

Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae (Журнал оториноларингологии и респираторной патологии)

Volume 15, № 2, 2009

Official Journal
of the International Academy
of Otorhinolaryngology -
Head and Neck Surgery

Chief Editor

Professor **George A. Tavartkiladze**,
National Research Centre for Audiology and Hearing
Rehabilitation

Managing Editor

Professor **Galina V. Lavrenova**
I. P. Pavlov Medical University

Published by



Folia ORL et PR — журнал Международной Академии Оториноларингологии — Хирургии Головы и Шеи (СНГ). Журнал издается на двух языках — английском и русском, публикует оригинальные статьи, исследования в области базисных наук (морфология, физиология, биохимия, etc.), клинических оториноларингологии и пульмонологии.

Folia ORL et PR is an academic journal. The journal publishes original papers on basic and clinical research, review articles, case reports and short communications in the major field of otorhinolaryngology and pulmonology, including physiology, morphology, diagnostics, pathology, immunology, oncology, medical treatment and surgery.

Адрес редакции

Всю корреспонденцию по подписке, рекламе и размещению статей для публикации направлять по адресу:

Россия, Санкт-Петербург 197022, ул. Льва Толстого 6\8

СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Кафедра оториноларингологии

факс: (812) 233 64 37.

E-mail: marius@spmu.rssi.ru

Address for Correspondence

All correspondence relating to submission of articles, subscription, changes of address, advertisements and requests for back issues should be directed to:

I.P.Pavlov Medical University, ENT Department

6\8 Leo Tolstoy str.,

Saint Petersburg 197022, Russia

Telefax +7 (812) 233 64 37.

E-mail: marius@spmu.rssi.ru



Editorial Board

S.A. Karpischenko (Otolaryngology, Co-Editor)
 M.M. Ilkovich (Pulmonology, Co-Editor)
 M.Yu. Boboshko (Audiology, Co-Editor)
 A.E. Shakhnazarov (Managing Secretary)

Advisory Board

I.I. Ababy	Kishinev, Moldova	Yu.N. Levashov	Saint Petersburg, Russia
V.F. Antoniv	Moscow, Russia	G. Lichtenberger	Budapest, Hungary
R.G. Anyutin	Moscow, Russia	Th. McDonald	Rochester, USA
S.B. Bezshapochny	Poltava, the Ukraine	C. Mocanu	Bucharest, Romania
V.P. Bradley	Nottingham, U.K.	V. Nasyrov	Bishkek, Kirghizstan
V.P. Bykova	Moscow, Russia	H. Negm	Cairo, Egypt
P. Clement	Brussels, Belgium	Yu.M. Ovchinnikov	Moscow, Russia
A.V. Chervinskaya	Saint Petersburg, Russia	V.T. Palchoun	Moscow, Russia
V.V. Diskalenko	Saint Petersburg, Russia	D. Passali	Siena, Italy
Fawzi Saheb	Amman, Jordan	G.Z. Piskounov	Moscow, Russia
G.A. Feigin	Bishkek, Kirghizstan	S.Z. Piskounov	Koursk, Russia
E.Ferekidis	Athens, Greece	M. Profant	Bratislava, Slovakia
V.A. Gerasin	Saint Petersburg, Russia	B. Schmelzer	Antwerp, Belgium
A.D. Gousakov	Zaporozhye, the Ukraine	A.G. Shantourov	Irkoutsik, Russia
E. Helidonis	Heraklion, Greece	V.P. Sitnikov	Gomel, Belorussia
S. Hellstorm	Umea, Sweden	A. Staffieri	Padua, Italy
M. Jakobowicz	Paris, France	F. Stucker	Shreveport, USA
K. Jahnke	Essen, Germany	G.E. Timen	Kiev, the Ukraine
V. Jahnke	Berlin, Germany	R.K. Toulebaev	Astana, Kazakhstan
G. Janczewski	Warsaw, Poland	V.I. Trofimov	Saint Petersburg, Russia
P. Karma	Helsinki, Finland	E.A. Tsvetkov	Saint Petersburg, Russia
Eu.B. Kern	Rochester, USA	D.I. Zabolotny	Kiev, the Ukraine
R.M. Khanamiryan	Yerevan, Armenia	M. Zargi	Ljubljana, Slovenia

CONTACT LASER PHONOSURGERY

*S. Karpischenko
Russia, St.Petersburg*

The LITT technique was applied in cases of disseminated pathological process and in the area of the anterior laryngeal commissure. Visually milky white color of the papillomas indicated the final stage of LITT.

The Technique Advantages:

- The integrity of basal membrane is preserved, hence, providing for no scarring
- The surgery is bloodless and induces no inflammation postop
- The technique provides for radicality as well as for large scale of intervention

12 patients (8 male, 4 female) have been underwent surgery in accord with the aforementioned mode of laser application.

Massive papillomatosis of the anterior commissure was successfully treated. All of them at the follow-up showed no scarring or any other complication. As to recurring we have not yet obtained any convincing results due to a comparatively short period of postop observation.

As a rule, control examination of the larynx were as follows:

- Indirect laryngoscopy;
- Fibrolaryngoscopy;
- Videofibrolaryngoscopy;
- Measurement of glottal square (rimma glottidis);
- Research of external breath function;
- The voice computer analysis.

Conclusions

LITT is a new perspective technique in phonosurgery

It gives no tissue inflammation

The technique is especially handy and valuable when used in anterior commissure. It gives no webbing when used bilaterally.

Sometimes LITT may be used at indirect laryngoscopy.

LASER SURGERY IN THE MANAGEMENT OF LARYNGEAL STENOSIS

*Prof. M.A. Ryabova
I.P.Pavlov Medical University
Saint Petersburg*

The use of endoscopic and laser techniques in the management of laryngeal stenosis marked a new stage in the surgery. Prof. Plouzhnikov at the ENT Clinic of the Saint Petersburg Medical University has been resorting since 1986 to special endoscopic microsurgical interventions by means of semiconductor laser, using the contact mode of application under general anaesthesia with high - frequency lung ventilation via tracheopuncture. The method is convenient for laser laryngeal microsurgery as it provides free operation field, with the air flow exhaled from the larynx drawing out from the operation field the smoke formed in laser carbonization.

48 patients with paralytic laryngeal stenosis were operated, the Ossoff laser arytenoidectomy technique being used. In 44 cases unilateral resection of arytenoid with its vocal process was sufficient. In 4 cases a repeated operation on the contralateral side of the larynx was required to obtain a satisfactory respiratory function.

27 patients with scarring stenosis of different origin were treated at our clinic. Restricted laryngeal scarring stenosis (thin intercordial membranes, webs, synechia) was successfully managed by means of laser application. To prevent the restenosis in addition to antiinflammatory therapy hydrocortisone emulsion was used in inhalation.

The use of semiconductor laser in the contact mode for endolaryngeal microsurgery enables to perform bloodless operation and therefore with greater precision in areas hard of access. Minimal reactive events within the post - op wound make it possible to apply surgery without preliminary tracheostomy.

RECOGNITION RECEPTORS OF INNATE IMMUNITY IN ADENOIDS.

D. Kalinin

*Federal State Clinical Research Center of Otorhinolaryngology, Ministry of public
health, Moscow, Russia*

According to present conception, the innate immune response is an essential precursor to the adaptive immune response. The pathogen meeting, primary recognition of microbes antigen structure and first response falls within the purview of the innate immune system. Innate immune system has special pattern-recognition receptors (PRRs), which react with pathogen-associated molecular patterns (PAMPs) by the Toll-like receptors (TLRs), resulting in activation nuclear factor κ B. Adaptive immunity is turned on in series and extended; it is under full control of innate immune system.

That's why study of innate immunity mechanisms in the secondary organs of immune system, particularly in Waldeyer's lymphoid ring, is very actual.

In the present study, we define expression of natural immune system receptors at adenoids of children (age 2-14 years), which have been operated due to chronic adenoiditis. Reactive changes of inflammation character in lymphoid tissue of pharyngeal tonsil were estimated with using of morphologically.

The degree of inflammatory reaction is evaluated in accordance with using mAbs (CD15), presence of T and B lymphocytes and their subpopulations, using mAbs (CD3; CD5; CD8; CD23; CD79a). Results are compared with innate immune receptors expression, using mAbs (TLR2; TLR4), polyclonal Ab (TLR9), it's costimulatory molecules, using mAbs (CD80) and scavenger receptor molecules, mAbs (CD14). Proliferation of lymphoid tissue elements evaluated in accordance with expression Ki-67.

We demonstrate that expression of TLR9 were in cells of respiratory epithelium of pharyngeal tonsil, endothelium of vessels, especially in viens with high endothelium (HEV), phagocytes, granulocytes and in dendritic cells of reactive follicles. The highest expression of TLR9 was in cells of respiratory epithelium of pharyngeal tonsil in adenoids of young age children.

OUR EXPERIENCE WITH ASPERGILLUS FUNGAL INFECTION DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC SINUSITIS

*R.K. Toulebaev, B.Z. Zhusupov
Astana Medical University
Astana, Kazakhstan Republic*

Introduction: Over the past decades fungal sinusitis has become the zone of constant interest for otorhinolaryngologists [1,2]. This condition is now believed to be a consequence of allergic reaction to aerosolized environmental fungi [3-5]. This condition is usually seen in an immunocompetent host, in contrast to invasive fungal infections that are seen in immunocompromised hosts, most often in patients with AIDS or in uncontrolled diabetes mellitus [6].

One problem in diagnosis of this condition is that most patients with the allergic type of fungal sinusitis (AFS) at first have an anamnesis data on allergic rhinitis, which is unfortunately rarely diagnosed and proper treated in our country. Because of that the exact timing of AFS in particular patient is difficult to determine [1].

Once the thick fungal debris and mucin, which was developed in the sinus cavities, was surgically removed, the prognosis is good and recurrence is uncommon [2].

The exact incidence of fungal sinusitis in Kazakhstan is unknown.

The aim of our study was to determine the incidence of *Aspergillus* (*Fumigatus* and *Niger*) findings by positive culture in patients with chronic sinusitis and concomitant atopic status.

Material and methods: we studied bacteriologically and micologically the sinuses of patients with proved chronic sinusitis. *Aspergillus* species were found in 146 patients from 2138 studied (6.8%).

Results and discussion:

The incidence of *Aspergillus* findings depended from 3 main factors, namely atopic status, concomitant immunodeficiency and living in molds-contaminated environment. According to our findings, the most important factor influencing the incidence of *Aspergillus* findings was living in molds-contaminated environment. Among patients with positive *Aspergillus* culture the incidence of living in molds-contaminated houses was 38.6%.

In patients with positive skin tests with standardized test battery the incidence of *Aspergillus* findings in maxillary sinus was 16 cases from 89 (12.9%). In patients with negative skin tests with standardized test battery the incidence of *Aspergillus* findings in maxillary sinus was only 4 cases from 106 (3.8%). The difference between 2 compared groups was statistically significant ($P < 0.01$).

Another important factor influencing the incidence of *Aspergillus* finding in maxillary sinus was immunodeficiency state. In patients with more than 6 cases of acute respiratory infections per year the incidence of *Aspergillus* findings in maxillary sinus was 4.9%. In patients with less than 3 cases of acute respiratory infections per year the incidence of *Aspergillus* findings in maxillary sinus was 11.7%. The difference between 2 compared groups was also statistically significant ($P < 0.05$).

According to our findings, the most important factor influencing the incidence of *Aspergillus* findings was living in molds-contaminated environment. Among patients with positive *Aspergillus* culture the incidence of living in molds-contaminated houses was 38.6%.

We concluded that the incidence of *Aspergillus* positive culture in patients with chronic sinusitis depended from atopic status, concomitant immunodeficiency and residence in molds-contaminated environment.

References:

1. Kaieda S. Fungal infection in the otorhinolaryngologic area //Nippon Rinsho.- 2008.- Vol.66.- N.12.- P.2290-2293
2. Michael R.C., Michael J.S., Ashbee R.H. Mycological profile of fungal sinusitis: an audit of specimens over a 7-year period in a tertiary care hospital in Tamil Nadu //Indian J. Pathol. Microbiol.- 2008.- Vol.51.- N.4.- P.493-496
3. Chang Y.T., Fang S.Y. Tissue-specific immunoglobulin E in maxillary sinus mucosa of allergic fungal sinusitis //Rhinology.- 2008.- Vol.46.- N.3.- P.226-230
4. Wise S.K., Ahn C.N., Lathers D.M. Antigen-specific IgE in sinus mucosa of allergic fungal rhinosinusitis patients //Am. J. Rhinol.- 2008.- N.5.- P.451-456
5. Shah A. Aspergillus-associated hypersensitivity respiratory disorders //Indian J. Chest Dis. Allied Sci.- 2008.- Vol.50.- N.1.- P.117-128
6. Chua J.L., Cullen J.F. Fungal pansinusitis with severe visual loss in uncontrolled diabetes //Ann. Acad. Med. Singapore.- 2008.- Vol.37.- N.11.- P.964-967

НАШ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ НЕОТИМПАНАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ.

Дискаленко В.В., Курмашова Л.М.

*Кафедра отоларингологии с клиникой Санкт-Петербургского
государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова*

В реконструктивно-функциональной хирургии уха мирингопластика является наиболее частым и, нередко, сложным оперативным вмешательством. Она может выполняться как самостоятельная операция при дефектах барабанной перепонки, но сохраненной целостности остальных звукопроводящих структур, так и как заключительный этап, что бывает чаще, более сложных тимпанопластических операций.

О сложности и непредсказуемости результатов мирингопластики при обширных дефектах свидетельствует нередкие неудовлетворительные клинико-морфологические и функциональные исходы существующих способов оперирования.

Известно много способов, а также материалов для хирургического закрытия перфораций барабанной перепонки, которые неодинаково оцениваются разными авторами. Создается впечатление, что в руках конкретного автора используемые им материалы являются наиболее подходящими. Как следует из литературы, большинство отохирургов всё же отдаёт предпочтение аутофасции височной мышцы, хотя она, как и многие другие мягкотканые трансплантаты, имеет существенный недостаток. В силу недостаточной жесткости и плохой фиксации на остатках барабанной перепонки, при обширных её дефектах, она не всегда обеспечивает стабильную позицию неотимпанальной мембраны.

По этой причине некоторые отохирурги для пластики суб- и тотальных перфораций барабанной перепонки стали применять более жёсткие, как правило, многослойные трансплантаты, состоящие из консервированной ультратонкой костной или хрящевой ткани (внутренний слой), аутофасции височной мышцы (средний слой) и различных мягкотканых аллотрансплантатов, составляющих верхний слой. Данные трансплантаты, как показала практика, обеспечивают более надежное закрытие больших дефектов барабанной перепонки, однако такая неотимпанальная мембрана по своим физическим и биологическим характеристикам (жёсткости, упругости, массы и др.) отличается от нормальной мембраны, что не может не отражаться на функциональном результате операции.

Учитывая всё вышеизложенное, для пластики больших дефектов барабанной перепонки мы, как и некоторые другие отохирурги, в последние годы стали применять истонченный хондро-перихондральный аутоототрансплантат, который формируется из козелка или ушной раковины больного в процессе хирургического вмешательства. Такой трансплантат обладает рядом преимуществ перед другими тканями: он является умеренно жестким, состоит из однородной ткани, пластичен, обладает хорошей сопротивляемостью к инфекции, достаточно хорошо реваскуляризируется. Кроме того, хорошая каркасная функция, возможность надежного укладывания трансплантата на небольшое «питающее ложе», обеспечение анатомического положения неотимпанальной мембраны с сохранением переднего меатального угла делает его оптимальным материалом для мирингопластики.

Для улучшения трофики хондро-перихондрального трансплантата, при закрытии тотальных дефектов, мы используем кожу наружного слухового прохода и остатки барабанной перепонки в виде двух меатоэпидермальных лоскутов на питающих ножках, которыми пересаженный лоскут на значительном протяжении прикрываем

сзади и спереди, что способствует не только лучшей реваскуляризации последнего, но и более надежной его фиксации.

Операцию производим, как правило, заушным подходом под местной инфильтрационной анестезией. Такой доступ обеспечивает достаточный обзор операционного поля, позволяет надежно уложить свободный ауторансплантат в передних отделах, что бывает весьма затруднительно при внутриушном подходе. Последующие этапы выполняются под операционным микроскопом. Удаляется оmozолелый край перфорации с последующей отслойкой эпидермиса из остатков тимпанальной мембраны до фиброзного кольца. Затем, после циркулярных разрезов кожи передней и задней стенок наружного слухового прохода, параллельно барабанному фиброзному кольцу и отступя от него на 0,6 - 0,7 см., вертикальными разрезами в области передне-верхней и задне-нижней стенок от тимпанального кольца до предыдущих разрезов, формируем два меатоэпидермальных лоскута, соответственно на нижней и верхней питающих ножках. На дезэпидермизированные остатки тимпанальной мембраны, а, нередко, и декутированные костные отделы наружного слухового прохода, прилежащие к фиброзному кольцу, укладывается свободный истонченный хондро-перихондральный аутоотрансплантат, который мобилизованными меатоэпидермальными лоскутами прикрывается в его передних и задних отделах.

Такое эффективное использование кожи наружного слухового прохода способствует лучшей реваскуляризации аутоотрансплантата, следовательно, и более надежному его приживлению.

Описанным способом за последние 7 лет нами выполнено 72 оперативных вмешательства у пациентов с суб- и тотальными перфорациями барабанной перепонки. В 18 случаях мирингопластика выполнена как самостоятельное оперативное вмешательство, в остальных - как заключительный этап более сложных функционально-реконструктивных способов оперирования.

Всем больным тимпанопластика выполнялась на «сухом» ухе, 27 из них после предшествующих операций санирующего характера.

Объем хирургического вмешательства включал в себя три основных момента:

- ревизию звукопроводящих структур барабанной полости для оценки возможной их оптимальной реконструкции.
- восстановление подвижности оссикулярной цепи с максимальным использованием её сохранившихся элементов, мобилизованных и сопоставленных различными способами.
- пластика дефекта барабанной перепонки.

В процессе тимпанопластических оперативных вмешательств было выявлено, что в 36% случаев обширные дефекты барабанной перепонки (более половины её площади) сочетались с сохранившимися слуховыми косточками, фиксированными спайками. Хирургическое вмешательство у этих больных состояло из мобилизации оссикулярной цепи и мирингопластики. У 28 больных (52%), кроме спаечного процесса в тимпанальной полости, имело место в различной степени выраженности отсутствие длинного отростка наковальни и рукоятки молоточка. Реконструкция звукопроводящей цепи у них производилась с помощью тefлоновых протезов, аутокости или аутохряща с последующей мирингопластикой. Остальным 9 пациентам, у которых отсутствовали практически все слуховые косточки, но подножная пластинка стремени оставалась подвижной, производилась платиномаллеолопексия с мирингопластикой.

Клинико-морфологические результаты мирингопластики к моменту выписки больных из стационара (в среднем на 20-й день после операции) были следующими: дефект барабанной перепонки закрыт полностью у 63 больных (88%); у 5 человек осталась небольших размеров перфорация в передне-нижнем квадранте, которая в 2-х случаях самостоятельно закрылась через 3-4 недели после выписки из стационара; у

остальных 4-х больных в послеоперационном периоде возник рецидив воспалительного процесса в среднем ухе, который удалось купировать, однако он послужил причиной неполного приживления трансплантата, хотя перфорация неотимпанальной мембраны была существенно меньше исходной. Неполное приживление пересаженного лоскута во всех 7 случаях имело место у пациентов, которым миринопластика выполнена заключительным этапом более сложного тимпанопластического вмешательства.

Отдаленные результаты миринопластики (в сроки от 6 месяцев до 5 лет) прослежены у 53 больных. Кроме 7 случаев неполного приживления аутоототрансплантата в ближайшем послеоперационном периоде, у 4-х пациентов возник рецидив перфорации в отдаленные сроки вследствие «сухого» некроза части неотимпанальной мембраны. Таким образом, положительный отдаленный клинико-морфологический результат пластики больших дефектов барабанной перепонки нами достигнуты в 85% случаев.

При выписке из стационара у всех прооперированных больных отмечено в различной степени выраженности улучшения слуха по данным акуметрического исследования. Аудиометрическое исследование выполнено 53 пациентам в различные отдаленные сроки. Функциональные результаты оперативного лечения у них по данным пороговой тональной аудиометрией были следующими:

- отличный результат (повышение порогов тонального слуха в зоне разговорных частот на 30 и более дБ) получен в 66% случаев (14 человек).
- хороший результат (повышение порогов слуха на 20 дБ) в 26,4% случаев (14 человек).
- удовлетворительный результат (повышение порогов слуха на 10 дБ) у 4 человек (7,6%).

—

Выводы:

Используемый нами способ пластики обширных дефектов барабанной перепонки позволяет достичь хороших клинико-морфологических результатов.

Во всех случаях миринопластике, при понижении порогов тонального слуха в зоне разговорных частот более 30 дБ, должна предшествовать ревизия звукопроводящей системы среднего уха. По нашим данным, только в 36% случаев выявлена сохранившаяся, но фиксированная спайками, цепь слуховых косточек, а у остальных 64% обнаружены в различной степени выраженности её дефекты.

Максимально возможное улучшение слуха и его окончательная стабилизация после тимпанопластических оперативных вмешательств наступает не менее 6 месяцев после лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

С.А. Карпищенко, М.А. Аль-Акмар, Ю.В. Иванов

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени акад. И.П.Павлова.

Кафедра оториноларингологии с клиникой.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Диагностике одонтогенных кист посвящено достаточно много работ (Миронюк В.А., 1965, 1967; Дмитриева В.С., 1969; Ямашев И.Г., 1978; Бобров В.М., 1995; Рабухина Н.А. и др., 1999; Кулаков А. А. и др., 2005).

Используются различные инвазивные и неинвазивные методы исследования. Одним из простых, широко распространенных методов исследования кистозных новообразований является их пункция. В пунктате кист выявляется холестерин. При инфицировании содержимое кисты становится серозно-гнойным, гнойно-геморрагическим, с запахом или без него. Цвет и консистенция кистозной жидкости меняется в зависимости от течения процесса (Камалов И.И. и др., 2001).

Исследование электровозбудимости зубов необходимо не только для установления «причинного» зуба, но и для определения жизнеспособности зубов, входящих в кистозную полость (Павлов Б.Л., 1989). Интактные зубы, находящиеся в зоне кисты, чаще имеют нормальную (44% случаев) либо пониженную (28,5%) электровозбудимость. По мере приближения к «причинному» зубу реакция на электрический ток соседних зубов резко снижается либо совсем отсутствует (16,6%) (Камалов И.И. и др., 2001).

Внутриносовая эндоскопия позволяет оценить состояние слизистой оболочки носовой полости, путей оттока из околоносовых пазух и характер секрета в редких случаях удается заглянуть в просвет верхней челюсти пазухи через добавочное соустье или в случае оперированной пазухи через искусственное соустье. При больших размерах кист через соустье может быть видна пролабирующая оболочка. (Watzek G. et al., 1997; Nimigean V.R. et al., 2006).

Большая роль в диагностике кист принадлежит рентгенологическому методу исследования (Лапшин С.Д., 1995).

Рентгенологический метод исследования на сегодняшний день является доступным методом, обладающим рядом преимуществ: информативностью, простотой исполнения, относительной дешевизной. Он позволяет не только выявить кисту, но и определить ее размеры. Основным рентгенологическим признаком зубной кисты является видимое на рентгенограмме округлое или овальное просветление с четко очерченными контурами. По периферии может определяться тень слоя компактной костной ткани, так называемая «замыкательная пластина». Радикулярная киста связана с верхушкой корня зуба; иногда корень зуба свободно выстоит в полость кисты (Рабухина Н.А. и др., 1989; Неупокоев Н.И., 1991; Хирургическая стоматология, 2000). В просвете фолликулярной кисты всегда проецируется коронковая часть непрорезавшегося зуба (Митрофанов Г.Г., 1989).

Ортопантомография (ОПТГ) при относительно небольшой лучевой нагрузке позволяет получить необходимый объем информации о расположении кисты состоянии зубов и связи с ней. На ОПТГ одонтогенная киста, распространяющаяся в верхнечелюстную пазуху, дает однородную тень с выпуклыми правильными внешними очертаниями, полукруглой формы, занимающую в основном нижнюю половину пазухи (Рабухина Н.А., Аржанцев А.П., 2003).

Внутриротовые снимки достаточно информативны для выявления кист небольших размеров и оценки пародонта. При больших кистах они не дают ни точной ее топографии, ни взаимоотношения с верхнечелюстной пазухой. В таких случаях возникает необходимость полипозиционной рентгенографии черепа, в том числе в носо-подбородочной, аксиальной, боковых, проекциях. Сложное анатомическое строение лицевого черепа, отображающееся на рентгенограмме в виде суммации теней различных костных образований, а также индивидуальные особенности, которые не всегда учитываются при чтении снимка, нередко создают определенные затруднения при интерпретации рентгенограмм (Шакирова А.Т., 2002).

По данным литературы (Лазарев А.И. и др., 1989; Фирсов Е.Ф. и др., 1990), информативность рентгенологического исследования околоносовых пазух значительно повышается при их контрастировании. Введение контрастного препарата в верхнечелюстную синус позволяет определить состояние его стенок, форму и величину просвета, выявить кисту, полипы, утолщение слизистой оболочки, определить скорость оттока содержимого из пазухи, проследить за динамикой процесса при проведении лечения.

В последние годы все популярнее становятся водорастворимые контрастные вещества. При пониженной концентрации они в меньшей степени маскируют объемные образования, находящиеся в просвете пазухи, значительно повышают информативность и достоверность рентгенологического исследования. Возможно также двойное контрастирование верхнечелюстных пазух (Лазарев А.И. и др., 1989; 1994).

При осложнениях одонтогенных кист (прорастании одонтогенной кисты в верхнечелюстную пазуху, истончении, деструкции костных стенок верхнечелюстных пазух и деформации ее, воспалительном процессе содержимого кисты) или при подозрениях на одонтогенный гайморит показана рентгеновская компьютерная томография (КТ) (Шакирова А.Т. 2002; Yoshiura K. et al., 1997; Cavalcanti M.G. et al., 2005; Simon J.N. et al., 2006; Bassou D. et al., 2007).

Разработка и внедрение КТ явилось крупнейшим достижением науки и техники. Метод КТ позволяет выявить положение, форму, размеры и строение различных структур, определить их топографо-анатомические отношения с рядом расположенными органами и тканями, уточнить показания к оперативному лечению и особенности проведения вмешательства (Чибисова М.А. и др., 2005).

Толщина срезов на КТ колеблется от 1 до 8 мм. КТ позволяет получить поперечное послойное изображение любой области человеческого тела, в том числе лицевого отдела черепа. Современные компьютерные томографы, в том числе спиральные, имеют высокую разрешающую способность, позволяют различать очень небольшие перепады плотностей, за доли секунды сканируют исследуемую часть тела (один срез в секунду и гораздо быстрее). компьютерный томограф позволяет, на основании кроме стандартных изображений в аксиальной проекции, воссоздать изображения лицевого скелета в боковой, прямой и косых (любых) проекциях (Чибисова М.А. и др., 2005).

При изучении компьютерных томограмм и выполни трёх мерную реконструкцы верхней челюсти можно установить причинный зуб, определить форму, истинные размеры кисты, направление ее роста и степень прорастания в полость пазухи (Bassou D. et al., 2007), а также взаимоотношения с корнями соседних зубов и состояние костной ткани альвеолярного отростка. Может быть проведена дифференциальная диагностика между одонтогенной кистой, проросшей в полость верхнечелюстной пазухи, и истинной кистой пазухи (отсутствие костной перегородки, отделяющей полость истинной кисты от полости пазухи; отсутствие связи с корнями зубов; различны формы кисты и интенсивность затенения ее зоны на рентгенограмме и т. д.). КТ позволяет изучить состояние костной перегородки, окружающей

одонтогенную кисту – плотный, равномерный костный слой; возможное истончение или полное его отсутствие; при этом, как правило, определяется соприкосновение оболочки кисты и слизистой оболочки пазухи. Использование КТ значительно расширяет диагностические возможности при определении размера, локализации кисты, ее взаимосвязи с оболочками пазухи, что позволяет составить план оперативного вмешательства и предотвратить возможные осложнения. (Кулаков А.А. и др., 2005).

