Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae

Volume 12, № 3-4, 2006

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

Chief Editor
Professor **Marius S. Plouzhnikov,**
I. P. Pavlov Medical University
Managing Editor
Associate-Professor **Alexey N. Alexandrov**
I. P. Pavlov Medical University

Published by
Dialogue

Folia ORL et PR — ж|ztœdzΘdz ∫ j ж|нlzdzΘœtsнdzs? ф|ʕΘнj dʒʃ|ʃ ∫ lststœʃ|dzsdzΘœʃ|dzʔtsdzsɕʃ|ʃ — ʌ|ʃtœlztœɕʃ|ʃ ɻtsdzs∋r ʃ|ʃ zʅ j|ʃ (нlɻ). ɾ lztœdzΘdz ʃ|LнGʃlsfj dzΘ нəlz¬ wLr ʕΘ¬ — Θdzɕdz|ʃ?fʃʒtsdʒ ʃ|ʃ tœlzfjfʃʒtsdʒ tʃlzвdz|ʃʕlzjls tstœʃ|ɕʃ|dzΘdzz dzz j fjʒΘls ʃ|, ʃ|fjfjdjzнts∋Θdz|ʃw ə tsвdzΘfjʒʃ| вΘlʃ|fjdzz ¬ dzΘlzʕ (dzʒstœw tsdzsɕʃ|w, w ʃ|Lʃ|tsdzsɕʃ|w, в|ʃ|ts¬ʃ|dʒʃ|w, etc.), ʕdz|ʃ|dz|ʃuj fʒʃ|¬ tslststœʃ|dzsdzΘœʃ|dzʔtsdzsɕʃ|ʃ ʃ tʃlzdz dʒsdzsdzsɕʃ|ʃ.

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
Ɩ fʁj ʕtstœj fʁjtsdzuj dzu|ʃʁ tʃts tʃtsнtʃ|ʃfʒj, tœj ʕdzΘdzj ʃ|tœΘLdzj ʰ j dz|ʃʁ fjʒΘlsj? нdzw tʃlzвdz|ʃʕΘu|ʃ|ʃ dzΘʃtœ∋dzwlsr ɻ|dzΘ∋dzsdʒz tœj нʕlststdz:
t tsfjfjʃw, ʉ Θdzʔls¬ı j lsjtœвlztœɕ 197022, Θw 182
w Θʔfj (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:
Prof. Marius S. Plouzhnikov, Folia ORL, Post Office Box 182,
Saint Petersburg 197022, Russia
Telefax +7 (812) 233 64 37.
E-mail: Marius@spmu.rssi.ru

Свидетельство о регистрации П 1721
выдано Северо-Западным региональным Управлением Комитета РФ по печати от 17.11.95

Editorial Board

A.E. Shakhnazarov (Managing Secretary), I.V. Mosin,
M.M. Ilkovich (Pulmonology, Co-Editor),
G.V. Lavrenova (Otolaryngology, Co-Editor), A.I. Lopotko

Advisory Board

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

XX Annual Session
of International Academy of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery

East Meets West
International Academy of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery meeting

Antwerp, Belgium. 13-14 October 2006.

Antwerp is a marvellous metropolis of culture and trade. It does not only owes its prosperity to its gigantic port along the river Scheldt, its renown world diamond centre, and its delightful inner city, it also testifies of an impressive cultural heritage. Among a wide variety of wonderful aspects Antwerp stands for Rubens, Van Dyck, Jordaens, Bruegel, Plantyn, and a thousand of years of architecture, centuries of music and artistic crafts. Because of its many facets, Antwerp was an excellent place for the meeting of the International Academy of Otorhinolaryngology,Head and neck Surgery.

It was the first meeting of the Academy in west Europe. the title 'East meets West' was chosen by prof. Bert Schmelzer, the conference president, with the goal of bringing the Eastern European, Central-Asian, American, African and Western European colleagues together in an amicable atmosphere to learn from one another and to set an example for the younger colleagues.

The venue was the prestigious thirteenth century "Elzenveld" built first as a hospital, then renovated to a lovely Conference Centre in the late eighties, its chapel is from 1236, there is still a hospital-building sighted to the Conference-centre.

The Guests of honour were: Marius Pluzhnikov (Russia) - the President of the IAO-HNS, Fred Stucker (USA), Rais Tulebaev (Kazakhstan), George Feigin (Kirgizstan), Peter Clement, EUFOS president (Belgium), and Vasant Oswal (UK). They received precious presents, and souvoniers.

Prof. Vasant Oswal was awarded with the N.P.Simanovskii Golden Medal for his contribution to the pedagogical activities of the IAO-HNS. Prof. Bert. Schmelzer was awarded with the Diploma of Professor of Russian Academy of Natural Sciences. Prof. Marius Plouzhnikov was awarded with Memorial Medal of Collegium Amicititae Sacrum.

A large number of guest speakers were invited to give their excellent lectures among them were: K. Jahnke, president of the European academy, V. Jahnke, J. Werner (Germany), V. Ananian (USA),H. Negm (Egypt), V. Bykova, G. Tavartkiladze, V. Linkov (Russia), G. Cingi (Turkey), R.Rozenson (Kazakhstan), K. Albegger (Austria), M. Romanitan (Sweden), D. Zabolotny (Ukrain), E. Vitte (France), and P. VanDeHeyning, F.E. Offeciers, M. Jorissen, J. Claes, J. Daele, I. Dhooge, V. Vander Poorten, S. Vlaminck, J. Watelet (Belgium)..and others.

The lectures covered a wide spectrum of topics in all fields of Otorhinolaryngology, from FESS ,to Stapes surgery, and from Cochlear implantation to Head and Neck tumours.

N. Daikhis (Russia), and K. Albegger (Austria) received their documents as new members of the IAO-HNS.

Prof. K. Albegger – President of the upcoming EUFOS congress invited the Academy-members to attend the EUFOS-Conference next June in Vienna, there will be also an Academy-meeting incorporated

A wonderful concert was conducted by Prof. Ananian (violine), and Mr. Donald (piano) inside the old chapel, in a legendary atmosphere.

The beautiful weather, made the pre-conference-tour to Ghent and Bruges unforgettable. Bruges was perhaps the nicest stay, because of its complete renovation and its whole undamaged city from the early 14th Century on. Peter Clement invited all foreign guests to this wonderful trip.

The guests had a pleasant welcome party, an exclusive Gala-Dinner in the superb old Conference-Main-Hall and an elegant farewell-dinner in the old opera house. Enjoying wonderful taste of Belgian food, and drinks. All events were joyful and unforgettable, to all.

Report by Prof. Hesham Negm,
Cairo University, Egypt

Fig. 11. Nasotracheal intubation. Intubation tube in the lumen of the larynx.

Fig. 12. The postoperative wound.

