VI ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

Материалы

Санкт-Петербург
2017

Ю. К. Янов – главный редактор
С. В. Рязанцев – зам. главного редактора
В. Н. Тулкин – научный редактор

Издатель: ООО «Полифорум»

Все права на данное издание зарегистрированы.
Перепечатка отдельных статей без разрешения
издателя запрещена.
Ссылка на сборник обязательна.
Ответственные за выпуск *С. В. Рязанцев,*
В. Н. Тулкин, С. М. Ермольчев
Компьютерная верстка *Т. М. Каргапольцевой*

Адрес редакции:
190013, Россия, Санкт-Петербург,
ул. Бронницкая, д. 9.
Тел./факс: (812) 316-29-32.
E-mail: tulkin19@mail.ru; tulkin@pfco.ru

© СПб НИИ уха, горла, носа и речи
Минздрава России, 2017

Подписано в печать 03.04.2017.
Формат 60×90 $^{1}/_{8}$. Усл. печ. л. 37,75.
Тираж 1000 экз.

Отпечатано с готовых диапозитивов
в типографии «Политехника-принт».
Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

люстной кости. Эффективность – по данным осмотра с визуально-аналоговой оценкой по ВАШ, результатам передней активной риноманометрии (ПАРМ) и ринорезистрометрии (РРМ).

Результаты исследования. Применение гольмиевого лазера с моделируемой насадкой позволило всем больным клинической группы полностью удалить стенку ретенционной кисты ВЧП. По данным векторного анализа контрольного КТ околоносовых пазух больных подгруппы D (n = 36), выполненной на 3-и сутки после лечения, нами было установлено, что антростома в области crista conchalis верхнечелюстной кости находится ниже уровня дистального конца НСК на 4,46±0,08 мм, ее диаметр равен 4,35±0,11 мм, и направлена она в просвет ВЧП относительно медиальной стенки ВЧП под углом 32,42±1,04° (p < 0,05). Это свидетельствует о безопасности оригинальной методики хирургического доступа к ВЧП через crista conchalis верхнечелюстной кости.

Заключение. Эндоназальная гайморотомия в области crista conchalis характеризуется индексом травматичности, равным 3 баллам по ВАШ, что на 40% ниже, чем при антротомии в области нижнего носового хода. По сравнению с хирургическим доступом через средний носовой ход не разрушается остиомеатальный комплекс.

При гайморотомии по Конфильду–Штурману развивается ятрогенная недостаточность наружного носового клапана, проявляющаяся патологическим коллапсом на стороне прооперированной верхнечелюстной пазухи (ИПВК = 321,55±12,24 мл/с, УУНКК = 28,08±0,07%).

УДК 616.211+616.216:615.37+615.832.97

ИММУНО- И КРИОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Лавренова Г. В., Глухова Е. Ю., Кучерова Л. Р., Митина А. О.

ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», 197022, Санкт-Петербург, Россия

IMMUNO- AND CRYO-THERAPY OF DISEASES OF THE NOSE AND PARANASAL SINUSES

Lavrenova G. V., Glukhova E. Yu., Kucherova L. R., Mitina A. O.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pavlov First Saint Petersburg State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Заболевания слизистой оболочки носа и околоносовых пазух занимают высокий удельный вес всех заболеваний ЛОРорганов и остаются актуальной проблемой оториноларингологии. Среди всех синуситов воспаления верхнечелюстных пазух составляют наибольшее количество, что обусловлено их распространенностью, повторяемостью, тенденцией к хронизации и недостаточной эффективностью существующих методов лечения.

Лечение больных с верхнечелюстным синуситом, несмотря на широкое применение современных антибактериальных и противогрибковых средств, новейших способов хирургических вмешательств, требует постоянной коррекции. Все это определяет необходимость продолжать поиск эффективных и безопасных методов. Острые синуситы, как правило, развиваются на фоне ОРВИ и гриппа. Они возникают значительно чаще, чем их диагностируют, поскольку в ряде случаев клиническая картина синусита маскируется клиникой ОРВИ. На фоне синусита у некоторых больных отек слизистой оболочки полости носа, сопровождающий острое воспаление, сохраняется длительное время, даже после полной санации околоносовых пазух, и формирует так называемый «вазомоторный хвост».

