациента) затруднялся процесс нахождения оптимального места наложения соустья между слёзным мешком и полостью носа. Помимо трансиллюминации, применялась пробная пункция медиальной стенки слёзного мешка по Бокштейну.

Выводы:

1. Основными ориентирами для осуществления видеоэндоскопического эндоназального доступа к слёзному мешку являются: *linea maxillaris*, область *agger nasi*, *processus uncinatus*, *concha nasalis media*.
2. Форма ямки слёзного мешка, толщина костной стенки в его проекции варьируют от 0,3 до 1,5–4 мм в зависимости от формы носа.
3. В случае посттравматической деформации остемеатального комплекса оптимизировать место наложения дакриостомы помогают трансиллюминация медиальной стенки слёзного мешка и пробная пункция с выходом в полость носа.
4. Узость операционного поля не является препятствием для выполнения функционального малоинвазивного вмешательства на слёзоотводящем аппарате. Основным условием является владение оториноларингологом техникой эндоскопической ринопластики.

ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ЛАЗЕР ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Мельник В. Ф., Власов Б.А., Власов Р.А.

УЗ «Республиканский госпиталь МВД, г. Минск, Республика Беларусь»

В Республиканском госпитале МВД Республики Беларусь применяется высокоэнергетический ND : YAG-лазер при лечении хронических ринитов.

Хронические риниты – наиболее распространенное заболевание среди населения. В настоящее время нет эффективных методов лечения, особенно аллергических форм. Консервативное лечение хронических ринитов в большинстве случаев является малоэффективным, что побуждает прибегать к хирургическим методам лечения: гальванокаустике, криохирургии, ультразвуковой дезинтеграции, радиокоагуляции носовых раковин и конхотомии. При указанных способах лечения деструкции подвергается значительная часть носовых раковин (слизистая оболочка, под слизистый слой, кавернозная ткань, костная основа) и в итоге весьма существенно нарушается их физиологическая функция (увлажнение, согревание, очищение вдыхаемого воздуха), а сроки заживления после выполнения операции оказывается довольно длительным.

Была поставлена цель: изучить воздействие хирургического лазера при лечении ринитов, и в результате был разработан новый метод лечения стойких насморков с применением хирургического лазера «Способ лечения хронических гипертрофических ринитов» (патент № 6357 НК РБ). Способ заключается в точечной, контактной, глубинной лазерной коагуляции мягких тканей носовых раковин.

Кварцевый световод ND:YAG-лазера диаметром 200–400 мкм подводился к поверхности слизистой оболочки, после чего включался лазерный луч мощностью 10–20 Вт, и в режиме экспозиции 1–2 секунды погружался на глубину 2–4 мм. Нижняя носовая раковина прижигалась 15–20 точками, иногда и средняя.

Лазерное воздействие на слизистую оболочку носовых раковин легко переносилось пациентами и приводило к сокращению объема носовых раковин, уменьшению секреции и улучшению респираторной функции носа. В послеоперационном периоде фибринные налеты образуются меньше, чем при обычной гальванокаустике, заживление происходит быстрее (на 3–4 дня быстрее, чем при других способах). Объясняется это тем, что деструкция слизистой оболочки раковин происходит на точечных участках, и она быстрее восстанавливается, чем при других операциях. Сокраще-

ние носовых раковин происходит в результате образования нежных рубцов, равномерно. Рубцы при лазерной коагуляции образуются на отдельных участках и не деформируют носовые раковины, что сохраняет анатомию полости носа и не нарушает многочисленные функции носа. Незначительное кровотечение в результате коагуляции сосудов позволяет производить операцию с использованием эндоскопов, а тампонада полости носа минимальная, возможна на протяжении нескольких часов. Данный метод мы предлагаем как метод выбора при лечении хронических ринитов, особенно вазомоторных и аллергических форм, его с успехом можно применять в амбулаторных условиях.

ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ЛАЗЕР ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Мельник В.Ф., Власов Б.А., Власов Р.А.

Республиканский госпиталь МВД, г. Минск, Республика Беларусь

Наиболее распространенная патология в ринологии – полипозные риносинуситы. Лечение полипов носа и в настоящее время является трудной задачей. Полипозные риносинуситы нередко заставляют неоднократно вмешиваться в полость носа и пазух для обеспечения респираторной функции. С целью более щадящего метода хирургического вмешательства в полости носа мы используем хирургический ND:YAG-лазер и артроскопический шейвер Хаммера (микродебридер).

В результате внедрения лазерных технологий мы разработали новый метод совмещения лазерной коагуляции и удаление полипов носа микродебридером Хаммера (патент № 6087 от 02.12.2003 «Способ удаления носовых полипов»)

Лазерным лучом ND:YAG-лазера производится точечная глубинная коагуляция полипа в носовом ходе. Кварцевый световод диаметром 200–400 мк при мощности лазерного луча 10-30 вТ и экспозиции 1-2 сек. погружается на глубину 4–8 мм в полипозную ткань. Количество погружений зависит от величины полипа и плотности ткани (от 5–10 до 20–25 точек). Полип сморщивается и уменьшается в размере. Затем сморщенная (варенная) полипозная ткань удаляется микродебридером Хаммера.

Для совмещения лазера и микродебридера и удобства выполнения эндоназальных операций мы усовершенствовали микродебридер Хаммера – изготовили подвижную насадку на фрезу микродебридера для подведения кварцевого световода лазера к объекту воздействия.

Способ совмещения лазера и микродебридера Хаммера удобен при эндоскопических операциях. Без удаления инструмента из операционного поля появилась возможность одновременно производить лазер-коагуляцию полипа, а затем удаление его микродебридером Хаммера. Данная методика значительно сокращает время операции за счет одновременного применения двух инструментов.

Хирургическое вмешательство пациент переносит легко. Одновременно удаётся удалить полипозную ткань из труднодоступных мест, таких как средний и верхний носовые ходы, верхние отделы полости носа с минимальным кровотечением, так как повреждение здоровой ткани сводится к минимуму. Заживление в послеоперационном периоде и восстановление функции носа происходит быстрее. Реабилитационный период по сравнению с контрольной группой (у 42 больных полипы удалялись петлей и др. носовыми инструментами) при использовании лазера и артроскопического шейвера уменьшается на 20–30% в сравнении с традиционными хирургическими методами удаления полипов носа. Наблюдение за больными (71 чел.), оперированными лазером и дебридером, за период 5 лет выявило рецидив заболевания у 3 больных (4,1%), в то же время, в контрольной группе рецидив заболевания наступил у 6 больных (12%).

Использование хирургического лазера и артроскопического шейвера для удаления полипов носа облегчает работу хирурга и уменьшает страдания пациента как в момент операции, так и в послеоперационном периоде. Операция производится под местной анестезией и возможна в амбулаторных условиях. Уменьшение травматичности полости носа снижает кровотечение, способствует быстрейшему заживлению и восстановлению физиологических функций носа. Данный способ мы предлагаем как метод выбора при лечении полипозных риносинуситов.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА

Хоров О.Г, Плавский Д.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Среди различных врождённых аномалий развития органа слуха наиболее распространена атрезия или заращение наружного слухового прохода. При этом, как правило, она сочетается с другими дефектами формирования среднего уха и является лишь частью обширной врождённой патологии развития черепа.

В нашей клинике с 2007 года мы занимаемся решением данной проблемы.

Цель исследования: оценка эффективности хирургического лечения атрезии наружного слухового прохода путём выполнения меатотимпаноластики и установки аппаратов костной проводимости типа «ВАНА».

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 10 пациентов с атрезией наружного слухового прохода, которым была выполнена меатотимпаноластика.

В план предоперационного обследования включались общие оториноларингологические методики, компьютерная томография височных костей, тональная аудиометрия в свободном звуковом поле, акуметрия. Из прооперированных 10 пациентов – 7 мужского пола, 3 пациентки – женского. Возраст пациентов находился в пределах от 7 до 26 лет, средний возраст составил 15 лет. У 7 пациентов атрезия наружного слухового прохода носила односторонний характер, у 3 – двухсторонний. Ушная раковина была представлена в виде рудимента у 2 пациентов, условно правильно была сформирована у 6 пациентов, у двух пациентов ушная раковина полностью отсутствовала. Формирование наружного слухового прохода и поиск структур среднего уха осуществляли с учётом данных компьютерной томографии. Для формирования барабанной полости использовали собственную височную фасцию, пластины хряща. Для формирования наружного слухового прохода – свободные кожные лоскуты из кожи операционной области. Этапы техники операции:

1. Формирование костного отдела наружного слухового прохода с раскрытием барабанной полости.

2. Мобилизация или создание системы трансмиссии в среднем ухе.

3. Мембранопластика с применением хрящевых трансплантатов.

4. Меатопластика.

Для формирования барабанной полости использовали собственную височную фасцию, пластины хряща. Неотимпанальный лоскут создавали из хрящевого трансплантата по авторской методике с выполнением на нем продольных насечек, не совпадающих в одной плоскости, но выходящих за его середину. Для формирования наружного слухового прохода – свободные кожные лоскуты из кожи операционной области.

Результаты и их обсуждение. Оценка результата в срок 12 месяцев после операции показала эпидермизацию созданного наружного слухового прохода. Неотимпанальная мембрана у всех па-

циентов приобретала серый цвет, была целой и располагалась под углом к передней стенке наружного слухового прохода.

Из 10 прооперированных пациентов у 9 мы добились стойкого улучшения слуха. Костно-воздушный интервал в зоне 500–3000 Гц сократился с дооперационных $56 \pm 1,2$ дБ до $25,4 \pm 0,7$ дБ, что соответствует социально-значимому слуху ($P < 0,05$). У одного пациента слух остался без изменений на дооперационном уровне.

У 5 пациентов с атрезией наружного слухового прохода использованы аппараты ВАНА. Операция и послеоперационный период прошли без осложнений. Дооперационное нарушение слуха у этих пациентов составило $45,5 \pm 0,9$ дБ. Аудиологическое усиление составило 33,8 дБ. Субъективная оценка пациентами функционального результата операции была высокой.

Заключение.

1. Выполнение меатотимпаноластики с применением хрящевых трансплантатов позволяет добиться высоких функциональных результатов: сокращения КВИ после операции до $25,4 \pm 0,7$ дБ ($P < 0,05$).