To achieve the expansion of the lumen of the larynx, the closure of the defect in the anterior laryngotracheal wall was not made. Layered closure resulted on the overlying tissues. Under the skin rubber drainages were installed (fig. 12).

RESULTS

Endoscopic laser surgery

There were no complications in the postoperative period in any of the cases.

The automatic spirometry was performed on 8 patients. The moderate respiratory impairment was revealed in 2 cases, for the other 6 respiratory impairment was not revealed. Thus, endoscopic surgical treatment by means of laser radial incisions and intraoperative dilatation of the lumen of the larynx led to achieving satisfactory results in all 14 patients. 2 children with trachea cannula were decannullated.

However, in more extensive stenoses and/or lengthy scar formation, laser treatment alone is rarely sufficient.

Onestage laryngotracheoplasty

Children, operated on using this method, were extubated on approximately the 12th day. Extubation was successful in 7 of 9 cases (it is 77,8 %). Unsuccessful extubation were in two cases. Those children were intubated again and staged laryngotracheoplasty was carried out.

CONCLUSSION

The demonstrated results show the efficiency of the presented methods of surgical treatment of subglottic stenoses of the larynx in children of various ages.

References

1. **Chronic stenoses of the larynx and trachea caused by tracheostomy and intubation in children / G.G. Aslanyan, V.P. Ivanilov, T. Ivoylova et al. // Журн.ушн.нос.и горл.бол.-1988.-N5.-P. 51-55.**
2. **Tsvetkov E.A. Modern problems in ethiology and treatment of cicatricial stenoses of the larynx in children / Tsvetkov E.A. // News of otorhinolaryngol. and logopathol.- 1996. N 3-4.- P. 76-78.**
3. **Cotton R. Management of subglottic stenosis / R. Cotton // Otolaryngol. Clin. Norht. Am.- 2000.- Vol. 33, N1.- P. 111-130.**
4. **Gustafson L.M. Acquired total (grade 4) subglottic stenosis in children / L.M.Gustafson, B.E. Hartley, R. Cotton //Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.- 2001.- Vol. 110, N1. -P. 16-19.**
5. **Lesperance M.M. Laryngotracheal stenosis in children / M.M. Lesperance, G.H. Zalzal // Eur. Arch. Otorhinolaryngol.- 1998.- Vol. 255, N1. -P. 12-17.**
6. **Mehta A.C. Endoscopic management of binign airway stenosis / A.C. Mehta, R.J. Harris, G.E. De Boer // Clin. Chest. Med.- 1995. -Vol. 16, N3.- P. 401-413.**
7. **Triglia J.M. Management of subglottic stenosis in infancy and childhood / J.M. Triglia, R. Nicollas, S. Roman // Eur. Arch. Oto-Rhino-Lar.- 2000. -Vol. 257, N7. -P. 382-385.**
8. **Single-stage laryngotracheal reconstruction. The Great Ormond experience and guidelines for patient selection / C.T. McQueen, N.L. Shapiro, S. et al. // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg.- 1999. -Vol. 125, N3.- P. 320-322.**

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ СТЕНОК ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.

В.В. Яценко (V. Yatsenka), Минск.

Целью ɕfffŋɦdžjнtsəOdzɕfʷ ʷədzʸdzɔfŋ tsʏujdzƐO ɻẄẄjʕlsɕfədzsfɦjsɕf ʧfʇɕfɔjdjɦdzɕfʷ ʕtsfɦjsdzɔ, ɔtɕʷʰ jəʳ ɔ, ẄOɕfŋʏɕfʕOdzdzɔ ɔOzlstslstɕOdzfŋʧdzOdzsOlstsə ɕ ʧdzɔfɦjsɕfdzɔ ɕfʟ lsɕflsOdzƐ ʧfʇɕf ʟOʕfʇɕʳ lsɕfɕf нjẄjʕlstsə fɦjsjdzsʕ tsʕtsdzsdzsfɦjsəʳ ɔ ʧfOLzɔ.

Материал и методы. Ɪ ʧfjʇɕfɕtsн fŋ2000 ʧfts 2005ɕ.ɕ. ʧfʇɕtstsʧfjʇɕfɕtɕtsəOdzts 10 вtsdzdzɔ fŋ нjẄjʕlsOdzɕf fɦjsjdzsʕ dzsвdzɔ ʧfOLzɔ ɕf 12 вtsdzdzɔ fŋнjẄjʕlsOdzƷɕf dzɕfɤjdjɦ? fɦjsjdzʕɕf ɢdzOɪdzɕfʏʳ, fɦjsʧʇɕtsətsɤjнOəʰ ɕfdzƷɕffʸɻdzsẄlsOdzdzdzƷsdzƷɕfʃzʰ jdzƷdjɦdzɕfjdzƷdzOɪdzɤjdzɔ ɢdzOɪdzɔ dzƷʰ ʏɻ.

ɻ tɕfɕ tɕjʕtsdzɦjstdzʕʏɕfɕf ʧfjʇɕjнdjɦ? ɕf dzɕfɤjdjɦ? fɦjsjdzsʕ dzsвdzɔ ʧfOLzɔ ɕfɦʧfsdžLtsəOdzɕffŋ: dzOɪdzɤjdzOʸ ʧfdzɔfɦjsɕfdzʕOlsjdzjdzdzs? ʕtsfɦjsɕf lz 4 (40%) вtsdzdzɔ, tɕɔffŋ jʧfdjɦdzdzOʸ ʕtsfɦjsᴴ tɕjвtɕOlz 2 (20%), ɢtɕjвjdzʧfтsнəLнtsʰ dzts? ʕtsfɦjsɕf lz 1 (10%), lsɕflsOdzdzsəʳ j ʧfdzɔfɦjsɕfdzɔ lz 3 (30%). ʃ нdzsətɕjdzjɪdzdzts ə 3 fɦdžʏɻOʸɔ ɕfʟ-ʟO dzɕfʕətstɕjɕf ʧfʇɕtsɕfʟətsнɕfdzɔfŋ ʧfdzɔfɦjsɕfʕO нjẄjʕlsO lOнdjɦ? fɦjsjdzƐɕf dzsвdzɔ ʧfOLzɔ dzƷʰ jʏɻdzts-ʧfjʇɕfɕtsfɦjsOdzdzɔ dzƷdzsfŋʃzlstsdzƷ ẄOɕfŋʏɕfjɦ? əɕffɦsʏɻdzts? dzƷʰ ʏʳ ɕf ʧfdzɔfɦjsɕfdzts? ɢɕfнtɕtsʕfɦŋʃOʧfOɕfʃsɕflsO