Цель исследования. Повысить эффективность лечения больных с сочетанным верхнечелюстным синуситом и вазомоторным ринитом.

Пациенты и методы исследования. Нами обследованы 29 пациентов в возрасте от 49 до 62 лет с острым синуситом и вазомоторным или медикаментозным ринитом (преимущественно женщины). Основными жалобами практически у всех пациенток были попеременная заложенность

носа, 2–3 эпизода острого синусита, снижение обоняния. Сопутствующим заболеванием у всех пациентов была гипертоническая болезнь, в связи с чем больные получали гипотензивные препараты (ухудшающие микроциркуляцию слизистой оболочки полости носа – α-адреноблокаторы).

Обследование включало осмотр ЛОРорганов (эндоскопия полости носа и носоглотки), рентгенографию околоносовых пазух, клинические анализы.

Пациентам выполнялись пункции (дренирование верхнечелюстных пазух) с введением после промывания водой для инъекций 250–500 ЕД ронколейкина. Ронколейкин вводили в пазухи трижды с интервалом в два дня. Перед введением этого препарата с больными проводилась индивидуальная беседа о роли местного иммунитета в развитии и хронизации их заболевания. После введения в пазухи рекомбинантного интерлейкина-2 гнойное отделяемое сменялось обильным слизистым, полное очищение пазух и купирование клинических признаков воспаления наблюдались в среднем на 3,9±0,9 сутки независимо от типа течения синусита. Быстрота действия препарата позволяет предположить стимулирующее действие ронколейкина на иммунную систему в очаге воспаления через активацию сформированной ранее направленности иммунного ответа. Местное введение ронколейкина не оказывает негативного влияния на мукоцилиарный клиренс. Клиническое улучшение сопровождается положительной динамикой клеточного состава носового секрета (уменьшение количества нейтрофильных гранулоцитов и увеличение относительного количества лимфоцитов). Местная терапия ронколейкином, помимо положительной клинической картины, приводила к достоверным изменениям показателей гуморального иммунитета в смывах из пазух и полости носа.

При формировании выраженных вазомоторных явлений нами использовалась методика криодеструкции нижних носовых раковин в целях восстановления носового дыхания. Криодеструкция выполнялась через 10–12 дней после иммунотерапии. В условиях местной аппликационной анестезии 10% раствором лидокаина криодеструктор подводился к нижней носовой раковине, к ее свободному краю, фиксировался в течение 60 с. трижды в каждой половине носа. После криодеструкции больным назначались топические кортикостероиды.

Заключение. Комплексное лечение синуситов с вазомоторными расстройствами является доступным и эффективным методом, рекомендовать который можно пациентам, в том числе старших возрастных групп.

УДК 618.2/3:616.216.1-002:615.038

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ СРЕДСТВ С БАКТЕРИОФАГАМИ В ГЕЛЕВОЙ ФОРМЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ РИНОСИНУСИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Лазарева Л. А.[1], Дорофеева Ю. И.[2], Скибицкий В. В.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

[2] МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Краснодар, Россия

EFFICACY OF THE USE OF COMPLEX AGENTS WITH BACTERIOPHAGES IN THE GEL FORM IN PREVENTIVE AND CURATIVE MEASURES WITH RECURRENT RHINOSINUSITIS IN PREGNANT WOMEN

Lazareva L. A.[1], Dorofeeva Yu. I.[2], Skibitskii V. V.[2]

[1] Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

[2] Krasnodar City Clinical Emergency Hospital, Krasnodar, Russia

Лечение и профилактика острых и рецидивирующих риносинуситов во время беременности является достаточно проблемным разделом ринологии и медицины в целом. Неблагоприятное течение синуситов у беременных связано, с одной стороны, с особенностями иммунного отве-