2. Прогнозирование конечного анатомического и функционального результата должно быть оценено с учетом анатомических нарушений и данных компьютерной томографии, однако только в процессе операции можно с точностью определить характер нарушений в барабанной полости и избрать вариант реконструкции уха.

3. При неэффективности или отрицательной оценке возможностей реконструкции уха во время операции или по результатам предоперационного обследования следует использовать другие способы реабилитации слуха, например, такие как аппараты ВАНА. Пациенты должны быть информированы о данном методе перед выбором тактики лечения.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКИ

Плавский Д.М., Хоров О.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Цель исследования: проанализировать клинико-морфологические результаты тимпаноластики с применением хрящевого трансплантата, изготовленного по новой методике.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 68 пациентов с хроническим гнойным средним отитом: эпитимпано-антральным 22 (32,4%) и туботимпанальным 46 (67,6%), которым была выполнена первичная тимпаноластика.

Для восстановления целостности барабанной перепонки использовали свободный аутоотрансплантат фасции височной мышцы и аллогенную хрящевую пластинку с насечками, выполненными по предложенной методике, у 49 (72,1%) пациентов, хондроперихондральный аутоотрансплантат ушной раковины или козелка с нанесенными насечками у 19 (27,9%) пациентов.

На хрящевой пластине толщиной 0,2–0,3 мм выполняли продольные насечки с двух сторон таким образом, чтобы они не совпали, но выходили за середину пластины. Из хрящевой пластины моделировался ряд мобильных по отношению друг к другу фрагментов. Нижний край такой пластины помещался на выступающую часть треугольной опоры. В качестве второй точки опоры использовалась рукоятка молоточка.

Клинико-морфологические результаты: Для анализа клинико-морфологического результата операций применили рабочие критерии, среди которых выделили следующие:

- 1) отсутствие отореи;
- 2) закрытие перфорации и целостность неотимпанальной мембраны;
- 3) положение по отношению к стенкам наружного слухового прохода с формированием острого переднего меатотимпанального угла;
- 4) отсутствие втяжений и ретракций;
- 5) подвижность неотимпанальной мембраны и воздухоносность неотимпанальной полости.

В зависимости от сочетания указанных критериев клинико-морфологические результаты были подразделены на отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

В случае наличия перфорации или отореи, независимо от других критериев, результат считали неудовлетворительным.

Проанализировав указанные критерии, мы получили следующие результаты (таблица 1).

Таблица 1 – Клинико-морфологические результаты тимпанопластики

Результат	Количество пациентов в сроки					
	6 месяцев		12 месяцев		24 месяца	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отличный	60	88,2	51	89,5	32	88,9
Хороший	5	7,4	4	7,1	3	8,3
Удовлетворительный	2	2,9	1	1,7	1	2,8
Неудовлетворительный	1	1,5	1	1,7	0	0
Всего	68	100	57	100	36	100

Мы оценили клинико-морфологический результат в зависимости от пластического материала, применяемого для тимпаноластики (таблица 2).

Таблица 2 – Зависимость клинико-морфологического результата от пластического материала, применяемого для тимпаноластики

Результат	Аллохрящ и фасция височной мышцы		Аутохрящ и перихондрий	
	Абс.	%	Абс.	%
Отличный	44	89,8	16	84,2
Хороший	3	6,1	2	10,5
Удовлетворительный	1	2,05	1	5,3
Неудовлетворительный	1	2,05	0	0
Всего	49	100	19	100

При оценке различий между положительными результатами при применении различных тканей мы установили, что разница в этих результатах статистически недостоверна ($P > 0,05$).

Использование пластины из хряща позволило сформировать анатомичный передний меатотимпанальный угол у 57 пациентов (83,8%) и произвести формирование целостной подвижной мембраны у 67 пациентов (98,5%).

Выводы:

1. Формирование пластины в виде мобильных фрагментов приводит к увеличению ее амплитудно-частотной характеристики и, следовательно, к улучшению колебательной способности, что положительно сказывается на результатах тимпаноластики.

2. Применение предложенного способа тимпаноластики позволяет достичь высоких клинико-морфологических результатов (98,5%), которые остаются стабильными в отдалённые сроки после операции.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СРЕДНЕМ УХЕ

Плавский Д.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

При выборе материала для пластики барабанной перепонки необходимо придерживаться следующих принципов:

1. Чем ригиднее материал, тем устойчивее неотимпанальная мембрана к перепаду давления и ретракции.

2. Чем эластичнее материал, тем лучше условия звукопроводимости, но большая склонность к вторичной ретракции.

Однако важно не только создать неотимпанальную мембрану, но и добиться при этом максимального функционального результата. Ведь именно от этого и зависит качество жизни пациента.

Цель исследования: оценить отдаленные функциональные результаты реконструктивных операций на среднем ухе, выполненных по предложенной методике.

Нами разработан новый способ тимпаноластики (патент №13296 от 24.03.2008г.), суть которого заключается в следующем: из небольшого сегмента хряща готовили треугольный фрагмент в виде усеченной пирамиды, который помещали в гипотимпанум в качестве опоры для хрящевой пластины. Высота этого фрагмента соответствовала ширине гипотимпанума.

На рукоятку молоточка и опору в гипотимпануме помещали хрящевую пластину толщиной 0,2-0,3 мм с выполненными на ней продольными насечками, не совпадающими в одной плоскости.

Материал. Предложенным способом было прооперировано 125 пациентов с хроническим гнойным средним отитом в возрасте от 5 до 64 лет. Из них 68 пациентам выполнена тимпаноластика 1 типа, 30 – аттикоантротомия с тимпаноластикой, и 27 – радикальная операция с тимпаноластикой по открытому типу. Все пациенты имели обширный дефект барабанной перепонки.

Результаты хирургического лечения оценили по: 1) уменьшению порогов воздушной проводимости; 2) сокращению костно-воздушного интервала.

Функциональные результаты: По данным тональной пороговой аудиометрии, у пациентов после тимпаноластики 1 типа во всем частотном диапазоне до операции пороги воздушной проводимости составили (медиана и квартили) 40,0 (30,0; 40,0) дБ. Через 1 месяц пороги воздушной проводимости сократились до 20,0 (15,0; 20,0) дБ, через 6 месяцев и 12 месяцев – 10,0 (10,0; 20,0) дБ, $p < 0,05$. Костно-воздушный интервал у пациентов данной группы до операции составлял 30,0 (30,0; 30,0) дБ, после операции сократился до – 10,0 (10,0; 10,0) дБ во все сроки наблюдения, $p < 0,05$ (критерий Вилкоксона).

У пациентов после аттикоантротомии с тимпаноластикой до операции пороги воздушной проводимости составили 40,0 (35,0; 40,0) дБ. Через 1 месяц после операции пороги воздушной проводимости сократились до 20,0 (20,0; 30,0) дБ, через 6 месяцев и 12 месяцев – 20,0 (20,0; 20,0) дБ, $p < 0,05$. Костно-воздушный интервал у пациентов данной группы до операции составлял 35,0 (30,0; 40,0)

дБ, через 1 месяц после операции он сократился до – 20,0 (20,0; 20,0) дБ, через 6 месяцев – до 20,0 (15,0; 20,0) дБ, через 1 год – 15,0 (10,0; 15,0) дБ, $p < 0,05$.

У пациентов после радикальной операции с тимпанопластикой по открытому типу до операции пороги воздушной проводимости составили (медиана и квартили) 30,0 (30,0; 40,0) дБ. Через 1 месяц после операции пороги воздушной проводимости сократились до 20,0 (20,0; 30,0) дБ, через 6 месяцев и 12 месяцев – 20,0 (20,0; 30,0) дБ, $p < 0,05$. Костно-воздушный интервал у пациентов данной группы до операции составлял 30,0 дБ (30,0; 40,0) дБ, после операции сократился до 20,0 дБ (20,0; 20,0) дБ во все сроки наблюдения, $p < 0,05$.

При анализе приведенных данных видно, что после операции произошло снижение порогов воздушной проводимости по всему частотному диапазону, а также сокращение КВИ во все сроки наблюдения. Наибольший функциональный результат был достигнут в группе пациентов после тимпаноластики 1 типа, наименьший после объемных saniрующих вмешательств.

Заключение. Применение предложенного способа тимпаноластики позволяет достичь высоких и стабильных функциональных результатов при различных объемах оперативного вмешательства, о чём свидетельствует статистически достоверное уменьшение порогов воздушной проводимости и сокращение костно-воздушного интервала во все сроки наблюдения у пациентов после указанных реконструктивных вмешательств.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТОЛЩИНЫ ХРЯЩЕВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СРЕДНЕМ УХЕ

Плавский Д.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Устранение дефектов барабанной перепонки хирургическим способом требует, в конечном итоге, достижения высоких функциональных результатов. Поэтому имеют значение в функциональном плане характеристики материалов, которые используются при таких операциях. Методы для оценки характеристик должны отличаться высокой чувствительностью.

Нам представляется возможным дальнейшее усовершенствование методик лечения больных хроническим гнойным средним отитом на основе экспериментальных исследований.

Целью проведенных исследований является получение амплитудно-частотной характеристики (АЧХ) хрящевых пластин, применяемых для тимпанопластики с использованием электроакустического метода.

Материалы и методы. Для выполнения эксперимента исследования проводились на хрящевых пластинах толщиной от 0,1 мм до 0,5 мм, нарезанных с высокой точностью на серийном микротоме.

Для получения и регистрации АЧХ хрящевых пластин различной толщины был разработан и применен электроакустический метод. Суть данного метода заключается в том, что регистрируется амплитуда вынужденных колебаний исследуемой пластины в интересующем диапазоне частот под воздействием на нее акустических колебаний.

Результаты эксперимента и их оценка. Среди всех исследуемых образцов наибольшая амплитуда колебаний была зарегистрирована у пластин толщиной 0,2 и 0,3 мм. Среднее значение амплитуды колебаний пластины толщиной 0,2 мм без насечек по всему исследуемому диапазону составило (медиана и квартили) – 9,0 (7,5; 11,0) мВ, а пластины с нанесенными насечками – 12,0 (12,0; 13,0) мВ. Сравнение значений АЧХ пластин с насечками и без них, показало статистически достоверно меньшие показатели хрящевых пластин без насечек ($P < 0,05$), критерий Вилкоксона.