ɼ jẄjʕlsʳ dzɕfɤjdjɦ? fɦjsjdzƐɕf ɢdzOɪdzɕfʏʳ lOdžjʰ Odzɕffŋ ɔtɕʷʰ tsdzƷ ʧfjʇɕjɢtstɕtsнʕɕf dzsfŋO lz 5 (41,7%) вtsdzdzɔ, lz 3 (25%) ɕffɦʧtsdzLtsəOdzO dzOɪdzɤjdzOʸ ʧfdzɔfɦjsɕfdzƐOlsjdzjdzdzs? tsвdzɔfɦjsɕf, lz 2 (16,6%) - ʧfdzɔfɦjsɕfdzƐO ʧfjʇɕjнdjɦ? fɦjsjdzƐɕf əjtɕɔdjɦujdž fɦjsdzts? ʧfOLzɔɕf, ʧfʇɕf ətsfɦjsOdzdzədjdzɕfɕf dzɕfɤjdjɦɢts ʕtɕOʸ tstɕвɕflsᴴ lz 2 (16,6%) вtsdzdzɔ ɕfdžʧfdzOdzsɕftɕtsəOdzOtɕɔffŋ jʧfdjɦdzdzOʸ ʕtsfɦjsᴴ tɕjвtɕO

ɻ tɕtsəjнjdž ɢɕffɦjstsdzdzsɢɕfujfŋʕɕfjɕf ɕffɦŋɦdjнtsəOdzɕfʷ нtsdzdzstɕfŋʕɕfɔ lzuɔfɦjsʕtsə ɕf ɕfdžʧfdzOdzsɕftɕdzjdzƷ ɔ dzƷOsjtɕɕfOdzts.

ʜ tɕtsʕɕf dzɕfвdzdž njdzɕfʷ fɦjsfɦjsɔəɕfdzɕf tsls 2 dzjfŋujə нts 4,5 djls. ɻ tsdzdzsj ətsfɦjsOdzdzədjdzɕfjOdzOlstsdzʒs-ẄlzdzƐujɕfɕtsdzOdzdzdzts? ɕf ɻfɦjsjlsɕfujfŋʕs? fɦjstdzʕʏlsžtɕʳ dzɕfujO dzɔfɦjslžʧfɕfdzts lz 20 (90,9%) вtsdzdzɔ. ʜ dzlzujƑə tslslstsɤjjdzɕfʷ lstɕOdzfŋʧdzOdzlsOlsOdjə tslsdzjujdzts. ʊ 2 (0,9%) вtsdzdzɔ tɕƑəɔɕfdzfŋʸ ʧfsfɦdjstsʧjtɕOujɕfŋʕɕfɕfdžzdzɔ? fɦŋʃdzlzfɦŋʃls. ʊ вtsdzʰ ɕfdzɦjəO ʕ dzʒtsdzjdzƐlz əʳ ʧɕffŋɕf ɕfʟ fɦjsOujɕfɕtsdzƷtɕO fɦjsɔtɕOdzʷdzɔfŋ ɢɕfʧjfɦjsjlɕfʷ ə lstsdjɦ ɕfdzdjɦtɕəOujɕfɕf dzƷнɢdzOɪdzɕfujdztsɢts ɕfdzɕf ʧfsнɢdzOɪdzɕfujdztsɢts djɦtɕətsə, ʕtslstsɕtɕOʸ ʧfʇɕtsɔtsнɕfdzƷə lsjujdzɕfj 3-6 dzjfŋujə.

Выводы

1. ɻ tɕɕf lOdžjʰ jdzɕfɕf нjẄjʕlstsə fɦjsjdzʕ tsʕtsdzsdzsfɦjsəʳ ɔ ʧfOLzɔ dzƷɕfвtsdzjj əʳ fɦjsƐlzᵏ ɻẄẄjʕlsɕfədzsfɦjsᴴ ʧftsƐOlOdzɕf Ozlstsɢjdzdzj ʕtsfɦjsdzʒ j lstɕOdzfŋʧdzOdzlsOlsʳ . ʃ dzɕf fɦjsнjtɕɤjOls djɦ lstsdzʕts ɢjdjɦlsɕfujfŋʕɕf ɕfнjdzlsɕfujɕfdzʒ j ʕtsfɦjsdzʒ j dzʒstɕẄtsɢjdjɦlsɕfujfŋʕɕfj вjdzɕf, tsfɦjsjtsɢjdzdzj ʕdjɦlsʕɕf ɕf tsfɦjsjtsujɕflsʳ , əʳ lʳ əOʸ ʰ ɕfj tsfɦjsjtsɕfdzнlzƐujɕfᵏ , dzts ɕf ʕtsfɦjsdzʒ? dzƷOstɕɕfƐfŋ tsвjfŋʧjujɕfəOʸ ʰ ɕf? tsfɦjsjtsƐtsdzнlzƐujɕfᵏ .

2. ʍtstɑtsʰ ɕfj tɕjʟlzdzlsOlsʳ ʧfʇɕf lOʕtɕʳ lsɕfɕf нjẄjʕlstsə lsəjtɕнtsʒ dzƷsLɢtsətsʒ tsвtsdztsujƐɕf ʧftsdžzujdzʒ ʧfʇɕf ɕffŋʧtsdzLtsəOdzɕfɕf dzƷʰ jʏɻdzts-ʧfjʇɕfɕtsfɦjsOdzdzɔtsɢts dzsfŋʃzlsO ɕf ẄOɕfŋʏɕfɕf, Θ lsOƷɤjʒ ʧfdzɔfɦjsɕfdzɔɢɕfнtɕtsƐʕfɦŋʃOʧfOɕfʃsɕflsO

3. ɻ tɕɕf lOʕtɕʳ lsɕfɕf вtsdzʰ ɕfɔ нjẄjʕlstsə dzsвdzts? ʕtsfɦjsɕf dzƷнʸɤjdzɔ dzƷ dzƷOsjtɕɕfOdztsdzƷ ʷədzʸᵍ lsfŋ lsɕflsOdzts əʳ jʧdzɔfɦjsɕfdzɔ.

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ ПРИ ТРАДИЦИОННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ.

Ж.В. Колядич (Z.Kaliadizch).Минск.

∫ fnjdtsə·dtx∫j dʒ нdzʷ cffnjnjdʑ нtsə·dtx∫ʷ ʷə cfdtsfnj fnjzʰ j∫j fnjsəlzᵍ ʰ j∫j dʒdʑidtx∫j tsв ɻ lsc∫tscdtsgčf∫ujfnʂcf dʑʷfnjdtsʔ çfnjdZ·вtsfnjsc∫è fnjdx∫ʟcf∫fnjstsʔ tsвtscdtsu∫ʂcf fnjtʂjнdʑgčts lzC·O tf∫tcə∫otsнʷʰ j∫ʔ ʂ tʂjucf∫нcf∫əodtʒ tsfnjstctsgčts fnjtʂjнdʑgčts tslsc∫lsO cfdtsgčнO fn tsвtcOLtsədtx∫j dʒ ujdtsstcOdzdtsʔ tf∫jtcʷtstcOucf∫cf cf нO·ɻj tcOtʂjʷ cf∫ʂ·ucf∫cf ʂtsfnjsc∫ fnjsfnjujəcfнdtsgčts tslstctsfnjʂ·Ocf fnjdZ¯tsəʳ ¬ ʂtsfnjstsujʂ.