КТ дает возможность определить крайне незначительные градации в степени поглощения рентгеновских лучей тканями. Так, если на обычных рентгенограммах один участок отличается от другого лишь при разности их по плотности на 10-20%, то на КТ – на 1-2%, и даже на 0,5% - на аппаратах 3-4 поколения (Чибисова М. А. и др., 2005).

На КТ отчетливо определяется состояние слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи очень чувствительной к малейшим воздействиям. При наличии одонтогенной кисты, проросшей в полость верхнечелюстной пазухи, реакция слизистой оболочки пазухи может быть различной. В случае медленного роста кисты без признаков воспаления слизистая оболочка, прилежащая к костной перегородке кисты, не визуализируется (это является признаком отсутствия её изменений). На увеличение кисты и истончение костной стенки слизистая оболочка пазухи сначала отвечает утолщением в области изменений (на КТ – легкая пристеночная тень). На первые же признаки воспаления в полости кисты слизистая пазухи реагирует быстро, что проявляется на КТ резко набухшей, с волнообразным контуром, тенью, иногда заполняющей половину пазухи (Кулаков А.А. и др., 2005).

При выборе метода оперативного вмешательства у больных с кистами челюстей больших размеров необходимо знать истинные размеры кисты, соотношение полости кисты с верхнечелюстным синусом и нижнечелюстным каналом, наличие и размер костного дефекта дна верхнечелюстного синуса и полости носа. Таким методом является РКТ. Кроме того, компьютерная томография дает возможность определить размеры кисты, истинные размеры костной полости до и после оперативного вмешательства, а также регенерацию костной ткани уже в первые месяцы после оперативного вмешательства (Аснина С.А., Шишкова Н.В., 2006).

Сравнение возможностей РКТ и магнитной резонансной томографии (МРТ) в выявлении костной деструкции обнаружило, по мнению А.Т. Шакировой (2002), бесспорные преимущества метода РКТ, позволяющего выявить костные изменения на самых ранних этапах. Для определения небольших по размерам участков деструкции автор считает целесообразным выполнять РКТ-сканы толщиной меньше 5 мм: оптимальные проекционные условия достигаются, когда изучаемая стенка пазухи перпендикулярна плоскости среза.

Проведение МРТ при одонтогенных кистах верхней челюсти, по мнению того же автора, показано: до начала лечения при необходимости точного представления о ее границах в различных плоскостях и четкой дифференцировки кисты от вторичных воспалительных изменений; при подозрении на ее прорастание в смежные области; с целью дифференциальной диагностики одонтогенной кисты и злокачественного новообразования, при невозможности оценки данных РКТ. МРТ, за счет хорошей разрешающей способности в отношении мягких тканей, может дать дополнительную полезную информацию на T1 и T2-взвешенных изображениях (Шакирова А.Т., 2002).

Литературные данные свидетельствуют о том, что диагностические ошибки при одонтогенных кистах встречаются довольно часто (Ермолаев И.И., 1964; Рыбакова М.Г., Тюрин А.Г., 1998; Робустова Т.Г., 1992; Овруцкий Г.Д. и др., 1999; Смирненская Т.В., Агапов В.С., 1993; Raczew Z., 1971; Aquino M. et al., 1990; Dunsche A. et al., 2003; Morimoto Y. et al., 2004; Nary Filho H. et al., 2004; Tran P.T. et al., 2004; Cunha E.M. et al.,

2005; Lombardi T. et al., 2006). Последнее обусловлено некоторыми особенностями клинического течения кист челюстей и их недостаточной рентгенологической семиотикой. Особенно это касается кист, врастающих в верхнечелюстную пазуху. Причем, значительный процент таких кист протекает с осложнениями в виде воспаления кистозной полости и синуса, истончения и деформации стенок верхнечелюстной пазухи, прорастания в полость носа, что обуславливает необходимость более точной и объективной их диагностики с целью выработки оптимального лечения (Шакирова А.Т., 2002).

В связи с этим понятен интерес, проявляемый врачами к возможностям РКТ в диагностике заболеваний челюстно-лицевой области. РКТ имеет значительные преимущества перед рентгенографией и томографией в отношении четкости полученного изображения изучаемого участка тела, точности определения границ новообразования и возможности его проникновения в окружающие ткани. При использовании РКТ пациент значительно меньше подвергается воздействию лучевой энергии, чем при таком же обследовании, проведенном с помощью обычного рентгеновского аппарата. Важным преимуществом РКТ является возможность оценки состояния верхнечелюстной расщелины (соустья), от которой зависит аэрация синуса (Камалов И.И. и др., 2001).

В настоящее время созданы спиральные компьютерные томографы, которые позволяют в течение 30 секунд получить трехмерное рентгеновское изображение челюстно-лицевой области, либо всей головы пациента. Трехмерное изображение хранится в памяти компьютерного томографа и дает возможность врачу-рентгенологу получить любое сечение зоны интереса и любую проекцию. Одна трехмерная модель позволяет отказаться от дентальных и панорамных снимков любой сложности. Трехмерные конструкции можно вращать и рассматривать под любым углом (Чибисова М.А. и др., 2005).

М.А. Чибисова и др. (2005) указывают следующие показания для проведения спиральной КТ челюстно-лицевой области пациентам с заболеваниями зубочелюстной системы:

- Планирование имплантации и дальнейшего ортопедического лечения;
- Аномалии развития зубов и челюстей, сложные аномалии прикуса;
- Одонтогенные гаймориты;
- Кисты челюстей различной этиологии и локализации;
- Хронические локализованные и генерализованные тяжелые пародонтиты (для визуализации глубоких пародонтальных карманов и абсцессов);
- Опухолеподобные образования и диспластические процессы;
- Новообразования челюстно-лицевой области

Дентальный компьютерный томограф дает высококачественное цифровое изображение изучаемого объекта в трех плоскостях (горизонтальной, фронтальной и сагиттальной). С помощью ограниченного конического луча в виде зоны объемом 6 см^3 толщина среза может быть установлена от 0,125 мм до 2 мм (для сравнения: спиральный компьютерный томограф, а также компьютерный томограф могут дать толщину срезов от 0,5 мм до 2 мм). При этом лучевая нагрузка на пациента во время подобного исследования в 6-10 раз меньше, чем при проведении спиральной компьютерной томографии (400 мкЭв в среднем). Она может составлять от 11 до 48 мкЭв в зависимости от медико-технических условий и зоны исследования (в среднем 30 мкЭв). Следует также отметить, что разрешающая способность у дентального компьютерного томографа при визуализации и корневых каналов зубов и костных структур альвеолярных частей не имеет аналогов. Трехмерный дентальный компьютерный томограф позволяет проводить реконструкцию срезов в вертикальной и

горизонтальной плоскости под любым углом к зубной дуге. Благодаря этому исследователь имеет возможность более детальной визуализации изображения (Фадеев Р.А. и др., 2007).

Трехмерная дентальная компьютерная томография значительно расширяет возможности диагностики и дифференциальной диагностики в амбулаторной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. В последние годы инновационным направлением лучевой диагностики в амбулаторной стоматологической практике явилось применение трехмерных дентальных компьютерных томографов. В основе данных аппаратов используется рентгеновский луч конической направленности (конусно-лучевая рентгеновская компьютерная томография). Поскольку рентгеновский луч проходит только через ограниченную область человеческого тела, в результате получается трехмерное изображение высокого разрешения при минимальной дозе облучения. Применение трехмерной дентальной КТ зубочелюстной системы у пациентов детского возраста обеспечивает сокращение сроков обследования и снижение суммарной лучевой нагрузки на исследуемого пациента, в том числе и за счет уменьшения общего числа лучевых диагностических процедур. Трехмерная дентальная КТ зубочелюстной системы может рекомендоваться в диагностике следующих патологических процессов: хронический пульпит и хронический периодонтит молочных и постоянных зубов с незавершенным формированием корней; аномалии развития и положения зубов и челюстей; кисты и опухолеподобные образования; заболевания верхнечелюстных пазух; заболевания и повреждения височно-нижнечелюстных суставов; планирование ортодонтического лечения; травмы, нарушения прорезывания и формирования зубов (Чибисова М.А., 2007).

Хирургическое лечение одонтогенных кист челюстей

Уже достаточно давно разрабатываются методики лечения кист нехирургическим способом (Delbem A.C. et al., 2003; Johann A.C. et al., 2006). Так, А.В. Скотаренко (2005) описывает использование прибора для ультразвукового пломбирования корневых каналов, применение 0.2% раствора циклофосфана в комбинации с биокерамикой для ирригации корневых каналов и завершующего вывода при лечении деструктивных форм корневых кист, отмечая следующие недостатки хирургического лечения:

- микрохирургическая операция в области верхушки корня может привести к развитию целого ряда осложнений;
- невралгические послеоперационные боли;
- сложность проведения данной операции, если пациент страдает заболеваниями, способствующими нарушению свертываемости крови;
- аллергические реакции на обезболивающие препараты;
- невозможность проведения лечения в стадии обострения воспалительного процесса;
- отек мягких тканей лица после оперативного вмешательства;
- срезание опоры у того самого зуба, ради спасения которого проводится операция;
- высокий процент осложнений.

Однако на сегодняшний день единственным радикальным методом лечения околокорневых кист челюстей все же является хирургический (Killey H.C, Kay L.W., 1970; Sakuma T., 1974; Piatelli A. et al., 1984).

Одним из факторов, определяющих метод лечения одонтогенных кист, является их размер. Одонтогенные кисты делятся на малые, средние и большие. К кистам малого размера относят кисты до 1,5 см в диаметре, не выходящие за пределы альвеолярного отростка, к средним – кисты до 2,5 см в диаметре с распространением на тело челюсти,

а к большим – кисты более 2, 5 см в диаметре, также распространяющиеся на тело челюсти (Галецкий Д.В., 2003).

Развитие хирургических методов лечения околокорневых кист связано с именем С. Partsch (1882). В 1900 г. С. Partsch предложил новый метод лечения кисты, который заключался в иссечении ее передней стенки таким образом, чтобы отверстие соответствовало наибольшему диаметру полости кисты. После этого эпителий слизистой оболочки полости рта и стенки кисты срастался. С. Partsch предложил также метод цистэктомии, при котором оболочка кисты удаляется полностью, а «причинные» зубы либо удаляются, либо резецируются верхушки их корней. Резекция верхушки корня, по мнению автора, является обязательным этапом операции и проводится с целью профилактики рецидива заболевания. Операция заканчивалась наложением на рану швов.

Существуют три основных вида оперативных вмешательств по поводу одонтогенных кист челюстей: цистостомия, цистэктомия и цистотомия (Соловьев М.М. и др., 2004).

Цистостомия – рассечение стенки кисты с целью эвакуации ее содержимого. Эту операцию проводят по экстренным показаниям при остром гнойно-воспалительном процессе. После стихания острых воспалительных явлений края раны сближаются (срастаются), отток содержимого кисты прекращается, т. е. вновь включаются механизмы роста кисты или образуется свищевой ход.

Цистэктомия – удаление всей эпителиально-соединительнотканной выстилки (оболочки кисты) костной полости. Операцию завершают сближением краев раны слизистой оболочки альвеолярного отростка (закрытый способ ведения костной раны) либо костную полость заполняют тампоном (открытый способ).

Цистотомия – удаление (иссечение) части стенки кисты и создание условий для длительного сообщения (с полостью рта, полостью носа, верхнечелюстной пазухой), устраняющего основной механизм роста кисты – повышение гидростатического давления (Соловьев М. М. и др., 2004).

При кисте, имеющей связь с верхнечелюстной пазухой, применяют ороназальную цистэктомию и цистотомию одновременно с гайморотомией. Выделяются следующие показания к цистэктомии (Губайдулина Е. Я., Цегельник Л. Н., 1996):

- Киста, являющаяся пороком развития одонтогенного эпителия;
- Небольших размеров киста, расположенная в зубосодержащих областях челюстей в пределах 1-2 интактных зубов;
- Обширная киста нижней челюсти, при которой отсутствуют зубы в ее зоне и сохранено достаточной толщины (до 0.5-1 см) основание челюсти, что предохраняет от патологического перелома;
- Киста больших размеров на верхней челюсти, не имеющая зубов в этом участке, с сохранением костной стенки дна полости носа, а также прилегающая к верхнечелюстной пазухе или оттесняющая ее без явлений воспаления в пазухе.

–

Показаниями к цистотомии служат (Губайдулина Е. Я., Цегельник Л. Н., 1996):

- киста, в полость которой проецируется 3 интактных зуба и более; на рентгенограмме у корней последних не определяется периодонтальная щель;
- большие кисты верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа и небной пластинки;
- обширные кисты нижней челюсти с резким истончением (толщиной кости менее 0,5 см) основания челюсти, при этом частичное сохранение

кистозной оболочки является одной из мер профилактики патологического перелома

Пластическая цистэктомия – операция, при которой удаляют полностью оболочку кисты, однако рану не ушивают, а образовавшуюся полость после ввертывания слизисто-надкостничного лоскута тампонируют йодоформной марлей. Применяют ее редко, в основном в случае нагноившейся зубосодержащей кисты или кератокисты при отсутствии гарантии первичного заживления раны. Операция также может быть исходом цистэктомии, осложнившейся нагноением (Губайдулина Е. Я., Цегельник Л. Н., 1996).

Двухэтапная операция. Этот вариант хирургического вмешательства сочетают оба вида операции – цистотомию и цистэктомию. Применяют его при обширных кистах, являющихся пороком развития зубообразовательного эпителия (зубосодержащей и кератокисте), способных к рецидивированию и перерождению, а также при радикулярной кисте верхней челюсти, сопровождающейся разрушением костного дна полости носа, и нижней челюсти, занимающей ее тело и ветвь. На 1-м этапе производят декомпрессионную операцию – создают сообщение с полостью рта по типу цистотомии, но меньшего диаметра, однако достаточное для осуществления оттока из кистозной полости на продолжительный период. На 2-м этапе производят цистэктомию через определенный промежуток времени (в среднем через 1–1,5 года) (Павлов Б.Л., Бакиев Б.А., 1987; Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н., 1996, 2007).

Основным методом оперативного лечения остается цистэктомия, как наиболее радикальное оперативное вмешательство (Околот Т.Ф., 1972; Мишина Г.Д., 1973; Ямашев И.Г., 1973; Смирненская Т.В., 1981; Туркевич Г.Б., 1985, 1987; Ботбаев Б.Д., 1990; Трунин Д.А., 1992; Овруцкий Г.Д., 1993; Lindorf Н.Н., 1984). Данное вмешательство показано при погружении корня зуба в полость кисты не более чем на 1/3 его длины. Более глубокое погружение корня в полость кисты делает такие зубы непригодными в функциональном отношении и приводит к ранней их потере.

В 1965 г. W. Schulte опубликовал результаты лечения кист челюстей, которое он проводил в течение 8 лет. За это время было прооперировано 780 человек с кистами верхней и нижней челюстей. Все операции были проведены с полным удалением оболочки кисты. После удаления кисты полость заполнялась денатурированной желатиновой губкой или тромбином. В послеоперационном периоде всем назначались антибиотики. Автор наблюдал благоприятный исход лечения кист по такой методике в 98% случаев. Отследив отдаленные результаты, W. Schulte пришел к выводу, что скорость регенерации кости после полного удаления кисты зависит от возраста больного, величины кисты и не зависит от гистологического строения оболочки кисты. Сходные данные получили и другие авторы (Ольшевский В.А., 1984; Мирсаева Ф.А., 1989).

Цистотомию и цистэктомию производят под местной проводниковой и инфильтрационной анестезией. Разрез дугообразный или трапецевидный со стороны преддверия рта. Размер слизисто-надкостничного лоскута должен несколько превышать протяженность стенки кисты. После отслойки распатором мягких тканей расширяют узuru кости. При цистотомии кусачками, торцевой фрезой или борами удаляют переднюю костную стенку, затем иссекают оболочку кисты в области костного дефекта. Содержимое кисты удаляют. Корни зубов, расположенные в области кисты, но не выступающие в ее полость, сохраняют. Производят резекцию верхушки корня зуба, явившегося причиной образования кисты. Предварительно его лечат и пломбируют корневые каналы. Отпрепарированный слизисто-надкостничный лоскут вводят в открытую кистозную полость таким образом, чтобы его раневая поверхность прилежала к внутреннему слою кистозной оболочки. Лоскут прижимают и удерживают йодоформным тампоном. При неглубоких кистозных полостях слизисто-

надкостничный лоскут целесообразно фиксировать узловатым швом к оболочке кисты. В месте прилегания раневой поверхности слизистой-надкостничного лоскута у слизистой оболочки кисты происходят мацерация и некроз ее поверхностного слоя. При этом ввернутый лоскут срастается со слизистой оболочкой кисты. Наличие эпителизированного входа в полость кисты и определяет успех операции. Через 5–7 дней после операции удаляют тампон, кистозную полость промывают антисептическими растворами калия перманганата, риванола, фурацилина. Тампонирование полости кисты производят в течение двух недель, затем полость оставляют открытой. Гигиенический уход осуществляет сам больной. Иногда прибегают к более продолжительной тампонаде кистозной полости (обширные размеры, нарушение фонетической функции). Отрицательной стороной цистотомии является необходимость относительно долгого послеоперационного ухода. При цистэктомии полностью вылущивают оболочку кисты. Оболочку небольших кист, расположенных у верхушки корня, вылущивают через лунку малой хирургической ложкой во время удаления зуба. Оперативное вмешательство при кистах средних и больших размеров вначале производят по тем же принципам, что и при цистотомии. После резекции передней костной стенки полностью вылущивают и удаляют кистозную оболочку вместе с ее содержимым. Обнажившиеся верхушки корней зубов резецируют. Костную полость промывают антисептическими растворами, после чего на слизистую оболочку рта накладывают узловатые швы. Для лучшего образования кровяного сгустка в кистозную полость вводят гемостатическую губку. При обширных размерах полости кисты, а также при наличии факторов, замедляющих регенерацию костной ткани, некоторые авторы рекомендуют в послеоперационную полость вводить брюшину, широкую фасцию бедра, мышцу, щебенку из аллогенного хряща или кости (Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н., 1996).

В ряде работ обсуждается вопрос о том, как проводить цистэктомию – с резекцией верхушек корней или удалять только оболочку кисты, сохранив при этом анатомическую целостность зубов, ведь сохранение зубов, расположенных в зоне кисты, и восстановление их функции является одной из главных задач хирургического лечения околокорневых кист челюстей.

Операция резекции верхушки корня зуба в сочетании с цистэктомией или цистотомией является наиболее широко применяемым способом сохранения зуба (Пименова А.М., 1957; Татаринцев К.И., 1964; Хацкевич Г.А., 1969; Haskell E.W. et al., 1980; Maggiore C., Ripari M., 1980; Mikkonen M. et al., 1983; Inagaki K. et al., 1990).

L. Abrams и D.I. Trachtenberg (1977) описывают следующие показания к проведению резекции верхушки корня:

- Периодонтит однокорневых зубов, не поддающийся консервативному лечению;
- Периодонтит однокорневого зуба с изогнутой верхушкой корня;
- Однокорневые зубы с запломбированным цементов корневым каналом в тех случаях, когда патологический процесс не ликвидируется;
- Кистогранулемы однокорневых зубов;
- Однокорневые и многокорневые зубы, корни которых располагаются в кисте.

По мнению G. Lange (1971), такую операцию имеет смысл проводить при искривлении корневого канала, неустранимой перфорации корня и остатках штифтов в канале корня, затрудняющих лечение.

В.П. Почивалин (1984) рекомендует проводить резекцию верхушки корня зуба в следующих случаях:

- при хронических пародонтитах, когда консервативными методами не удастся устранить воспалительный процесс;

- при недопломбировании корневых каналов зуба из-за их анатомических особенностей;
- при отломе инструмента в канале при эндодонтическом лечении;
- при переломе корня в области верхушки;
- при наличии очага деструкции костной ткани в области верхушки корня зуба, служащего опорой мостовидного протеза или фиксации штифтового зуба;
- при перфорации стенки корня в верхней его трети;
- при хроническом остеомиелите, если верхушка корня находится в патологическом очаге;
- при повреждении верхушки корня во время удаления расположенного рядом зуба;
- при одонтогенной кисте;
- при чрезмерном выведении пломбировочного материала за верхушку корня;
- при взятии биопсийного материала для проведения дифференциальной диагностики опухолей челюстей.

Противопоказаниями к резекции верхушки корня зуба В.П. Почивалин (1984) считает следующие:

- острый и обострившийся хронический периодонтит, острый остеомиелит челюсти;
- расположение корней зубов вблизи стенок верхнечелюстной пазухи или нижнеальвеолярного нерва;
- подвижность зубов 3 степени, связанная с разрушением стенки альвеолы более чем на $\frac{1}{2}$ длины корня;
- значительное разрушение тканей зуба, при котором невозможно его восстановление пломбировочным материалом или культевыми вкладками;
- общие тяжелые заболевания организма.

С. Коэн и Р. Бернар (2000) считают противопоказаниями к зубосохраняющим операциям:

- сопутствующие заболевания (гемофилия, болезни крови, болезни сердца с явлениями декомпенсации, острый нефрит, гепатит, активный туберкулез)
- наличие подвижности зуба 2-4 степени;
- наличие кариеса корня;
- наличие выраженной резорбции стенок альвеолы;
- расположение зуба вне зубной дуги;
- наличие микростомы;
- низкий уровень гигиены, не санированная полость рта.

К недостаткам этой операции следует отнести снижение функции резецируемых зубов, возможность реинфекции со стороны срезанных микроканальцев и травматичность операции (Околот Т. Ф., 1968, 1972; Григорьянц Л.А. и др., 1997). Кроме того, после удаления околокорневых кист остаются костные полости, которые снижают прочность челюстных костей и могут вызывать функциональные и эстетические нарушения (Ефимов Ю.В., 1993, 1994).

За последние полвека в лечении кист появились некоторые новые направления. Так, для предотвращения ранних осложнений при цистэктомии костную полость после удаления оболочки стали заполнять биокomпозиционными материалами. Это связано с тем, что при стандартном оперативном вмешательстве имеет место сокращение

кровенного сгустка, и это зачастую приводит к инфицированию костной полости и последующим осложнениям.

Поэтому заполнение костного дефекта челюстных костей биокomпозиционными материалами после цистэктомии направлено на предотвращение возможных осложнений, связанных с сокращением и распадом кровяного сгустка, а также вторичным инфицированием раны; ускорение регенерации костной ткани в области дефекта и восстановление формы и функции челюстных костей. По этой причине материалы, используемые для заполнения костной полости после цистэктомии, должны обладать рядом необходимых свойств: во-первых, иметь хорошие показатели биосовместимости, то есть быть биodeградируемыми и не вызывать у реципиента воспалительной реакции, во-вторых, обладать остеoиндуктивностью, то есть активно побуждать остеобласты и другие мезенхимальные клетки к формированию кости, и в-третьих – выполнять и поддерживать объем дефекта, то есть нести остеокондуктивную функцию (Асника С.А. и др., 2004).

Для решения этих проблем многие стоматологи (Абу Бакер Кефah Фатхи, 2000; Дробышев А.Ю., 2001; Ленина С.А. и др., 2003; Белозеров М.Н., 2004) пользуются отечественными биокomпозиционными материалами, так как они по своим свойствам практически не уступают зарубежным аналогам, тогда как их стоимость всегда значительно ниже импортных. Так, к настоящему времени препараты «Гидроксиопол» и «Колапол» (фирмы «Полистом»), «Коллапан-Л» (фирмы «Интермедапатит»), «Остим-100» (фирмы «Остим») и ряд других хорошо изучены и широко применяются в практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (Рабухина Н.А., 2000).

Интересны данные о применении в хирургической стоматологии для стимуляции репаративного остеогенеза препаратов нового поколения, выпускаемых фирмой ООО «Конектбиофарм». Было показано, что материал этой фирмы «Алломатрикс-имплант» дает хороший положительный эффект при замещении дефектов при лечении радикулярных кист челюстей и синус-лифтинге. Кроме того, биокomпозиционный материал «Алломатрикс-Имплант» является первым препаратом, изготовленным на основе костных аллоколлагена и судьфатированных гликозаминогликанов. Этот материал с успехом был применён при хирургическом лечении воспалительных заболеваний пародонта (Грудянов А.И. и др., 2003).

А. А. Никитин и др. (2005) проводили оценку хирургического лечения кистозных образований челюстей у детей. Проанализировав результаты лечения 25 больных с использованием гранулированного биокomпозиционного материала ГАП-99, авторы делают вывод, что указанный материал позволяет сократить сроки заживления костной раны, улучшить косметический и функциональный эффекты на госпитальном этапе лечения. В отдаленный период отмечена полная реабилитация пациентов, прооперированных с использованием биокomпозиционного материала.

О.П. Чудаков и Л.А. Лунева (2007) провели изучение клинической эффективности препарата оксигеланим по возмещению дефектов передней стенки верхнечелюстной пазухи при лечении хронических одонтогенных синуситов верхнечелюстной пазухи в стадии обострения, радикулярных кист верхней челюсти, проросших в верхнечелюстную пазуху. Показано, что данный препарат, являясь барьерной мембраной, обеспечивает транспорт жидкости и питательных веществ, ограничивает прорастание эпителия и соединительной ткани в образованный костный дефект и способствует его регенерированию. Применение оксигеланима предупреждает развитие послеоперационных осложнений и облегчает течение послеоперационного периода, оказывая заметное противовоспалительное и антибактериальное действие на раневой процесс в области передней стенки

верхнечелюстной пазухи. Препарат обладает хорошей переносимостью, отсутствием местных и общих побочных эффектов.

Ряд врачей проводят цистэктомию с сохранением анатомической целостности зубов. При этом отмечается повышение их функции, снижение количества осложнений послеоперационного периода (Ушаков Ю.Г., 1972; Ефимов Ю.В., 1994).

По мнению Т.Ф. Околот (1972), такое оперативное вмешательство разумно применять только в отношении однокорневых зубов обеих челюстей при условии полноценной obturации корневого канала сохраняемого зуба. Показанием служат случаи «перепломбировки» канала корня зуба по поводу кистогранулем с выведением за верхушку зуба большого количества пломбировочного материала. Анализируя результаты цистэктомии в сроки от 2 месяцев до 6 лет, автор отмечает неполное восстановление костного дефекта у 10 оперированных больных. У 8 больных был рецидив заболевания, а причинные зубы были удалены.

А.Н. Левкович (1983, 1986, 1989), исследуя микрофлору периапикального очага хронического воспаления и возможные пути реинфицирования кровяного сгустка, считает, что рецидив может быть связан с инфекцией в верхушечной части трепанированного зуба. Он применял оригинальную методику хирургического лечения одонтогенных околокорневых кист челюстей. После удаления периапикального патологического очага часть корня зуба, выступающую в костный дефект, он покрывал клеевыми композициями, обладающими герметическими свойствами. Данная методика позволяет проводить цистэктомию с сохранением анатомической целостности зубов независимо от степени выступления корней в полость кисты и от стадии воспалительного процесса. По мнению автора, такая методика может применяться при недостаточной obturации корневых каналов пломбировочными материалами, перфорациях корневого канала, наличии в нем инородного тела, снижении высоты альвеолярного отростка.

Хирургическое лечение кист, вырастающих в верхнечелюстную пазуху

При выборе метода оперативного лечения радикулярной кисты, проросшей в верхнечелюстную пазуху, нужно учитывать размер кисты, направление ее роста, степень прорастания в полость пазухи, наличие и размер дефекта наружной и нижней стенок пазухи, а также то, возникало ли ранее нагноение содержимого кисты и есть ли признаки воспаления на момент обращения. Важны также данные о наличии свищевого хода, количестве зубов, вовлеченных в кисту, степени их разрушения, качестве пломбирования корневых каналов и т.д. (Кулаков А.А. и др., 2005).

А.А. Кулаков и др. (2005) обследовали 10 человек с радикулярными кистами, проросшими в верхнечелюстную пазуху. Пациенты предъявляли жалобы на болезненность в области верхней челюсти, неприятные ощущения в области «причинных» зубов, периодически возникающую заложенность носа с соответствующей стороны, тяжесть при наклоне головы вниз. Лечение проводилось с учетом клинических и рентгенологических данных. Четырём пациентам была произведена цистэктомия с резекцией верхушки корней «причинных» зубов на фоне противовоспалительной терапии; в одном случае выполнены цистэктомия, удаление зуба и радикальная гайморотомия; в 1 случае (наличие свищевого хода в проекции лунки ранее удаленного 16-го зуба) – радикальная гайморотомия с пластикой свища. Во всех случаях при заполнении костных полостей использовались костно-замещающие материалы и барьерные мембраны. Послеоперационный период протекал у всех пациентов без осложнений.