Среднее значение амплитуды колебаний пластины толщиной 0,3 мм без насечек по всему исследуемому диапазону составило (медиана и квартили) – 9,0 (5,0; 10,0) мВ, а пластины с нанесенными насечками – 12,0 (10,0; 14,0) мВ. Сравнение значений АЧХ пластин с насечками и без них показало статистически достоверно меньшие показатели хрящевых пластин без насечек ($P < 0,05$).

Оценка полученных в эксперименте результатов свидетельствует о том, что хрящевые пластины толщиной 0,2 мм и 0,3 мм имеют наилучшую АЧХ среди всех исследуемых пластин без нанесения насечек. При этом АЧХ пластин ухудшается с увеличением их толщины. Однако после выполнения насечек наилучшая АЧХ была получена и у пластин толщиной 0,2 и 0,3 мм. Отмечается также ухудшение АЧХ при увеличении толщины пластины с насечками.

Следует отметить, что с увеличением толщины пластины ухудшается ее АЧХ, что говорит об уменьшении колебательной способности пластинки под действием звуковых колебаний. Таким образом, значения АЧХ, полученные с пластин с насечками толщиной 0,2 мм и 0,3 мм, статистически достоверно отличались от

значений у аналогичных пластин без насечек ($P < 0,05$). Сравнение значений пластин без насечек и с их нанесением толщиной 0,1, 0,4 и 0,5 мм статистически достоверно не отличалось ($P > 0,05$).

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие **выводы**:

1. Впервые в эксперименте на хрящевых пластинах с применением электроакустического метода изучена их амплитудно-частотная характеристика с целью оценки акустических характеристик хрящевых пластин, применяемых для тимпаноластики.

2. Данные, полученные в эксперименте, позволили определить оптимальную толщину хрящевой пластины – 0,2 – 0,3 мм и целесообразность выполнения на них насечек по предложенной методике, что статистически достоверно подтверждено (критерий Вилкоксона).

ЛАЗЕРНАЯ ТИМПАНОТОМИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Хоров О.Г., Шейбак М.В., Ракова С.Н., Головач Е.Н.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Хирургическое лечение экссудативного среднего отита (ЭСО) имеет своей целью обеспечить искусственную вентиляцию среднего уха через отверстие в барабанной перепонке. Для этого используют три стандартные операции: миригнотомию (парацентез), лазерную тимпаностомию, тимпаностомию с введением тимпаностомических трубок (шунтов). Миригнотомия производится путём разреза барабанной перепонки. Она обеспечивает вентиляцию среднего уха в течение нескольких часов или, в лучшем случае, нескольких суток и поэтому у больных ЭСО применяется редко.

Длительную вентиляцию барабанной полости традиционно обеспечивает тимпаностомия с введением в разрез барабанной перепонки шунтов. Этим достигается вентиляция в течение нескольких месяцев, иногда даже лет. Хотя ношение тимпаностомической трубки может осложняться закупориванием просвета трубки экссудатом, выпадением трубки, склеротическими изменениями барабанной перепонки и среднего уха, атрофией барабанной перепонки, образованием холестеатомы, стойкой перфорацией барабанной перепонки. За последние 5 лет с 2006 по 2010 год на базе ЛОР-детского отделения выполнена 351 тимпанотомия с шунтированием.

Альтернативный метод выполнения тимпанотомии связан с лазером. Лазерная тимпаностомия проводится путём создания пер-

форации барабанной перепонки хирургическим лазером. «Лазерное» отверстие заживает дольше, чем созданное ножом, и существует в зависимости от величины, до 1,5 месяцев, и затем самостоятельно зарастает.

Цель: разработать методику лазерной тимпанотомии барабанной перепонки с использованием аппарата лазерного медицинского «ФОТЭК ЛК-50», созданного на основе твердотельного импульсного лазера с длиной волны 1,064 мкм. По данным литературы, до настоящего времени в Беларуси подобная методика не выполнялась.

Предварительно с целью разработки методики нами были выполнены экспериментальные исследования на препаратах височной кости. Поставлена серия опытов. Исследование проводилось с применением многократного воздействия на барабанную перепонку лазерного излучения мощностью от 10Вт до 60Вт и интенсивностью от 1 до 10 сек. Мы установили, что оптимальная мощность воздействия составила 20 Вт при длительности излучения – 3 сек. Таким образом формируется ровное округлое отверстие. Его размер может быть выбран нами сообразно конкретному случаю и произведен путём серии повторяющихся импульсов. Импульсная подача энергии даёт возможность контрольного управления воздействием на ткань барабанной перепонки. Используя данные параметры, лазерную энергию можно подвести непосредственно к месту предполагаемой мириготомии в любом квадранте барабанной перепонки. Это возможно даже при наличии анатомически узкого, извитого наружного слухового прохода и исключить риск возможных осложнений.

Выполнение лазерной тимпанотомии в нашей клинике на базе детского оториноларингологического отделения Гродненской областной клинической больницы у 7 детей показало, что метод характеризуется простотой, короткой продолжительностью операции, хорошо переносится больными. Сокращается срок пребывания больных в стационаре, причём процедура может выполняться в амбулаторных условиях.

Выводы. Разработана технология использования лазера Nd:YAG для создания тимпаностомических отверстий в барабанной перепонке при экссудативных средних отитах. Оптимальными параметрами лазерного излучения для проведения тимпанотомии являются 20В т однократным импульсом длительностью 3 сек. Применение лазера позволяет применять данную технологию как в стационарных, так и в поликлинических условиях пациентам любой возрастной группы.

ОСОБЕННОСТИ САНАЦИИ СРЕДНЕГО УХА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С УЧЕТОМ ПОСЛЕДУЮЩЕГО РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА

**Меланьин В.Д., Ахмедов Ш.М., Мухамедов И.Т.,
Агаронова З.Б., Абдулаев Б.З.**

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», г. Москва

Любой тимпанопластике предшествует saniрующий этап операции. При выполнении санации необходим хороший обзор операционного поля, что обеспечивается адекватным хирургическим доступом.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности хирургического лечения хронического среднего отита за счет определенной поэтапной ревизии и санации полостей среднего уха.

Материалы и методы. При склеротическом типе строения сосцевидного отростка и небольшой холестеатоме, ограничивающейся лишь аттикоантральной областью, операцию мы начинаем с удаления латеральной стенки аттика и проксимальной части задней стенки наружного слухового прохода до полного обзора антрума (доступ по Штаке). Заднюю стенку наружного слухового прохода удаляем по ходу распространения холестеатомы до полного ее выделения с матриксом. После тщательной хирургической санации приступаем к восстановлению удаленных анатомических структур. Для этой цели мы используем хрящевые аутоотрансплантаты из ушной раковины. Особенностью методики является то, что дефект латеральной стенки аттика и задней стенки наружного слухового прохода мы закрываем единым трансплантатом. С выпуклой стороны трансплантата делаем насечки и сгибаем по форме дефекта латеральной стенки аттика. Для более прочной фиксации хрящевого трансплантата мы формируем костный желобок в краях костного дефекта задней стенки наружного слухового прохода, в который и устанавливаем аутоотрансплантат.

Для ревизии мастоидальной полости, особенно при пневматическом типе строения сосцевидного отростка бором випиливаем кортикальный слой сосцевидного отростка, затем удаляем патологически измененные ткани. Далее путем истончения наружной стенки адитуса со стороны антрума расширяем вход в пещеру. Со стороны мастоидальной полости становятся обозримыми аттик, головка молоточка, тело и короткая ножка наковальни. Для ревизии области тимпанального синуса, ниш окон улитки и преддверья выполняем заднюю тимпанотомию, манипулируя кнаружи от канала

лицевого нерва и сохраняя целостность кости наружного слухового прохода. Для визуализации нижних отделов барабанной полости при удалении кости приходится сталкиваться с трудностью сохранения барабанной струны. Иногда приходится ее пересекать. При удалении кости нижней части задней стенки с переходом на нижнюю стенку наружного слухового прохода учитываем вероятность высокого расположения луковицы яремной вены.

Если после широкого открытия ретротимпанального пространства и барабанной полости остается неуверенность в их достаточной санации, а также в тех случаях, когда костная часть задней стенки затрудняет хороший обзор всех отделов среднего уха, мы резецируем костную стенку слухового прохода с последующим ее установлением на прежнее место. В связи с этим удаляем фрагмент стенки наружного слухового прохода единым блоком специальными пилами. Блок удаляемой кости включает в себя часть верхней и всю заднюю стенку наружного слухового прохода. Для лучшей фиксации костных фрагментов используем биологический клей. Зазоры, образованные между реплантатом и костным проемом, заполняем смесью костной стружки и клея. Операцию заканчиваем один из вариантов тимпанопластики.

Выводы. Таким образом, принцип последовательной ревизии и санации полостей среднего отдела уха позволяет максимально сохранить его архитектуру, и подготовить условия для одномоментной или поэтапной тимпанопластики.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ХРЯЩЕВЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ

Меланьин В.Д., Хамидов А.Г.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», г. Москва

При операциях на носовой перегородке часто возникает необходимость восстанавливать костный и хрящевой ее остов опорными тканями. Получение тканей от оперируемого больного ограничено и связано с дополнительной травмой. Различного рода имплантаты, – инородные тела, – в организме больного инкапсулируются и часто нагнаиваются. Использование тканей другого человека и животных сопряжено с опасностью переноса инфекции и иммунологической несовместимостью.

В своей работе мы используем постмортальный реберный хрящ человека, который приобретаем в лаборатории по заготовке и консервации тканей ЦИТО им. Приорова. Хрящ нарезаем тонкими пластинками, консервируем и храним в 0,5% растворе формалина

на физиологическом растворе в условиях бытового холодильника при температуре $+2^{\circ}$, $+4^{\circ}$ Цельсия, за 30–60 минут до пересадки отмываем от остатков формалина в физиологическом растворе хлорида натрия.