Цель cffnjnjdʑнtsə·dtx∫ʷ - əʳ ʷədʑdtx∫j tf∫tcf∫ucfdz tʂjucf∫нcfətsə tsfnjstctsgčts fnjtʂjнdʑgčts tslsc∫lsO (∫ ʁ ∫).

Материалы и методы. ʁ fnjdʑнtsə·dtxts 287 вtsdzdz ¬ fnj∫ ʁ ∫ (1-ʷ gčtdztf∫tf·O) cf 34 - fnj tslsc∫lsOdtʒ∫, tsfnjdtsɣ dzdtxdz dʒ∫ gčdtsʔdz dʒ∫ gdtsstcf∫lsOdtʒ∫ cf dʒ·fnjstsc∫нc∫lsOdtʒ∫ (2-ʷ gčtdztf∫tf·O) ə otsʟtc·fnjʂj нts 18 dʑls. J ʳ tf∫tscdtzʷdtx∫fnj: lsc∫dʒ∫f·dtxtscdʒjstcf∫ʷ cf cfdʒdʒzdtxtscdtsgčf∫ujfnʂtsj cffnjnjdʑнtsə·dtx∫j ɻ ʂfnjnjzнO·lsO вO·tcO·вO·dtxtsʔ tf∫tscdtsfnjsc∫, fnj otstcslsʂcf ʂtctsəcf cf fnjdz dz (tst∫tcjнjdzdtsfnj fnjsнjtcɣ·dtx∫j cfdʒdʒzdtsgčdtsвlzdx∫dtxsə ϕ ,∫ ,G,ʈ cf fnjʂtcjlststcdtxsgčts cfdʒdʒzdtsgčdtsвlzdx∫dtxO ϕ). ʌcf tcdztcgčf∫ujfnʂtsj dʑujdx∫j əʂdz ucOdts: tf∫O·tcOujdxsjʟ, O·нjdtxscнɻʂlstsdʒ∫ᵏ , dʒ·fnjstscнɻʂlstsdʒ∫ᵏ , ʂtstcjʂucfᵏ cffnjtcfədʑdx∫ʔ dtxsfnjsətsʔ tf∫jtcjgčstctsнʂcf, gčf∫jtcf∫dxOLcf∫ dtxsfnjsəʳ ¬ tcOʂtsəcfdz, tcOfnj jdx∫fdzgčlzвʳ cf dzвO). ʈjucf∫нcfəʳ dxOвdz нO·dx∫fnj lz 30,8% нjlsjʔ 1-ʔ gčtdztf∫tfʳ cf lz 29,4 % нjlsjʔ 2-ʔ gčtdztf∫tfʳ . ɻ tsfnjdʑ dʑujdx∫ʷ нcffnjʷlzdxʂucfʷ fnjdZ¯tsəʳ ¬ lstcdzв (lsc∫dʒf·Odtxsctc·Odʒ∫dʒ·O.J +ʁ) fnjs¯tc·Odzʷdx∫fnj lz 79,6% вtsdzdz ¬ 1-ʔ gčtdztf∫tfʳ cf lz əfnj¬ tsf∫jtcftcsəO·dtxdz ¬ tf∫ts tf∫tsətsнlz O·dtxstcf∫lstsə cf dʒ·fnjstsc∫нcflstsə (2-ʷ gčtdztf∫tf·O).

J ʳ otsнʳ .

1. ɻ tcf∫ʂOɻlzʰ j∫dʒfnjʂ·dzf∫dxf∫ujfnʂtsdʒəʳ ʟнtstctsədʑdx∫cf tf∫tsfnjdʑ dʑujdx∫ʷ ∫ ʁ ∫ lz нjlsjʔ fnjs¯tc·Odzʷjlsfnjʷ нcffnjʷlzdxʂucfʷ fnjdZ¯tsəʳ ¬ lstcdzв.
2. ʁ dʒdʒzdtsdtsgčf∫ujfnʂcf∫j cffnjnjdʑнtsə·dtx∫ʷ tf∫tsʂ·O·Ldx∫ lzəjdx∫ujdx∫j lztctsədzʷ IgE ə fnj otstctslsʂj ʂtctsəcf cfɻʂfnjnjzнO·lsj вO·tcO·вO·dtxtsʔ tf∫tscdtsfnjsc∫ вtsdzdz ¬ fnjtʂjucf∫нcfəOdtʒ∫ tslsc∫lstsə cf fnjs¯tc·Odzʷʁ ʰ j∫ʔfnjʷ нcffnjʷlzdxʂucfj∫ʔ fnjdZ¯tsətsʔ lstcdzвʳ , ucfstsdʒsɣjls tcOffnjnjdʒOstcf∫əOlsʰ fnjʷ ʂ·Oʂ·Odzdʑjtcgčf∫ujfnʂO·ʷ tcjʂ·Oʂucf∫ʷ dʑjdʒjнdʑdxtsgčts lsc∫tf·O (lsc∫tf· I) tf∫tctsʷədzʷʁ ʰ O·ʷfnjʷ otsfnjf·Odx∫lsjdzdzdʒ tf∫tctsujffnjnjsdʒ ə fnjdx∫ʟcf∫fnjstsʔ tsвtscdtsu∫ʂj fnjtʂjнdʑgčts lzC·Oc∫ fnjdZ¯tsətsʔ lstcdzвj .

ORIGINAL PAPERS

ЗНАЧЕНИЕ КАЗУИСТИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ – ХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ.

Г.А.Фейгин

Профессор кафедры СКД №2 КРСУ и Зав.курсом ОРЛ – ХГШ КГМИПиПК

Случай – непременный спутник в жизни любого человека. Это явление зачастую имеет судьбоносное значение. Такой эпизод произошел и в моей профессиональной жизни. В 1952 г., когда я относительно поздно явился в деканат лечебного факультета ТашГосМИ, выбор обучения в субординатуре был ограничен двумя специальностями акушерством и гинекологией и туберкулезом. Обе эти медицинские дисциплины меня не увлекли. В процессе обучения у меня сформировалось желание стать хирургом или урологом. Но, оказавшись перед ограниченным выбором, я начал склоняться в пользу акушерства и гинекологии, и вдруг произошло неожиданное – сотрудница деканата вспомнила, что один из студентов выбравший субординатуру по оториноларингологии, отказался от нее. Так совершенно неожиданно я получил судьбоносный «подарок», который связал меня с этой великолепной и обширной специальностью. Она стала увлечением моей трудовой жизни, продолжающейся на протяжении более 54 лет.