Недавно разработан новый вид оперативного вмешательства при кистах, вырастающих в верхнечелюстную пазуху – цистосинустомия (-эктомия).

Особенностью этой операции является объединение полости кисты с полостью верхнечелюстной пазухи (синусостомия) либо полное удаление (синусэктомия).

Показанием к этой операции является врастание кисты в верхнечелюстную пазуху.

В монографии М.М. Соловьева и др. (2004) перечислены следующие основные этапы операции:

- Формирование слизисто-надкостничного лоскута.
- Трепанация передней стенки верхнечелюстной пазухи.
- Удаление перемычки между полостью кисты и верхнечелюстной пазухой или полное удаление капсулы кисты.
- Создание соустья с нижним носовым ходом.
- Санация верхнечелюстной пазухи.
- Тампонада верхнечелюстной пазухи.
- Укладывание слизисто-надкостничного лоскута на прежнее место и фиксация его швами (Соловьев М.М. и др., 2004).

Отмечается, что во взаимоотношениях верхушек коней верхних зубов с верхнечелюстной пазухой и полостью носа существует ряд особенностей, которые необходимо учитывать при выполнении операции.

Альвеолы и боковые резцы верхних челюстей не доходят до уровня нёбного отростка, всегда близко расположены к полости носа и отстоят далеко от дна верхнечелюстной пазухи (Соловьев М.М. и др., 2004).

Корни клыков могут располагаться вблизи передней стенки верхнечелюстной пазухи. При узкой и высокой верхней челюсти они вытянуты по высоте, а при короткой и широкой челюсти корни клыков напоминают равносторонний треугольник (Кудрявцева Л.Е., 1973).

Альвеолы больших коренных зубов при низком положении дна пазухи могут вдаваться в ее полость, образуя бугорки. В этих случаях корни зубов отделяются от пазухи тонкой прослойкой кости (Кручинский Г.В., Филиппенко В.И., 1991).

Варианты взаимоотношений верхушек корней с дном верхнечелюстной пазухи (Соловьев М.М. и др., 2004): верхушки корней зубов находятся в верхнечелюстной пазухе или у ее дна – 19%; верхушки корней зубов не доходят до дна верхнечелюстной пазухи 1-13 мм – 47%; комбинации двух форм встречаются в 34% случаев.

Расстояние от дна альвеол верхних больших коренных зубов до дна верхнечелюстной пазухи обычно не превышает 1,26 мм (Бусыгин А.Г., 1962).

В некоторых случаях корни больших коренных зубов и верхнечелюстную пазуху разделяет только слизистая оболочка (Соловьев М.М. и др., 2004).

Расстояние от верхушек корней коренных зубов верхней челюсти до наружной и внутренней поверхности альвеолярного отростка колеблется от 0,1 до 1,5 мм и от 0,3 до 6,0 мм соответственно (Иванов А.С., 1976).

В последние годы наметилась чёткая тенденция перехода от радикальных операций на околоносовых синусах к малоинвазивной хирургии (Григорьянц Л.А. и др., 2007). Концепция функциональной и микроскопической хирургии придаточных пазух носа, основанная на современных данных по изучению физиологии и патологии слизистой оболочки носа и синусов, занимает ведущие позиции в ринологии. Диагностика и лечение одонтогенных заболеваний околоносовых синусов с использованием видеоэндоскопической техники в практике челюстно-лицевых хирургов и стоматологов ещё не получила широкого распространения.

Методика эндоскопического удаления кист челюстей может быть применена при любой локализации кист, но с условием, что размер кисты должен быть не более 3 см³, хотя это ограничение условно, поскольку быстрое совершенствование оптики и

инструментария может в ближайшее время значительно снизить этот порог (Сысолятин С. П., Сысолятин П. Г., 2005).

Суть методики эндоскопической внутрикостной цистэктомии заключается в следующем. На основании тщательного рентгенологического и томографического исследования определяются точки максимального истончения кости над образованием и его границы. Доступ в полость кисты осуществляется путем двух проколов по возможности на противоположных полюсах кисты, но с учетом истончения кости над ней. Прокол выполняется троакаром, диаметр которого выбирается в зависимости от величины кисты. Под видеоэндоскопическим контролем гибкими никелид-титановыми распаторами и кюретажными ложками отслаивается оболочка кисты, а затем удаляется. Если в полости рта лежит ретинированный зуб, то размер костного окна приходится расширять до размера чуть большего, чем величина коронки. Зуб захватывается и удаляется крючком из никелида титана или проволоочной лигатурой, проведенной между корней или затянутой по шейке. Выступающие в полость верхушки корней зубов резецируются длинной фрезой. Пластика костного дефекта может быть выполнена ауто- или аллотрансплантатами, возможно, с добавлением искусственных остеогенных материалов. После заполнения полости раны на слизистой оболочке полости рта или коже ушиваются глухим швом (Сысолятин С. П., Сысолятин П. Г., 2005).

При выбухании кисты в верхнечелюстную пазуху производится не целостное удаление кисты, а эндоскопическая цистотомия в просвет пазухи. Удаление купола кисты, сращенного со слизистой оболочкой пазухи, может быть выполнено со стороны пазухи, т. е. путем эндоскопической эндоназальной гайморотомии, или через проколы внутрь кисты со стороны полости рта. В любом варианте оболочка, выстилающая дно кисты, сохраняется (Сысолятин С. П., Сысолятин П. Г., 2005).

М.А. Губин и др. (2003) изучали две группы пациентов. Первая - с воспалительными процессами в верхнечелюстном синусе (21 человек). Вторую группу составили 3 пациента с радикулярной кистой, проросшей в верхнечелюстную пазуху. Больным с радикулярной кистой, проросшей в верхнечелюстную пазуху, проводили видеоэндоскопическую цистэктомию под местной анестезией с потенцированием. Первоначально удаляли причинный зуб, затем при помощи троакара производили трепанопункцию лицевой стенки синуса в проекции полости кисты. Кистозное содержимое аспирировали, фрагментировали оболочку кисты и удаляли её с помощью щипцов Блэксли по частям. Костную перегородку между полостью кисты и просветом синуса устраняли с использованием выкусывателя Штамбергера и долота. Проводили осмотр слизистой оболочки синуса, оценивали состояние области соустья. При наличии полипозно-утолщённой слизистой оболочки её удаляли. Анализ непосредственных результатов лечения показал, что у 23 пациентов было достигнуто стойкое выздоровление.

По мнению С. П. Сысолятина и П. Г. Сысолятина (2005), метод эндоскопической цистотомии кист, выбухающих в верхнечелюстную пазуху является оптимальным. Его главным достоинством является малая травматичность. Объединение кисты с полостью пазухи, с одной стороны, прекращает процесс ее роста, с другой – не приводит к дефекту эпителиальной выстилки пазухи, которая остается эпителизированной на всем протяжении. Одновременно корректируется антрохоанальное соустье, таким образом, полностью устраняется почва для поддержания и прогрессии воспалительного процесса.

Д.В. Галецкий (2003) изучал результаты цисториносинусостомии. В 12,5% его наблюдений отмечен рецидив кисты и в 12,5% - потеря причинного зуба.

Анализ литературы показывает, что до последнего времени основным методом оперативного лечения околокорневых кист челюстей остается цистэктомия. Однако

применение этого метода связано с большим количеством осложнений, что требует разработки новых, более совершенных способов лечения этой патологии и повышения его эффективности.

Литература:

7. Абу Бакер Кефех Фатхи. Применение биорезорбируемой мембраны «Пародонкол» для оптимизации заживления дефекта челюсти после цистэктомии : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. – М., 2000. – 23 с.
8. Аснина С. А., Шишкова Н. В. Использование компьютерной томографии при хирургическом лечении околокорневых кист больших размеров // Клиническая стоматология. – 2006. - № 1. – С. 60 – 62.
9. Аснина С.А., Агапов В.С., Панасюк А.Ф. и др. Хирургическое лечение радикулярных кист челюстных костей с использованием биокomпозиционного материала «ОСТЕОМАТРИКС».- 2004.
10. Белозеров М.Н. Оценка остеопластических свойств различных биокomпозиционных материалов для заполнения дефектов челюстей : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. – М., 2004. – 23 с.
11. Бобров В.М. Два наблюдения фолликулярной и радикулярной (корневой) кисты верхнечелюстной пазухи со значительным разрушением костных стенок // Вестн. оториноларингологии. - 1995. - № 6. - С. 52–53.
12. Ботбаев Б.Д. Хирургическое лечение больных с кистами челюстей с использованием биогенных пластических материалов на основе брексокости и гидроксиапатита. Автореф. канд. мед. наук. - М. - 1990.
13. Бусыгин А.Т. Строение челюстных костей. – Ташкент: Медгиз УзССР, 1962. - 107 с.
14. Галецкий Д.В. Оценка эффективности различных методов хирургического лечения одонтогенных кист челюстей : Автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.00.21. – СПб., 2003. – 19 с.
15. Григорьянц Л.А., Сирак С.В., Зекерьяев Р.С., Арутюнян К.Э. Показания и эффективность использования различных хирургических вмешательств при лечении больных с одонтогенным гайморитом, вызванным выведением пломбировочного материала в верхнечелюстной синус // Стоматология. – 2007. – Т. 86, № 3. – С.42-45.
16. Григорьянц Л.А., Зуев Д.Б., Бадалян Б.А. и др. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей с использованием гидроксиапатита ультравысокой дисперсности без резекции верхушек корней.// Клинич. стоматология. - 1997. - №3. - С.54-57.
17. Грудянов А.И., Панасюк А.Ф., Ларионов Е.В., Бякова С.Ф. Использование биокomпозиционного материала «Алломатрикс- Имплант» при хирургическом лечении воспалительных заболеваний пародонта. // Пародонтология. – 2003. - № 4. – С. 39-43.
18. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология. – М., 1996. – С.534-555.
19. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н., Лузина В.В., Топленинова Д.Ю. Опыт лечения больных с обширными кистами челюстей // Стоматология. – 2007. – Т. 86, № 3. – С. 51-53.
20. Губин М.А., Сердюков Ю.П., Потимко Н.А. Видеоэндоскопическая хирургия заболеваний верхнечелюстного синуса // Научно-медицинский вестник ВГМА им. Н.Н.Бурденко : Сб.науч.тр. – Воронеж, 2003. – Вып. 2, ч. 3. – С. 15-17.
21. Дмитриева В.С. Одонтогенные кисты (этиология, патогенез, клиника). - М., 1969. - 36 с.
22. Дробышев А.Ю. Экспериментальное обоснование и практическое применение отечественных биокomпозиционных материалов при костно-восстановительных операциях на челюстях : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.21. – М., 2001. – 46 с.
23. Ефимов Ю.В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей // Стоматология. – 1993. – Т. 72, №3. - С.26-27.
24. Ефимов Ю.В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей с математическим моделированием действительных размеров остаточной костной полости : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. – М., 1994. – 17 с.
25. Коэн С., Бернар Р. Эндодонтия : Пер. с англ. – СПб.: Интерлайн, 2000. – 345 с.
26. Кручинский Г.В., Филиппенко В.И. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. – Минск : Вышэйш. школа, 1991. – 165 с.
27. Кудрявцева Л.Е. К анатомии зубо-челюстных сегментов верхней челюсти : Автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.00.02. – М., 1973. – 30 с.

28. Лазарев А.И., Николаенко А.Н., Фирсов Е.Ф., Пискунов И.Р. Двойное контрастирование верхнечелюстных пазух // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. – № 2. – С. 64-67.
29. Лазарев А.И., Ерофеева Л.Н., Фирсов Е.Ф., Пискунов И.С. Рентгенологическое исследование околоносовых пазух контрастными водорастворимыми препаратами на полимерной основе // Рос. ринология. – 1994. – № 2. – С. 18.
30. Лапшин С.Д. Клинико-рентгенологические особенности кист челюстей у детей : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. – М., 1995. – 19 с.
31. Левкович А.Н. Хирургическое лечение околокорневых кист и хронических периодонтитов с сохранением корня зуба // Комплексное лечение и профилактика стоматологических заболеваний. – Киев, 1989. – С. 163.
32. Ленина С.А., Агапов В.С., Игнатьева Е.В. и др. Сравнительная характеристика использования отечественных биоконформных материалов для заполнения костных дефектов челюстей в амбулаторной практике. // Актуальные вопросы стоматологии : Сб. тез. Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 120-летию со дня рождения А.И. Евдокимова. – М., 2003. – С. 10-11.
33. Миронюк В.А. Томография контрастированных кист челюстей // Вопросы рационализации в стоматологии. – Киев, 1967. – № 1. – С. 62-66.
34. Неупокоев Н.И., Неупокоева Н.В. Околокорневая киста зубов верхней челюсти как причина одонтогенного гайморита // Стоматология. – 1991. – Т.70, № 3. – С. 62-63.
35. Никитин А.А., Титова Н.В., Карачунский Г.М. Хирургическое лечение кистозных образований челюстей у детей с использованием биоконформных материалов // Стоматология. – 2005. – Т. 84, № 2. – С. 40-43.
36. Овруцкий Г.Д., Лившиц Ю.Н., Лукиных Л.М. Неоперативное лечение околокорневых кист челюстей. – М.: Медицина, 1999. – 119 с.
37. Овруцкий Г.Д. Хронический одонтогенный очаг. – М.: Медицина, 1993. – 142 с.
38. Околот Т.Ф. Хирургическое лечение околокорневой кисты с сохранением зубов. – Минск : Беларусь, 1972. – 88 с.
39. Околот Т.Ф. Хирургическое лечение околокорневых кист и кистогранулем с сохранением зубов : (Клинико-эксперим. исслед.) : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. – Минск, 1968. – 21 с.
40. Павлов Б.Л., Бакиев Б.А. Двухэтапная цистэктомия при больших одонтогенных кистах челюстей // Профилактика, лечение, исходы и осложнения кариеса зубов. – М., 1987. – С. 106-110.
41. Павлов Б.Л. Динамика электроодонтометрических показателей при лечении одонтогенных кист челюстей // Здоровье Киргизии. – 1989. – № 6. – С. 47-48.
42. Пименова А.М. Сравнительная характеристика методов хирургического лечения челюстных кист : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. – М., 1954. – 23 с.
43. Почивалин В.П. Хирургическое лечение периодонтита // Практическая эндодонтия. – М., 1984. – С. 183-200.
44. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Одонтогенные заболевания верхнечелюстных пазух // Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. – М., 2003. – С. 371-380.
45. Рабухина Н.А., Григорьянц Л.А., Бадалян В.А., Григорян А.С. Периапикальные деструктивные процессы челюстных костей и динамика восстановления костной ткани после современных видов оперативного лечения // Вестн. рентгенологии и радиологии. – 2000. – № 1. – С. 17-20.
46. Рабухина Н.А., Жибицкая Е.И., Ипполитов В.П., Абдуллаев Ш.Ю. Рентгенологическая характеристика изменений челюстных костей при флегмонах челюстно-лицевой области // Стоматология. – 1989. – Т. 68, № 1. – С. 50-52.
47. Рабухина Н.А., Григорьянц А.С., Григорьянц Л.А. и др. Сопоставление рентгенологических, клинических и морфологических показателей при околокорневых деструктивных поражениях // Клинич. стоматология. – 1999. – № 3. – С. 24-27.
48. Робустова Т.Г. Клинико-лабораторная диагностика и лечение одонтогенных заболеваний // Тез. докл. науч.-практ. конф. Моск. мед. стоматол. ин-та. – М., 1992. – С. 131-133.
49. Рыбакова М.Г., Тюрин А.Г. Одонтогенные опухоли, одонтогенные кисты, эпulisы : Пособие для врачей. – М., 1998. – 39 с.
50. Скотаренко А.В. Методика лечения корневых кист нехирургическим методом // Дентал маркет. – 2005. – № 2. – С. 72-74.
51. Смирненская Т.В. Клиника и лечение околокорневых кист, граничащих с верхнечелюстной пазухой : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. – М., 1981. – 18 с.

52. Смирненская Т.В., Агапов В.С. Околокорневые кисты верхней челюсти, граничащие с верхнечелюстной пазухой // Наследие А.И. Евдокимова. – М., 1993. – С. 37–38.
53. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. – Киев : Здоровья, 1982. – 142 с.
54. Соловьев М.М., Семенов Г.М., Галецкий Д.В. Оперативное лечение одонтогенных кист : Руководство. – СПб. : СпецЛит, 2004. – 127 с.
55. Сысолятин С.П., Сысолятин П.Г. Эндоскопическая технология в челюстно-лицевой хирургии. – М.: Медицина, 2005. – 144 с.
56. Татаринцев К.И. Лечение околокорневых кист // Стоматология. – 1964. – Т. 43, № 3. – С. 76-77.
57. Трунин Д.А. Новые методы хирургического лечения одонтогенных кист челюстей с использованием деминерализованного костного брeфоматрикса : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. – Самара, 1992. – 19 с.
58. Туркевич Г.Б. Метод хирургического лечения одонтогенных кист нижней челюсти у детей // Стоматология. – 1985. – Т. 64, № 2. – С. 66-67.
59. Туркевич Г.Б. Хирургическое лечение одонтогенных кист челюстей у детей и подростков : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 – Калинин, 1989. – 18 с.
60. Ушаков Ю.Г. Сравнительная оценка некоторых заживлений костных полостей после оперативного вмешательства по поводу одонтогенных кист : Автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.00.21. – Л.; Балтийск, 1972. – 30 с.
61. Фадеев Р. А., Чибисова М. А., Батюшков Н. М., Гольдштейн Е. В. Диагностические возможности дентальной компьютерной томографии // Пародонтология. – 2007. - № 1. – С. 50-54
62. Фирсов Е.Ф., Николаенко А.Н., Пискунов И.С. Методика двойного контрастирования верхнечелюстных и лобных пазух // Вестн. рентгенологии и радиологии. – 1990. - № 5-6. – С. 39-40.
63. Хирургическая стоматология / Под ред. Т.Г. Робустовой. – 2-е изд. – М.: Медицина, 2000. – 688 с.
64. Чибисова М.А., Павлюченко М.Г., Зубарева А.А. Возможности трехмерного дентального компьютерного томографа в дифференциальной диагностике одонтогенных заболеваний верхнечелюстных пазух // Стоматология сегодня. – 2006. - № 5. – С. 12-14.
65. Чибисова М.А. Диагностические горизонты использования стоматологических компьютерных томографов EPX-FC (“VATECH E-WOO”) // Институт стоматологии. – 2007. - № 3. - С. 134-135.
66. Чибисова М. А., Гольдштейн Е. В., Госьков И. А. использование рентгеновской компьютерной томографии с цифровым анализом изображения в дифференциальной диагностике различных заболеваний зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области // Клин. стоматология. – 2005. - № 1. – С. 129 – 132.
67. Чудаков О.П., Лунева Л.А. Возмещение дефектов передней стенки верхнечелюстной пазухи оксигелатином // Изв. Нац. АН Беларуси. Сер. мед. наук. – 2007. - № 3. – С. 83-87.
68. Шакирова А.Т. Клинико-рентгенологическая и компьютерно-томографическая оценка одонтогенных кист верхней челюсти : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.19. – Казань, 2002. – 16 с.
69. Шакирова А.Т. Сравнительная оценка лучевых методов диагностики одонтогенных кист верхней челюсти // Мед. визуализация. – 2002. - № 1. – С. 28-33.
70. Ямашев И.Г. Клиника и лечение околокорневых кист челюстей в связи с реактивностью организма : Автореф. дис. ...канд.мед.наук: 14.00.21. – Казань, 1973. – 23 с.
71. Ямашев И.Г. Рентгенодиагностика одонтогенных кист, прорастающих в верхнечелюстную пазуху // Вестн. рентгенологии и радиологии. – 1978. - № 3. – С. 58–62.
72. Abrams L., Trachtenberg D. I. Resezione radicolare sua technical airpristino morfologico //Mondo odontostomatol. - 1977. - № 3. – P. 8-34.
73. Aquino M., Múquiz y Limón R., Pérez Cortez C., Galván González A. Tomografia computada del quiste dentigero : (Informe de un caso) // Pract. Odontol. – 1990.- Vol. 11, № 3. – P. 47-49.
74. Bassou D., Darbi A., Elkharras A. et al. Kystes radiculodentaires, une cause rare de sinus maxillaire opaque //Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac. – 2007. – Vol. 124, № 6. – P. 318-321.
75. Cavalcanti M.G., Veltrini V.C., Ruprecht A. et al. Squamous-cell carcinoma arising from an odontogenic cyst--the importance of computed tomography in the diagnosis of malignancy // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2005. – Vol. 100, № 3. – P. 365-368.
76. Cunha E.M., Fernandes A.V., Versiani M.A., Loyola A.M. Unicystic ameloblastoma: a possible pitfall in periapical diagnosis // Int. Endod. J. – 2005. – Vol. 38, № 5. – P. 334-340.
77. Delbem A.C., Cunha R.F., Vieira A.E., Pugliesi D.M. Conservative treatment of a radicular cyst in a 5-year-old child: a case report // Int. J. Paediatr. Dent.- 2003. – Vol. 13, № 6. – P. 447-450.

78. Dunsche A., Babendererde O., Lüttges J., Springer I.N. Dentigerous cyst versus unicystic ameloblastoma--differential diagnosis in routine histology // J. Oral Pathol. Med. – 2003. – Vol. 32, № 8. – P. 486-491.
79. Haskell E.W., Stanley H., Goldman S. A new approach to vital root resection // J. Periodontol. – 1980. – Vol. 51, № 4. – P. 217-224.
80. Herforth A., Seichter U., Steveling I. Vergleichende Nachuntersuchungen von konservativen und chirurgischen Wurzelkanalbehandlungen im jugendlichen Alter // Dtsch. Zahnärztl. Z. – 1985. – Bd. 40, № 9. – S. 949-951.
81. Johann A.C., Gomes Cde O., Mesquita R.A. Radicular cyst: a case report treated with conservative therapy // J. Clin. Pediatr. Dent. – 2006. – Vol. 31, № 1. – P. 66-67.
82. Inagaki K., Yagi H., Ono Y., Noguchi T. Vital root resection with advanced periodontitis--case reports // Aichi. Gakuin. Dent. Sci. – 1990. – № 3. – P. 41-48.
83. Killey H.C., Kay L.W. Benign mucosal cysts of the maxillary sinus // Int. Surg. – 1970. – Vol. 53, № 4. – P. 235-244.
84. Lange G. Die Behandlung periapikaler Entzündungen an wurzelresezierten Zähnen // Dtsch. Stomatol. – 1971. – Bd. 21, № 5. – S. 379-383.
85. Lindorf H.H. Chirurgische Therapie extremer Kieferhöhlenzysten und ihre computertomographische Diagnostik // Dtsch Zahnärztl Z. – 1984. – Bd. 39, № 3. – S. 223-228.
86. Lombardi T., Bischof M., Nedir R. et al. Periapical central giant cell granuloma misdiagnosed as odontogenic cyst // Int. Endod. J. – 2006. – Vol. 39, № 6. – P. 510-515.
87. Maggiore C., Ripari M. Risultati a distanza di trattamenti endodontici di denti apicectomizzati // Riv. Ital. Stomatol. – 1980. – Vol. 49, № 6. – P. 429-437.
88. Meningaud J.P., Oprean N., Pitak-Arnnpop P., Bertrand J.C. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases // J. Oral Sci. – 2006. – Vol. 48, № 2. – P. 59-62.
89. Mikkonen M., Kullaa-Mikkonen A., Kotilainen R. Clinical and radiologic re-examination of apicoectomized teeth // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. – 1983. – Vol. 55, № 3. – P. 302-306.
90. Morimoto Y., Tanaka T., Nishida I. et al. Inflammatory paradental cyst (IPC) in the mandibular premolar region in children // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2004. – Vol. 97, № 2. – P. 286-293.
91. Nimigeon V.R., Nimigeon V., Maru N. et al. The maxillary sinus and its endodontic implications: clinical study and review // B-ENT. – 2006. – Vol. 2, № 4. – P. 167-175.
92. Nary Filho H., Matsumoto M.A., Fraga S.C. et al. Periapical radiolucency mimicking an odontogenic cyst // Int. Endod. J. – 2004. – Vol. 37, № 5. – P. 337-344.
93. Piatelli A., Angelone A., Pizzicannella G., Piatelli M. Malignant schwannoma of the tongue. Report of a case and review of the literature // Acta Stomatol. Belg. – 1984. – Vol. 81, № 3. – P. 213-225.
94. Raczew Z. Rentgenologiczna ocena miazgopochodnych zapalen ozebniej // Czas. Stomatol. – 1971. – Vol. 24, № 10. – P. 1223-1230.
95. Sakuma T. [An immunological study of radicular cyst] // Shikwa Gakuho. – 1974. – Vol. 74, № 2. – P. 312-324.
96. Schulte W. Die Regeneration der Knochen nach der Abtragung zist der Gebisse und die Konsequenz der Durchführung solcher Operation // Dtsch. Zahn-Mund-Kieferheilkund. – 1965. – Bd. 45, № 5/8. – S. 177-206.
97. Simon J.H., Enciso R., Malfaz J.M. et al. Differential diagnosis of large periapical lesions using cone-beam computed tomography measurements and biopsy // J. Endod. – 2006. – Vol. 32, № 9. – P. 833-837.
98. Smith A.T., Cowpe J.G. Radicular cyst arising from a traumatized primary incisor: a case report of a rare complication that emphasizes the need for regular follow up // Dent. Update. – 2005. – Vol. 32, № 2. – P. 109-110, 113.
99. Tran P.T., Cunningham C.J., Baughman R.A. Glandular odontogenic cyst // J. Endod. – 2004. – Vol. 30, № 3. – P. 182-184.
100. van Wyk C.W., Thompson I.O., Wyma G. A unicystic ameloblastoma mimicking a 'globulo-maxillary' cyst: a case report // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. – 1986. – Vol. 24, № 6. – P. 422-425.
101. Watzek G., Bernhart T., Ulm C. Complications of sinus perforations and their management in endodontics // Dent. Clin. North Am. – 1997. – Vol. 41, № 3. – P. 563-583.
102. Yoshiura K., Higuchi Y., Araki K. et al. Morphologic analysis of odontogenic cysts with computed tomography // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 1997. – Vol. 83, № 6. – P. 712-718.

КОМПОЗИЦИЯ С АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ И ФУНГИЦИДНЫМИ СВОЙСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР ОРГАНОВ

СПбГМУ имени акад. И.П.Павлова

Плужников М.С., Матракина Е.И., Павлова Е.В., Кравцова И.А., Шумилова
Н.А., Шустерович Л.Г.

Широко используемая в клинической практике антибиотикотерапия, как местная, так и общая, подавляет нормальную микрофлору и вызывает дисбактериоз, на фоне которого развиваются антибиотико-резистентные микроорганизмы и, в первую очередь, грибы. Длительное местное применение гормональных препаратов также нередко приводит к грибковому поражению. В связи с этим представляет интерес разработка лекарственных препаратов, сочетающих в себе как антибактериальные, так и фунгицидные свойства.

На кафедре общей и биоорганической химии совместно с кафедрой микробиологии иммунологии и вирусологии и ЛОР кафедрой СПбГМУ имени акад. И.П.Павлова была разработана композиция пролонгированного действия на основе водного раствора поливинилового спирта, предназначенная для лечения воспалительных заболеваний различной этиологии. В состав композиции в качестве активного вещества входил хлоргексидин – антисептик из группы галогенсодержащих, обладающий антибактериальным действием в отношении многих Гр(+) и Гр(-) бактерий, фунгицидной активностью против грибов рода *Candida*, дерматофитов и трихофитонов. Дополнительно в состав препарата был включен димексид (диметилсульфоксид), который усиливает проникновение лекарственных веществ через кожу и слизистые и, тем самым, потенцирует их действие, а также обладает противовоспалительным, анальгетическим, антисептическим и фибринолитическим эффектами. Сочетание свойств хлоргексидина и димексида обусловлено взаимодействием протонированной формы хлоргексидина с биполярными ионами димексида с образованием ионных связей в комплексе. Поливиниловый спирт, имеющий в своей структуре гидроксильные и электрорезервные центры, обеспечивает пролонгацию действия активных веществ за счет иммобилизации их в полимерную матрицу.