Хрящ состоит из коллагена, индифферентного в иммунологическом отношении; питается путем осмоса из окружающих тканей. Он не имеет кровеносных сосудов, поэтому после трансплантации клетки и антитела, перемещающиеся по кровеносным сосудам реципиента, не могут проникать внутрь хрящевого трансплантата и вызвать реакцию отторжения. Обладающие антигенными свойствами хрящевые клетки трансплантата плотно замурованы в толще его основного вещества, они также не могут выходить в кровеносное русло реципиента и вызывать его ответную иммунную реакцию. В процессе консервации слабыми растворами формалина консервируемые ткани находятся в прижизненном состоянии, снижается их антигенная активность, они обеззараживаются. Хрящ легко моделируется во время операции, в костном ложе замещается костной тканью реципиента, в мягкотканом ложе сохраняет структуру хряща. Метод консервации хорошо зарекомендовал себя и прочно вошел в практику пластической и восстановительной хирургии.

Целью настоящего исследования явилось изучение общих и местных изменений в организме человека после восстановления ему остова перегородки носа консервированными в 0,5% растворе формалина хрящевыми трансплантатами.

Показаниями к аллотрансплантации хряща служило значительное искривление перегородки носа, когда не было возможности использовать собственный хрящ и кость перегородки больного, а также наличие перфорации перегородки, опущение кончика носа и т.д.

Методика операции заключалась в следующем. Вначале выполняли классическую операцию по Киллиану с удалением искривленных участков хряща и костей, формирующих остов перегородки носа. Образовавшийся дефект устраняли множественными пластинками консервированного хряща. Мукопериост и мукоперихондрий укладывали строго по средней линии и надвое суток прижимали эластическими тампонами. Послеоперационный период проводили на фоне антибиотиков.

Под нашим наблюдением было 25 больных, все мужского пола, возрастом от 16 до 53 лет. У 23 больных была выполнена операция типа Киллиана с замещением хрящевого и костного отдела перегородки носа консервированным хрящом. У двух больных по-

сле ранее произведенной подслизистой резекции перегородки носа было устранено опущение кончика носа путем трансплантации хряща в колумелу. Одному из них одновременно была закрыта ранее существующая послеоперационная перфорация перегородки хрящевыми аллотрасплантатами и смещением слизистой оболочки с соседних областей полости носа.

У всех 25 больных послеоперационный период протекал без осложнений. Общая и местная реакция организма не отличалась таковой, наблюдаемой при септопластике с использованием собственного хряща больного. Остов перегородки носа спустя 6 и более месяцев оставался упругим, слизистая оболочка оставалась влажной, физиологические функции носа находились в пределах нормы. Иммунного ответа на трансплантацию хряща не обнаружено.

Предварительные исследования свидетельствуют о том, что наша методика септопластики, то есть операция типа Киллиана с замещением остова перегородки пластинками консервированного хряща, может быть рекомендована для практического применения.

ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОЙ И ХРЯЩЕВОЙ ТКАНЕЙ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЛОР-ОРГАНОВ

Меланьин В.Д., Хамидов А.Г.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», г. Москва

В 1968 году нами было положено начало основополагающим экспериментальным и клиническим исследованиям по научному обоснованию применения костной и хрящевой тканей для хирургического лечения различных патологических состояний органов верхних дыхательных путей и слуха. За 40 лет работы проведено более 500 экспериментов на собаках и кроликах, прооперировано более 2000 больных.

Свободную пересадку костной и хрящевой тканей применяли для устранения обширных дефектов лобно-орбитальной области, образовавшихся в результате травмы или операции по поводу доброкачественных опухолей, рецидивирующих гнойных и гнойно-полипозных фронтитов, муко- и мукопиоцеле лобных пазух, остеомиелита стенок фронтальных синусов и чешуи лобной кости, грубых дефектов и деформаций носа, костных дефектов и костных полостей височной кости, возникших после проведения saniрующих операций в связи с эпи- и эпимезотимпанитом и мастоидитом, косметических дефектов лица, для создания плотного остова перегородки носа, восполнения отсутствующих слуховых косточек и барабанной перепонки, формирования антрума и неотимпанальной полости, закрытия стойких трахеостом и т.д.

В зависимости от клинической ситуации выполняли первичную, первично отсроченную и вторичную пластику. Использовали свежие и консервированные ткани. Свежие получали непосредственно у оперируемого больного, ткани донора подвергали консервации в 0,5% растворе формалина, приготовленном на изотоническом растворе хлорида натрия по предложенной В.Ф. Парфентьевой, В.Д. Развадовским и В.И. Дмитриенко (1965) и ранее описанной нами методике.

От живых людей использовали утильные ткани, оставшиеся после декомпрессивной трепанации черепа или подслизистой резекции перегородки носа. От трупов человека заготавливали кости свода черепа и реберный хрящ, от телят, свиней — реберный хрящ, хрящ мечевидного отростка, от эмбрионов человека и животных — костную ткань бедра. В бедре собаки выращивали слуховые косточки, консервировали и пересаживали человеку.

Консервация в 0,5% растворе формалина необычайно проста и удобна в практическом применении. Слабые растворы формалина обладают бактериостатическим и фиксирующим эффектом. В ближайшие 5–10 дней от начала консервации микроорганизмы обезвреживаются, поэтому ткани заготавливают без строгих асептических предосторожностей. В процессе консервации длительно сохраняются прижизненные свойства тканей, резко ослабляется их антигенная активность.

Заполнение сквозных дефектов и костных полостей костными и хрящевыми трансплантатами сопровождается их замещением костным регенератом. Пересаженная выращенная в организме животного слуховая косточка покрывается слизистой оболочкой барабанной полости оперированного больного и в соответствии с функциональными запросами равномерно перестраивается. Костное вещество животного постепенно ассимилируется и замещается костной тканью оперированного больного. Первоначальная форма слуховой косточки сохраняется.

Для контурной пластики и заполнения костных полостей на ЛОР-органах предпочтительна хрящевая пластика. Хрящ более пластичен, легко моделируется, менее подвержен инфицированию. В костном ложе замещается костной тканью, в мягких тканях сохраняет структуру хряща, пересаженный на поверхность кости, со стороны костной поверхности замещается костной тканью, со стороны надкостницы сохраняет структуру хряща и заданную форму. Ввиду плотности основного вещества и затруднения выхода в организм реципиента хрящевых клеток антигенные свойства даже неконсервированного хряща незначительны.

Перестройка всех трансплантатов подчиняется общей закономерности. Замещение происходит преимущественно за счет регенерации тканей реципиента: при устранении костного дефекта цельным трансплантатом – с краев костного дефекта по типу синхронного его замещения костной тканью реципиента; при заполнении полых и не полых костных дефектов мелкими кусочками кости и хряща по всему массиву пересадки по типу эмбрионального остеогенеза. Скорость перестройки зависит от индивидуальной и видовой принадлежности пересаженной ткани. Интенсивнее перестраиваются свежие ауто трансплантаты, медленнее – аллотрансплантаты и еще медленнее – ксенотрансплантаты. Конечный результат операции при всех видах пластики при равных условиях одинаков. Исход пластической операции во многом зависит от степени соблюдения методик заготовки, консервирования и хранения пластического материала, определения правильных показаний, противопоказаний и условий для пересадки тканей, выбора пластического материала, качества проведения санирующего и пластического этапов операции и методики послеоперационного ведения. Наличие под руками простейшего банка консервированных в слабых растворах формалина тканей значительно расширяет возможности пластической хирургии и хирургического лечения многих патологических состояний ЛОР-органов.

Все оперированные больные хорошо перенесли реконструктивно-восстановительное вмешательство, реакция на трансплантацию тканей не отличалась от реакции на обычную хирургическую травму. У всех больных наступило выздоровление. Планируемый санирующий, функциональный и косметический эффект достигнут. Единичные осложнения находились в прямой зависимости от отступления от методических приемов консервации, операции и ведения послеоперационного периода, которые были допущены на первых этапах проведения работы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТА «ПЕРФООСТ» ПРИ СЕПТОПЛАСТИКЕ

Хамидов А. Г., Меланьин В. Д., Учуров А. Г.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», Москва

Современный уровень развития восстановительной хирургии в оториноларингологии невозможно представить без реконструктивных хирургических вмешательств и без использования различного вида пластических материалов. Используемые при этом материалы должны быть легко доступны, просты в хранении, характеризоваться отсутствием пирогенных и иммуногенных свойств и

обеспечивать органотипическую регенерацию тканей, по возможности, в короткие сроки при полной биодegrадации трансплантатов.

Трансплантаты из аутоканей являются наиболее оптимальными пластическими материалами для реконструктивной пластики остова перегородки носа (ПН). Однако нередко возникают ситуации, при которых становится невозможным произвести реимплантацию пластин из собственного хряща ПН из-за значительной его деформации. Изъятие аутоотрансплантата из ушной раковины, а тем более из подвздошной кости или из ребра больного связано с дополнительными серьезными хирургическими вмешательствами, с возможными осложнениями.

Благополучный исход любой пластической операции, в которой используются аллотрансплантаты, во многом зависит от качества их изготовления и консервации.

Одним из современных методов стерилизации аллопластических материалов является ионизирующее излучение. Наибольшее распространение получил метод стерилизации ионизирующим излучением потоком быстрых электронов.

Цель исследования: экспериментально обосновать возможность использования и апробировать в клинической практике деминерализованный костный имплант «Перфоост» при реконструкции перегородки носа.

В тканевом банке Центрального института травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова г. Москвы изготовлен деминерализованный костный аллоимплантат (ДКИ) «Перфоост». Материал не имеет аналогов в России и представляет собой частично или полностью деминерализованные лиофилизированные перфорированные пластины, приготовленные из длинных и плоских костей аллогенного происхождения. Материал стерилизуется ионизирующим излучением потоком быстрых электронов с дозой поглощения 25 кГр, помещенных в герметическую упаковку со сроком хранения три года не требующих специального оборудования.

Материалы и методы. Нами проведены исследования у 108 больных, которым были выполнены операции типа Киллиана с замещением образовавшихся дефектов ПН аллоимплантатами «Перфоост». Помимо общеклинических методов исследования до операции и в различные сроки после хирургического вмешательства, изучали основные физиологические функции носа, двигательную активность мерцательного эпителия, термометрию, цитологическое исследование, компьютерную томографию, видеоэндоскопию и ринопневмометрию.