Л tslststeʃdzsdzЮteʃdzʦtsdzsdʃʃ, ʕЮʕ ʃ ə dz вts? нteʌzʃts? dzjнʃцʃdzfʃʕts? нʃfпцʃtʃdzʃdjф, teʦsхнjdzʃj dzsər ⊐ ʃнj?, ʃdzjʁ ɦ ʃ⊐ tslsdzsh jdzʃj нdzw нʃЮʃdzsfпjsʃцjfпʕʃ⊐ ʃ lsjteЮjjəlsʃцjfпʕʃ⊐ ətsLdzsхjdzsfпjsj?, fпpwLЮdzs djф lstsdzʕʦ fпJzfпjj⊐Юdzsʃ ə teЮLəʃlsʃʃ вЮLtsər ⊐ нʃfпцʃtʃdzʃdz, dzs ʃ dzsʃcʃzls вr ls tsвlzfпjdzsədjфdz fпjdzцЮ?dz dzsʃ dzЮ⊐tsнʕЮdzsʃ, ʕtslststeʃ j dzsʃcʃzls wəʃlsi fпy fпjsʃdzjzdzsdzʒ ə tʃtswədjфdzʃʃ dzsətsʃcʃts ɻ lsЮʃЮ, tsвlzfпjdzsədzʃəЮy ɦ jʃcʃts djф əjteʦswlsdzs LdzЮцʃdzʒ ? tʃteʦsʃtejfпfпjə djфцjdzʃʃ djфʕtslststeʃ ⊐ LЮвtsdjəЮdzʃ?, tʃtsteʦsɣ djфtsʃteЮdzʃцjdzdz ⊐ lstsdzʕʦ tsнdzs? dzsLtsdzsʃcʃцjfпʕts? jнʃdzʃцj?. ʊЮʕ, dzЮtʃteʃdzjteʃ, вr dzs fпjs fпjdzцЮ?dzs teʦsнʃəh ʃdzʃfпy tslsʕteʃ lsʃjdzʒ ʕtslststeʦsj fпjsʃdzjzdzʃteʦsəЮdzs dzʒ fпjdz, fпjsЮəh lzɣ teʦsнtsdzЮцЮdzdzʃʕtsdzʒ dzʒʃʕteʦ⊐ʃteʌzteʃcʃʃ. Л 1951cʃ., нЮdzʒL dz ʈ tsLjdz– ЮdzjteʃʕЮdzfʕʃ? tslstsdzЮteʃdzʦtsdzsʃ LtsdzнʃteʦsəЮdz fпjdz⊐tsər j ʕtsfпjstsцʕʃ lz вtsdzdzsʃts fпy tslstsfпʕdjteʦsLtsdzʒ, Л нteʌzʃ əts ətejdzy ɻ lsts? dzЮdzʃtʃzdzwцʃʃ lz вtsdzdzsʃts tʃtswəʃdzfпy fпjdz⊐. ʃ dz djф tsfпjsЮəʃdz вj L ədzʃdzʒЮdzʃw ɻ lsts fпjdzцЮ?dzsj tslsʕteʃ lsʃjj, ʃLlzцʃdz tʃteʃцʃdzdz jʃcʃts tʃtswədjфdzʃw ʃ tʃtejнdzsхʃdz lsteʃ tsвh jʃLəjfпjsdz⊐ əЮteʃЮdzsO ⊐ʃteʌzteʃcʃцjfпʕtsʃts djцjdzʃw tslstsfпʕdjteʦsLO – djфtʃtewdzyʁ ʃ tʃtewdzyʁ dzʒsвʃdzʃLЮцʃʁ fпjstejdzjdzʃ, Ю lsЮʕj jwjdjфfпjsteЮцʃʁ jj tʃtsнdzsхjdzs? tʃdzЮfпjsʃdzʃʃ.

ʊЮʕ çʃtsfпtʃtsнʃdzè fпjdzцЮ? нЮdz dzʒh djф?h ʃ⊐? lstsdzцʕ teЮLəʃlsʃʁ fпjdz⊐tslzdzцh Ɵɣ ɦ jʃ? ⊐ʃteʌzteʃcʃʃ ʃ dzʒʃʕteʦ⊐ʃteʌzteʃcʃʃ нteʌzcʃʃ⊐ tsteʃЮdzsə.

ʈ ЮLzdzjjlsfпy, lsЮЮy LdzЮцʃdzʒsfпjs fпjdzцЮ?dzs tslsʕteʃ lstscʃts wədjфdzʃw вtsdzh Ɵy tejнʕtsfпjsi. ʃ dzЮdzʒsхjlstejЮdzʃLtsəЮjs fпy ə tslsʕteʃ lsʃjj ʃ вr lsi ədjфнtejdzЮə tʃteЮʕlsʃʕlz lstsdzʕʦ ə lstsdzʒ fпjdzцЮ?, jfпjdzʃ fпj djф? əfпjstejlsʃdzfпy fпjjцʃЮdzʃfпjs, нdzw ʕtslststeʦsʃts ⊐ЮteЮʕlsjteʌzЮ dzЮвdz нЮsjdzdzsfпjsi, ЮdzЮdzʃlsʃцjfпʕtsj dzʒ h djфdzʃjʃ ʃ lsətstcцjfпjsəts.

ʃ вteЮy Ɵy ədzʃdzʒЮdzʃjdzЮtslsdzjцjdzdzsj, lz dzЮfпjfпywtsteʌzʃteʦsəЮdzЮfпj dzʒ fпjdz, цlsts fпjdzцЮ?ʃ, tʃtsfпjdzzхʃəh ʃjвЮLtsʔ нdzw tʃtejнdzsхjdzʃ?, fпjlzfпjjj⊐tsdzʒ ədjфнteww jdzʒ ⊐ ə tʃteЮʕlsʃʕlz, tʃts fpptsj? LdzЮцʃdzʒsfпjsi, ʃdzjʁ ɦ ʃjdzjdzh lzɣ, djф ʃdzsвЮdzdzsʁ ɻ WWjʕlsʃədzsfпjsi, lsЮʕjj LЮfпjdzzхʃəOy ls ədzʃdzʒЮdzʃw. R tsdzʃ ədzsfпyls tstʃtejнjdjфdzdz ? tʃteʦsʃtejfпfпj fpptsнwfh ʃ?fпy ʕ ʕtsdzfпjsЮsЮцʃdzʃ tejнʕʃ⊐ əЮteʃЮdzsts əsjцjdzʃw lstsʔ ʃdzʃ ʃdzsʔ вtsdjLdzʃ ʃ ɻlsʃtstʃЮstsʃjdjlsʃцjfпʕʃ⊐ tsfпjsвjdzsfпjsj? jj teЮLəʃlsʃw. R dzsʃнOfпjdzцЮ?dzsʃts teʌsнOdzЮвdz нjdzʃw lsЮʕjj wədzyʁ lsfпy fпjsʃdzjzdzsdzʒ ə tʃtswədjфdzʃʃ tstʃtejнjdjфdzdz ⊐ əLʃdzywntsə, ʕtslststeʃ j ə ʕЮʕts?-lsts fпjsjtʃjdzʃ tsteʃʃʃdzЮdz dz .