Наиболее существенным недостатком разработанной композиции следует считать недостаточно широкий спектр действия, что проявляется, в частности, в незначительной эффективности препарата и отсутствии выраженного пролонгирующего действия в отношении грибковой флоры. Это значительно суживает область применения композиции, которая ограничивается только бактериальной инфекцией и не затрагивает грибковую флору, часто встречающуюся в составе микробных ассоциаций при различных заболеваниях. В связи с этим представляло интерес включение в разработанную композицию дополнительного компонента, эффективного против данных микроорганизмов, что привело бы к повышению ее эффективности путем расширения спектра действия и области применения.

Таким образом, целью нашей работы явилось создание фармакологической композиции пролонгированного действия с антибактериальными и фунгицидными свойствами для эффективного лечения заболеваний ЛОР-органов.

Для этой цели, на основании данных из обзора литературы, в качестве препарата с антифунгальным действием был выбран клотримазол. Клотримазол является местно действующим противогрибковым средством из группы производных имидазола, имеет широкий спектр действия, охватывающий почти все патогенные грибки, обладает низкой себестоимостью. Кроме того, он оказывает антибактериальное действие в

отношении некоторых Гр(+) (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp.) и Гр(-) бактерий. Препарат обладает высокой проникающей способностью – терапевтическая концентрация достигается как в эпидермальном, так и в дермальном слоях кожи.

Для приготовления композиции в виде устойчивой к механическим воздействиям и пластичной полимерной пленки в качестве стабилизирующего агента вводится пленкообразующая смесь поливинилового спирта и крахмала пищевого с глицерином на основе физиологического раствора. Крахмал картофельный пищевой обладает хорошим водопоглощением и набуханием, приемлемыми вкусовыми качествами, низкой себестоимостью, придает пленкам хорошие механические свойства. Поливиниловый спирт и крахмал являются полимерами, структурирующими пленку, глицерин придает ей эластичность. Формирование пленки и ее свойства обусловлены структурой и свойствами стабилизирующего агента. Полимер-крахмал имеет в своем составе амилозу, присоединяющую подходящие по размеру молекулы во внутренний канал спирали, и амилопектин, в котором отдельные участки полигликозидных цепочек спирализованы подобно амилозе. При формировании пленки крахмал и поливиниловый спирт образуют полимерную матрицу сетчатой структуры, в микропоры которой включаются лекарственные препараты.

Для приготовления композиции в виде геля в качестве стабилизирующего агента используется гелеобразующий раствор поливинилового спирта на основе физиологического раствора.

Сущность изобретения заключается в том, что при наличии стабилизирующего агента на основе поливинилового спирта и вещества, усиливающего трансэпителиальное проникновение лекарственных средств – димексида, удастся обеспечить пролонгированное воздействие на ткани организма активных веществ, в качестве которых были выбраны хлоргексидин и клотримазол. Это позволяет получить должный лекарственный эффект при снижении кратности применения препарата, снизив до минимума риск побочного воздействия. Кроме того, активные компоненты композиции способны потенцировать действие друг друга, что позволяет уменьшить их концентрации в составе лекарственного средства.

Изучение антимикробной активности разработанной композиции в виде геля и пленки осуществлялось диско-диффузным методом на дрожжеподобных грибах рода *Candida*, а также на стандартных штаммах *S.aureus* и *E.coli*. Для оценки пролонгации стандартные диски, бумажные (пропитанные гелем) или изготовленные из пленки, помещали в чашки Петри со слоем мясо-пептонного агара 5 мм и выдерживали в течение 24 часов при температуре 37°C. При этом происходила диффузия препарата из диска в среду и, следовательно, уменьшение концентрации активного вещества в диске. С интервалом в 24 часа диски перекладывали в чашки с суточной тест-культурой и через сутки инкубации при температуре 37°C проводили измерение диаметра зон угнетения роста микроорганизмов. Применение данного метода позволяет определить изменение антимикробной активности препарата в зависимости от длительности его использования.

Выявлено, что введение в состав композиции клотримазола значительно увеличивает ее антимикробную активность (по сравнению с исходной композицией) в отношении грибов рода *Candida*, а также повышает эффективность препарата против *S.aureus* и *E.coli*. Активность разработанной композиции с клотримазолом превышает действие раствора клотримазола на основе физиологического раствора соответствующей концентрации в отношении всех тест-культур. Кроме того, антимикробные свойства разработанной композиции сохраняются в течение 5 суток в отношении всех тест-культур, а активность композиции без клотримазола в отношении грибов рода *Candida* на 3-4 сутки резко падает, в отношении *S.aureus* и *E.coli* – сохраняется на 5 сутки, но на более низком уровне. Необходимо отметить, что по

антимикробному действию композиции в виде пленки (как с включением клотримазола, так и без него) превышают активность композиций, приготовленных в виде геля, в среднем на 1-2 мм в отношении всех тест-культур.

Антимикробная активность композиций различного состава в отношении S.aureus, E.coli и грибов рода Candida

Состав композиции	Диаметр зоны угнетения роста микроорганизмов, мм														
	Candida					S.aureus					E.coli				
	1 сут	2 сут	3 сут	4 сут	5 сут	1 сут	2 сут	3 сут	4 сут	5 сут	1 сут	2 сут	3 сут	4 сут	5 сут
Р-р клотримазола в физ. р-ре	20	11	—	—	—	15	9	—	—	—	17	10	—	—	—
ХГ+ДМСО+ПВС-гель	12	8	7	—	—	15	13	11	9	7	15	13	10	8	7
ХГ+клотримазол+ДМСО+ПВС-гель	21	18	15	12	8	17	15	12	10	9	20	17	13	11	8
ХГ+ДМСО+ПВС-пленка	14	9	7	—	—	16	14	12	10	8	15	12	10	8	7
ХГ+клотримазол+ДМСО+ПВС-пленка	23	21	16	14	9	18	15	13	12	10	21	17	12	10	8

Обозначения: ХГ – хлоргексидин, ДМСО – димексид, ПВС – поливиниловый спирт.

На основании результатов микробиологических исследований композиций с различным содержанием клотримазола, была выбрана его оптимальная концентрация в составе лекарственного средства, составляющая 0,4-0,6 мас.%. При содержании клотримазола в композиции 0,3 мас.% наблюдалось снижение диаметра зон угнетения роста микроорганизмов в среднем на 4-5 мм, что обуславливается недостаточной концентрацией активного вещества в составе лекарственного средства для реализации его лечебного действия. При содержании клотримазола 0,7 мас.% и более также наблюдалось уменьшение диаметра зон угнетения роста тест-культур (на каждый 0,1 мас.% - в среднем на 2-3 мм), что может быть связано с уменьшением скорости высвобождения активного компонента из полимерной матрицы. Компоненты композиции в совокупности потенцируют действие друг друга, что позволяет снизить рекомендуемое при целевом применении количество клотримазола, необходимое для достижения должного лечебного действия композиции в целом, с 1,0 мас.% до 0,5 мас.% и, таким образом, уменьшить риск побочного воздействия активных компонентов композиции. В январе 2008 года на разработанную композицию получено решение о выдаче патента (заявка № 2006135449/15(038585) от 29.09.06).

Проводилось исследование лечебного эффекта композиций в виде геля и пленок в отношении воспалительных заболеваний уха. Как известно, в комплексной терапии больных наружным и средним и отитом, а также с патологией полости после радикальной операции на ухе существенное значение придается местному лечению. С этой целью традиционно используется большой арсенал преимущественно противовоспалительных и антибактериальных лекарственных средств в виде ушных капель. Однако данные фармакологические комбинации представлены в виде растворов. Несмотря на удобство применения, быструю всасываемость из них лекарственных веществ, основным недостатком растворов является их быстрое стекание с поверхности воспаленной слизистой оболочки и эпидермиса. Поэтому наиболее рациональным является применение лекарственных препаратов в виде форм пролонгированного действия.

Разработанная композиция, с согласия больных, была апробирована на 39 пациентах в возрасте от 25 до 77 лет с хроническими заболеваниями ушей: в том числе, на 15 больных с хроническим рецидивирующим наружным диффузным отитом, на 10

больных с хроническим гнойным средним отитом с частыми обострениями и сопутствующим наружным отитом, на 8 больных с отомикозом и на 6 больных с длительно протекавшим воспалительным процессом в ухе после радикальной операции. Использование препарата проводилось с учетом данных микробиологического исследования мазков из наружного слухового прохода. Предварительно выполнялась кожная проба на компоненты композиции в виде аппликации препарата на запястье.

В качестве примера приводим следующие клинические случаи.

Больной С. обратился с жалобами на заложенность левого уха, зуд в ухе, периодически появляющиеся выделения из уха. Вышеперечисленные жалобы беспокоили больного в течение 2-х месяцев. При осмотре кожа левого наружного слухового прохода гиперемирована, инфильтрирована, имеется грязно-серое отделяемое, барабанная перепонка не обозрима. После тщательного туалета уха, барабанная перепонка серая, контуры ее несколько сглажены. В мазке из левого наружного слухового прохода до начала лечения выявлен *Aspergillus flavus*. В наружный слуховой проход ежедневно однократно устанавливалась турунда, пропитанная разработанной композицией. Лечение проводилось в течение 7-ми дней. Другие лекарственные средства и методы лечения не применялись. После окончания курса лечения воспалительные явления в ухе купировались полностью. В контрольном мазке после лечения патогенной микрофлоры в наружном слуховом проходе выявлено не было. При контрольном осмотре через месяц признаков воспалительных изменений в левом наружном слуховом не обнаружено.

Больной Т. обратился к ЛОР врачу с жалобами на заложенность правого уха, выделения из уха, беспокоящими пациента в течение 2-х недель. Известно, что в течение нескольких десятков лет страдает хроническим правосторонним средним отитом с обострениями 3-4 раза в год. При отоскопии кожа правого наружного слухового прохода гиперемирована, инфильтрирована, в просвете слухового прохода – беловатые творожистые массы, определяется субтотальный дефект барабанной перепонки, остатки перепонки гиперемированы, отечны, в просвете барабанной полости имелось слизисто-гнойное отделяемое. В мазке из правого наружного слухового прохода до лечения обнаружены *Candida albicans*, чувствительные к клотримазолу. В течение 7-ми дней, после туалета уха, в правый наружный слуховой проход один раз в сутки вводилась турунда, пропитанная разработанной композицией пролонгированного действия. Уже через сутки после удаления турунды отмечалось уменьшение гиперемии и инфильтрации кожи правого наружного слухового прохода и остатков барабанной перепонки, отделяемого в барабанной полости не визуализировалось. Курс лечения продолжался в течение 7-ми дней. Другие лекарственные средства и методы лечения не применялись. В контрольном мазке после лечения патогенной микрофлоры в наружном слуховом проходе выявлено не было. При контрольном осмотре через месяц признаков воспаления в правом ухе не отмечалось.

Разработанная композиция также применялась в виде пленки при болезни оперированного уха в полость после радикальной операции, при рецидивирующем наружном отите – на стенку наружного слухового прохода.

Ни у кого из больных, участвовавших в исследовании, не было отмечено побочных эффектов и аллергических реакций на композицию.

Таким образом, применение антимикробной композиции позволило сократить сроки лечения больных, полностью купировать воспалительный процесс и предотвратить рецидивирование заболевания, несмотря на снижение концентрации клотримазола к композиции до 0,5% и уменьшение кратности применения препарата до 1-2х раз в день (против 3х-4х-кратного применения других лекарственных средств).

Выявлено, что приготовленная композиция сохраняет свои антибактериальные и фунгицидные свойства в течение срока наблюдения, который на данный момент составил 18 месяцев.

На основании проделанной работы можно сделать следующие выводы:

Разработана композиция пролонгированного действия в виде геля и пленки с антибактериальными и фунгицидными свойствами для эффективного лечения заболеваний ЛОР-органов, содержащая в качестве активного вещества антибактериального действия – хлоргексидин, в качестве активного вещества фунгицидного действия – клотримазол.

- На основании результатов микробиологических исследований доказано, что она обладает выраженными антибактериальными и противогрибковыми свойствами.
- В ходе апробации композиции на больных с ЛОР патологией выявлен положительный клинический эффект у всех находящихся под наблюдением больных.
- Постоянство антимикробных свойств композиции в течение 18 месяцев свидетельствует о ее стабильности и годности к применению в течение периода наблюдения.
- В настоящее время продолжаются исследования по определению срока годности композиции и расширению области применения.

МУКОЦЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

А.А. Блоцкий

ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Мукоцеле – кистовидное растяжение стенок околоносовых пазух. Одинаково часто встречается как у мужчин, так и женщин в возрасте от 30 до 50 лет. В 70% случаев мукоцеле развивается в лобной пазухе, реже в клетках решетчатой кости, верхнечелюстной и основной пазухах с разрушением костных стенок последних [2, 3, 4, 6, 7].

Стойкое затруднение дренажной функции естественных соустьев околоносовых пазух, развивающееся в результате перенесенной травмы околоносовых пазух или хронического воспалительного заболевания полости носа, способствует развитию кистовидного растяжения пазухи секретом желез слизистой оболочки, в случае присоединения инфекции содержимое пазухи может нагнаиваться с последующим развитием пиоцеле [4, 5, 7].

Диагностика мукоцеле околоносовых пазух чаще всего не вызывает затруднений, но все-таки требует дифференциальной диагностики с опухолевыми процессами, локализующимися в околоносовых пазухах с распространением в орбиту и развитием экзофтальма. КТ и МРТ околоносовых пазух значительно облегчили диагностику мукоцеле, осложненного деструктивными процессами [1, 2].

За последние 10 лет в ЛОР-отделении Амурской областной клинической больницы (АОКБ) прошли лечение 2 пациента с гигантскими мукоцеле лобной пазухи и решетчатого лабиринта. У одного из пациентов мукоцеле лобной пазухи сопровождалось выраженными глазничными проявлениями, разрушением передней, глазничной и мозговой стенок лобной пазухи.

В качестве интересного случая приводим историю болезни больного С., 77 лет, поступившего в ЛОР-отделение АОКБ 21.01.97 г. с диагнозом: *«Мукоцеле лобной пазухи справа. Экзофтальм правого глаза»*.

При поступлении в отделение больной предъявлял жалобы на опухолевидное образование в области лба справа, выпячивание и смещение глаза кпереди и книзу, отсутствие зрения на правый глаз. Из анамнеза заболевания было выяснено, что в 1993 году при падении ударился лбом о дверь, к врачу не обращался. В течение последующего года отметил появление опухоли в области правой половины лба и постепенное увеличение ее размеров. К концу 1995 года отметил выпячивание правого глаза и постепенно нарастающее снижение остроты зрения.

При осмотре в области правой половины лба определяется опухолевидное образование плотнoэластической консистенции, выступающее над поверхностью окружающих тканей и достигающее размеров 4,0 x 5,0 см.

Осмотр офтальмолога – определяется экзофтальм и птоз верхнего века за счет смещения глазного яблока кпереди вниз и влево, движения последнего ограничены. Visus: OD = 0,3; OS = 0,7 sph + 1,0 d = 0,9.

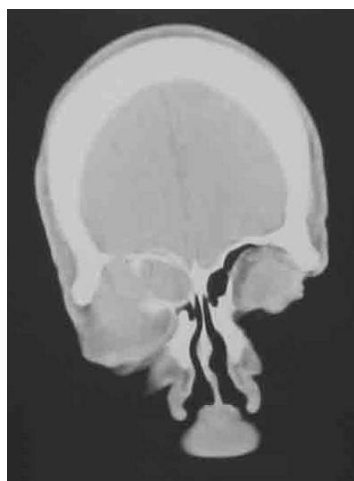
При передней риноскопии определяются умеренный отек и гиперемия слизистой оболочки полости носа, больше справа, носовые ходы сужены, носовое дыхание незначительно затруднено. На рентгенограмме околоносовых пазух, выполненной в отделении, было выявлено расширение границ правой лобной пазухи с образованием единой полости с передними клетками решетчатой кости справа, отсутствие глазничной стенки правой лобной пазухи, снижение пневматизации обеих гайморовых пазух (рис. 1). С целью дифференциальной диагностики больному была выполнена КТ черепа. В аксиальной и фронтальной проекции в правой лобной пазухе выявлено образование размером 4,5 x 5,0 см. Оно заполнено неомогенным содержимым, характерным для жидкостной структуры, вызывающее смещение правого

глазного яблока вниз и вправо в полости орбиты, с признаками деструкции костных стенок правой лобной пазухи (лицевой, глазничной, мозговой). Заключение: «Мукоцеле правой лобной пазухи и передних клеток решетчатой кости» (рис. 2 а, б, в).

Больной осмотрен нейрохирургом, очаговой симптоматики не выявлено.



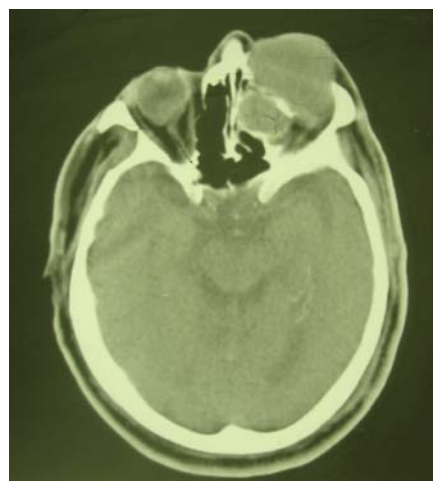
Рис. 1. Рентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции больного С., 77 лет



а



б



в

Рис. 2. КТ черепа больного С., 77 лет: а, б – фронтальная проекция; в – аксиальная проекция

25.01.97 года больному под эндотрахеальным наркозом выполнена операция – вскрытие патологической полости, аллобрефопластика лицевой стенки правой лобной пазухи. После выполнения разреза мягких тканей по брови с переходом на корень носа была вскрыта патологическая полость в области правой лобной пазухи, заполненная жидкостью серо-желтого цвета, объем которой при удалении составил около 50 мл. Был выявлен дефект лицевой стенки лобной пазухи размером 4,0 x 3,0 см, частичное отсутствие глазничной стенки и дефект мозговой стенки до 0,5 см в диаметре. Лобная пазуха была объединена в единую полость с передними клетками решетчатой кости. Патологически измененная слизистая оболочка полости лобной пазухи и передних клеток решетчатой кости удалена, за исключением мозговой стенки лобной пазухи, где был выявлен ее дефект, и где она была плотно спаяна с ее костными стенками вокруг дефекта. В полость лобной пазухи через расширенный лобно-носовой канал введена полихлорвиниловая дренажная трубка. Учитывая наличие большого дефекта лицевой стенки лобной пазухи, для исключения в последующем западения мягких тканей в полость пазухи и образование многокамерной полости была выполнена его аллобрефопластика. Дефект закрыли плоской аллобрефокостью размером 4,5 x 3,5 см (кость свода черепа плода человека), которая с помощью расщепов была фиксирована к

костным стенкам дефекта лицевой стенки лобной пазухи. Мягкие ткани послеоперационной раны послойно ушиты, правая половина полости носа рыхло тампонируется марлевыми турундами. Глазное яблоко полностью вернулось на место. В послеоперационном периоде больной получал общую и местную противовоспалительную терапию, дренажная трубка удалена на 12-е сутки после операции.

При гистологическом исследовании: в представленном материале слизистая оболочка с выраженным хроническим воспалением.

Осмотр офтальмолога – подвижность правого глазного яблока в полном объеме. Visus: OD = 0,7; OS = 0,7 sph + 1,0 d = 0,9.

Больной выписан из ЛОР-отделения на 15 сутки после операции в удовлетворительном состоянии с хорошим косметическим эффектом.

В качестве второго интересного случая приводим историю болезни больного Ф., 50 лет, поступившего в ЛОР-отделение АОКБ 30.05.07 г. с диагнозом: «Мукоцеле лобной пазухи справа. Экзофтальм правого глаза».

При поступлении в отделение больной предъявлял жалобы на опухолевидное образование в правой лобной области, умеренный птоз верхнего века правого глаза. Из анамнеза заболевания было выяснено, что в 2003 году получил травму наружного носа и лобной области, к врачу не обращался. В течение последних 2-х лет отметил появление опухоли в области правой половины лба, постепенное увеличение ее размеров, умеренное смещение правого глаза, после чего обратился к оториноларингологу и был направлен на лечение в ЛОР-отделение АОКБ.

При осмотре в области правой половины лба определяется опухолевидное образование плотнoэластической консистенции размером 3,0 x 3,0 см с распространением на верхнее веко правого глаза.

Осмотр офтальмолога – движение глазного яблока в полном объеме. Visus: OD = 0,9; OS = 0,9.

При передней риноскопии определяется незначительная гиперемия слизистой оболочки полости носа, носовые ходы свободные, носовое дыхание свободное. На рентгенограммах околоносовых пазух определяется расширение границ правой лобной пазухи с образованием единой полости с передними клетками решетчатой кости справа, пристеночное утолщение слизистой оболочки обеих гайморовых пазух (рис. 3).

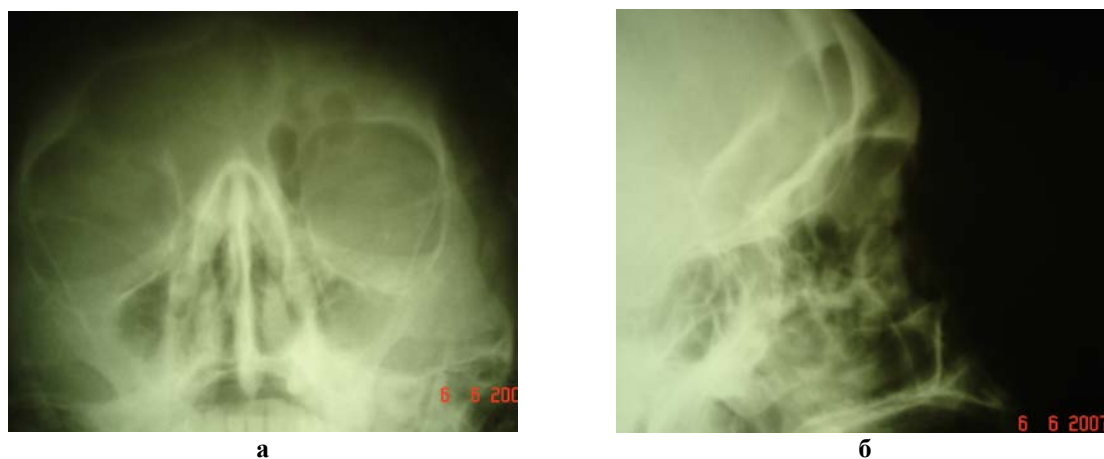


Рис. 3. Рентгенограммы черепа больного Ф., 50 лет: а – носо-подбородочная проекция; б – боковая проекция

С целью дифференциальной диагностики больному была выполнена КТ черепа, по результатам которой в проекции правой лобной пазухи было выявлено образование размером 3,0 x 3,0 см, заполненное неомогенным содержимым, характерным для

жидкостной структуры, и не вызывающее смещение правого глазного яблока, с признаками деструкции лицевой стенки правой лобной пазухи. Заключение: «Мукоцеле правой лобной пазухи и передних клеток решетчатой кости справа» (рис. 4 а, б, в).

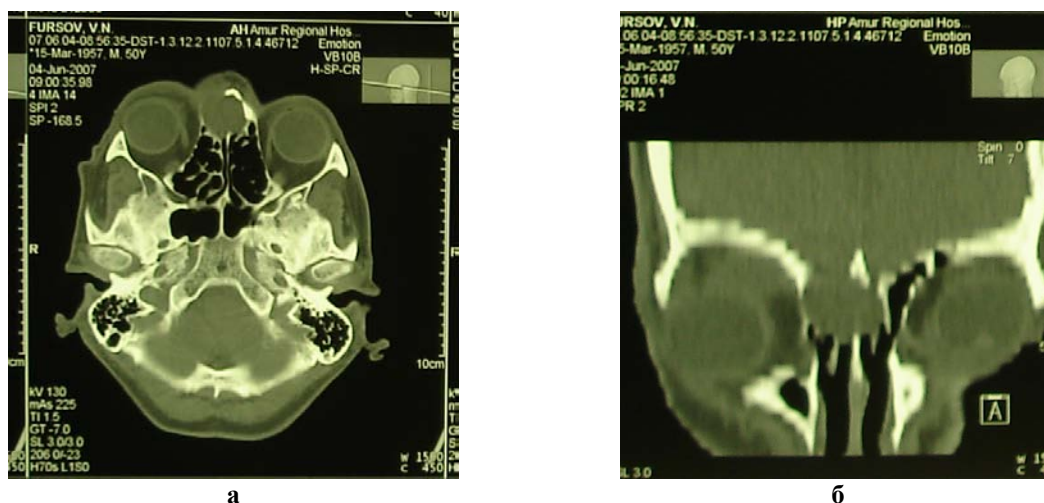


Рис. 4. КТ черепа больного Ф., 50 лет: а – аксиальная проекция; б – фронтальная проекция

Больному 2.06.07 года под эндотрахеальным наркозом выполнена операция – правосторонняя радикальная фронтотомия. После разреза мягких тканей по брови с переходом на корень носа и отсепаровки мягких тканей от кости получена жидкость серо-желтого цвета, объем которой при удалении составил около 25 мл. Был выявлен дефект лицевой стенки лобной пазухи размером 1,5 x 2,0 см, дефектов глазничной и мозговой стенки не выявлено. Полость лобной пазухи была объединена в единую полость с передними клетками решетчатой кости. Патологически измененная слизистая оболочка полости лобной пазухи и передних клеток решетчатой кости удалена. В полость лобной пазухи через расширенный лобно-носовой канал введена полихлорвиниловая дренажная трубка. Дефект лицевой стенки лобной пазухи закрыт плоской аллобрефокостью свода черепа плода человека размером 2,0 x 2,5 см, которая с помощью расщепов фиксирована к костным стенкам дефекта лицевой стенки. Мягкие ткани послеоперационной раны послойно ушиты, правая половина полости носа рыхло тампонируется марлевыми турундами. В послеоперационном периоде больной получал общую и местную противовоспалительную терапию, дренажная трубка удалена на 10-е сутки после операции.

При гистологическом исследовании: в представленном материале слизистая оболочка с выраженным хроническим воспалением.

Осмотр офтальмолога – подвижность правого глазного яблока в полном объеме, Visus: OD = 0,9; OS = 0,9.

Больной выписан на 14-е сутки после операции из ЛОР-отделения в удовлетворительном состоянии с хорошим косметическим эффектом.

Интерес представленных случаев заключается в редкой встречаемости мукоцеле таких больших размеров, располагающихся в лобных пазухах и решетчатом лабиринте и разрушивших костные стенки глазницы, а также в восстановлении целостности лицевой стенки лобной пазухи плоской аллобрефокостью свода черепа с хорошим косметическим эффектом.

Литература:

1. Добротин В.Е., Филимонов П.П., Худиев А.Н. Компьютерная рентгенография в диагностике атипичного мукоцеле лобной пазухи // Вестн. оторинолар. – 1987. – № 5. – С. 65 – 67.

104. 2. Иванов И.П. Гигантское мукоцеле лобных пазух и решетчатого лабиринта // Российская Ринология. – 2001. – № 1. – С. 26 – 27.
105. 3. Капитанов Д.Н., Лопатин А.С., Шелеско Е.В. Эндоназальная эндоскопическая техника лечения мукоцеле околоносовых пазух // Российская Ринология. – 2003. – № 2. – С. 47.
106. 4. Марков Г.И., Мазетов Г.С. Сочетание онкоцитомы носовых пазух с гигантским мукоцеле // Вестн. оторинолар. – 1986. – № 5. – С. 72 – 74.
107. 5. Павловский В.М. Мукоцеле верхней челюстной пазухи // Вестн. оторинолар. – 1986. – № 1. – С. 68 – 70.
108. 6. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1994. – С. 272.
109. 7. Староха А.В., Сапрыкин В.Н. Мукоцеле верхнечелюстной пазухи, потребовавшей реконструкции лицевой стенки и внутричерепных структур // Вестн. оторинолар. – 1985. – № 5. – С. 54 – 56.

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ СТРУЙНОЙ ЧРЕСКАТЕТЕРНОЙ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ГОРТАНИ.