Результаты. Сроки наблюдения составили более 4 лет. Непосредственный и ближайший послеоперационный период у больных протекал гладко. Реактивные явления слизистой ПН были незначительными и исчезали в течение 7–10 дней. Случаев нагноения и отторжения не наблюдалось. Спустя 6 и более месяцев после пластики остов ПН оставался упругим, слизистая оболочка была влажной, физиологические функции носа находились в пределах нормы.

Выводы. Результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о том, что пластический материал «Перфоост» безопасен при использовании, а предложенная нами методика пластики ПН, заключающаяся в удалении искривленных участков ПН с последующим замещением образовавшегося дефекта остова пластинами из ДКИ «Перфооста», может быть рекомендована для практического применения в реконструктивно-пластической ринохирургии.

СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ (МЕЗОТИМПАНИТОМ) И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Якшин А.А.

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», Москва

Бактериологические исследования микрофлоры среднего уха и ее чувствительности к антибактериальным препаратам у пациентов с хроническим гнойным средним отитом проводятся более 50 лет. С тех пор на фоне широкого и бесконтрольного применения антибактериальных препаратов, постоянно изменяется ее видовой состав, увеличивается доля резистентных форм микроорганизмов, все чаще к бактериальному процессу присоединяется грибковая инфекция. Все эти факторы приводят к отрицательному результату как консервативного, так и хирургического метода лечения данной категории больных.

Цель исследования: анализ микрофлоры, колонизирующей наружный слуховой проход у пациентов с мезотимпанитом и определение степени ее чувствительности к антибактериальным препаратам.

Материалы и методы. За период 2008–2010 гг. был произведен ряд предоперационных бактериологических исследований микрофлоры наружного слухового прохода у 50 пациентов с диагнозом: хронический гнойный средний отит (мезотимпанит), не имевших в последние 6 месяцев обострения заболевания, дефект

барабанной перепонки был представлен большой центральной перфорацией, слизистая тимпанальной полости была тонкая, без явлений мукозита, функция слуховой трубы оценивалась как «хорошая» или «удовлетворительная».

Результаты. У 32% пациентов роста микрофлоры получено не было, по частоте встречаемости лидировали стафилококки, при микробиологическом исследовании они были получены у 56% пациентов и представлены *Staphylococcus aureus* и CNS. Грибковая флора была получена у 18% пациентов и представлена только родом *Candida*. Грамотрицательная флора обнаружена у 8% пациентов, а стрептококки высевались в единичных случаях и были обнаружены у 4% пациентов. Ассоциации микроорганизмов выявлены у 18% больных, в большинстве случаев с грибковой флорой – в 10% наблюдений.

Степень чувствительности выделенной микрофлоры к лечебным препаратам оценивалась по 3-балльной шкале: 0 – не чувствителен, 1 – слабо чувствителен, 2 – чувствителен, 3 – высокочувствителен.

Как показали результаты наших лабораторных исследований, высокой чувствительностью к выделенной микрофлоре обладают препараты для местного применения – диоксидин, хлоргексидин, а также цефалоспорины III поколения и фторхинолоны; умеренная чувствительность отмечалась у антибактериальных препаратов группы макролидов; низкая эффективность отмечена у наиболее распространенной в амбулаторной практике группе полусинтетических ингибитор-защищенных полусинтетических пенициллинов и левомицетина. Среди противогрибковых препаратов наиболее эффективными оказались кетоконазол, нистатин, антисептик хлоргексидин, невыраженный эффект отмечен у флуконазола и интраконазола.

Стафилококковый, стрептококковый, пио- и интестибактериофаг показали свою высокую эффективность в отношении всего спектра выделенной микрофлоры.

Выводы. На основании полученных данных по составу микрофлоры наружного слухового прохода у пациентов с мезотимпанитом в предоперационном периоде, с целью профилактики послеоперационных осложнений, целесообразно применять цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, при высеивании грибковой флоры – кетоконазол, нистатин, а для местного использования стафилококковый, пио- и интестибактериофаг.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ГОРТАНИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 1999 – 2009 ГОДАХ

Рыбак Р.Ф.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Рак гортани в Беларуси занимает первое место среди новообразований головы и шеи, составляя 3,6% в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями человека. За последние 10 лет увеличения заболеваемости раком гортани не отмечается. Болеют преимущественно мужчины в возрасте 40–60 лет. Несмотря на возможность визуальной диагностики рака гортани, большинство больных обращаются за помощью с опухолями, соответствующими Т3–4 степени распространенности первичной опухоли. Наиболее часто в гортани наблюдаются различные формы плоскоклеточного рака различной степени дифференцировки (Поляков С.М. и соавт., 2004).

Цель работы: изучение эпидемиологии рака гортани в Гродненской области в 1999–2009 гг.

Материал и методы. С 1999 по 2009 гг. в Гродненской областной клинической больнице проведено специальное лечение 927 больных раком гортани в возрасте от 32 до 92 лет. Из них мужчины составили 97% (900 человек), женщины, соответственно, 3% (27 человек). Жители села превалировали над жителями города: 513 сельских (55,3%) и 414 городских (44,7%). Наиболее часто рак гортани констатировался в возрастной группе от 51 до 60 лет (328 больных – 35,4%), реже в возрастной группе от 61 до 70 лет (264 пациента – 28,5%) и еще реже в возрасте от 71 до 80 лет (196 больных – 21,2%). В возрастной группе от 41 до 50 лет рак гортани диагностирован у 102 больных (11%), в возрастных группах от 31 до 40 лет и от 81 до 90 лет заболевание констатировано, соответственно, у 12 больных (1,3%), и 23 пациентов (2,5%). Из 927 больных 845 были курящими (91,2%), злоупотребление алкоголем отмечено у 565 человек (61%). Наиболее часто рак гортани встречался у лиц следующих профессий: водитель, тракторист, механизатор, строитель, колхозник, рабочий, сторож. Гистологическая структура опухоли была представлена эпидермоидным раком гортани: плоскоклеточный ороговевающий рак у 73,1% больных и плоскоклеточный неороговевающий рак у 26,9% больных. Локализованные (Т1–Т2) формы опухолевого процесса отмечены у 334 больных (36%), местно-распространенные – у 593 человек (64%). Метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи до начала специального лечения выявлены у 230 пациентов (24,8%) из 927 всей группы: расце-

ненные, как N1 – у 152 больных (16,4%); как N2 – у 66 (7,1%); как N3 – у 12 (1,3%). Отдаленные метастазы диагностированы у 9 пациентов (1%). Все больные были первичными.

Выводы:

1. Наиболее часто рак гортани встречается в возрастной группе 51–70 лет (63,9%), что не согласуется с литературными данными за последнее десятилетие.

2. Курение и злоупотребление алкоголем в значительной степени повышают риск развития рака гортани.

3. Местно-распространенные формы рака гортани в Гродненской области в 1999–2009 гг. были констатированы в 64% случаев, что говорит о поздней обращаемости пациентов за медицинской помощью и, возможно, недостаточной онкологической настороженности районных оториноларингологов.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 1986 – 2006 ГОДАХ

Рыбак Р.Ф., Меланьин В.Д., Колодко В.Н.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

С 1986 г. в лечении больных раком гортани в оториноларингологическом гнойном отделении для взрослых Гродненской областной клинической больницы используется собственная методика комбинированного лечения по схеме: предоперационная лучевая терапия на первичный очаг и зоны регионарного метастазирования по 4Гр ежедневно в СОД=20Гр (эквивалент 32Гр стандартной методики), в день последнего облучения производится соответствующее оперативное вмешательство; по заживлении операционной раны применяется послеоперационная лучевая терапия на зоны регионарного метастазирования по 2Гр ежедневно в СОД=40Гр (Меланьин В.Д., Рыбак Р.Ф. и соавт., 1995; 1998).

Цель работы: изучение результатов комбинированного лечения больных раком гортани в Гродненской области в 1986–2006 гг.

Материал и методы. Число больных, взятых на первичный учёт по поводу этого заболевания в 1986–2006 гг., составило 1153 человека. Из них только хирургическим методом лечилось 65(5,6%) пациентов, лучевым – 554(48%) больных, комбинированным методом – 300(26%), химиолучевым – 234(20,4%) пациента. Ранние стадии заболевания выявлены у 392 (34%) больных, поздние, соответственно, у 761 (66%) пациента.

Курс комбинированного лечения по предложенной методике проведен 300 больным раком гортани в возрасте от 27 до 79 лет.

Все больные были первичные. Средний возраст до начала специального лечения составил $55,2 \pm 7,5$ лет. Жители села незначительно преобладали над городскими пациентами. Курящие пациенты составили 90% от всех больных. Гистологическая структура опухоли была представлена в основном плоскоклеточным ороговевающим раком (87%).

Органосохраняющие оперативные вмешательства на гортани были выполнены 147 больным (49%) и 153 пациента (51%) были подвергнуты ларингэктомии. Первичное заживление операционной раны отмечено в 91,8% случаев (у 135 из 147 больных) при частичных резекциях гортани. Первичное заживление операционной раны после ларингэктомии было отмечено в 68,6% случаев (у 105 больных из 153).

Общая 5-летняя выживаемость в I стадии опухолевого процесса составила $95 \pm 5\%$, во II – $89,5 \pm 5\%$, в III – $61 \pm 4\%$ и в IV – $30 \pm 5\%$.

Вывод.

Используемая методика комбинированного лечения больных раком гортани эффективна, технически проста в исполнении, может быть альтернативной на ранних стадиях опухолевого процесса.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Рыбак Р.Ф., Зайцев В.И.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Распространенность синдрома обструктивного апноэ сна СОАС составляет 5–7% от всего населения старше 30 лет. При тяжелых формах СОАС может отмечаться до 400–500 остановок дыхания за ночь общей продолжительностью до 3–4 часов, что ведет к острому и хроническому недостатку кислорода во время сна. Это, в свою очередь, существенно увеличивает риск развития артериальной гипертензии, нарушений ритма сердца, инфаркта миокарда, инсульта и внезапной смерти во сне.