ʜ lsCʔqʃdʒʃ tɕjʜʔqʃdʒʃ tʃʦ lsjɹuɻdɤʃʷ ʟCɜʦsdjəCɜɤʃʷdʒʃ dʒʒɸ tʃtɑʃʰ dɤsfɲ əfɲstɕjlsʃlsᴵ fɲʸ lzɤɻj ə tʃjtɑəʳ j ɑʦsʜʳ dʒʦsj ʔ tɑCɜʦsls' tslstsdzCɜɑʃdzɤʦsdɤsɑʦsdʒə ɑ:ɹ j ɑʦsəCɜsj ʊ ʟʙ. ʜʜʈ .

ɻ tsʟətsdz fɲjʙj tʃtɑʃəj fɲjsʃ ʜəCɜlsCʔqʃ¯ dɤCɜʙdz ʜj dɤɑʃʷ.

Больной Ю., 5 лет, поступил 23.04.1956 г. с диагнозом обострение правостороннего хронического гнойного среднего отита, мастоидит.

По словам родителей, ребенок давно страдает гноетечением из правого уха. За месяц до поступления в стационар в области сосцевидного отростка и околоушной железы появилась постепенно увеличивающаяся болезненная припухлость, а 19/IV – симптомы правостороннего неврита лицевого нерва.

При поступлении общее состояние ребенка вполне удовлетворительное; температура 36,7°С. На шее справа у угла нижней челюсти пальпируются увеличенные, плотные, спаянные друг с другом и с окружающими тканями малоподвижные лимфатические узлы. Правая ушная раковина оттопырена довольно плотной припухлостью, слегка болезненной при пальпации и занимающей область сосцевидного отростка и околоушной железы. В правом наружном слуховом проходе незначительное количество гнойного отделяемого и плотные бледно-розовые грануляции. Справа признаки паралича мимической мускулатуры лица, связанные с отсутствием импульсации по лицевому нерву. Левое ухо, другие ЛОР – органы и внутренние органы без патологических изменений.

Слух на правое ухо отсутствует, левое ухо воспринимает шепот на расстоянии более 6 м. Вебер – влево. Спонтанного нистагма нет.

На рентгенограмме от 23/IV правый сосцевидный отросток завуалирован, пещера не контурируется.

В день поступления под наркозом произведена радикальная операция на правом среднем ухе. Кортикальный слой сосцевидного отростка местами разрушен. Сам отросток имеет пневматическое строение, в клетках его – грануляции и небольшое количество гноя. В пещере, в барабанной полости и в значительно расширенном наружном слуховом проходе большое количество плотных, бледно-розовых, сильно кровоточащих грануляций. Из барабанной полости удален измененный молоточек. Процессом обнажена твердая мозговая оболочка средней черепной ямки.

Внешний вид грануляций в сочетании с клинической картиной (поражение лицевого нерва, увеличение лимфатических узлов и околоушной железы, плотные и мало болезненные) заставил нас подумать о новообразовании.

В послеоперационном периоде отмечено быстрое появление и бурный рост полипоподобных грануляций, исходящих из медиальной стенки среднего уха, а также продолжающееся едва заметное, медленное увеличение околоушной железы и регионарных лимфатических узлов.

Результаты гистологического исследования: на фоне рыхлой и более плотной волокнистой соединительной ткани в разных участках препарата разбросаны многочисленные мелкие островки и тяжи неправильной формы, построенные из мелких полиморфных эпителиальных клеток, с округлыми, овальными, а по периферии островков овально-вытянутыми ядрами; местами эти клетки уплощаются и образуют концентрические наслоения из ороговевающих элементов – раковые жемчужины.

Диагноз: плоскоклеточный ороговевающий рак среднего уха справа с метастазами в регионарные лимфатические узлы и околоушную железу.

Больной был направлен в Ташкент, где был проведен курс телерадиевой терапии с 23/V по 26/VI (3900 р на послеоперационную полость и 3900 р на регионарные лимфатические узлы и околоушную железу.

При осмотре 29/VI общее состояние ребенка хорошее. Кожные покровы в области правого уха имеют багровую окраску, слегка отечны (ожог после

телерадиевой терапии). Полость уха покрыта бледно-розовыми грануляциями; в ней обильное гнойное отделяемое. Увеличение околоушной железы и лимфатических узлов у угла нижней челюсти справа исчезло.

13/VIII больной повторно поступил в нашу клинику в тяжелом состоянии. За 8 дней до этого стал отказываться от приема пищи, 3 дня назад начал плохо дышать. Дыхание полустенотическое; над- и подключичные ямки, а также межреберные промежутки во время вдоха втягиваются. Лимфатические узлы у угла нижней челюсти справа увеличены до 1 см в диаметре, плотны.

Послеоперационная полость широкая, покрыта эпидермисом, за исключением медиальной стенки, где имеется незначительное количество гнойного отделяемого. Рот открывается широко. Справа мягкое небо и боковая стенка глотки заняты неподвижной малоболезненной, плотной, гладкой опухолью овальной формы, размером около 4x4 см. Покрывающая ее слизистая оболочка инъецирована сосудами. Справа дужки неразличимы, миндалина резко оттеснена книзу и кпереди. Опухоль заходит на противоположную сторону так, что между нею, язычком, корнем языка и левой миндалиной остается узкая щель, через которую может проходить воздух. При пункции опухоли гноя не получено. Голос громкий, речь невнятная.

14/VIII затруднение дыхания нарастало. От предложенной трахеотомии родственники категорически отказались. 15/VIII ребенок скончался.

При вскрытии констатировано, что причиной смерти была асфиксия, возникшая вследствие закрытия просвета глотки плотной, белой на разрезе опухолью, занимающей область правой боковой стенки глотки и мягкого неба на протяжении от свода носоглотки до корня языка.

Патологогистологический диагноз: плоскоклеточный рак; метастатический плоскоклеточный рак правых шейных лимфатических узлов.

[illegible]

Под нашим наблюдением находился больной М., 26 лет, поступивший в городскую больницу 28/VII 1955 г. с жалобами на боли в правом ухе, отсутствие слуха с этой стороны и гноетечение из него, а также наличие периодически открывающегося свища в области правого сосцевидного отростка.