¹Колотилов Л.В., ²Карпищенко С.А., ²Павлов В.Е.

¹*Кафедра анестезиологии и реаниматологии Кировской Государственной
Медицинской Академии*

²*Кафедра отоларингологии с клиникой Санкт-Петербургского
Государственного Медицинского Университета им. акад. И.П. Павлова*

Широкое внедрение эндоскопических методов оперативного лечения заболеваний гортани значительно повышает требования к анестезиологическому обеспечению. Проведение прямой опорной микроларингоскопии по Kleinsasser в условиях наркоза и миорелаксации является одним из наилучших методов обеспечения доступа к органам гортаноглотки и гортани. При этом для достижения адекватной анестезии необходимо введение такого количества анестетиков, при котором у больного спонтанное дыхание становится неадекватным или наступает апное. В этом случае при операциях превышающих 5 – 10 минут возможно возникновение тяжелых нарушений газообмена, приводящих к гемодинамической нестабильности и нарушению жизненно важных функций организма. Для обеспечения адекватного газообмена используются различные способы искусственной вентиляции легких. Наиболее простым и доступным методом является интубация трахеи стандартными интубационными трубками различного диаметра (4,0 – 9,0 мм). Применение эндотрахеальных трубок малого диаметра с раздувными манжетами обеспечивает герметизацию дыхательного контура и предотвращает аспирацию крови в нижележащие дыхательные пути. При этом используются классические наркозно – дыхательные аппараты в режимах нормовентиляции с регуляцией дыхательного объема или внутригрудного давления. Однако при этом возникают сложности при выполнении оперативного вмешательства из-за недостаточного обзора, затрудненного доступа к операционному полю и ограничения свободы манипуляций хирурга. Интубационная трубка, находящаяся в операционной зоне, может быть повреждена лазером или микрохирургическим инструментарием. Особенно затрудняется обзор операционного поля при работе в области передней комиссуры, задних отделов гортани и подскладкового пространства. Следует также учитывать возможность нарушения элиминации CO₂ и повышение внутригрудного давления с нарушениями гемодинамики вследствие ухудшения условий выдоха при использовании эндотрахеальных трубок слишком малого диаметра.

В клинике отоларингологии СПбГМУ им акад. И.П. Павлова имеется более чем 20 – летний опыт применения струйной высокочастотной чрескатетерной (СВЧ) искусственной вентиляции легких (ИВЛ) при эндоскопических микрохирургических операциях на гортани, в том числе с применением лазерного излучения. Данная методика позволяет обеспечивать адекватный газообмен в условиях общей анестезии и тотальной миорелаксации. В течении длительного времени сохраняется адекватная оксигенация крови и выведение углекислого газа. При этом не требуется герметизации дыхательных путей, что позволяет свободно манипулировать в просвете гортани. Введение тонкого катетера диаметром 1,2 – 2,0 мм в дыхательные пути выполняется двумя способами: интратрахеально, как при стандартной интубации трахеи, и транстрахеально через коническую связку (коникопункция) или между первым и вторым кольцами трахеи (трахеопункция).

Показаниями к СВЧ ИВЛ являются операции на трахее и бронхах, сопровождающиеся вскрытием их просвета, эндоскопические микрохирургические операции на гортани. СВЧ ИВЛ противопоказана при тяжелых распространенных пневмониях и респираторном дистресс - синдроме, выраженном распространенном нарушении бронхиальной проводимости (тяжелое течение бронхиальной астмы, хроническая обструктивная болезнь легких), при крайней степени нарушения проходимости гортани и трахеи, если проведение СВЧ ИВЛ может вызывать баротравму легких в связи с затруднением выдоха.

По данным литературы и из собственного опыта мы можем выделить несколько основных наиболее часто возникающих затруднений при проведении СВЧ ИВЛ и возможные осложнения.

Транстрахеальное введение катетера выполняется посредством конико- или трахеопункции с введением проводника в трахею и проведением катетера (по Сельдингеру). При этом пункция трахеи может быть выполнена через ткани щитовидной железы, особенно если имеется гипертрофия. Повреждение сосудов часто приводит к возникновению кровотечения, иногда достаточно интенсивного. Однако проведение катетера в пункционный канал приводит к остановке кровотечения, так как стенки катетера плотно прилегают к месту повреждения ткани, вызывая хороший гемостаз. После окончания операции и удалении катетера из трахеи часто происходит возобновление кровотечения. В этом случае плотное прижатие снаружи марлевым тампоном места пункции обычно приводит к остановке кровотечения в течение нескольких минут, при отсутствии у пациента нарушений свертывающей системы крови. После остановки кровотечения необходимо выполнить бронхоскопию, так как возможно продолжение кровотечения в просвет трахеи. При этом пациент будет жаловаться на затруднение дыхания, кашель, дискомфорт за грудиной. В случае нераспознанного интратрахеального кровотечения возможно возникновение значительных дыхательных расстройств, особенно у пациентов находящихся в состоянии остаточной посленаркозной депрессии сознания и дыхания. При отсутствии возможности выполнения бронхоскопии и наличии жалоб у пациента возможно выполнение рентгеновского снимка грудной клетки. Необходимо помнить также о том, что плотное прижатие места кровотечения снаружи, может увеличить поступление крови в просвет трахеи через пункционный канал и усугубить состояние пациента. Чаще всего данное осложнение возникает при трахеопункции между первым вторым или вторым и третьим кольцами трахеи. При коникопункции кровотечений практически не возникает, или интенсивность их очень мала. Однако через коническую связку внутрь гортани проходят ветви средней гортанной артерии, которая также может быть повреждена пункционной иглой.

После установки катетера в трахею необходимо выполнять аспирационную пробу. Появление пузырьков воздуха в шприце с жидкостью при аспирации через катетер говорит о правильном положении катетера. При покашливании больного или форсированном выдохе можно четко определить прохождение воздуха по катетеру. Для этого сознание больного должно оставаться на достаточном уровне. Невозможность свободной аспирации воздуха в шприц может указывать на неправильное положение катетера. Возможно введение катетера в подслизистое пространство, паратрахеально или в пищевод. При этом аспирация воздуха будет невозможна или выполняется со значительным усилием. Начало струйной вентиляции через неправильно установленный катетер может привести к быстрому развитию подкожной эмфиземы, пневмотораксу и пневмомедиастинуму. При установленных стандартных параметрах работы струйного вентилятора с частотой дыхания 100 в минуту, рабочим давлением 2,0 атм. и соотношении вдох: выдох – 1:2, объем подаваемой дыхательной смеси составляет около 15 – 20 л/мин., в зависимости от

модели респиратора, длины и диаметра катетера. Следовательно, даже короткий период вентиляции через неправильно установленный катетер может привести к возникновению осложнений. Для предотвращения такого осложнения, необходимо после установки катетера выполнять аспирационную пробу, а также проверять проходимость катетера проводником. Свободное введение проводника через катетер свидетельствует о правильном положении. В случае невозможности аспирации воздуха или введения проводника через просвет, необходимо подтянуть катетер или повернуть его вокруг своей оси, так как возможно стенка трахеи является препятствием для аспирации воздуха. При появлении пузырьков воздуха из просвета катетера возможно проведение СВЧ ИВЛ. Начинать СВЧ ИВЛ можно с небольшой частотой (10 – 12 1/мин) и низким рабочим давлением (0,3 – 0,5 атм.) с одновременным выслушиванием дыхательных шумов над легкими. После верификации положения катетера эндоскопически, частоту дыхания и рабочее давление следует увеличить до необходимого уровня адекватной вентиляции пациента. Часто причиной невозможности аспирировать воздух через катетер, является густая слизь (в основном у курящих пациентов) или кусочки ткани, попадающие просвет катетера в момент его установки.

Повторная пункция трахеи выполняется в случае неправильной установки катетера или невозможности его проведения по проводнику. Установку катетера можно выполнить в другом межкольцевом промежутке. При успешной повторной пункции и начале СВЧ ИВЛ через катетер, часто возникает подкожная эмфизема шеи. Это объясняется тем, что высокое давление воздушной смеси в области сопла катетера вызывает ее проникновение в подкожную клетчатку через поврежденную стенку трахеи. При этом подкожная эмфизема не является жизнеугрожающим состоянием и при умеренных размерах возможно продолжение СВЧ ИВЛ с максимально низким уровнем рабочего давления респиратора. Повторная пункция, выполняемая в средних отделах трахеи, значительно повышает риск травмы сосудов щитовидной железы и возникновение кровотечения в просвет трахеи. Множественные попытки пункции трахеи особенно у тучных пациентов с короткой шеей могут привести к повреждению хрящей гортани с последующим развитием перихондрита и гнойным воспалением. Пункция и катетеризация пространства трахеи через хрящи гортани или кольца трахеи является серьезным осложнением и требует дополнительного послеоперационного лечения. Оптимально выполнять пункцию и введение катетера с первого раза. Для этого необходимо четко верифицировать крико-тиреоидную мембрану или межкольцевые промежутки трахеи. Выполнение местной инфильтрационной анестезии позволяет точно идентифицировать место введения катетера. При введении тонкой иглы в просвет трахеи и впрыскивании местного анестетика возникает рефлекторный кашель, что является подтверждением нахождения иглы в интратрахеальном пространстве.

Длина транстрахеального катетера зависит от места предполагаемого введения и конституциональных особенностей пациента. При пункции конической связки и верхних отделов трахеи длина катетера в среднем должна быть не менее 10 см. Необходимо учитывать, что у тучных пациентов с массивным слоем подкожножировой клетчатки и длинной шеей может потребоваться катетер длиной 12 – 14 см. Введение катетера в один из главных бронхов помимо неадекватной вентиляции и оксигенации может вызвать острое перераздувание легкого и развитие пневмоторакса. Близкое расположение сопла катетера к бифуркации трахеи также может приводить к неравномерной вентиляции легких. Кроме этого мощный поток струи дыхательной смеси может вызывать рефлекторные реакции с бифуркации, что часто приводит к гемодинамической нестабильности во время анестезиологического пособия. Во время уменьшения глубины анестезии или пробуждении больного такое положение катетера

может вызывать рефлекторные бронхоспастические реакции. Транстрахеальное введение катетера на глубину 3 – 4 см может привести к развороту сопла катетера в сторону полости рта. При этом не будет характерных движений грудной клетки при начале вентиляции. При аускультации дыхательные шумы в легких будут слабо прослушиваться или отсутствовать. Поток воздушной смеси поступающий во время фазы вдоха работы респиратора четко определяется около полости рта пациента. В этом случае необходимо направить катетер в бронхиальное дерево и увеличить глубину введения. По нашим данным для пациента среднего телосложения при выполнении коникопункции требуется катетер длиной 8 – 10 см.

Применение лазерного инструментария при операциях на гортани требует особой осторожности от анестезиолога в связи с возможностью возгорания катетера для вентиляции, находящегося в интратрахеальном пространстве. При большом объеме операции и использовании лазера предпочтительнее водить катетер транстрахеально между 1 и 2 или 2 и 3 кольцами трахеи. При этом риск повреждения катетера лазером и микрохирургическим инструментарием минимальный. Снижение концентрации кислорода в дыхательной смеси до 40 – 50 % обычно не значительно влияет на оксигенацию крови, но снижает риск возгорания катетера. При возгорании катетера в просвете трахеи необходимо прекратить подачу газовой смеси и извлечь катетер. Для поддержания газообмена можно выполнить стандартную интубацию трахеи эндотрахеальной трубкой большого диаметра, для дальнейшего проведения диагностической бронхоскопии. При наличии стеноза гортани и невозможности ведения эндотрахеальной трубки большого диаметра, поддержание газообмена можно осуществлять с помощью тонкого катетера введенного оротрахеально. Отрыв части горящего катетера и продвижение его в дистальные отделы бронхиального дерева может привести к значительным повреждениям легочной ткани с дальнейшим развитием отека легкого.

Для безопасного проведения СВЧ ИВЛ необходимо обеспечить достаточную площадь просвета дыхательных путей для выведения большого объема дыхательной смеси из легких. Наличие стеноза гортани является значительным препятствием для выдоха. Работа в этой зоне хирургическим микроинструментарием создает дополнительное препятствие для свободного оттока воздуха. Современные дорогостоящие струйные респираторы позволяют измерять давление в дыхательных путях перед подачей очередной порции дыхательной смеси. В случае, если давление в легких превышает установленные параметры (обычно 15 – 30 см. вод. ст.) подача газа прекращается, пока не произойдет уменьшение давления в легких до безопасного уровня. Однако большинство СВЧ респираторов не имеют такой функции. При проведении СВЧ ИВЛ без контроля давления в дыхательных путях, необходимо четко следить за фазой выдоха и движениями грудной клетки. В случае значительного сужения просвета дыхательных путей и одновременной работе в этой зоне хирургическим микроинструментарием возможно прекращение вентиляции на период от 30 до 60 секунд или изменение параметров работы вентилятора – уменьшение рабочего давления и частоты вентиляции, удлинение времени выдоха. Недостаточная глубина анестезии и миорелаксии во время операции может привести к рефлекторному ларингоспазму. Отсутствие фазы выдоха при этом приводит к резкому повышению внутрилегочного давления.

В настоящее время существует множество нерешенных проблем при проведении СВЧ ИВЛ. Объем дыхательной смеси подаваемый в легкие пациента зависит от модели респиратора, длины и диаметра катетера а также конституциональных особенностей пациента, растяжимости грудной клетки и легочной ткани. Невозможность точного определения дыхательного объема требует от анестезиолога постоянного контроля адекватности проводимой искусственной вентиляции легких. Недостаточное

увлажнение газовой смеси при СВЧ ИВЛ быстро приводит к подсушиванию эпителия трахеи и бронхов. Сильная струя газа, выходящая из сопла катетера и направленная на слизистую оболочку может привести к ее изъязвлению.

На кафедре отоларингологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова ведется постоянный поиск решений для обеспечения безопасности пациента во время СВЧ ИВЛ и оптимизации данного метода вентиляции легких при операциях на гортани.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ФРОНТИТОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.

Стагниева И. В.

Ростовский государственный медицинский университет
(Заведующий кафедрой профессор А.Г.Волков)

Число больных с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух сохраняется на высоком уровне в нашей стране (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006; Янов Ю.К., 2007) и за её пределами, несмотря на разработку и внедрение новых прогрессивных методов диагностики и лечения заболеваний (Пискунов Г.З., 2006).

Воспалительные заболевания лобных пазух – довольно распространенная патология среди других параназальных синуситов (Волков А.Г., 2000, 2008; Гюсан А.О. и соавт., 2003; Попель С.Е., 2004; Тарасова Г.Д., 2004) и, в особенности, на Северном Кавказе (Волков А.Г., Гюсан А.О., 2004, 2005; Узденова Р.Х., 2004;).

Вопрос о современном состоянии ведущих клинических проявлений, и в особенности - спонтанной локальной головной боли, в качестве адекватных фронтиту, подвергается сомнению рядом клиницистов и нуждается в уточнении.

Головная боль - самый распространенный болевой симптом, сопутствующий множеству разнообразных заболеваний. Некоторые формы головной боли представляют собой самостоятельные нозологические единицы (Иерусалимский А.П., 1995; Колосова О.А., Осипова В.В., 1996). Локализация головной боли в области лба – довольно распространенный клинический симптом, характерный для многих заболеваний. Нередко происхождение боли у пациентов оказывается предметом дискуссий оториноларингологов, невропатологов, стоматологов, окулистов. Установить причину возникновения лицевых болей или их связь с заболеваниями ЛОР органов бывает достаточно сложно (Крюков А.И., 2000).

Лицевые боли могут быть единственным клиническим признаком параназального синусита (Close L.G., Aviv J., 1997). В этих случаях и рентгеновское исследование больного не всегда может помочь диагностике, поскольку возможна клиничко-рентгенологическая диссоциация, при которой даже наличие гнояного экссудата в пазухе может не вызывать изменение её прозрачности на рентгенограмме (Illum P. et al., 1972; Бухман Л.А., 1979; Волков А.Г., 1982; Draf W., 1991; Волков А.Г., Краснопольский О.Н., 2002).

Замечено, что в последние годы снижается выраженность клинических признаков экссудативных фронтитов: отсутствует или слабо выражена интенсивность локальной боли, не всегда убедительны данные ряда дополнительных методов исследования - рентгенографии, КТ- и ЯМР-томографии при постановке диагноза.

Работ по исследованию выраженности клинических признаков фронтита, в том числе болевого симптома, а также зависимости от морфологических изменений слизистой оболочки лобных пазух в литературе не найдено.

Цель исследования: выявление клинических, диагностических и морфологических особенностей течения фронтитов в современных условиях.

Материал и методы исследования. В период с января 2002 по февраль 2007 гг. под нашим наблюдением в клинике болезней уха, горла и носа Ростовского государственного медицинского университета находилось 345 больных односторонним экссудативным фронтитом, из них - 121 больной – с острым и 224 – с обострением хронического процесса, в их числе - 10 больных с остеомами лобных пазух.

По наличию ведущего клинического признака – локального болевого симптома (ЛБС), мы распределили больных на три клинические группы.

I группу составили 90 больных с наличием ЛБС, как ведущего симптома, патогномоничного фронтиту.

II группу составили 46 больных, у которых отсутствовал локальный болевой симптом.

Отдельно выделена III группа, в которую вошли больные (10 больных) с остеомами лобных пазух, которые были выделены случайно во время рентгеновского исследования околоносовых пазух. У них ЛБС был разной степени выраженности, а клинических признаков воспаления в лобной пазухе не было.

Оценку субъективной интенсивности ЛБС при фронтите проводили по методу визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) от 1 до 10 баллов (Carlsson A.M. et al., 1983), используя классификацию А.Г. Волкова (1991, 2000).

У 13,3% (46) больных ведущий клинический признак фронтита – локальная головная боль, отсутствовал или был выражен очень слабо, что соответствовало от «0» до «2» по ВАШ.

Локальный болевой симптом (ЛБС) 1 степени, когда спонтанная локальная боль в области надбровья отсутствует, а при пальпации и перкуссии передней стенки воспалённой лобной пазухи появляется болезненность, соответствовал «3» и «4» баллам ВАШ, отмечался у 34,8% (120) больных.

ЛБС 2 степени, когда спонтанная локальная боль в лобной области умеренной интенсивности, усиливается при пальпации и перкуссии передней стенки лобной пазухи, соответствовал «5» и «6» баллам ВАШ и выявлен у 32,2% (111) больных.

ЛБС 3 степени, когда имеется постоянная спонтанная локальная боль в области надбровья или её частые приступы, резко усиливающиеся при пальпации и, особенно, перкуссии передней стенки лобной пазухи, соответствовал «7» и «8» баллам по ВАШ – у 17,7% (61 больной).

ЛБС 4 степени или выраженный локальный болевой симптом: перкуссия и пальпация невозможны из-за сильной боли, которая расценивается как гиперреакция на прикосновение, «9» и «10» по ВАШ – выявлен у 2% (7) больных.

Для более углубленной оценки болевой чувствительности 110 больным проводили оценку болевого симптома с помощью болевого опросника (Вейн А.М., 1997), состоящего из 78 слов – дескрипторов (слов, определяющих характер боли. Больного, в этом случае, просят дать описание боли, выбрав те или иные дескрипторы в любых (необязательно в каждой) из 20 субшкал.

При оценке боли с помощью болевого опросника вычисляли индекс числа выбранных дескрипторов (ИД) – общее число выбранных слов, и ранговый индекс боли (РИБ) – это сумма порядковых номеров субдескрипторов в данной субшкале сверху вниз.

Индекс числа выбранных дескрипторов (ИД) равный от 1 до 4 был у 17 больных (15,4%) и соответствовал отсутствию ЛБС. ИД от 5 до 8 у 19 больных (17,3%), и соответствовал ЛБС 1 ст.; ИД от 9 до 12 – у 28 человек (25,5%), соответствовал ЛБС 2 ст.; ИД от 13 до 16 – у 41 больных (37,3%) соответствовал ЛБС 3 ст.; ИД от 17 до 20 у 5 (4,5%) больных с ЛБС 4 степени.

Ранговый индекс боли (РИБ) – это сумма порядковых номеров субдескрипторов в данной субшкале сверху вниз, распределялся следующим образом. РИБ до 20 мы наблюдали у 18 больных (16,4%) – ЛБС отсутствует, РИБ от 21 до 30 – у 23 (20,9%) и ЛБС 1 ст. РИБ в пределах от 31 до 40 – 39 (35,5%), а ЛБС 2 ст. РИБ равный от 41 до 50 – у 27 (24,5%), соответствовал ЛБС 3 ст., а РИБ более 50 – только у 3 (2,7%) с ЛБС 4 степени.

Нами были использованы две субъективные методики оценки болевого симптома. Для обобщения полученных данных был применен метод выявления достоверности различия относительных величин. Коэффициент достоверности (t Ст.=0,5), т.е. различие между результатами, полученными с помощью обеих методик недостоверно ($p > 0,1$). Это позволяет объединить результаты исследований и вычислить среднюю величину, характеризующую долю больных фронтитом с отсутствием локального болевого симптома. Таким образом, у $15 \pm 1,01\%$ больных патогномичный симптом фронтита – локальная головная боль, согласно данным опросников, отсутствует.

У больных с отсутствием локального болевого симптома (46 больных) данные дополнительных методов обследования были неоднозначны.

При диафанографии лобных пазух отчетливая асимметрия яркости свечения выявлена у 39 больных (84,7%), у 7 – асимметрия свечения не определялась. Анализ диафаногрaмм показал, что у 9 больных снижение яркости свечения возможно из-за отека и инфильтрации слизистой оболочки, у остальных 30 – из-за наличия экссудата в просвете пазухи.

На рентгенограммах околоносовых пазух обнаружено следующее: горизонтальный уровень жидкости в проекции лобных пазух имелся у 4 из 46 больных, гомогенное затемнение – у 9, пристеночное утолщение слизистой – у 8, у 19 – негетогенное, нечеткое снижение прозрачности или снижение прозрачности в области отдельных бухт. У 6 больных снижения прозрачности в проекции лобных пазух на рентгенограммах не выявлено.

Для уточнения диагноза всем этим больным были сделаны КТ пазух. У 14 из них на томограммах определялось гетогенное снижение прозрачности в проекции лобных пазух. У 2 больных пазухи оказались прозрачны по данным КТ, а на рентгенограммах в полуаксиальной проекции у них определялось их негетогенное затемнение. У 12 больных выявлялось пристеночное затемнение, а у 18 снижение прозрачности на КТ в разных проекциях было нечетким, негетогенным или в области отдельных бухт.

Всем 46 больным было проведено хирургическое лечение – трепанопункция предполагаемой пораженной лобной пазухи. У 37 больных (80%) при промывании лобных пазух получен слизисто-гнойный или гнойный экссудат. У 36 больных из 46 (78,2%) лобно-носовой канал был непроходим, хотя у 9 (из 36) во время вмешательства отделяемого не получено.

Таким образом, за время наблюдения выявлена группа больных, у которых клинические признаки заболевания и данные современных дополнительных методов исследования были сомнительными и этот факт вызывал необходимость привлечь ранее не часто применяемый метод исследования - реофронтотографию, позволяющий уточнить тяжесть течения заболевания, его форму и выбор способа лечения.

Мы изучили гемодинамику области лобных пазух – провели РФГ у 136 больных с сомнительными данными общепринятых методов диагностики фронтитов.

I группу составили 90 больных с наличием ЛБС. При его субъективной оценке больные I группы отмечали от 5 до 8 баллов по ВАШ. В этой группе больных у 58 больных (подгруппа I А) диагноз одностороннего фронтита был подтвержден всеми клиническими способами исследования. Все больные жаловались на локальную боль в области надбровья. Пальпация и перкуссия области проекции пазух у них были болезненны. При осмотре – признаки воспаления слизистой оболочки (СО) в области остиомеатального комплекса, на рентгенограммах и КТ – гетогенное снижение прозрачности в проекции пораженных пазух, при цифровой диафанографии – отчетливая асимметрия яркости свечения лобных пазух.

У остальных 32 больных I группы (подгруппа I В) данные методов дополнительных исследования были сомнительными. Клиническая картина была

классической: жалобы на локальную боль в области надбровья, пальпация и перкуссия области проекции передней стенки лобной пазухи – болезненны. На рентгенограммах и КТ в области пораженной пазухи снижение прозрачности было негетогенным, нечетким или локализовалось в области отдельных бухт.

Анализ данных РФГ приведен в таблице 1, из которой следует, что по сравнению с нормой статистически значимо изменился показатель РИ со стороны поражения, в результате чего появился коэффициент асимметрии (КА). Произведен расчет КА, который колебался от 24% до 97% и в среднем составил $34,2 \pm 4,1\%$. Изменения ДКИ и ДСИ были статистически недостоверными ($p>0.1$). ППС на стороне поражения заметно увеличивался и по сравнению с нормой, и по сравнению со здоровой стороной.

Заболевание лобных пазух было расценено как односторонний неосложненный экссудативный фронтит. Всем больным I группы проведено хирургическое лечение – трепанопункция лобных пазух.

В подгруппе I А, у большинства больных (56 из 58 – 96,5%) во время промывания лобных пазух был получен гнойный или слизисто-гнойный экссудат. В подгруппе I В, в которой у больных при использовании дополнительных методов исследования были получены сомнительные данные, у 21 из 32 (65,62%) при промывании лобных пазух был получен гнойный или слизисто-гнойный экссудат

Таблица 1. Показатели РФГ у больных I группы.

Показатели	Показатели РФГ у больных I группы (n = 90).							
	Норма		FF-отведения со стороны патологии		t Ст. (p)	FF-отведения со стороны здоровой пазухи		t Ст. (p)
	М	m	М	m		М	m	
РИ (Ом)	0,114	0,0069	0,146	0,0081	2,93 $p<0,01$	0,124	0,0059	1,71 $p>0,05$
ДКИ (%)	55,289	1,742	53,55	2,495	0,78 $p>0.1$	56,72	2,718	0,42 $p>0.1$
ДСИ (%)	61,98	1,666	62,62	2,462	0,76 $p>0.1$	59,31	2,759	0,64 $p>0,1$
ППС (%)	70,98	1,856	81,44	4,294	2,64 $p<0,01$	73,76	3,402	1,77 $p>0.05$

II группа состояла из 46 человек. У всех больных II группы отсутствовал ЛБС (субъективно - от 0 до 2 по ВАШ), перкуссия и пальпация области проекции лобных пазух была безболезненна. В подгруппе II А у 13 больных диагноз фронтита был подтвержден используемыми нами способами исследования. У остальных 33 больных II группы (подгруппа II В) клинические признаки фронтита были сомнительные.

Анализ данных РФГ в таблице 2, показал, что по сравнению с нормой статистически значимо изменился только показатель РИ, который был повышен как на стороне патологии, так и на стороне пазухи без признаков воспаления. Остальные показатели РФГ незначительно отличались от нормы. По данным РИ произведен расчет коэффициента асимметрии, который колебался от 24% до 89% и в среднем составил $37,6 \pm 2,7\%$.

Заболевание лобных пазух у больных II группы было расценено как односторонний неосложненный экссудативный фронтит. Всем им проведено хирургическое лечение – трепанопункция лобных пазух.

В подгруппе II А, то есть в тех случаях, когда диагноз фронтита был подтвержден дополнительными способами исследования, у большинства больных (12 из 13 – 92,3%) во время промывания лобных пазух был получен гнойный или слизисто-гнойный экссудат. В подгруппе II В, в случаях, когда клинические признаки фронтита были сомнительными, также у большинства больных (25 из 33 – 75,76%) получен гнойный или слизисто-гнойный экссудат.

Таблица 2. Показатели РФГ у больных II группы.

Показатели	Показатели РФГ у больных II группы (n = 46).							
	Норма		FF-отведения со стороны патологии		t Ст. (p)	FF-отведения со стороны здоровой пазухи		t Ст. (p)
	М	m	М	m		М	m	
РИ (Ом)	0,114	0,0069	0,153	0,0073	3,23 p<0.005	0,116	0,006	0,51 p>0.1
ДКИ (%)	55,289	1,742	56,689	1,895	1,58 p>0.1	53,89	1,588	0,71 p>0.1
ДСИ (%)	61,98	1,666	63,68	1,55	1,76 p>0.05	60,27	1,77	1,64 p>0.1
ППС (%)	70,98	1,856	72,06	1,909	1,03 p>0.1	69,89	1,803	1,73 p>0.05

По данным наших наблюдений, если коэффициент асимметрии равен 24% и выше на стороне поражения, то это говорит о наличии блока лобно-носового канала (у 105 из 136 больных – 77,2%), и в большом числе случаев (114 из 136 больных – 83,8%) - патологического отделяемого в просвете пазухи, что является показанием к хирургическому вмешательству.