Основным маркером СОАС является обструктивное апноэ – прекращение носоротового потока на 10 секунд и более при сохраняющихся дыхательных усилиях, что обусловлено спадением дыхательных путей на уровне глотки. При неполной обструкции дыхательных путей могут наблюдаться гипопноэ – респираторные события, характеризующиеся частичным снижением носо-ротового потока в сочетании с падением насыщения крови кислородом не менее чем на 3%. Интегральным показателем степени тяжести

СОАС является индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ), который вычисляется по формуле: (количество апноэ + количество гипопноэ) / длительность сна в часах. В норме ИАГ = 0–4 в течение часа. Легкая форма СОАС диагностируется при ИАГ = 5–14 в час, умеренная – при ИАГ = 15–29, тяжелая – при ИАГ = 30 и более в час.

Цель работы: разработать эффективный способ диагностики СОАС и внедрить его в клиническую практику.

Материал и методы. Основой инструментальной диагностики СОАС является полисомнография – метод длительной регистрации различных функций человеческого организма в период ночного сна. Полисомнография проводится в лабораториях сна, располагающих соответствующим диагностическим оборудованием. Однако сомнография – трудоемкое и дорогостоящее исследование. Мы применили простое и не обременительное исследование с помощью «Комплекс аппаратно-программный носимый с цифровой записью мониторинга ЭКГ и АД по Холтеру «Кардиотехника-04»», производства Санкт-Петербург, Россия. Комплекс предназначен для непрерывной регистрации и записи ЭКГ, реопневмограммы, периодического измерения и записи АД. Данный комплекс позволяет регистрировать дыхательные движения грудной клетки с помощью реографии легких. При этом регистрируются изменения омического сопротивления грудной клетки и выделяется кривая, соответствующая экскурсии грудной клетки – пневмограмма.

Анализ нарушений дыхания. Проанализированы результаты кардио-респираторного мониторинга 10 мужчин в возрасте от 32 до 47 лет, которым в 2009г. на базе отделения функциональной диагностики Гродненской областной клинической больницы проведено исследование с помощью «Комплекс аппаратно-программный носимый с цифровой записью мониторинга ЭКГ и АД по Холтеру «Кардиотехника-04»», производства Санкт-Петербург, Россия. Все пациенты были гиперстенического телосложения, повышенного питания. Общая продолжительность сна составила от 5 часов 45 минут до 10 часов. За время ночного сна нами регистрировались следующие нарушения дыхания: количество апноэ и гипопноэ, продолжительность каждого случая в секундах, их общая продолжительность по времени и в % от общей продолжительности сна, общая длительность апноэ + гипопноэ по времени и в % от общей продолжительности анализируемого сна. На конечном этапе исследования анализировались почасовые нарушения дыхания. В итоге, тяжелая форма СОАС диагностирована у 3-х больных, умеренная – у 5 и легкая форма, соответственно, у 2-х пациентов. Все пациенты

были подвергнуты в последующем оперативному лечению у оториноларинголога.

Вывод:

Метод диагностики нарушений дыхания во время сна с помощью «Комплекса аппаратно-программного носимого с цифровой записью мониторинга ЭКГ и АД по Холтеру «Кардиотехника-04»» технически прост в исполнении, информативен и с успехом может быть применен в широкой врачебной практике.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Чайковский В.В., Рыбак П.Р.

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Острый средний отит является одним из наиболее частых заболеваний в детском возрасте. В возрасте до 6 лет около 90% детей переносят хотя бы один эпизод острого среднего отита [1]. В последние годы увеличилось число больных с негнойными заболеваниями среднего уха, среди которых экссудативный средний отит составляет 75,1–80% [2,3].

Экссудативный средний отит чаще всего встречается в дошкольном и младшем школьном возрасте, чему способствует возрастной иммунодефицит, начало посещения детского коллектива и инфицирование респираторными вирусными инфекциями [4]. Острые вирусные инфекции, сопровождающиеся ринитом или риносинуситом, являются пусковым механизмом для развития экссудативного среднего 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.

Цель работы: изучение этиопатогенеза экссудативного среднего отита и повышение эффективности лечения данного контингента пациентов.

Материал и методы. Объектом исследования являлись 544 пациента с экссудативным средним отитом в возрасте от 1 до 17 лет, находившиеся на лечении в РНПЦ «Оториноларингологии» в 2009–2010 гг. Из них 277 (50,92%) пациентов составили мальчики, 267 (49,08%) пациентов – девочки. Наибольшее число пациентов составили дети в возрасте 1–4 года — 203 (37,3%) пациента, реже в возрасте 5–9 лет – 195 (35,8%) пациентов, от 10 до 14 лет – 94

(17,3%) пациента, и от 14 до 17 лет – 52 (9,6%) пациента. Пик обращаемости больных детей за медпомощью приходился на весенний – 234 (43%), и осенний периоды – 212 (38,9%) обращений, и резко падал в зимний период – 43 (8%) обращения, и в летний – 55 (10,1%) обращений. У 39 (7,17%) детей имелся подтвержденный положительный аллергологический анамнез. Всем больным в день поступления и в день выписки производилось стандартное оториноларингологическое и аудиологическое обследование.

Результаты лечения. Всем пациентам проводилась стандартная консервативная терапия, которая в большинстве случаев сочеталась с хирургическим лечением. У 451(82,9%) пациента было выполнено шунтирование барабанной полости или широкая тимпанотомия. В комплексную терапию экссудативного среднего отита в обязательном порядке включались препараты, улучшающие мукоцилиарный клиренс. При сочетании экссудативного отита и аллергического ринита в обязательном порядке назначались топические интраназальные кортикостероиды.

У 118 (21,7%) пациентов экссудативный средний отит сочетался с острыми вирусными инфекциями, сопровождавшихся ринитом или риносинуситом. В 282 (51,8 %) случаях экссудативный средний отит сочетался с аденоидитом, в 74 (13,6%) случаях – с искривлением носовой перегородки и/или гипертрофией задних отделов нижней и средней носовых раковин. Экссудативный средний отит без выявленной сопутствующей оториноларингологической патологии констатирован у 70 (12,9 %) пациентов.

Выводы:

1. Наиболее часто экссудативный средний отит встречается в возрастной группе от 1 до 4 лет (37,3%), реже в возрасте 5–9 лет (35,8%). У детей среднего и старшего школьного возраста экссудативный средний отит выявлен, соответственно, в 17,3% и 9,6% случаев.

2. В этиологии экссудативного среднего отита четко прослеживается сезонность: пик обращаемости приходился на весенний (43%) и осенний периоды (38,9%). В зимний (8%) и летний (10,1%) периоды заболеваемость резко снижается.

3. Основными пусковыми механизмами развития экссудативного среднего отита являются: аденоидит (51,8 %), ОРВИ (21,7%), смещенная носовая перегородка и хронический ринит (13,6%).

4. Идиопатические формы экссудативного среднего отита констатированы у 12,9% пациентов.

ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ В СОСУДАХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БЕРЕМЕННЫХ С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ

Долина И.В. Буцель А.Ч.

*УО «Белорусский государственный медицинский
университет»*

Вследствие изменения гормонального статуса и увеличения объема циркулирующей крови во II и III триместрах у беременных женщин возникают предпосылки к изменению гемодинамики в сосудах полости носа, что приводит к отеку слизистой оболочки и развитию вазомоторного ринита. Основными параметрами доплерограммы являются скоростные характеристики потока и уровень периферического сопротивления. Относительные показатели (индексы резистентности и систоло-диастолический) помогают объективно оценить характер гемодинамики.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью стандартных пакетов программы STATISTICA 6.0 с использованием критерия Стьюдента. Результаты признавались значимыми при уровне достоверности $p < 0,05$.

Цель работы: оценить гемодинамику в сосудах полости носа методом доплерографии во II и III триместрах у беременных женщин.

Материалы и методы. Обследованы 42 беременные женщины во II и III триместрах: 20 – здоровых (ОГ2 n=10, ОГ3 n=10) и 22 – с вазомоторным ринитом (ГК2 n=10, ГК3 n=12).

Результаты и обсуждение. Сравнивая показатели, полученные у пациенток с вазомоторным ринитом, с показателями здоровых беременных женщин в тех же сроках беременности, мы обнаружили, что среднее значение систолической линейной скорости кровотока в сосудах слизистой оболочки полости носа у беременных во II триместре в основной подгруппе было $5,67 \pm 0,70$ см/с, что достоверно ниже показателя в подгруппе контроля – $11,62 \pm 0,84$ см/с ($p_{\text{Стьюдента}} = 0,002$) (таблица 1).

Таблица – 1 Показатели кровотока в сосудах слизистой оболочки полости носа здоровых и страдающих вазомоторным ринитом женщин во II и III триместрах

Подгруппа	VesPS, см/с	Ves ED, см/с	Ves RI	Ves S/D
ОГ2, n=10	5,67±0,70	2,60±0,20	0,45±0,02	1,78±0,06
p	0,002	0,002	0,002	0,002
ОГ3, n=12	4,04±0,53	2,23±0,22	0,43±0,03	1,81±0,11
p	0,0005	0,0001	0,055	0,055
КГ2, n=10	11,62±0,84	3,32±0,40	0,60±0,01	2,57±0,09
КГ3, n=10	9,85±0,97	4,65±0,42	0,49±0,02	1,99±0,11

Среднее значение диастолической линейной скорости кровотока во II триместре в основной подгруппе было 2,60±0,20 см/с, что достоверно ниже показателя у беременных женщин в контрольной подгруппе – 3,32±0,40 см/с ($p_{\text{Стьюдента}}=0,002$). Среднее значение индекса резистентности во II триместре в основной подгруппе было 0,45±0,02, что ниже, чем в подгруппе контроля – 0,60±0,01 ($p_{\text{Стьюдента}}=0,002$). Среднее значение систоло-диастолического индекса во II триместре в основной подгруппе было ниже показателя в подгруппе контроля – 1,78±0,06 и 2,57±0,09, соответственно ($p_{\text{Стьюдента}}=0,002$) (таблица 1).