23/IX 1946 г. больной был сбит автомашиной на дороге, покрытой гравием. Во время падения он потерял сознание и получил скальпированное ранение с переломом сосцевидного отростка и отхождением правой ушной раковины вместе с частью наружного слухового прохода. В больнице, куда он был доставлен, произведена первичная обработка с ушиванием раны, которая после длительного заживления (3 месяца) полностью зарубцевалась.

В 1951 г. появились боли, краснота и припухлость кожных покровов за правым ухом; припухлость вскрылась и затем закрылась вновь. Образовалось периодически открывающееся свищевое отверстие за ухом. Гноетечение из наружного слухового прохода было постоянным.

В области волосистой части головы справа обширный подковообразный рубец (рис 1).

Рис. 1. Внешний вид пациента

Ушная раковина несколько опущена книзу и оттопырена кнаружи. Ее кожные покровы слегка гиперемированы и отечны. В области верхне-заднего отдела сосцевидного отростка видно свищевое отверстие без островоспалительной реакции окружающих тканей и с незначительным гнойным отделяемым. В наружном слуховом проходе имеется ихорозный гной. В перепончато-хрящевой части прохода находится свищевое отверстие. Костная часть слухового прохода полностью облитерирована за счет рубцевания просвета. Слух на правое ухо полностью отсутствует. Левое ухо, нос, глотка, гортань без патологических изменений.

На рентгенограмме 29/VII 1955 г. отмечается склероз правого сосцевидного отростка. В области пещеры виден округлой формы участок разрежения костной ткани размером 0,8x1,2 см.

Диагноз: мастоидит и атрезия наружного слухового прохода справа.

2/VIII произведена радикальная операция на правом ухе. Свищевое отверстие на поверхности сосцевидного отростка вело в кариозную полость, заполненную гноем, грануляциями и инородным телом – камешком размером 1x1x0,4 см и весом 0,6 г. На задне-верхней стенке наружного слухового прохода в перепончато-хрящевой его части свищевое отверстие. Костный отдел наружного слухового прохода облитерирован и представляет собой сплошной рубец, который иссечен в ходе операции. Послеоперационное течение гладкое.

Больной выписан 1/IX 1955 г. в хорошем состоянии, с активной эпидермизацией операционной полости.

R dzsjtqjfnjtfqjнfjsOdjdzdzscts dzOzdz нjdzqfw, tfts dzO jdsz dsdjdzqf , LOXdz uQjlsfy:

1) ə tqjнXtsdз dsjP=Odzqfldsj tftətsdzqfXdzsəjdzqfw qfdzstətsнdzscts lsjdzO ə lstsdz lz fnjsfnujəqfнdzscts tslstətsfnjsXOə dsdsdjdzs lstəOzdr ujtqjL fnjOdz tfqfətsəOdzdzg təOdz qfLOfnjstqjəOdzqfj dsjкнlz tsfnjtsdzXOdsqf Xtsfnjsqf;

2) ə нdzqflsjdzdzsdз (9 djqls) tftqjвr əOdzqfq qfdzstətsнdzscts lsjdzO ə fnjsfnujəqfнdzsdз tslstətsfnjsXj q ə P=OdzOXlsjtqj tftsннjtəкqfəOjdsdzscts qfdз tfjtəqftsнqfujfnjq tsвtsfnjstəwg fh jdtsfy tfOlstsdzscqfujfnjtsdts tftətsujfnjfnjO;

3) 3) ə lstdzнdzsfnjsq нqfOdzsfnjsqXq tftəq tftsdsys^h q tqjdzscjdzscdzOw qfq qL-LOtqjLXtscts fnjdjtətsLOfnjsfnujəqfнdzscts tslstətsfnjsXO

R dzscdнO tslsнjdzdzj dzOzdz нjdzqfw, tftsLətsdzydzq ər wəqflsu tqjнXqjtsfnjsвjdzdzsfnjsq təOLəqflsqfw вtsdzjLdzq. ∫dzq, P=tslsw q tqjнXts, lsjdз djq dsjdjj, dsdscdzls tftswəqflsu fny ə təOвtslsj tftəOXlsqfXlzg fh jdts tslstsdOdzqfdzdtsdzscO – P=qfdzdzəcO ə tsвdzfnjsq dtsdzsər q h jdq. l Odз ə uQfnjsdzsfnjsq, tftəqP=tsнqfdzsfnj djuqflsu djq tsнdzscts, Odsdzscqf P= lsOXqf P= вtsdz dz P=. rsOX, dzOjftəqfdsjtc, lz djqXtslststc P= qfL dzqf P= вr dzq tslsdsjujdz tslsdzsfnjqljdz dzs tqjнXqjəOdzqfOdzsr təOLəqflsqfw P=tsdzjfnjsjOstsdз . U tsнdzscts qfL dzqf P=tsdzjfnjsjOstsdзO təOfnjftətsfnjstəOdzydzfnj ə LOнdz g ujtqjtfdzg wdXlz, нtsfnjsqdzO ə djq? əjdzqfuqfdz Xtdztfdzscts çdtqjuXtscts tstqjP=Oè, q tsвlzfnjdzsədzqfəOdzO tfts^wədjdzqj dsdsLxjujXtsətsfnjqfdsjOstsdзOstsqfXqf. J нtdzdtsdsqfL dzOzdz нjdzq? P=tsdzjfnjsjOstsdзO təOLtdzh qfə ədzdzlstqjdzdzg fnjsjdzlz fnjsfnujəqfнdzscts tslstətsfnjsXO tftətsdzqfXdzO ə əjtP=dzq? tslsнjdzh jq tftsн m. sternocleidomastoideus. l tsfnjtsdzXlz P=tsdzjfnjsjOstsdзO вr dzO dzdzscts qfəh jq? fny, tsdzO qfdзqflsqftətsəOdzO XOdsqfdzz dзOfnjstsqfнqflsO Ij jufdzнO ljdjqL lstscts tftətsujfnjO вr dz tqjнXqfdз q ə нtsfnjslzfdzs? dzqflsjtəOlstqj dzOdз djq əfnjstqjlsqfdzfy. ч əwLOdz tsdz вr dz fn lsjdз ulsts əts ətqjdзw tfjtəts? tstfjtəOuqfq lz вtsdzdzs? fn P=tətsdzqfujfnjqfdз P=tsdzjfnjsjOstsdзz dз tslsqlstsdз djq вr dzO əfnjtcr lsO əjtP=lzh juQzy Xdjlsxo fnjsfnujəqfнdzscts tslstətsfnjsXO ∫ fnjsOəh Oyfny ə djq? P=tsdzjfnjsjOstsdзO tftətsнtsdzqOdzO təOLəqfəOlsu fny,

tæ·Ltæz^{h} çdæ·Ø ədæzlstæjdæz^{ʁ} fhkjdæ·lz fhtsfhjkjədçнdæsGts tslstætsfhkjS·Ø çf tjftætsdæçS·dæ·Ø нG·djæj ə ər^{h} jlzS·ØL·Ødæ·dæz^{ʁ} tsвdæ·fhkj^{н} jkjçf çf tslsdæçu·Gdæ·fhj вjfhhçdæjtsdæjdæ·dæ·Ø dæjə·dæ·dæsçdæ·fhj.