Алгоритм диагностики одностороннего неосложненного фронтита с сомнительными клиническими признаками заболевания:

Шаг 1 – изучить клинические данные и использовать дополнительные способы исследований (диафаноскопию и диафанografiю; рентгенографию, включая КТ);

Шаг 2 – при отсутствии данных, указывающих на наличие (или отсутствие) патологического содержимого в просвете пораженной односторонним патологическим процессом пазухи, переходим к шагу 3;

Шаг 3 – провести реофронтografiю с расчетом коэффициента асимметрии;

а/ если значение коэффициента асимметрии меньше 24%, что свидетельствует об отсутствии в лобной пазухе патологического содержимого, проводим консервативное лечение заболевания;

б/ если значение коэффициента асимметрии больше 24% и выше, что свидетельствует о наличии в лобной пазухе патологического содержимого, и указывает на необходимость дренирования ее просвета.

Для определения зависимости выраженности клинических признаков фронтита от морфологических изменений СО лобных пазух, мы провели ее электронномикроскопическое исследование у 30 больных, которые были разделены на три группы.

В I группу вошли больные с фронтитами, у которых течение заболевания проявлялось всеми клиническими признаками, включая выраженный ЛБС. Во II группу вошли больные с фронтитами, у которых особенностью течения заболевания было отсутствие ЛБС, при этом наличие заболевания было подтверждено дополнительными

методами исследования. III группу составили больные, оперированные по поводу остеом лобных пазух (Табл.3). Больные с остеомами лобных пазух были выделены нами в отдельную группу, потому что во время проведения морфологического исследования необходима была контрольная группа с неизменной СО лобных пазух.

Таблица 3. Распределение больных по группам для морфологического исследования.

	I группа	II группа	III группа
Число наблюдений	10	11	9
Признаки общего инфекционного заболевания	присутствуют	присутствуют	отсутствуют
ЛБС	ЛБС 3 степени	отсутствует	ЛБС 1-2 степени
ВАШ, балл	7,3 $\pm$ 0,1	0,3 $\pm$ 0,1	3,8 $\pm$ 0,3
Пальпация и перкуссия	болезненна	безболезненна	умеренно болезненна
диафаногграфия	снижение свечения просвета лобных пазух		нет снижения свечения
рентгенография	Снижение прозрачности лобных пазух		признаки
КТ	КТ-признаки экссудативного фронтита		ограниченного гомогенного образования костной плотности

При анализе морфологической структуры СО у больных разных групп (Табл. 4) наибольшие отличия были выявлены в группе больных с отсутствием ЛБС (группа II). Структура клеток СО лобных пазух у больных этой группы отличалась выраженными признаками секреторной активности. Большое количество слизистых клеток (мукоцитов) расположено между реснитчатыми эпителиоцитами и характеризуется наличием в апикальной части цитоплазмы множества крупных слизистых и белковых глобул, окруженных мембраной. В некоторых мукоцитах слизистые секреторные гранулы находятся в состоянии опустошения, что свидетельствует об их активной секреторной деятельности. Строение комплекса Гольджи свидетельствует о перенапряжении функции синтеза и выведения секрета.

Структура клеток СО лобных пазух у больных I группы характеризовалась ярко выраженными признаками воспаления. Мукоциты не содержат слизистых глобул, а структура этих клеток подтверждает отсутствие синтеза белка. Собственная пластинка СО содержит большее количество соединительнотканых клеточных элементов, базофилов и эозинофилов – клеток воспалительной реакции, имеющих ультраструктурные признаки дегрануляции.

СО у больных III группы характеризовалась практически неизменными реснитчатыми клетками, отсутствием признаков синтеза белка и достаточно выраженными признаками воспаления.

Данные наших исследований показали, что у больных без ЛБС в СО лобных пазух имеется большее количество мукоцитов. Эти клетки имеют особенную структуру - они синтезируют и выделяют не только слизь, но и белковый секрет, причем их секреторная активность очень высока, о чем свидетельствует организация комплекса Гольджи и состояние слизистых секреторных гранул в мукоцитах, которые находятся в состоянии опустошения. По данным литературы (Malis D., 2001; Jallat-Daloz I., Cognard J.L., 2001; Djupesland P.G., Chatkin J.M., 2001), в слизистой оболочке

полости носа человека обнаружено более 10 регуляторных нейропептидов, среди которых наиболее изучены вещество Р, нейрокинин А, пептид, связанный с геном кальцитонина, вазоактивный интестинальный пептид, опиоидные нейропептиды.

У больных с выраженным болевым симптомом (I группа – ЛБС 3 степени) слизистые клетки (мукоциты) не содержат белковых глобул, и структура этих клеток подтверждает отсутствие синтеза белка.

Полученные данные достаточно близко совпадают с данными о взаимосвязи иммунологических и нейрогенных звеньев воспалительной реакции при заболеваниях верхних дыхательных путей (Василенко А.М. и соавт., 1995), а также теории нейрогенного воспаления (Грюнова А.В., Пак Л.А., 2006).

Раздражение нервных рецепторов (в нашем случае, возможно – тканями растущей остеомы или другими факторами воздействия на СО, например, повышением давления на рецепторы СО) приводит к стимуляции периферических ноцицептивных афферентов, которые активируют иммунокомпетентные клетки своего микроокружения, стимулируя выброс медиаторов воспаления.

Таблица 4. Сравнительная характеристика морфологических признаков в группах больных.

	I группа	II группа	III группа
Строение реснитчатых клеток	Реснитчатые клетки имеют типичное строение, практически нет различий.		
Строение мукоцитов	Большое количество слизистых клеток, содержащих много слизистых и белковых гранул.	Умеренное количество слизистых клеток. Отсутствие белковых ганул.	
Секреторная активность	Признаки перенапряжения функции синтеза и выделения секрета.	Отсутствует секреторная деятельность.	
Строение собственной пластинки	Единичные тканевые базофилы и эозинофилы. Мало тучных клеток.	Отечность межклеточного вещества. Большое количество тканевых базофилов и эозинофилов. Все клетки с признаками дегрануляции.	Много тучных клеток, часто встречаются тканевые базофилы и эозинофилы с признаками дегрануляции.
Признаки тканевого воспаления	Признаки воспаления умеренно выражены. В основном за счет дегрануляции тучных клеток.	Активная фаза тканевой воспалительной реакции.	
Строение капилляров	Капилляры дилатированы. В эндотелиоцитах обнаруживаются многочисленные крупные вакуоли пиноцитозные пузырьки. Активный трансэндотелиальный транспорт.	В капиллярах широкие межэндотелиальные щели для диапедеза лейкоцитов из кровеносного русла в перикапиллярную соединительную ткань.	Расширенные кровеносные капилляры.
Строение нервных волокон	Дистрофических изменений нервных элементов не выявлено.	Признаки отека, дистрофических изменений осевых цилиндров и цитоплазмы леммоцитов нервных волокон.	

Таким образом, нарушение нейроиммунных взаимоотношений, по данным литературы, являются типовыми механизмами патогенеза любых болевых синдромов, в наших разработках, вероятно, могут относиться и к локальному болевому симптому

при неосложненном фронтите и его динамике во время и после лечения. Указанные нарушения могут вызывать парадоксальную реакцию структур слизистой оболочки лобных пазух в виде отсутствия локальной боли.

Выводы:

1. Односторонний неосложненный экссудативный фронтит выявлен у 91,8% больных, из них у $15 \pm 1,01\%$ локальный болевой симптом отсутствовал.
2. У 13,3% больных фронтитом локальный болевой симптом отсутствует, а различная степень его интенсивности в субъективной оценке больных отмечена в 86,7%.
3. Ценность локального болевого симптома как ведущего признака фронтита в настоящее время в регионе Южного Федерального Округа снижена и в таких случаях данные традиционных методов исследования не всегда убедительны.
4. Больным с сомнительными признаками одностороннего неосложненного фронтита рекомендуется проводить реофронтотографию, используя для диагностики коэффициент асимметрии.
5. Если значения коэффициента асимметрии превышают 24% на стороне поражения, то это, чаще всего, указывает на наличие в просвете пазухи экссудата.
6. По данным электронной микроскопии у больных неосложненным фронтитом с наличием локального болевого симптома всегда присутствовали морфологические признаки воспалительной реакции, даже при отсутствии клинических признаков воспаления, а клетки слизистой оболочки лобных пазух не секретируют белковых гранул.
7. По данным электронной микроскопии - при отсутствии локального болевого симптома у больных фронтитом клетки слизистой оболочки лобных пазух активно секретируют белковые гранулы.

Литература.

110. Василенко А.М. Нейроэндокринные механизмы в патогенезе головной боли / А.М.Василенко // Русский медицинский журнал.-2002.-№1.-С.54-58.
111. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы / А.М.Вейн, Т.Г.Вознесенская, В.Л.Голубев и др. // Рук. для врачей.-М.:Медицина,1991.-624 с.
112. Вейн А.М. Боль и обезболивание / А.М. Вейн, М.Я. Авруцкий.- М.: Медицина, 1997.- 280 С.
113. Волков А.Г. Течение и лечение экссудативных фронтитов на Северном Кавказе / А.Г. Волков, А.О. Гюсан // Фундаментальные исследования.-2005.-№ 2.-С.115-116.
114. Волков А.Г. Хронические синуситы / А.Г. Волков.- Оториноларингология. Национальное руководство.- М.,2008.-С. 475-496.
115. Волков А.Г. Лобные пазухи / А.Г. Волков.-Ростов н/Д: Феникс, 2000.-513 с.
116. Волков А.Г. Дополнительные возможности для уменьшения ошибок в рентгеновской диагностике фронтитов /А.Г. Волков, О.Н. Краснопольский/ Сб.матер.мед.науч.-практ. конф., посв. 80-летию горбольницы №1.- Ростов н/Д, 2002.- С.31.
117. Горюнова А.В. Современная классификация, эпидемиология и патогенез головной боли у детей / А.В.Горюнова, Л.А.Пак // Рос.педиатр.журнал.-2006.-№4.-С.21-27.
118. Гюсан А.О. Реабилитация больных воспалительными заболеваниями лобных пазух (Матер.Всероссийск.научно-практ.конф. «Проблемы реабилитации в оториноларинголог.» / А.О. Гюсан, Р.Х. Узденова // Российская оторинолар.- 2003.-№2(5).- С. 128-130.
119. Иерусалимский А.П. Головная боль / А.П. Иерусалимский // Боль и ее лечение .- 1995.- №3.- С. 10-13.
120. Колосова О.А. Классификация головной боли / О.А.Колосова, В.В. Осипова // Неврологический журнал.- 1996.- №3.- С.8-11.
121. Крюков А.И. Риногенная цефалгия / А.И. Крюков, М.Н. Шубин // Современные вопросы аудиологии и ринологии: Тез. докл. научно-практ. конф.-Курск, 2000.-С. 171-172.

122. Пискунов Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов.– М: Изд-во "Миклош", 2002.–390 с.
123. Попель С.Е. Новые возможности в лечении больных фронтитом трепанопункцией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук /С.Е.Попель.-Ростов н/Д.,2005.-23с.
124. Тарасова Г.Д. Этиологические аспекты риносинусита / Г.Д. Тарасова, Л.В. Соколова // Тез. докл. I Межрегиональн. научно-практ. конф. оторинолар. ЮФО.-Ростов н/Д, 2004.-С. 132-133.
125. Узденова Р.Х. Клиническая эпидемиология экссудативных фронтитов в регионе Юга России и сравнительная оценка различных методов их лечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Р.Х. Узденова.-СПб., 2004.-21 с.
126. Янов Ю.К. Современные возможности оптимизации медикаментозной терапии острых синуситов / Российск. оториноларингология.-2004.-№4(11).-С. 10-15.
127. Close L.G. Headaches and disease of the nose and paranasal sinuses / L.G.Close, J.Avin // Seminars in Neurology.-1997.-V.17.-N4.-P.351-354.
128. Draf W. Endonasal micro-endoscopic frontal sinus surgery: The Fulda concept / W. Draf // Otolaryngol. Head & Neck Surgery.-1991.-V.2.-P.234-240.
129. Djupesland P.G. Nitric oxide in the nasal airway: a new dimension in otorhinolaryngology / P.G. Djupesland, J.M. Chatkin, W. Qian // Am. J. Otolaryngol.- 2001.- V. 22(1).-P.19-32.
130. Illum P. X-ray examination and endoscopy in maxillary sinus / P. Illum, P.Jeppesen, E.Langenbaek // Acta Otolaryng.-1972.-V.74.-P.287-292.
131. Malis D. Modulatory effect of two novel CGRP receptor antagonists on nasal vasodilatory responses to exogenous CGRP, capsaicin, bradykinin and histamine in anaesthetised pigs / D. Malis, B. Rist, K. Nicoucar et al. // Regul Pept.- 2001.- V. 101(1-3). P. 101.
132. Jallat-Daloz I. Neural-epithelial cell interplay: in vitro evidence that vagal mediators increase PGE2 production by human nasal epithelial cells / I. Jallat-Daloz, J.L. Cognard, J.M. Badet // Allergy Asthma Proc.- 2001.- V. 22(1).-P. 17-23.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «ТОНЗИПРЕТ» ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛОТКИ

С.А. Карпищенко, Л.Р. Кучерова

*Кафедра оториноларингологии с клиникой Санкт-Петербургского
Государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова*

Воспалительные заболевания глотки широко распространены среди населения и регистрируются во всех возрастных группах. Наиболее распространенной патологией остаются острые или хронические воспаления слизистой оболочки глотки (фарингиты), которые редко бывают изолированными. На их развитие оказывают влияние, как острые респираторные, так и хронические заболевания околоносовых пазух, миндалин, полости рта, а также желудочно-кишечная патология (гастрит, холецистит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, колиты), болезни сердечно-сосудистой системы, женской половой сферы, шейные остеохондрозы и такие факторы, как общее или местное охлаждение, переохлаждение, раздражение слизистой оболочки глотки газами или запыленным воздухом, курение, прием алкоголя.

Слизистая оболочка глотки, особенно ее задней и боковых стенок, обладает богатой чувствительной иннервацией. Благодаря этому патологические процессы, развивающиеся в фарингеальной области, сопровождаются разнообразными симптомами: ощущениями жжения, сухости, инородного тела, дискомфорта, першения, покалывания в глотке. Острые и хронические заболевания глотки также характеризуются, наличием постоянного болевого синдрома в области глотки. Нередко боль усиливается при акте глотания с иррадиацией в уши. Все это довольно мучительно для больного и причиняет значительный дискомфорт, что требует применения симптоматического лечения для облегчения состояния [4,3].

Фарингоскопически, при острых процессах, можно наблюдать гиперемию, отечность, инфильтрацию слизистой оболочки глотки, вовлечение в процесс боковых валиков, увеличение в объеме лимфоидных фолликулов под слизистой оболочкой, превращающихся в крупные гранулы, стекание слизи из носоглотки. При хронических - утолщение или атрофию слизистой оболочки (истончение, инъецированность сосудами, утолщение боковых валиков глотки).

Причины вызывающие воспалительные заболевания слизистой оболочки глотки весьма многообразны, среди них особое место, с одной стороны, занимают факторы воздействия на нее раздражителей, основными из которых являются инфекционные факторы: микробное, вирусное и грибковые поражения, а с другой, - ответная реакция организма на них. Слизистая оболочка глотки обладает сложным мышечным, нервным, сосудистым, секреторным и лимфоидным аппаратом. Глотка является важным регулятором рефлекторных стимулов торможения дыхательного акта и задержки глотания. Ею осуществляются такие функции, как голосообразование, речь, дыхательный акт, проведение пищевых масс по пищеводу.

При развитии заболевания происходит нарушение всех функций глотки, превращение защитно-приспособительных реакций в патологические симптомы, что клинически проявляется кашлем, рвотой, парестезиями. Все, что в норме служило защитой, становится источником патологических рефлексов, происходит изменение возбудимости блуждающего и симпатических нервов, приводящих к вегетативным расстройствам [2].

Для лечения пациентов с указанной патологией необходимы средства, которые оказали бы эффект с самого начала заболевания, особенно у лиц с повышенной речевой нагрузкой (педагоги, певцы, продавцы, врачи).

Учитывая вышеизложенные положения, необходимость проведения адекватного лечения патологии глотки не вызывает сомнений с целью улучшения качества жизни, сокращения числа дней нетрудоспособности и предотвращения возможных осложнений.

В настоящее время в арсенале врача имеется много лекарственных средств, воздействующих на слизистую оболочку глотки путем орошения, рассасывания карамелей, полоскания, смазывания, ингалирования. Чаще всего это безрецептурные средства, что обусловлено безопасностью их ингредиентов. В состав этих лекарственных форм входят активные антисептические вещества в комбинации с успокаивающей или смягчающей основой, микроэлементами, вкусовыми добавками. Многообразие современных лекарственных средств, с одной стороны, дает возможность выбора оптимального способа терапии, с другой – делает этот выбор затруднительным из-за существования большого числа препаратов-аналогов.

Следует отметить, что большинство препаратов обладают эффектом привыкания, негативными побочными действиями, могут спровоцировать развитие аллергических реакций. Таким образом, поиск новых эффективных, безопасных и удобных в употреблении лекарственных средств для лечения заболеваний слизистой оболочки полости глотки остается актуальной проблемой оториноларингологии, и появление новых медикаментов всегда вызывает интерес у врачей и пациентов. Известно, что чем раньше начато правильно подобранное лечение, тем эффективнее его результат.

За последние годы возросло внимание к гомеопатическим препаратам благодаря их безопасности и достаточной клинической эффективности. Оториноларингология не стала исключением, все чаще используя при лечении больных с заболеваниями верхних дыхательных путей гомеопатические средства. В состав любого гомеопатического препарата в безопасном сочетании включены компоненты, наиболее эффективные для лечения данного патологического состояния, проверенные на двухвековой практике гомеопатии [2].

О возможности использования гомеопатии – системы клинических знаний и представлений, базирующейся на использовании принципа подобия, – указывал еще Гиппократ. Знаменитый древнегреческий ученый и врач, заметил, что некоторые медикаменты вызывают симптомы, противоположные тем, что вызывает болезнь (противоположность), а другие лекарства порождают те же симптомы, что и сама болезнь (подобие). Таким образом, Гиппократ пришел к заключению, что то, что имеет силу вызывать страдание, также может иметь силу исцелять. Парацельс, ученый XVI века, оживил идею лечения подобного подобным и отрекся от идеи лечения противоположным. В подтверждение он говорил: «Никогда горячая болезнь не лечится чем-то холодным, а холодная чем-то горячим. Но происходит так, что подобное лечит подобное» [5,1,2].

В реальную терапевтическую практику принцип подобия введен С. Ганеманом, немецким врачом и фармацевтом, который в 1796 г. обратил внимание, что прием хинной коры, основного средства для лечения в те годы малярии, вызвал у него симптомы самой малярии. Это послужило толчком для исследований, приведших к созданию принципов гомеопатической терапии. Они были опубликованы С. Ганеманом в 1796 г., эта дата считается годом рождения гомеопатии [5,2].

Гомеопатия является целостной наукой, тонко учитывающей индивидуальные особенности больного. Согласно канонам гомеопатии правильное (подобное) назначение препарата является тонкой регуляторной терапией, и устраняет не только симптомы заболевания, но и воздействует на патологический процесс в целом. Явными преимуществами гомеопатии являются отсутствие токсических эффектов, пристрастия

и привыкания к лекарственным средствам и возможность через тонкие регуляторные механизмы воздействовать на хронические заболевания [1,2].

Нами было исследовано влияние гомеопатического препарата «ТОНЗИПРЕТ» на клиническое течение острых и хронических фарингитов.

Препарат «ТОНЗИПРЕТ» производимый немецкой компанией «БИОНОРИКА» выпускается в виде гомеопатических таблеток для рассасывания и капель для приема внутрь.

На базе КДЦ поликлиники №31 СПбГМУ имени академика И.П. Павлова и поликлиники №34 нами проведено лечение больных с острыми и хроническими заболеваниями глотки с применением препарата «ТОНЗИПРЕТ». Обследовано 45 больных в возрасте от 18 до 67 лет, из них 13 мужчин и 32 женщины. У 22 больных имелась картина острого, у 23 хронического фарингита. При обращении у всех больных отмечалась боль при глотании, из них у 39 больных - боль в горле, ощущение сухости, першение в глотке, охриплость имелась у 6 больных. У 7 больных в анамнезе тонзилэктомия. Лишь у 3-х больных отмечено повышение температуры тела до 37,2°C. При объективной фарингоскопии: слизистая оболочка была гиперемирована у всех больных, у 3 наблюдалась регионарный лимфаденит.

Больные были разделены на 2 группы. Основная группа (30 человек) получала препарат «ТОНЗИПРЕТ» по 1 таблетке или по 10 капель с интервалом 1-2 часа (не более 12 раз в сутки) в течение недели. Пациенты контрольной группы (15 человек) получали традиционное лечение.

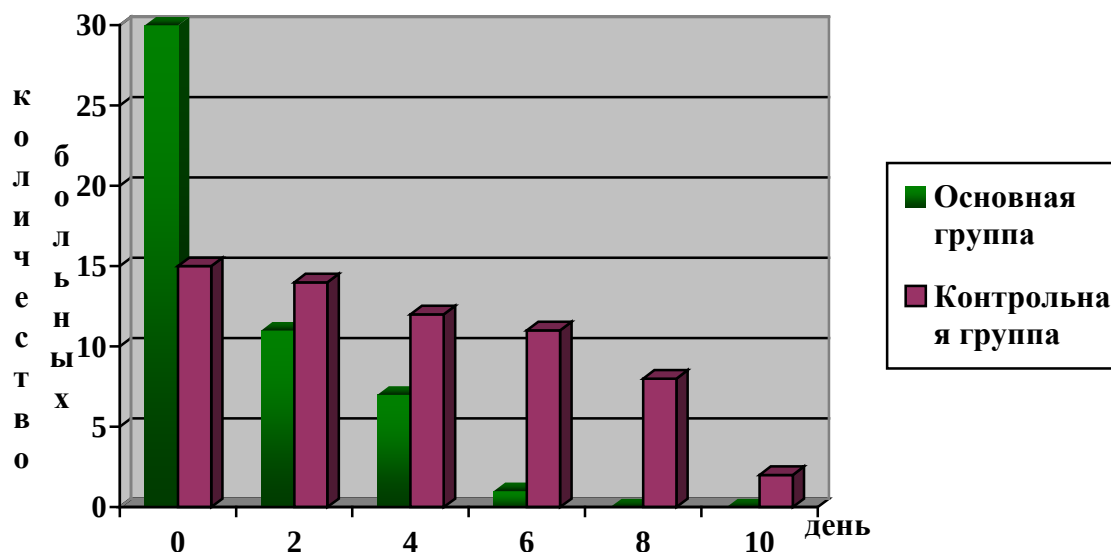
Проведен сравнительный анализ характера инволюции болевых ощущений и фарингеального дискомфорта у больных основной и контрольной групп.

Оценка эффективности препарата проводилась на основании субъективных данных и динамики клинических наблюдений. При оценке эффективности учитывались следующие симптомы: обезболивающий эффект, переносимость препарата, отсутствие аллергических реакций.

Таблица № 1. Динамическое изменение фарингоскопической картины и субъективного ощущения боли в группе лечения препаратом ТОНЗИПРЕТ (Т) и контрольной группе (К)* (число больных)

Клиническая картина	Дни терапии											
	0		2		4		6		8		10	
	Т	К	Т	К	Т	К	Т	К	Т	К	Т	К
Гиперемия слизистой оболочки глотки	30	15	30	15	23	15	18	13	14	11	8	5
Боль в глотке	30	15	11	14	7	12	1	11	0	8	0	2

Рисунок № 1. Динамическое изменение субъективного ощущения боли у больных основной и контрольной групп.



Применяя «**ТОНЗИПРЕТ**» при воспалительных заболеваниях глотки, было отмечено, что препарат начинал действовать быстро и эффективно. Все больные основной группы отметили значительное уменьшение болей в горле уже на первые сутки. Наблюдавшееся усиление боли в ночное время делало необходимым применение дополнительной дозы препарата. На вторые сутки боль фактически отсутствовала у 19 пациентов, чего нельзя сказать о больных контрольной группы.

У больных с удаленными ранее миндалинами и выраженными субатрофическим процессом в глотке на 2-3 день после приема «**ТОНЗИПРЕТ**» уменьшились жалобы на ощущение инородного тела, боли, сухости и першения в глотке.

Проведенное нами клиническое исследование позволило отметить определенный терапевтический эффект при острых и хронических поражениях слизистой оболочки фарингеального отдела глотки сопровождающихся выраженным болевым синдромом и воспалительной реакцией тканей эпителия. Для выявления эффективности данного препарата мы преимущественно использовали его самостоятельно, без комбинации с другими фармакологическими препаратами. В случаях комплексной терапии препаратом **ТОНЗИПРЕТ** с другими фармакологическими средствами, эффективность его была аналогична предыдущему методу использования.

При оценке субъективного мнения пациентов все отметили положительный эффект. Ни в одном случае не было отмечено побочных эффектов.

При оценке результатов подтверждается факт устранения определенных симптомов, имеющих место при заболеваниях слизистой оболочки глотки - боли и воспалительной реакции.

Заключение.

Препарат **ТОНЗИПРЕТ** рекомендуется как симптоматическое средство, применяемое как самостоятельно, так и в комплексной терапии заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Первый опыт лечения препаратом ТОНЗИПРЕТ показал, что данный препарат может успешно использоваться в поликлинической практике при лечении острых и хронических фарингитов. Он обладает более быстрым лечебным эффектом по сравнению с другими препаратами и доступен по цене.

Список литературы:

1. Алефиров А.Н.. Гомеопатия. / Полная энциклопедия. – СПб.: ИД «ВЕСЬ», 2001.
2. Овчинников А.Ю, Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н. Тонзиллофарингит как одно из клинических проявлений острых респираторных вирусных инфекций // *Consilium Medicum*. – 2005. – Т.7 - № 10.
3. Плужников М.С., Панова Н.В., Левин М.Я. и соавт. Современное состояние вопроса. // В кн.: Фарингит. - СПб, 2006. – С.6-19.
4. Солдатов И.Б. Глотка. // В кн.: Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина. - 1997. – С.316-318.
5. Стоукс Джиллиан. Гомеопатия. / Пер. с англ. О. Максименко. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2000.

phytoneering

Раскрывая силу растений

Тонзипрет®

ЛЕКАРСТВО С ПЕРЧИНКОЙ



Рег. уд. ЛС-001227
от 03.02.2006

**Быстродействующий препарат
с местным обезболивающим и
согревающим эффектом для
лечения острых воспалительных
заболеваний ротоглотки**



BIONORICA®
The phytoneering company

Представительство
БИОНОРИКА АГ, Россия
Тел.: (495) 502-90-19
факс: (495) 734-12-00
<http://www.bionorica.ru>
e-mail: bionorica@co.ru

НАША ИСТОРИЯ

36

В. П. Воячекъ.

Изъ клиники горловыхъ, носовыхъ и ушныхъ болѣзней
профессора П. П. Симановскаго (Петроградъ).

Къ техникѣ трепанированія кости при ушныхъ и носовыхъ
операціяхъ ¹⁾).

Доцента В. Воячекъ.

Въ настоящее время въ области отоларингологической техники выработалъ цѣлый рядъ операций, благодаря которымъ мы можемъ проникнуть къ болѣзненнымъ очагамъ, помѣщающимся въ наиболѣе глубокихъ и скрытыхъ мѣстахъ черепа. Можно сказать, что теперь уже нѣтъ предѣла, который бы ограничивалъ проникающую способность оперативнаго воздѣйствія. Мы доходимъ до гипофиза мозга, вскрываемъ мозговые нарывы при любомъ ихъ мѣстоположеніи, пунктируемъ желудочки мозга; въ извѣстныхъ случаяхъ не останавливаемся передъ резекціей большей части черепной крышки ²⁾). Поэтому теперь дальнѣйшее развитіе оперативной техники въ указанной области, заключается уже не въ расширеніи круга или глубинѣ нашихъ операций, а въ усовершенствованіи самой ихъ техники, для того чтобы добиться возможнаго идеала, удобства и безопасности оперированія по принципу: «Cito, tuto et jucunde».