Сравнивая показатели кровотока у здоровых пациенток и страдающих вазомоторным ринитом в III триместре гестации, мы обнаружили те же закономерности, что и во II триместре. Среднее значение систолической линейной скорости кровотока в сосудах слизистой оболочки полости носа в III триместре гестации в основной подгруппе составляло 4,04±0,53 см/с, что достоверно ниже показателей в III триместре гестации в подгруппе контроля – 9,85±0,97 см/с, ($p_{\text{Стьюдента}}=0,0005$). Среднее значение диастолической скорости кровотока в III триместре беременности в основной подгруппе (2,23±0,22 см/с) также достоверно ниже показателей в подгруппе контроля в том же сроке (4,65±0,42 см/с), $p_{\text{Стьюдента}}=0,0001$. Среднее значение индекса резистентности в III триместре гестации в основной подгруппе было 0,43±0,03, что имеет тенденцию к более низким показателям, чем в III триместре гестации в подгруппе контроля – 0,49±0,02, ($p_{\text{Стьюдента}}=0,055$). Среднее значение систоло-диастолического индекса в III триместре беременности в основной подгруппе было равно 1,81±0,11, что также имеет тенденцию к более низким показателям, чем в группе контроля в III триместре (1,99±0,11), $p_{\text{Стьюдента}}=0,055$ (таблица 1).

Выводы. У беременных женщин, страдающих вазомоторным ринитом во II триместре, систолическая и диастолическая линейная скорость кровотока, систоло-диастолический индекс и индекс резистентности достоверно ниже, чем у здоровых беременных.

В III триместре у беременных женщин с вазомоторным ринитом систолическая и диастолическая линейная скорость кровотока достоверно ниже, чем у здоровых беременных, а систоло-диастолический индекс и индекс резистентности имеют тенденцию к более низким показателям, чем у здоровых беременных.

Литература:

1. Мосихин, С.Б., Баранова Е.А., Лопатин А.С. Ультразвуковая доплерография в изучении гемодинамики полости носа и околоносовых пазух // Российская ринология. – 2004. – № 2. – С. 4-7.

2. Кандауров, И.Ф., Служаев И.Ф. Эндоназальная реография // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1978. – №4. – С. 97-98.

РОНХОПАТИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Дарвиш М.С., Буцель А.Ч., Картель А.И., Бондарук И.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

УЗ «4-я клиническая больница», г. Минск

Храп (ронхопатия) – это акустический феномен, возникающий в результате вибрации орофарингеальных структур на вдохе при неполной обструкции верхних дыхательных путей [1-9].

В 20–46% случаев храпят мужчины среднего возраста и старше. Среди женщин того же возраста – в 8–25%. С возрастом количество храпящих людей увеличивается. Так, к 60 годам храпом страдает уже около 60 % чел. После менопаузы у женщин частота храпа растет.

В УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко» в ЛОР-отделении за период с января 2009 г. по март 2010 г. наблюдали 25 пациентов с ронхопатией, которым была выполнена лазерная увулопалатопластика.

В послеоперационном периоде отдаленные результаты лечения оценивали в течение 6 месяцев.

1. Во всех случаях послеоперационных осложнений не выявлено.

2. Длительность периода реабилитации составила в среднем 10–14 дней.

3. Хороший результат (пациенты отмечали исчезновение храпа) наблюдался у 18 пациентов (в 72% случаев).

4. Удовлетворительный результат (снижение частоты и интенсивности храпа) – у 5 пациентов (20% случаев).

5. Неудовлетворительный результат (интенсивность и частота храпа не изменились, или храп возник вновь у 2 пациентов (8% случаев). Неэффективность метода лечения можно объяснить тем, что не всегда удается выявить и устранить все причины, приводящие к возникновению храпа. Больные должны быть предупреждены о соблюдении всех условий лечения (отказ от вредных привычек, их снижение).

Исходя из этого, мы сделали вывод, что лазерная увулопалатопластика является безопасным, минимально инвазивным и, в большинстве случаев, эффективным методом лечения ронхопатии.

Литература:

1. Блоцкий, А.А. Феномен храпа и синдрома обструктивного сонного апноэ /А.А.Блоцкий, М.С.Плужников. – Санкт-Петербург, 2002.- 176 с.

2. Мельник, В.Ф. Метод лечения храпа и синдрома обструктивного апноэ сна способом совмещения хирургического лазера и коагуляции /Б.А.Власов. – Минск, 2008. – С. 160 – 162.

3. Бузунов, Р.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна /В.А.Ерошина, И.В.Легейда. – Москва.- 2007. – С. 100.

4. Жидков, С.А. Опыт лечения диссомнического синдрома методом увулопалатопластики /А.С. Крючков, Г.Ю. Пасейшвили, А.О. Бембель //Медицинские новости. – 2000. – № 6.- С.10-12.

5. Батыршин, Р.Г., Сватко, А.Г., Батыршин, Т.Р. Некоторые особенности строения и вегетативной иннервации мягкого неба у больных с назальной обструкцией и храпом / А.Г.Сватко, Т.Р. Батыршин // Вестник оториноларингологии.- 2008. – № 6. – С. 14-16.

6. Boris A. Stuck, Jürgen Abrams, Richard de la Chaux, Alfred Dreher, Clemens Heiser, Winfried Hohenhorst, Thomas Kühnel, Joachim T. Maurer, Wolfgang Pirsig, Armin Steffen, Thomas Verse. Diagnosis and treatment of snoring in adults—S1 guideline of the German Society of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. Springer-Verlag 2010.

7. Thomas S. Kühnel, G. Hein, W. Hohenhorst. Soft palate implants: a new option for treating habitual snoring. Springer-Verlag 2004.

8. Dr. R. I. Dickson, Dr. D. R. Mintz. One Step Laser Surgery for Snoring. Laser Surgery for Snoring and Sleep Apnea. The Journal of Otolaryngology. Volume 25, Number 3, June 1996.

9. Ravinder Verma. Laser Assisted Uvulopalatopharyngoplasty. Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg. 108 (April-June 2007) 59, 108-110.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕКОНСТРУКЦИИ СРЕДНЕГО УХА НА ОСНОВАНИИ ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ

Петрова Л.Г.

*Белорусская медицинская академия последипломного
образования*

Основным методом лечения хронического гнойного среднего отита является хирургическое вмешательство, которое предусматривает не только ликвидацию гнойно-деструктивного процесса в полостях среднего уха, но и восстановление целостности тимпанальной мембраны и цепи слуховых косточек. При этом существуют определенные требования: относительная легкость технического выполнения, хорошая переносимость материала, используемого для реконструкции, что предотвращает случаи отторжения и экструзии, получение хорошего функционального результата [1, 2].

Для реконструктивных операций на среднем ухе мы используем титановые протезы типа полного протеза (TORP), замещающего слуховые косточки при деструкции наковальни и стремени, или частичного протеза (PORP), применяющегося при деструкции наковальни и сохранности стремени.

Целью работы явилось определение оптимального положения титановых протезов типа PORP и TORP путем математических расчетов на биомеханической модели среднего уха.

Проведены расчеты стабильности положения протеза и акустической проводимости при различных положениях протеза между головкой стремени и барабанной перепонкой, а также между подножной пластинкой стремени и тимпанальной мембраной

Результаты исследования показали, что оптимальным положением протеза для максимальной акустической проводимости является расположение его головной пластины в центральной части барабанной перепонки. Неправильно выбранное размещение протеза в задних квадрантах тимпанальной мембраны приводит к тому, что колебательная система среднего уха становится очень чувствительной к длине протеза. Избыточная длина протеза может приводить к изменениям в преднапряжении и, в конечном итоге, искажает спектр собственных частот и порог восприятия звукового сигнала [3, 4].

Хирургическая реконструкция среднего уха с использованием протезов типа PORP и TORP с расположением их головной пластины в центральной части барабанной перепонки проведена 20 пациентам. У всех пациентов получен хороший функциональный результат, костно-воздушный интервал полностью закрыт.

Выводы:

1. Использование результатов математических расчетов позволяет выбрать оптимальное положение протеза, его длину и получить максимальный функциональный результат при хирургической реконструкции среднего уха

Литература:

1. Вишняков В.В. Отдаленные результаты тимпаноластики. /Научно-практическая конференция «Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха»: Материалы. М 2002; С. 80-81

2. Вишняков В.В. Реконструкция цепи слуховых косточек титановыми протезами// www.infomedfarmdialog.ru , 2008

3. Михасев Г.И. Моделирование свободных колебаний звукопроводящей системы реконструированного среднего уха/ Г.И. Михасев, М.А. Фирсов, В.П. Ситников// Российский журнал биомеханики. 2005, №1. – С.52-62

4. Михасев Г.И. Об устойчивости положения равновесия вводимого протеза при реконструкции среднего уха/ Г.И. Михасев, С.А. Ермоченко / Теоретическая и прикладная механика: межд.науч.-тех.сб. БНТУ. – Минск, 2007, №22. – С.63-71

Содержание

ИЗ 50-ЛЕТНЕЙ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Хоров О.Г., Алещик И.Ч., Меланьин В.Д., Плавский Д.М.....	3
РАЗВИТИЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ Хоров О.Г., Алещик И.Ч., Логис В.А., Бородавко Н.С.....	9
РАЗВИТИЕ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ГРОДНО Хоров О.Г., Алещик И.Ч., Юцевич Т.И., Марцуль Д.Н.....	12
К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Абабий И.И., Дьякова С.А., Кябуру А.Я.	13
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ Абабий И.И., Дьякова С.А., Парий С.Б., Киртока Д.И.	15
КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСИНДРОМАЛЬНОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ Левая-Смоляк А.М., Меркулова Е.П., Даниленко Н.Г.....	17
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫХ АБСЦЕССОВ У ДЕТЕЙ Гричинская И.А., Меркулова Е.П., Мазаник О.А.	18
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АДЕНОТОНЗИЛЛОТОМИИ Воронько О.А., Меркулова Е.П., Мазаник О.А.....	20
ВОЗМОЖНОСТИ АКУСТИЧЕСКОЙ МАСКИРОВКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УШНЫМ ШУМОМ Воронович В.П., Бизунков А.Б., Морозова Э.Я.	22
ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПО СЛУХУ «Я СЛЫШУ МИР» Зонтова О.В.....	23

ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ПО МАТЕРИАЛАМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ 9 ГКБ г. МИНСКА Петряков В.А., Горнак Н.А.	25
ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГРУШЕВИДНОГО СИНУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА Иванов С.А., Ситников В.П., Бривков Р.И.....	27
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНЫХ ДИФFUЗНЫХ ОТИТОВ Майорова Л.П., Калтович Г.К., Кононенко И.А.....	29
КИНЕЗИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ И ТУБООТИТОВ Томашова Л. В.	30
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОИДОВ Савицкая В.Н., Рябцева С.Н., Меркулова Е.П., Скипор Т.Е.....	32
АФОНΙΑ КОНВЕРСИОННОГО ГЕНЕЗА: ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЕ Заболотная А.М.	33
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПЕРФОРАЦИИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ Костюк Н.Ю.....	35
МЕТОДИКА УСТРАНЕНИЯ НЕСКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ НОСА Иванов С.А., Ситников В.П., Жданова Л.А.	37
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БИОСОВМЕСТИМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОССИКУЛОПЛАСТИКИ Хоров О.Г., Новоселецкий В.А., Зубрицкий М.Г.	38
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У ЛИЦ ГОЛОСО-РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОРЗ Родионова О.И., Романова Ж.Г.....	40
ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СВЕРХВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ПОЛИЭТИЛЕНА В ОТОХИРУРГИИ Хоров О.Г., Струк В.А., Новоселецкий В.А., Головач Е.Н.....	41

БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БИОСОВМЕСТИМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОССИКУЛОПЛАСТИКИ Новоселецкий В.А., Хоров О.Г.	43
О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ Затолока П.А., Доценко М.Л., Курятников А.Г., Горовая М.П.	45
ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ Овчинников В.А., Бойко Д.В., Колодко В.Н.	46
ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ Затолока П.А.	48
СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ВЗРОСЛЫХ ЗА ПЕРИОД 2000 – 2010 гг. Романова Ж.Г., Малец Е.Л.	50
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДЕКАНЮЛЯЦИИ ТРАХЕОСТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ Сухарев А.А., Садовский В.И., Черныш А.В., Саливончик Е.И.	52
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ТРАХЕОСТОМИИ У НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ ПАЦИЕНТОВ Садовский В.И., Черныш А.В., Сухарев А.А., Саливончик Е.И. ...	54
ИММУННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГРИБКОВЫМ И ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНЫМ СИНУСИТОМ Редько Д.Д., Шляга И.Д., Новикова И.А., Гомоляко А.В.	56
ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ Ядченко Е.С., Ситников В.П., Шляга И.Д., Х. Эль-Рефай	57
АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СИНУСИТЕ Сакович А.Р.	59

ГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СИНУСИТЕ	
Сакович А.Р., Перминов А.Б.....	61
СОВРЕМЕННЫЙ ВАРИАНТ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА СТЕНКАХ ЛОБНЫХ СИНУСОВ	
Яценко В.В., Ещенко С.В., Король И.М.	62
ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА СРЕДНЕГО УХА ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ	
Семак Л.И.....	64
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ДВУХ ЛЕТ	
Хоров О.Г., Ракова С.Н., Лис Т.М., Марцинович А.М., Сорокина Т.Б.....	66
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	
Пудов В.И.....	68
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ БИПОЛЯРНОЙ ЭЛЕКТРОСВАРКИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ В ДЕТСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ	
Косаковская И.А.	70
ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ ПРИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ	
Саливончик Е.И., Садовский В.И.	72
УШНОЙ ШУМ У ДЕТЕЙ	
Баумане Е.П., Сороко Е.И.	74
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К БОЛИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ	
Петрова Л.Г., Якимов Д.А., Вьюхина Е.В.....	75
РОЛЬ STAPHYLOCOCCUS AUREUS В ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ	
Щемерова М.С., Затолока П.А.....	77
МЕТОДИКА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОЙ БОЛИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ	
Якимов Д.А., Якимов Е.А.	79

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТРАХЕОТОМИИ Король И.М., Жигальский Д.Г., Корженевич Е.И., Сецко А.П.	80
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАТОЗА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Король И.М. ¹ , Сецко А.П. ²	82
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ Давыдовский А.Г., Макарина-Кибак Л.Э.	84
ОПЫТ РАБОТЫ ЛОР-ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ НА БАЗЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ г. ГРОДНО Швейкус С.И., Рудницкий М.К., Хоров О.Г.	85
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛОР-ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ Лавор З.В., Рожков А.П., Серенкова Т.А., Петрова Л.Г., Чайковский В.В., Чекан В.Л.	88
ОЦЕНКА КЛИНИКИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ДВУХ ЛЕТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ТЯЖЕСТИ Хоров О.Г., Ракова С.Н., Головач Е.С., Лис Т.М., Марцинович А.М., Сорокина Т.Б.	90
ДЕЛОВАЯ ИГРА В ПРЕПОДАВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЛОР-ОРГАНОВ Куницкий В.С., Шабашов К.С., Бизунков А.Б.	92
РИНОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НОСА Куницкий В.С., Семенов С.А.	93
ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ГОЛОСА У ПОДРОСТКОВ С ЗАКРЫТОЙ РИНОФОНИЕЙ Петровская Т.Г., Орлова Е.Т.	95
ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ СОСУДОВ ПОЛОСТИ НОСА У БЕРЕМЕННЫХ Петрова Л.Г., Сидоренко И.В., Ривкин С.Н.	97

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ Чекан В.Л.	99
АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАПЕДОПЛАСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ Стринкевич Э.А.	100
АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ Хоров О.Г., Макарина-Кибак Л.Э., Алещик И.Ч., Савицкий С.Э., Марцуль Д.Н., Жучко Л.И.	102
ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС У ДЕТЕЙ Алещик И.Ч., Ракова С.Н., Дубровская О.В., Хильмончик Т.И. ...	104
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕОИМПЛАНТАЦИИ Хоров О.Г., Алещик И.Ч., Якусик Т.А., Марцуль Д.Н.	106
СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ Алещик И.Ч., Юцевич Т.И.	107
РЕАБИЛИТАЦИЯ СЛУХА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ Хоров О.Г., Алещик И.Ч., Юцевич Т.И.	109
ИНТЕГРАЦИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ВО ФТИЗИАТРИИ В ОБЩЕЛЕЧЕБНУЮ СЕТЬ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ Гапанович С.Е., Будрицкий А.М., Хушев С.С., Рудько С.И.	111
ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЦЕЛЛЮЛИТ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА Колесник В.И., Кравцевич Л.А., Клочко Е.С., Радевич А.П., Солтан Л.Г., Юргель М.А.	113
СОСТОЯНИЕ ОБОНЯНИЯ ПОСЛЕ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ Алещик И.Ч., Русакова А.И., Шелест Л.А.	115
ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ГОРТАНИ Алещик И.Ч., Новицкая Н.С., Соломонова Т.В.	117
АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ПРИ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ Корженевич Е.И.	118

ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ЛАЗЕР ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ	
Мельник В. Ф., Власов Б.А., Власов Р.А.	121
ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ЛАЗЕР ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ	
Мельник В.Ф., Власов Б.А., Власов Р.А.	122
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА	
Хоров О.Г, Плавский Д.М.	123
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКИ	
Плавский Д.М., Хоров О.Г.	125
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СРЕДНЕМ УХЕ	
Плавский Д.М.	127
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТОЛЩИНЫ ХРЯЩЕВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СРЕДНЕМ УХЕ	
Плавский Д.М.	129
ЛАЗЕРНАЯ ТИМПАНОТОМИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА	
Хоров О.Г., Шейбак М.В., Ракова С.Н., Головач Е.Н.	131
ОСОБЕННОСТИ САНАЦИИ СРЕДНЕГО УХА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С УЧЕТОМ ПОСЛЕДУЮЩЕГО РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА	
Меланьин В.Д., Ахмедов Ш.М., Мухамедов И.Т., Агаронова З.Б., Абдулаев Б.З.	133
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ХРЯЩЕВЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ	
Меланьин В.Д., Хамидов А.Г.	134
ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОЙ И ХРЯЩЕВОЙ ТКАНЕЙ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЛОР-ОРГАНОВ	
Меланьин В.Д., Хамидов А.Г.	136

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТА «ПЕРФООСТ» ПРИ СЕПТОПЛАСТИКЕ Хамидов А. Г., Меланьин В. Д., Учуров А. Г.	138
СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ (МЕЗОТИМПАНИТОМ) И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ Якшин А.А.	140
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ГОРТАНИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 1999 – 2009 ГОДАХ Рыбак Р.Ф.	142
ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 1986 – 2006 ГОДАХ Рыбак Р.Ф., Меланьин В.Д., Колодко В.Н.	143
ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА Рыбак Р.Ф., Зайцев В.И.	144
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА Чайковский В.В., Рыбак П.Р.	146
ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ В СОСУДАХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БЕРЕМЕННЫХ С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ Долина И.В. Буцель А.Ч.	148
РОНХОПАТИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ Дарвиш М.С., Буцель А.Ч., Картель А.И., Бондарук И.В.	150
ОПТИМИЗАЦИЯ РЕКОНСТРУКЦИИ СРЕДНЕГО УХА НА ОСНОВАНИИ ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ Петрова Л.Г.	152

Для заметок

Репозиторий ГРГМУ

Для заметок

Репозиторий ГРГМУ

Научное издание

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕШЕНИИ
ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИИ ГОЛОСА,
СЛУХА И РЕЧИ

Материалы

*Республиканской научно-практической
конференции оториноларингологов с международным участием,
посвященной 50-летию кафедры оториноларингологии
УО «ГрГМУ»*

19 – 20 мая 2011 года

Под редакцией О.Г. Хорова

Ответственный за выпуск: В.В. Зинчук

Компьютерная верстка: А.В. Яроцкая

Корректор: Л.С. Засельская

Подписано в печать 29.04.2011. Формат 60х84/16. Бумага офсетная.

Гарнитура Таймс. Ризография.

Усл. печ. л. 9,5. Уч.-изд. л. 8,3. Тираж 155 экз. Заказ 61.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.