Что касается послѣдняго, т. е. оперированіе «jucunde», слѣдовательно съ возможно меньшими страданіями для больного, то здѣсь мы также достигли большихъ успѣховъ вслѣдствіе введенія въ хирургическую практику и усовершенствованія различныхъ новыхъ способовъ общей и мѣстной анестезіи. Въ оторинологіи, также какъ и въ другихъ спеціальностяхъ, примѣняется теперь цѣлый рядъ приѣмовъ, позволяющихъ сдѣлать даже самыя обширныя и глубокія операции съ минимальными непріятностями для больного. Кромѣ прежнихъ способовъ примѣненія хлороформа, эфира, бромъ-этила, хлоръ-этила, сомпоформа и другихъ вдыхаемыхъ

¹⁾ Докладъ на 3-мъ съѣздѣ русскихъ отоларингологовъ въ Кіевѣ.

²⁾ С. И. Баккаль. Къ казуистикѣ сифилитическаго некроза черепа. (Работы прпедвѣнческой хирургической клиники проф. В. А. Ошнелъ, книга III, 1912).

Къ техники преданшровъ кости при чиниэхъ и носовъ операц. 37

наркотииковъ, мы пользуемся усиленіемъ гедоналомъ (по методу доктора А. П. Еремича³⁾), наркозомъ, морфій-скополаминомъ (Killian) и просто морфіемъ⁴⁾, и, далѣе, способы мѣстной регіонарной и инфилтраціонной анестезіи, посредствомъ кокаина, новокаина, стоваина и ихъ производныхъ. Кромѣ того въ нашемъ распоряженіи способъ поверхностнаго обезболиванія замораживаніемъ, напримѣръ, применяемое при парацентезѣ барабанной перепонки опрыскиваніе ея хлоръ-этиломъ посредствомъ аппарата, демонстрированнаго на предъидущемъ съѣздѣ въ Москвѣ (д-ромъ С. Ф. фонъ-Штейномъ) и т. д.

Если, индивидуализируя случаи, выбирать для каждаго изъ нихъ наиболѣе подходящий методъ или даже ихъ комбинацію (морфій+кокаинъ, морфій+хлороформъ), то удастся въ громадномъ большинствѣ случаевъ добиться не только дѣйствительнаго обезболиванія, но и настолько избавлять больного отъ всякихъ непріятныхъ ощущеній, связанныхъ съ операцией, что и само это слово въ скоромъ времени, вѣроятно, перестанетъ быть пугаломъ для больныхъ.

Въ особенности большимъ завоеваніемъ слѣдуетъ считать разработку способовъ мѣстной регіонарной (областной) анестезіи. Въ отоларингологіи мѣстное обезболиваніе всегда составляло конкуренцію прочимъ методамъ уничтоженія непріятностей операций для больныхъ, но теперь оно положительно вытѣсняетъ обще-оглушающіе наркотическіе методы. Несмотря на то, что отоларингологамъ приходится въ большинствѣ своихъ операций имѣть дѣло съ удаленіемъ костныхъ частей, мѣстная анестезія, извѣстнымъ образомъ применяемая, даетъ возможность удалить даже и эти, отличающіяся своей чувствительностью, какъ болевой, такъ и рефлекторной, ткани, переносимымъ для больного образомъ. Уже не говоря объ удаленіи сравнительно тонкихъ костныхъ пластинокъ, какъ, напримѣръ, средняя раковина или перпендикулярная пластинка рѣшетчатой кости, но даже и толща носовиднаго отростка, даже при его склерозированіи, могутъ быть пройдены долотомъ, почти безъ болевыхъ ощущеній, причемъ Вагану описалъ случай, когда ему удалось безболѣзненно подъ какаиномъ вскрыть даже ушной лабиринтъ.

³⁾ Петроградская диссертация. 1910. О внутривенномъ гедоналовомъ наркозѣ.

⁴⁾ Во я ч е к ѣ. О морфійномъ наркозѣ въ отоларингологіи. «Вѣстникъ» 1914 г.

Но если въ этомъ отношеніи оперативная техника разработана весьма хорошо, то нельзя того же сказать про технику самого оперирования. Правда, современный арсеналъ инструментовъ, который употребляется въ оторинологіи, чрезвычайно обширенъ, какъ это обнаруживаютъ объемистые каталоги фирмъ. Но, можетъ быть, этимъ самымъ и подчеркивается отсутствіе идеальныхъ способовъ.

Для каждой операціи выработаны извѣстные способы ея производства и обыкновенно для каждого способа применяются еще и различные варианты инструментарія, смотря по авторамъ и по школъ. Усилія новаторовъ направлены на то, чтобы можно было окончить операцію въ болѣе короткій промежутокъ времени и съ наименьшей опасностью для больного, а также на удешевленіе и упрощеніе инструментарія. Въ частности особенно детальной разработкѣ подвергается методика тунеллированія височной кости при различныхъ видахъ ушныхъ трепанаций. Уничтоженіе костныхъ частей въ этой области представляетъ труднѣйшую задачу въ черепной хирургіи. Если вспомнить, что сто лѣтъ тому назадъ, когда еще ушная оперативная техника была въ зачаткѣ, одинъ извѣстный хирургъ, оперируя своего коллегу, не смогъ попасть въ *antrum mastoideum*¹⁾; то тѣмъ болѣе изумительными становятся новѣйшія наши операціи, при которыхъ мы открываемъ разнообразныя мѣста височной кости и легко ориентируемся даже и при различныхъ ея аномаліяхъ.

Остановимся нѣсколько подробнѣе на техникѣ выдалбливанія костныхъ частей или, говоря болѣе общимъ образомъ, уничтоженія костной ткани, подлежащей удаленію при операціи. Здѣсь мы встрѣчаемся съ двойкой задачей: намъ приходится или уничтожать заболѣвшія части кости или же здоровыя части для того, чтобы проложить себѣ дорогу къ глубже расположеннымъ отдѣламъ. Здоровая кость можетъ быть различной плотности, больная же кость, въ свою очередь, можетъ быть плотнѣе или рыхлѣе здоровой. Также и на протяженіи трепанируемой области височной кости у одного и того же больного мы встрѣчаемся съ костными отдѣлами неодинаковой плотности. Все это создаетъ весьма

¹⁾ См. рефератъ П. К. Брошнiо-вскаго: проф. Schmiegelow: Documentum humanum zur Beleuchtung der Geschichte der Mastoidoperation: Вѣстникъ, 1913 г., стр. 718.

къ техники требангговъ кости при ушибахъ и послеъ операціи. 39

сложныя условія для техники долбленія, которая и представляетъ собою, если глубже взглянуть на вещи, какъ бы особую науку.

Идеальнѣйшимъ способомъ уничтоженія кости былъ бы такой, при которомъ кость расплавлялась бы какимъ нибудь веществомъ и снималась бы, какъ мягкія ткани; но къ сожалѣнію это представляется до сихъ поръ невозможнымъ и намъ наоборотъ даже приходится рассчитывать на худшіе случаи, когда кость по своей твердости равняется слоновой кости (эбуренируется). Трудность удаленія такихъ компактныхъ массъ велика сама по себѣ, и, кромѣ того, увеличивается тѣмъ, что въ глубинѣ ихъ могутъ встрѣтиться на пути инструментовъ весьма нѣжныя органы, раценіе которыхъ дискредитируетъ всю операцію (лицевой нервъ, полукружный каналъ, венозные синусы). Классическимъ способомъ уничтоженія кости, который и въ настоящее время является основнымъ и общепотребительнымъ служитъ долбленіе посредствомъ молотка и долота. Во всѣхъ извѣстныхъ руководствахъ приводится или только одинъ этотъ способъ трепаннаціи или же ему придается первенствующее значеніе. Классическій способъ состоитъ, какъ извѣстно, въ томъ, что кость сдлабливается стружками нужной величины посредствомъ долота той или другой формы, которое держится операторомъ лѣвой рукой и фиксируется ею такимъ образомъ, чтобы оно могло пружинить, т. е. послѣ каждаго движенія впередъ немножко поддаваться назадъ; поступательное же движеніе долота производится ударами молотка, также устраиваемаго по различнымъ системамъ. Молотокъ необходимъ для того, чтобы сообщать долоту извѣстную живую силу удара, безъ которой даже самое острое долото не въ состояніи на достаточную глубину вонзиться въ нормальную, а тѣмъ болѣе въ склерозированную кость. Молотокъ можетъ быть деревяннымъ и металлическимъ; и тотъ и другой должны быть опредѣленной массивности для того, чтобы сообщать долоту большую энергію движенія, и имѣть длинную ручку, чтобы можно было увеличивать эту энергію путемъ размаха. Металлическіе молотки позитивнѣе и асептичнѣе деревянныхъ, но послѣдніе часто предпочитаются металлическимъ, какъ я предполагаю, вслѣдствіе того, что ударъ деревяннаго молотка выходитъ болѣе эластичнымъ, чѣмъ

ударъ венодативной металлической массы (этотъ недостатокъ можно уменьшить примѣняя свинцовую сердцевину въ головкѣ молотка). Эластичность же удара играетъ извѣстную роль въ механизмѣ откалыванія стружекъ, а также вліяетъ на уменьшеніе непріятныхъ ощущеній у больного при употребленіи мѣстной анестезіи.

Я лично рекомендовалъ бы употреблять металлическіе молотки при резекціи носовой перегородки (для слазбливанія утолщенныхъ нижнихъ частей сошника) и при аттикотоміи. при этихъ операціяхъ дѣйствіе молотковъ ограничивается 3—4 ударами, такъ что о большой непріятности для непаркетизированнаго больного не можетъ быть рѣчи; малый же объемъ металлическихъ молотковъ благопріятенъ при работѣ въ узкихъ каналахъ, какъ это и бываетъ при двухъ упомянутыхъ операціяхъ.

Что касается до формы долотъ, то здѣсь мы замѣчаемъ большое разнообразіе. Они различаются по своей длинѣ, массивности и по формѣ острія. Изъ наиболѣе употребительныхъ типовъ можно назвать: 1) долота желобоватая обыкновеннаго общехирургическаго образца, т. е. съ желобомъ одинаковой ширины и значительной вогнутости; 2) долота желобоватая плоскія съ расширяющимся на концѣ желобомъ; эти долота двухъ сортовъ: короткія и длинныя; длинныя извѣстны подъ названіемъ долотъ образца клинки профессора Н. П. Симановскаго; 3) массивныя долота вѣнской клинки Politzer'a; они имѣютъ большую длину и массивный набалдашникъ на тупомъ своемъ концѣ; они отличаются вѣдѣствіе этого большой массой и имѣютъ длинную рукоятку; 4) долота короткія, прямая съ дугообразно закругленнымъ остріемъ.

Изъ перечисленныхъ видовъ наиболѣе практичными слѣдуетъ считать 2-й и 3-й. Долота Politzer'a удобны тѣмъ, что ихъ можно крѣпко фиксировать, обхватывая полною рукой, но не удобны тѣмъ, что они представляютъ большую массу и поэтому, чтобы получить надлежащій моментъ инерціи для врѣзыванія въ кость, требуютъ сравнительно грубыхъ ударовъ молоткомъ. Въ противоположность этому, принятое въ клиникѣ профессора Н. П. Симановскаго долото сноситъ тонкія стружки и позволяетъ обходиться слабыми ударами молотка и поэтому по справедливости можетъ быть названо

КЪ ТЕХНИКЪ ТРЕНАЦИОНЪ КОСТИ ПРИ УШНЫХЪ И ПОСОБЪ ОПЕРАЦ. 41

безопаснымъ типомъ трепанаціоннаго долота, тѣмъ болѣе, что оно имѣетъ способность при встрѣчѣ съ твердой мозговой оболочкой или съ синусомъ оставлять ихъ неповрежденными. Многое зависитъ, конечно, отъ навыка оператора и привычки его къ этому или другому инструментарию: мнѣ пришлось видѣть въ чужихъ рукахъ употребленіе инструментовъ, устройство которыхъ прямо противорѣчило излагаемымъ понятіямъ о безопасности долбленія и тѣмъ не менѣе я былъ свидѣтелемъ того, что въ искусныхъ рукахъ и такія операціи оканчивались вполне благополучно для больныхъ. Но все же я думаю, что при прочихъ равныхъ обстоятельствахъ успешную трепанацію можно сдѣлать скорѣе всего и безопаснѣе всего долотами по образцу клиники профессора Н. П. Симановскаго (если говорить о долбленіи при помощи молотка). Но слѣдуетъ замѣтить, что при такъ называемой радикальной операціи уха встрѣчаются двѣ костныя области, гдѣ мы можемъ съ большою выгодой пользоваться услугами долотъ нѣскольکو иного типа, которыя однако пригодны только для указанныхъ 2-хъ мѣстъ, это именно: 1) задняя стѣнка костнаго слухового прохода, для которой болѣе уместно такъ называемое прямое долото и 2) боковая стѣнка аттика, которая иногда весьма удобно уничтожается при помощи такъ называемаго долота Stacke.

Задняя стѣнка слухового прохода во время типично производимой радикальной операціи представляетъ изъ себя выступъ компактной кости, который имѣетъ въ ширину не болѣе нѣсколькихъ миллиметровъ, при чемъ по одну сторону его находится рывина, продѣланная въ веществѣ сосцевиднаго отростка, во время перваго этапа операціи (антротоміи), а съ другой стороны находится углубленіе, образованное полостью наружнаго слухового прохода. Сдѣлывать эту заднюю отѣнку желобоватыми долотами съ закругленными краями чрезвычайно трудно, потому что она въ слѣдствіи этой закругленности своихъ краевъ постоянно соскальзываетъ, то на право, то на лѣво, и не забираетъ столько вещества, сколько намъ бы хотѣлось; или же наоборотъ, если удастся засадить его поглубже, то оно скалываетъ слишкомъ большую стружку, что на этомъ мѣстѣ въ виду близости лицевого нерва является не безопаснымъ. Между тѣмъ, прямое долото, не применимое въ области синуса и по сосѣдству

нать состругиваніе не съ большого № долота, какъ обычно, а, наоборотъ съ самаго маленькаго (узкаго), который гораздо легче врѣзывается въ плотную кость. Когда же первая борозда сдѣлана, то въ нее вкладывается широкій № долота и имъ эта борозда легко уже уширится. Наиболее трудный моментъ безмолотковой операціи. — это уничтоженіе задней стѣнки нар. слухового прохода и боковой стѣнки аттика. Я-бы сказалъ, что въ этихъ этапахъ операція безмолотковос оперированье неумѣстно, такъ какъ оно и не удобно и небезопасно, — здѣсь необходимо пользоваться молоткомъ и обычными прямыми или желобоватыми долотами.

Итакъ при радикальной операціи трудности при безмолотковомъ долбленіи находятся въ началѣ (сдабливаніе corticalis) и въ концѣ операціи (сглаживаніе шпоры, широкое раскрытіе барабанной полости); промежуточные этапы проходятся легче.

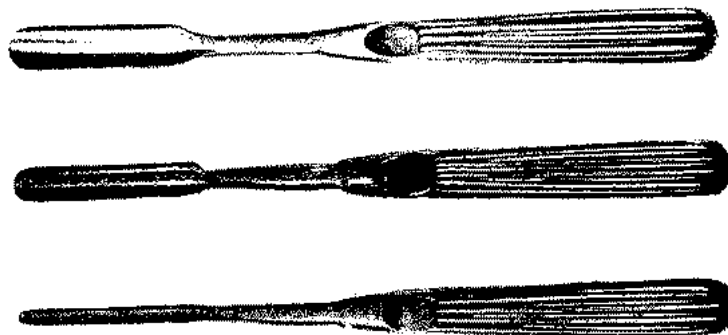
Къ недостаткамъ способа Lake нужно еще отнести: 1) медленность ихъ дѣйствія, — ими нельзя, въ случаѣ надобности, отхватить большой кусокъ кости, что легко достигается молотковымъ долотомъ; вслѣдствіе этого, при твердой кости операція поневолѣ производится сравнительно медленно, такъ какъ приходится послѣдовательно снимать относительно тонкіе слои костнаго вещества; 2) инструментъ фиксируется той же рукой, какой онъ приводится въ поступательное движеніе; вслѣдствіе этого легче можетъ происходить соскальзываніе долота въ глубину и нежелательныя поврежденія (хотя нужно сознаться, что при осторожномъ обращеніи съ долотомъ Lake почти вполнѣ исключена опасность травматизаціи синуса, и твердой мозговой оболочки); долота Lake слишкомъ коротки, и поэтому ими неудобно дѣйствовать при значительной глубинѣ раны, т. е. въ обычной трепанаціонной раны, или во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда края раны значительно возвышаются надъ ея дномъ, напр. если имѣется сильное инфильтрированіе мягкихъ покрововъ соседняго отростка или, напр., при операціи гайморита — при продабливаніи нижняго носового хода черезъ вскрытую гайморову полость.

Для устраненія нѣкоторыхъ изъ перечисленныхъ неудобствъ я конструировалъ безмолотковыя долота другого

КЪ ТЕХНИКЪ ТРЕПАНИРОВ. КОСТИ ПРИ УШНЫХЪ И ПОСЛОВ. ОПЕРАЦ. 17

тина: безъ набалдашника и съ длинной рукояткой ¹⁾). ими можно дѣйствовать и одной рукой, какъ долотами Lake, и (лучше) двумя: лѣвая фиксируетъ долото, предупреждая его соскальзываніе куда не слѣдуетъ, а правая вдавливаетъ долото (вѣрнѣе его назвать стамеской) въ костныя части. Преимущество моего долота то, что имъ можно одновременно дѣйствовать, какъ сильнымъ рычагомъ, откалывая подлежащія удаленію костныя стружки. Долота изготавливаются 3-хъ размеровъ: большое, среднее, малое (или вѣрнѣе широкое, среднее и узкое). Въ крайнемъ случаѣ, эти долота допускаютъ и примѣненіе молотка, слѣд. они двойного дѣйствія: если не удастся строгать кость, какъ стамеской, то можно сейчасъ перейти на долбленіе при помощи молотка тѣми же долотами; — конечно, въ виду большей массивности моихъ долотъ, долбленіе молоткомъ не такъ удобно, какъ долбленіе обычными долотами.

Испробовавъ этотъ новый образецъ долотъ при различныхъ операціяхъ, я убѣдился, что наиболее пригодны они при тѣхъ операціяхъ на ухѣ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ рыхлой костью, слѣд. главнымъ образомъ при всякихъ трепанаціяхъ у дѣтей, далѣе при острыхъ процессахъ въ сосцевидномъ отросткѣ у взрослыхъ; затѣмъ, очень удобны эти долота при операціи вскрытія лобной пазухи и рѣшотчатого



лабиринта по Killian'у, въ особенности для рѣшотчатого лабиринта, и, наконецъ при операціи гайморита. Для вскрытія гайморовой полости черезъ fossa canina я беру самое ши-

¹⁾ Приобрѣсти можно у Шалимова, Петроградъ, Антейный пр., 55.

рокое, или, въ крайнемъ случаѣ, среднее долото. Обычно имъ сразу же удается пробуравить надлежащей величины отверстіе въ полость, безъ того непріятнаго сотрясенія черепа, которое получается при другихъ способахъ, очистить полость и далѣе, такимъ же образомъ пробуравить малымъ долотомъ нижній носовой ходъ со стороны гайморовой полости. Операция производится крайне быстро.

Рыхлые сосцевидные отростки оперируются также очень эффектно: начинаемъ съ самаго узкаго долота и врѣзываемся въ corticalis, пробивая въ ней брешь; далѣе смѣняемъ узкое долото на среднее или на широкое и выковыриваемъ изъ отростка все нужное; если предполагалась *antrotomia*, то доходимъ постепенно до *antrum*, причемъ иногда въ глубинѣ бываетъ выгодно опять смѣнить широкое долото на узкое, для тунеллированія входа въ *antrum*.

При радикальной операціи уха, когда можно предполагать значительное уплотнѣніе костнаго вещества, начинаемъ операцію также съ безмолотковаго долота; если стружки снимаются легко, то дѣйствуемъ имъ, пока возможно; въ глубинѣ раны, если дальнѣйшее оперированье оказывается слишкомъ медленнымъ, беремъ молотокъ и обычныя долота и оканчиваемъ операцію молотковымъ способомъ. Принимая къ свѣдѣнію, что наиболѣе сильныя и слѣд. непріятныя для пенаркотизированнаго больного удары получаютъ именно въ началѣ операціи, то употребленіе безмолотковыхъ долотъ хотя бы для начала операціи тоже имѣетъ извѣстный смыслъ. Этими мы также уменьшаемъ возможность появленія отъ ударовъ на кости трещинъ въ капсулѣ лабиринта, каналѣ лицевого нерва и др. мѣстахъ, которыя ведутъ къ образованію нежелательныхъ осложнений.

КУЛЬТУРА. ОБЩЕСТВО. ЛИЧНОСТЬ.

Райс Тулебаев – академик НАН РК, профессор

Райс Каженович Тулебаев – доктор медицинских наук, профессор, действительный член Национальной академии наук РК, заслуженный деятель РК, единственный из медиков в Казахстане почетный профессор Кембриджского университета (Великобритания).

Родился в 1941 году в Восточно-Казахстанской области, окончил Семипалатинский медицинский институт, трудовую деятельность начал районным оториноларингологом в Жамбылской области.

Окончил очную аспирантуру на кафедре ЛОР болезней Алматинского мединститута. Защитил кандидатскую диссертацию в Алма-Ате, а докторскую – в Ленинграде. Прошел путь от младшего научного сотрудника до руководителя филиала НИИ краевой патологии, работал начальником отдела науки Казминздрава, главным специалистом управления, заведующим медико-биологическим отделом ВАК Республики Казахстан, ректором Южно-Казахстанской и Акмолинской государственных медицинских академий.

В настоящее время заведует кафедрой ЛОР болезней Казахской государственной академии в Астане.

Автор более четырехсот научных работ, десяти монографий, двух учебников на государственном языке, имеет десятки авторских свидетельств и патентов на изобретения, подготовил более 40 кандидатов и докторов медицинских наук.

В последние годы регулярно публикуется в «Ниве».

ПОЭЗИЯ МУЗЫКИ

Дорогие читатели! На страницах журнала «Нива» вы, возможно, читали мои воспоминания «Святая к музыке любовь» и «Очарование скрипкой». Эти публикации вдохновили меня и побудили поделиться некоторыми размышлениями о влиянии разнообразного мира звуков и музыки на человека. Излагая свои наблюдения не только с научной точки зрения, а с определенным духовно-поэтическим вдохновением, предлагаю Вашему вниманию заметки об окружающей нас гармонии звуков, слиянии их с природой и о благотворном воздействии музыки на людей.

Воспринимаемые организмом музыкальные звуки должны быть мелодичны и гармоничны природе, которую создал Всевышний.

Например, ещё древние греки знали о положительном влиянии музыки на организм женщины во время зачатия плода и в последующем при беременности.

И уже в самом раннем возрасте, буквально с появления младенца на свет, у всех народов новорожденное дитя окунается в ауру колыбельных напевов. Очевидно, народные мелодии, душевно исполняемые своим малышам матерями, бабушками и даже нянями, положительно влияют на детей уже с колыбели и, подрастая, ребёнок начинает постигать красоту природы, обогащаясь духовно. Например, на гениальные стихи и поэмы великого Пушкина оказывали одухотворяющее воздействие колыбельные и народные песни, которые прекрасно напевала его няня Арина Родионовна. Это животворное влияние пронизывает творчество гения, ощущается во многих его волшебных строчках:

Буря мглою небо кроет,
Вихри снежные крутя,
То как зверь она завоет,
То заплачет, как дитя...

На величайшие творения Пушкина, Лермонтова, Шекспира и других корифеев литературы создавались музыкальные произведения Чайковского, Римского-Корсакова, Рахманинова, Верди, Листа и многих других композиторов-классиков.

Можно привести множество ярких примеров, когда поэзия и музыка, вдохновляли людей и возвышали их. В частности, органная музыка Баха, его хоралы и фуги, мысленно возносят человека на небеса, особенно токката и фуга ре-минор. В годы Великой Отечественной войны во время блокады Ленинграда «Ленинградская симфония» Шостаковича вселяла в людей дух мужества и отваги, придавала им силы в борьбе с фашистскими захватчиками.

В этом контексте интересно высказывание В.И.Ленина о сонате Людвиг ван Бетховена: «Ничего не знаю лучше «Appassionata», готов слушать её каждый день. Изумительная нечеловеческая музыка. Я всегда с гордостью, может быть, наивной, думаю: «Вот какие чудеса могут делать люди». Однако далее Ленин признается: «Но часто слушать музыку не могу, действует на нервы, хочется милые глупости говорить и гладить по головкам людей, которые, живя в грязном аду, могут создавать такую красоту».

Таким образом, можно с большой достоверностью утверждать, что музыка, большей частью положительно воздействует на человека особенно, на некоторые функции его организма.

О благотворном влиянии музыки на него, её лечебном эффекте известно ещё из трудов древнегреческих учёных. Например, Герафил утверждал, что «пульс бьётся по законам гармонии, и музыка, владея страстями нашими, может ускорить или замедлить его». Аристотель считал, что музыка обладает непосредственным лечебным эффектом. А один из его учеников Теофраст использовал музыку для уменьшения боли. Однако Гиппократ предостерегал, что «не всякая музыка годится для всякого человека».

Л.А. Батурина в статье «Музикотерапия» приводит интересные сведения об этом направлении медицины и напоминает, что она возникла ещё на заре человечества, что «...в античном мире из наук более всего почитали музыку, медицину. В сознании греков времен Гомера медицина и музыка были тесно связаны». В частности, Асклепий - бог врачевания, являлся сыном покровителя муз Аполлона.

Музыку с лечебной целью в своей врачебной практике использовал Пифагор. По его мнению, «музыка много даёт для здоровья, если пользоваться ею надлежащим образом».

Между тем Платон, ссылаясь на мнение Сократа, говорил, что надо «избывать грустную и безмятежную музыку, оставить отважную, торжественную и религиозную».

С развитием цивилизации наука, медицина, искусство стали сближаться, всё более соприкасаться и дополнять друг друга. В Древней Элладе учёные мужи занимались одновременно врачеванием, живописью и музыкой. И до сегодняшнего дня в среде философов нет единого мнения относительно медицины - наука это или искусство врачевания. На Древнем Востоке было прославлено имя Абу-Али ибн Сины (Авиценны) – выдающегося учёного, философа, врача. В его знаменитой книге «Канон Врачебной науки» описываются методы диагностики и лечения многих болезней, а также искусство врачевания. Известно также, что Авиценна занимался живописью, поэзией и музыкой.

Гениальный учёный Средней Азии, мыслитель, философ, поэт, музыкант аль-Фараби хорошо разбирался в медицине и писал, что музыка улучшает духовное и физическое состояние человека.

Величайший художник эпохи Возрождения Леонардо да Винчи был прекрасным анатомом и имел богатейший анатомический музей, а успешный земской врач Антон Павлович Чехов проявил свой талант на поприще литературы и стал великим писателем.

Любовь к биологии, медицине и химии не помешали знаменитому учёному Александру Порфирьевичу Бородину плодотворно сочетать в своей деятельности серьёзные научные исследования с композиторским мастерством, стать одним из

создателей русской классической симфонической музыки (его вторая «Богатырская» по праву считается вершиной эпического симфонизма).

Константин Сергеевич Станиславский писал: «Часто природа творит, а сам художник не ведаёт, что из этого получится. Он слепо повинуется внутреннему голосу и уже после творчества узнаёт от других то, что у него вышло удачно». И далее он подчёркивает, что «направлять творчество, точно корабль рулём, должно сознание, а творить должно в большей своей части - творческое бессознание».

Виднейший представитель восточной школы суфизма Инайят Хан указывал, что «Музыка – слово, используемое нами в повседневном языке, – есть не что иное, как изображение нашего Возлюбленного. Это красота, которая предстаёт перед нами и привлекает нас в любых формах. Прежде всего – это движение, в линии, в цвете, в смене времени года, во вздымании и падении волн, в ветре, в буре, – во всей красоте природы существует постоянное движение».

В своей саге о нравах эпохи, вошедшей в книгу «Заблуждение цивилизации», современный казахский поэт Мухтар Шаханов приводит характерное высказывание Гитлера: «Я не читаю романов и в газетах всегда пропускаю литературные разделы. Зачем я буду тратить время, когда всё это меня просто раздражает!». А на вопрос «что будет делать с людьми завоёванных восточных территорий», Гитлер ответил: «Пусть радио пичкает это население только музыкой – в неограниченном количестве. Допускать их к умственной работе ни в коем случае нельзя, чтобы там у них возникла духовная анархия. Ведь люди с ограниченными духовными запросами всегда чувствуют себя самыми счастливыми...». Далее Мухтар Шаханов пишет: «Посредственный звуковой поток массовой культуры» приводит к одичалости «цивилизованного мира, когда короли рампы, зубры видео, драконы мирового шоу стали во сто раз популярнее гигантов мысли и духа всех времён и народов – Конфуция, Шекспира, Фирдоуси, Гёте и Достоевского, Бетховена и Моцарта – всех вместе взятых».

М. Шаханов подчёркивает, что интеллигенция – великая сила, даже когда её не ценят. И потому тираны прошлого знали: «Чтобы поставить на колени любое государство, необходимо сначала его духовно обезглавить». То есть, уничтожить сто, а иногда достаточно нескольких ярких одарённых личностей, и народ будет отброшен на десятки, возможно, на сотни лет назад. Мухтару Шаханову очень близка идея пути, созданного природой, в этом он особо выделяет духовное богатство и мудрость народа. Но мудрость нации не ограничивается временем и пространством, поэтому истинное состояние духовности любого народа может быть определено только путём длительного изучения его, сопоставления и накопления фактов, объективной оценки исторических документов, научного осмысливания всего того, что накопила народная мудрость в течение веков.

В этой связи прослеживается историческая закономерность обогащения знаний Ибн Сины и аль-Фараби – величайших представителей науки и медицины своего времени.

В научных трактатах Ибн Сины и аль-Фараби исследуется роль музыки в душевном состоянии человека и значение её для лечения недугов. Современная гипнотерапия сном на фоне успокаивающей музыки основана на трактатах Ибн-Сины и аль-Фараби.

Подчёркивая огромный вклад аль-Фараби в музыковедение, историк Х.М. Абжанов отмечает, что «альфой и омегой музыкальной концепции аль-Фараби является человек. Он – и творец, и пропагандист, и потребитель музыкального искусства».

В своём произведении «Большая книга о музыке» аль-Фараби писал: «Человек и музыка находятся в неразрывном единстве...Редко встречаются такие люди, которые были бы совершенно лишены способности различения, распознавания мелодии.

Человек обладает этой способностью или от рождения, или в силу приобретённого опыта».

В научной работе «Музыка и философия» Н.В.Зайцева высказывает мнение, что музыка, возможно, является потребностью в самовыражении звуковым способом», это, возможно, коренится в биологической природе человека. Далее автор вопрошает: «Не передаётся ли тогда через движение мелоса некоторое «сообщение», как это имеет место у зверей и птиц?».

Сопровождение музыки движениями тела и рук было характерным для древнего человека и до настоящего времени сохранилось у народов Африки и Азии (впрочем, эта особенность чётко проявляется в современных танцах всех народов мира, на «языке» жестов и движений тела «говорят» балет и все виды танцевального искусства). С древнеегипетского «петь» переводится как «производить рукой музыку», а греки пользовались терминами «хейрономия» (рука и основа) и «хейрософ» (рука и мудрость).

Звуки и Музыка имеют определённую окраску. Например, в Индии семь цветов отражали основные семь нот октавы: розовый, оранжевый, золотой, белый, голубой, чёрный, пёстрый. А в китайской музыке преобладают пять тонов и звуки окрашиваются в жёлтый, белый, зелёный, красный и чёрный цвета соответственно. Поэтому в китайском музыкальном ладе, как правило, пять звуков (пентатоника).

Аль-Фараби систематизировал мелодии и звуки по жанрам, родам и видам. Он считал, что музыка воздействует на душу человека. По его мнению, жанровая музыка «просто доставляет удовольствие, второй род музыки вызывает страсть, а музыка третьего вида возбуждает наше воображение».

Существует хорошо известная легенда из жизни Моисея, которая рассказывает о том, что Моисей услышал божественное повеление на горе Синай в словах «Muse ke» – «Моисей, внимли», а откровение, ниспосланное на него, состояло из тона и ритма, и он назвал его тем же самым именем.

Песни и стихи Давида были известны на протяжении веков: его послание было дано в форме музыки.

Орфей из греческих мифов, владевший тайной тона и ритма, с помощью этого знания обладал властью над скрытыми силами природы.

Общеизвестно, что восприятие звуков и музыкальной мелодии имеет активный слухомоторный характер. Вместе с тем музыку человек и животные ощущают на уровне даже слабой вибрационной чувствительности и организм способен воспринимать тончайшие колебания, нередко минуя восприятие звука через слуховые органы. Поэтому, усиленно развивая способность восприятия через вибрационную чувствительность, можно обучать музыке и глухонемых людей.

В сфере музыки огромное поле для исследований, а её психическое влияние ещё очень мало изучено современной наукой.

По мнению суфиста Инайят Хана, «Музыка есть ритм и тон. Когда здоровье не в порядке, это значит, что музыка не в порядке». Поэтому «когда музыка в нас неправильна, необходима помощь гармонии и ритма. Этот способ исцеления может быть изучен и понят посредством изучения музыки собственной жизни, изучения ритма пульса, ритма биения сердца и головы. Врачи, чувствительные к ритму, определяют состояние пациента, наблюдая ритм его пульса, сердцебиения, ритм циркуляции крови. И чтобы определить действительный недуг, врач, со всем его материалистическим знанием, должен полагаться на свою интуицию и на использование своих музыкальных способностей».

На Востоке одним из направлений медицинской школы был мистицизм, в основе которого закон вибрации. По убеждению представителей этой школы, «хорошее

здоровье происходит из понимания природы заболевания по ритму и тону, которые могут ощущаться в человеческом теле...».

Другой разновидностью лечения на Востоке являлся шаманизм, а у кипчаков разновидностью шаманизма был баксылык. Слово «баксы» или «бакши» означало «буддийский монах, грамотей». По-туркменски это слово значит – народный певец.

Чокан Валиханов рассматривал баксы как разновидность шаманов. «Шаманы, – писал он, – почитались как люди, покровительствуемые небом и духом. Шаман – человек, одарённый волшебством и знанием выше других, он поэт, музыкант, прорицатель и вместе с тем врач».

У баксы имелись средства для отправления камлания. Это музыкальные инструменты – кобыз, асатаяк, дангыра-бубен. Некоторые баксы были хорошими музыкантами, кобызистами. По народным преданиям, все баксы поклоняются духу их предка Коркыта, который изобрёл кобыз. Большинство баксы сочиняли музыку и стихи, которыми обычно сопровождали свою лечебную практику.

Имеются сведения американских учёных, что древние индейцы также использовали музыкальные звуки для лечебных целей. Индейцы применяли громкие звуки и примитивный ритм, монотонные песни и заклинания в сочетании с танцами для лечения оспы, лихорадки, паралича и т.д.

С XIX века в странах Европы – Германии, Франции, Англии лечебные свойства музыки стали применять при нервных и психических заболеваниях. Например, один из основоположников французской психиатрии Ж. Эскироль широко использовал музыкотерапию в психиатрических лечебных учреждениях.

Огромное и неоценимое значение в создании теоретических основ звука, музыки и её роли в качестве музыкотерапии имело открытие немецким учёным Г.Гельмгольцем в 1862 г. теории слуховосприятия, основы которой были изложены в книге «Учение о слуховых ощущениях как физиологическая основа для теории музыки». Им впервые были использованы резонаторы для анализа звуков. Исходя из своих наблюдений, Г.Гельмгольц писал: «Из всех видов искусств музыка наиболее естественна, наиболее понятна, так как она имеет наиболее непосредственную связь с чувственными ощущениями».

В свете изложенного, следует считать, что музыка вызывает положительные эмоции у людей и в целом ряде случаев может оказывать лечебный эффект. В настоящее время во многих лечебно-профилактических учреждениях, особенно в условиях санаторно-курортного лечения, широко применяется психотерапия и музыкотерапия в специально оборудованных кабинетах.

Пациентам через аудиологические наушники подаётся специально подобранная стереофоническая музыка, преимущественно классического стиля. Причём, врачи-психотерапевты чаще всего используют гармоничные мелодии Вивальди, Баха, Моцарта, Гайдна, Шопена, Дебюсси, Равеля и целого ряда выдающихся русских композиторов.

Таким образом, в размышлениях о роли звуков и влиянии музыки на человека в некотором роде мне представилась возможность высказать точку зрения о важной проблеме взаимодействия людей с миром звуков и мелодий, а также благотворном влиянии разнохарактерной музыки на духовную жизнь человека, на формирование и гармоничное развитие личности в процессе повседневного.

Известный казахстанский философ профессор В.И. Зорин полагает, что «под духовностью, как свойством психики человека, можно понимать ориентацию его души на высшие позитивные ценности и способности, а также соответствующие переживания и порождаемые ими гуманные практические действия как формы проявления подлинной человечности и высокой культуры».

Разумеется, культурное наследие каждого народа самобытно и индивидуально, но в то же время имеет общечеловеческую духовную ценность. В заключение приведу высказывание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева: «Казахская культура – это, прежде всего, наработанный веками опыт традиций, позволивший народу перенести все трудности и сохраниться как самостоятельное культурное явление современного мира...».

JUBILEE



23 апреля 2009 г. исполнится 80 лет со дня рождения и 55 лет врачебной, научно-педагогической и общественной деятельности доктора медицинских наук, профессора, Академика и Члена Корреспондента Международной и Американской Академии оториноларингологии – хирургии головы и шеи, Заслуженного врача Кыргызской Республики профессора кафедры СКД №2 Кыргызско-Российского Славянского университета и заведующего курсом «оториноларингологии – хирургии головы и шеи» КГМИП и ПК Георгия Ароновича Фейгина.

Г.А. Фейгин является заслуженным ученым и гениальным хирургом, признанным не только в Кыргызстане и странах ближнего, но и дальнего зарубежья. Добродушность, открытость для всех, порядочность принесли Г.А. Фейгину любовь и уважение всех окружающих его учеников и коллег.

Г.А. Фейгин родился в Намангане Узбекской ССР в 1929 году. В 1953 г. окончил лечебный факультет Ташкентского Медицинского Института. Трудовую деятельность начал в качестве ординатора ЛОР-отделения города Бекабада Республики Узбекистан. В 1956 г. Поступил в аспирантуру при ЛОР кафедре Ташкентского Медицинского Института, где с 1959 по 1962 гг. работал ассистентом. В 1961 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Свободные аминокислоты и белки сыворотки крови и спинномозговой жидкости при отогенных внутричерепных осложнениях». С сентября 1962 по 1964 гг. заведовал ЛОР-отделением ташкентской областной больницы. С 1964 по 1976 гг. заведовал кафедрой оториноларингологии Читинского медицинского института. В 1971 году защитил докторскую диссертацию на тему «К патогенезу и лечению некоторых воспалительных и деструктивных поражений уха, дыхательных путей и пищевода».

В январе 1977 г. Г.А.Фейгин был избран заведующим кафедрой Кыргызского медицинского института, где работал до 1997 г. За время его работы кафедра стала центром специализированной помощи и подготовки квалифицированных кадров в республике. В том же 1997 г. он был приглашен заведовать курсом оториноларингологии КГМИП и ПК, где работает по сей день.

Георгий Аронович прекрасный лектор, педагог, научный руководитель, опытный врач-клиницист.

Его интерес к проблемам специальности отличается широтой. Ему принадлежат капитальные исследования, имеющие отношение к трахеостомии. В них ему удалось не только отработать технику выполнения этой операции в бесканальном варианте, но и

доказать целесообразность ее использования взамен канюльной. Он разработал схему лечения стенозирующих ларинготрахеитов у детей с включением в нее продленный нормобарический лекарственный аэрозоль – ингаляции, которая позволяла восстановить дыхание без интубации и трахеостомии. Значительный удельный вес в его работе занимали вопросы хирургического лечения рубцовых и паралитических стенозов гортани и трахеи, опухолей и опухолеподобных заболеваний гортани и челюстно-лицевой области. Их результатом было внедрение в практику модифицированных экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки, передне-боковой и вариантов горизонтальной резекций гортани, а также ларингэктомий, в том числе выполняемых по радикальной хирургической программе. Ему принадлежат оригинальные способы выполнения реконструктивных хирургических вмешательств при обструкции просвета шейного отдела трахеи, новый способ закрытия трахеопищеводного дефекта и впервые предложенный метод закрытия дефекта основания черепа мукопериостальным лоскутом противоположной стороны перегородки носа. Много сил он потратил на разработку методических основ удаления опухолей и опухолеподобных заболеваний челюстно-лицевой области. Без внимания им не оставлены были и лекарственные методы лечения, в которых проявился его оригинальный подход к проведению эмпирической антибактериальной и патогенетической терапии, в том числе и в борьбе с ДВС.

Все изложенное позволило ему и его сотрудникам предупредить инвалидность и спасти многие жизни больных.

Итоги многолетних исследований подведены в монографиях: «Острый стенозирующий ларинготрахеобронхит у детей» (1981г), «Дефекты глотки при хирургическом лечении рака гортани» (1978г), «Инородные тела гортани и нижних дыхательных путей» (1984г), «Основы клинической фармакологии для оториноларинголога» (1985г), «Кровотечения и тромбозы при оториноларингологических заболеваниях» (1989г), «Симптоматика и лечение расстройств, обусловленных блуждающим нервом на различных уровнях его поражения» (2004г) и др.

Профессор Фейгин Г.А. является членом редакционного совета журнала «Вестник оториноларингологии», занимает должность профессора при КРСУ.

Г.А. Фейгиным опубликовано более 160 печатных работ, из них 15 монографий и 7 изобретений. Под его руководством выполнено и защищено 2 докторских и более 25 кандидатских диссертаций его учеников.

За добросовестный труд профессор Г.А. Фейгин награжден почетными грамотами Минздрава, Верховного Совета республики, медалью за доблестный труд в ВОВ, медалью МАО – ХГШ Н.П. Симановского, медалью Аль-Фараби (Казахстан) и орденом «Данакер».

Г.А. Фейгин постоянно ведет творческий поиск, всегда полон новых идей и предложений. Многократность научных интересов, эрудиция, умение творчески и дружески общаться с коллегами, природный организаторский талант снискали Георгию Ароновичу заслуженный авторитет и уважение сотрудников, учеников и больных.

Общество оториноларингологов Кыргызской Республики, сотрудники КРСУ, КГМИПиПК, друзья, коллеги и ученики Георгия Ароновича поздравляют его с 80-летним юбилеем и желают ему крепкого здоровья, дальнейших творческих успехов и долгих лет жизни.

АНОНСЫ

XXIV Собрание Международной Академии Оториноларингологии Хирургии Головы и Шеи и XXV Международная конференция молодых оториноларингологов.
Состоится в Иордании, 10-12 мая 2009 года

XXIV Annual Assembly of International Academy of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery and XXV International Conference of Young Otorhinolaryngologists
Jordan, May 10-12, 2009

III Национальный Конгресс аудиологов и VII Международный Симпозиум
«Современные проблемы физиологии и патологии слуха»
Состоится в Суздале, 26-28 мая 2009 года

Ежегодная межрегиональная конференция оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока «Актуальные вопросы оториноларингологии»
Состоится в Благовещенске, 4-5 июня 2009 года

Конференция, посвященная памяти заведующего кафедрой оториноларингологии СПбГМУ им. акад.И.П.Павлова, профессора М.С.Плужникова
Состоится в Санкт-Петербурге, 16-17 сентября 2009 года



В сентябре 2009 года на базе кафедры оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова состоится третий международный мастер-класс по микрохирургии среднего уха под руководством профессора Тюбингенского университета (Германия) Э.Штайнбаха (E.Steinbach).

Дополнительная информация:

Россия, Санкт-Петербург

197022, ул. Льва Толстого 6/8

СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова,

Кафедра оториноларингологии

тел: +7 (812) 499 70 19, e-mail: marius@spmu.rssi.ru

Вторая Дальневосточная конференция оториноларингологов с международным участием «Наука и практика в оториноларингологии», посвященная 75-летию кафедры оториноларингологии ДВГМУ
Состоится в Хабаровске, 8-9 октября 2009 года



Согласно решению Проблемной учебно-методической комиссии по оториноларингологии ЭГОУ «Всероссийский учебно-методический Центр по медицинскому и фармакологическому образованию» от 23 апреля 2007 года издательством «Диалог» г.Санкт-Петербург подготовлены к печати учебные пособия: «Ситуационные задачи по оториноларингологии» под редакцией проф. М.С.Плужникова и Г.А.Георгиади, «Практические умения по оториноларингологии» проф.Г.М.Портенко, М.С.Плужников, Г.В. Лавренова, «Справочник по оториноларингологии» под редакцией С.А. Карпищенко – стоимость «Неотложная помощь» под редакцией С.А. Карпищенко и А.А. Блоцко. Все издания имеют грифы УМО и включены в список обязательной литературы для подготовки студентов.

Для формирования заказа просим Вас сообщить количество пособий.

Стоимость:

1 экз. «Ситуационные задачи по оториноларингологии» - 150 руб.

1 экз. «Практические умения по оториноларингологии» - 120 руб.

1 экз. «Неотложная помощь по оториноларингологии» - 150 руб.

1 экз. «Справочник по оториноларингологии» - 200 руб.

Заказы направлять в адрес издательства: 190000, С-Петербург, а/я 417

тел/факс (812)718-59-18

e-mail: meddialog@mail.ru



ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ

Название статьи (title of the paper)

Название статьи должно находиться в центре. Только первое слово в названии и имена собственные должны начинаться с заглавной буквы. Название должно быть кратким и информативным. Не начинайте статей с артиклей или предлогов. Расшифровывайте сокращения, если они не являются общепринятыми.

Авторы, их должности и места работы (authors and affiliations)

В центре. Пропустить одну линию между именами авторов и их должностями и местами работы. Не включайте ученые звания (Др., Проф., PhD). Следует указывать полный адрес.

Реферат статьи (abstract)

Реферат должен располагаться на две линии ниже адреса. Напечатайте «реферат статьи» на отдельной строке, заглавными буквами, по центру и выделите жирным шрифтом (или подчеркните). Реферат статьи следует ограничить до 200 слов. Ниже включите список до 10 ключевых слов и расположите его под рефератом статьи.

Заголовки (principal headings)

Помещайте заголовки на отдельной строчке по центру, все буквы в заголовке должны быть заглавными и выделены жирным шрифтом (или подчеркнуты). Разделы должны быть последовательно пронумерованы (например, 1, 2, 3...).

Подзаголовки (subheadings)

Располагайте подзаголовки на отдельной строке, выровните по левому краю, заглавными должны быть первая буква первого слова подзаголовка и имена собственные. Подзаголовок следует выделить жирным шрифтом или подчеркнуть. Подразделы должны быть пронумерованы согласно следующему примеру: Раздел 3. 1 является первым подразделом раздела 3; подраздел 3. 2. 1 является подразделом 3. 2.

Сокращения (acronyms)

Если сокращения встречаются впервые, то, кроме самых распространенных, их следует расшифровывать, при этом сначала должна быть напечатана расшифровка сокращений, а за ними в скобках должны быть указаны сокращения, например, liquid phase epitaxy (LPE) или Extreme Ultraviolet Explorer (EUV).

Формулы (equations)

Формулы следует печатать. Если это невозможно на Вашем печатающем устройстве, аккуратно вписывайте требуемые математические символы черными чернилами (не используйте синие чернила или карандаш). Используйте арабские цифры для нумерования формул, номера формул указывайте справа в скобках. Нумеруйте формулы последовательно.

Рисунки (figures)

Фотографии, рисунки, схемы, диаграммы и подписи к ним следует прилагать только отдельными файлами. В основном тексте указать место желаемого расположения рисунка (рис. 1, табл. 1. и т.д.).

Благодарность (acknowledgements)

Раздел, в котором выражается благодарность за техническую или финансовую поддержку, должен следовать за текстом, но перед ссылками на использованную литературу.

Список использованной литературы (references)

Обозначьте сноски в тексте цифрами в верхнем индексе. В конце статьи приведите список ссылок по порядку. Сноски должны содержать следующую информацию:

1. Для статьи в сборнике или главы в книге: имя автора, название статьи или главы, название издания, имя редактора, номер издания (если таковой имеется), название издательства, город, год, страница.
2. Для книги; имя автора, название книги, использованные страницы или главы, название издательства, город, год.
3. Для журнальной статьи: имя автора, название статьи, название журнала, год, том, номер журнала, номера страниц, использованных для написания статьи.

(Например: Jecker P., Westhofen M. Detection of head and neck lymph nodes using B-scan and colour image sonography. Folia ORE-PR. 1998. 4. 3–4. 68–75)

Носитель: Присылаемые в редакцию работы должны сопровождаться электронной копией на 3,5” диске или CD ROM. Носитель не должен содержать вирусов. На этикетке необходимо четко указать название работы, фамилии авторов и тип текстового редактора. Предпочтение отдается текстовому редактору Microsoft Word.

Материалы, присланные в адрес редакции не возвращаются.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

FOLIAE OTORHINOLARYNGOLOGICAE ET PATHOLOGIAE RESPIRATORIAE publishes original articles, reviews, short notes, case reports and ORL workshops. Letters to the Editor, short communications concerning ORL. Society activities, and short historical notes are also accepted. Articles will be accepted on condition that they will be translated into English by the author (s). A covering letter must accompany all submissions and must be signed by all authors giving their full names and surnames. The covering letter should state whether the work has been published and if so, where, when and in what language; the exact bibliographic data should be cited. The first named author (or indicated, if in an alphabetical order) is responsible for ensuring that all the authors have seen and approved the manuscript and are fully conversant with its contents. Rejected manuscripts will not be returned to the authors unless specifically requested.

Ethics

The Journal publishes all material relating to human investigation and animal experiments on the understanding that the design of the work has been approved by ethics committees in the country of origin.

Preparation of manuscripts

Authors are responsible for the accuracy of their report including all statistical calculations and drug doses. When quoting specific materials, equipment and proprietary drugs, authors must state in parentheses the name and address of the manufacturer, and generic names for drugs. The paper should be submitted in English and the authors are responsible for ensuring that the language is suitable for publication. Original articles should normally be in the format of introduction, methods, results, discussion. Each manuscript should contain key words and summary on a separate page. Lengthy manuscripts are likely to be returned to authors for shortening. The discussion in particular should be clear and concise, and should be limited to matters arising directly from the results. Number of the tables and figures are unlimited but within reasonable limits, otherwise they are to be returned for shortening. Short notes and original observations are presented in a brief form. They should follow the standard format of introduction, methods, results and discussion, but no summary is required and they should not exceed 500 words with five references and one table or figure. Case reports should contain no more than 400 words with one figure and five references. ORL workshops describe technical innovations or modifications that may be useful in practice. These articles should contain less than 500 words and no more than two figures and five references.

Typescripts

The manuscript **MUST** be accompanied by a diskette or CD ROM. It is essential that the manuscript (in 1 copy) be clearly reproduced (laser printer) with adequate space for editorial notes. Papers must be printed on A4 paper (210:297mm) on one side of the paper only with double spacing and 4 cm margins. Manuscripts that do not conform to these requirements will be returned to the authors for recasting. Each paper should contain illustrations with legends in the text.

References should be typed with double spacing and each starting from the new line in the alphabetic order of the authors names. In the text, references should be numbered in brackets.

Diskettes

Manuscript may be submitted on 3,5 inch diskette or CD ROM. One paper should be written as one file only. Disks must be clearly labeled with the name of first author, manuscript number, software used and the name of the file to be processed. It is important that the material submitted to the editors in disk form must be accompanied by two copies as above. The legends for illustrations should be included in the disk. Whilst most computer and word processor disks can be accepted the preferred combination are either – Microsoft Word for Windows 97, Microsoft Word 2000 or Microsoft Word 2002 (XP).

Reference

It would be helpful for some authors to read an excellent book that has been written for doctors whose first language is not English: "Writing Successfully in Science", M. O'Connor, Chapman & Hale, 1991, ISBN 041 446308.

УСЛОВИЯ ПОДПИСКИ

Стоимость подписки за четыре номера – 1000 рублей.

Для оформления подписки Вам необходимо:

- оплатить стоимость подписки почтовым переводом;
- заполнить прилагаемый ниже талон и копию квитанции об оплате и направить в редакцию по адресу: **Россия, Санкт-Петербург 197022, ул. Льва Толстого 6\8, кафедра оториноларингологии**

Подписной талон

Прошу подписать меня на журнал
«Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae»

Ф. И. О. _____

Место работы и должность _____

Домашний адрес: _____

Личная подпись _____

Наравне с оригиналом принимаются ксерокопии подписных талонов.

СОДЕРЖАНИЕ

Editorial Board.....	3
Contact laser phonosurgery	4
S. Karpischenko	4
Russia, St.Petersburg.....	4
Laser Surgery in the Management of Laryngeal Stenosis.....	5
Prof. M.A. Ryabova	5
I.P.Pavlov Medical University	5
Saint Petersburg	5
Recognition receptors of innate immunity in adenoids.....	6
D. Kalinin	6
Federal State Clinical Research Center of Otorhinolaryngology, Ministry of public health, Moscow, Russia..	6
OUR EXPERIENCE WITH ASPERGILLUS FUNGAL INFECTION DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC SINUSITIS	7
R.K. Toulebaev, B.Z. Zhusupov	7
Astana Medical University	7
Astana, Kazakhstan Republic.....	7
Наш способ формирования неотимпанальной.....	9
мембраны при обширных дефектах.	9
Дискаленко В.В., Курмашова Л.М.....	9
Кафедра отоларингологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.....	9
Диагностика и лечение одонтогенных кист верхней челюсти	12
С.А. Карпищенко, М.А. Аль-Акмар, Ю.В. Иванов	12
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет.....	12
имени акад. И.П.Павлова	12
Кафедра оториноларингологии с клиникой.....	12
Кафедра челюстно-лицевой хирургии.....	12
Композиция с антибактериальными и фунгицидными свойствами для лечения заболеваний ЛОР органов	29
СПбГМУ имени акад. И.П.Павлова.....	29
<u>Плужников М.С.</u> Матрашкина Е.И., Павлова Е.В., Кравцова И.А., Шумилова Н.А., Шустерович Л.Г.	29
МУКОЦЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ.....	34
А.А. Блоцкий	34
ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск	34
ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ СТРУЙНОЙ ЧРЕСКАТЕТЕРНОЙ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ГОРТАНИ.	39
¹ Колотилев Л.В., ² Карпищенко С.А., ² Павлов В.Е.	39
¹ Кафедра анестезиологии и реаниматологии Кировской Государственной Медицинской Академии ..	39
² Кафедра отоларингологии с клиникой Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. акад. И.П. Павлова	39
Особенности клинического течения фронтитов в современных условиях.....	44
Стагниева И. В.	44
Ростовский государственный медицинский университет	44
(Заведующий кафедрой профессор А.Г.Волков).....	44

Опыт использования препарата «Тонзипрет» при острых и хронических воспалительных заболеваниях глотки	53
С.А. Карпищенко, Л.Р. Кучерова.....	53
Кафедра оториноларингологии с клиникой Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова	53
.....	58
КУЛЬТУРА. ОБЩЕСТВО. ЛИЧНОСТЬ	68
Райс Тулебаев – академик НАН РК, профессор	68
JUBILEE	74
АНОНСЫ	76
Образец оформления статьи	78
Instructions to authors.....	79
Условия подписки.....	80
Содержание	81

Журнал оториноларингологии и респираторной патологии

Главный редактор – Таварткиладзе Г.А.
Заместитель главного редактора – Карпищенко С.А.
Верстка и дизайн – Шахназаров А.Э.

Подписано в печать
Формат 1/16 п.л.
Бумага офсетная Печать офсетная
Тираж 1000 экз Заказ №
Отпечатано в типографии

© IAO-HNS 2009

Перепечатка допускается только с разрешения редакции, ссылка на журнал обязательна