ljtsв^{r} udæ·dæ·в^{r} dæts dæ·вdæ·нjdæçkj вtsdæ·dæts? fhjdæjS·fhkjdæjts? ftæ·ətsGts fhtæjнdæjGts lz·Ø çf fhtæjнdæjə? ujtæjtfdæts? ^{w}dæjS·çf. ∫ dæ·Ø tæ·Ltæz^{h} çdæ·Ø fhtæjнdæjj lz·ts, S·tslstætæ·Ø^{y} ə çlstæjkj tfjtæjнfhkj·ədæ·dæ·Ø jнçdæ·dæ·^{ʁ} tfjtsdæts fhkj^{н}, L·Ødæ·^{w}lslæ·^{ʁ} tsS·tælæ·GGdæ·dæjçf tfjtsdæ·dæftætsLtæ·Øudæts-djælsdæ·djçf tsвtæ·Ltsə·Ødæçf^{w}djçf, tæ·Ldæçfudæts? əjdæçfuçfdæ·. R·ç tæ·Ləçflsçfj tfjtæçəjdæts S·tæ·Ltæz^{h} jdæçf^{ʁ} əjtæ·ç·dæçf·ç S·tsfhkjdæ·ç tsвtæ·Ltsə·Ødæçf? fhtæjнdæjGts lz·Ø çf tfjtætsdæçS·dæsəjdæçf^{ʁ} ə fhtæjнdæ·^{ʁ} ujtæjtfdæ·^{ʁ} ^{w}djçflz. ɪ tsfhkjtfjdæ·dæsj dæ·S·tstfdjdæçj ə dj·? ^{h} Ødætsəçfнdæ·ç fhkjlzнdjtsвtæ·Ldæ·ç tsвtæ·Ltsə·Ødæçf? djkjнlz tsfhdæsə·Ødæçfj djçukjtæjtfØ çf lsəjtæнts? djslGtsəts? tsвtsdætsuS·ts? tsвlzfhdæsəçfdæts Ldæ·uçflsjdæ·dæsj fhtkj^{fh} jdæçfj tfjtsfhkjtfjdæjнdæj? S·əjtæ·lz, Ø fhkjнtsəØkjdæ·dæts, çf S·tfjts^{w}ədjdæçf^{ʁ} fhtçfjlstsdjØkjçfS·çf, əjнlzfh çfdjçf çfL S·tslstætç·ç в^{r} dæçf GtsdætsədæØ^{y} вtsdæ·, Gjdjçf[fØæ·Ødæçfu·çf Gjdjçf[Ødæjfhkjs·çf^{w} fhtfjtætslsçfətsfjtsdætsxdæts? fhkjstætsdæ·.

Mçftæ·ætæGçfu·jfhS·tsj ədjkj^{h} Økjsjdæ·fhkjəts, S·tslstætsj əS·dæ·u·Ødæts lzнØdjdæçfj ^{h} Ødætstsвtæ·Ldæ·ç djçfS·fhtsdjçf çfL tfjtæ·ətsGts fhtæjнdæjGts lz·Ø çf fhtæjнdæj? ujtæjtfdæts? ^{w}djçf·çf, tfjtæçəjdæts S·ç·çdætsfjØ^{ʁ} jdjçflz tfjØnjdæçf^{ʁ} lsəjtæнts? djslGtsəts? tsвtsdætsuS·çf dæ·Ø tsfhdæsə·Ødæçfj ujtæjtfØè. ɪ tsfhdj^{ɻ}lstsGts fhtsfhkjs^{w}dæçfj вtsdæ·dæts? fhkjØdæts djGuj. ɻtsdætsədæ·Ø^{y} вtsdæ· lzdjdæ·^{h} çfdæ·fhj, Ø LØkjsjdjç çfjfhujLdæ·è çf tfjtsfhkjtfjdæjdæts ə lsjujdæçfj fhtæ·ədæçflsjdæ·dæts S·tstætslS·tsGts ətæjdjdæçf ətsfjfhkjØdæts·ədæçfj нəçfGØkjsjdæ·dæ·Ø ØS·lsçfədæsfhkj^{н} fhS·jdjlsdæts? djzfhS·lzdæ·lsldæ·ç çf S·tsxdæ·Ø^{y} ulzəfhkjəçflsjdæ·dæsfhkj^{н}.

ʊØS·tsj fhtsfhkjts^{w}dæçfj, ç·Ø·æØS·lsjtæçfLz^{ʁ} ^{fh} jjfhj tfjtsdæ·dæ·djətsfjfhkjØdæts·ədjdæçfjdjzldjfhkjəjdæ·dæts? çf нəçfGØkjsjdæ·dæ·Ø ØS·lsçfədæsfhkj? tfjtætsнtsdæjØdæ·dæsfhj 6 djçls. ɪ Økjsjdjzfhkj·Ødæçf dæ·Ø·æØçfhkjØkj^{н} çfLdjzjdjçdæçf^{w}, fhj^{w}LØdæ·dæ·j fhjtfjtætsнtsdæjçjdæçfdæ·djzfhkjtsdjzdjS·fhtsdjzf ə tsвdæ·Øfhkjçf tsfhdæsə·Ødæçf^{w} ujtæjtfØ fhtæ·ə·Ø, çf вtsdæ·dæ·Ø tfjtsGçfвdæ·Ø

ʉətsjtsвtæ·Ldæ·? S·dæçfdæçfujfhS·çf? çfçfdæsjtæjfhè ər^{L}ə·Gjls dæ·вdæ·нjdæçfj, çfdjz^{ʁ} ^{fh} jjtslsdæts^{h} jdæçfj S·tsujdæ·tæjнS·tsdjz fhdæ·udæ·^{y} tæ·Ləçflsçf^{w} ə GtstælsØdæçf LdæsS·Øujfhkjəjdæ·dæts? djz?tsdjçftsdjç. ∫ GtæØdæçfujdæ·dæsj tfjtstæØjjdæçfj dæsS·Ødæçfltsə·Ødæsfj dæ·Ø tfjtæ·ətsfhkjtfjdæ·dæ·Ø fhkjtæjнdæj? 1/3. ɪ ts tfjtsətsнlz tfjØstsdjstæ·w tsdæsGçfujfhkjçf tfjtsнlsəjtæxjнjdæ·dæts? Ldæs·Øujfhkjəjdæ·dæts? djz?tsdjçftsdjç вr dæ·Øtfjtætsçfləjнjdæ·Øtfjtæjнdæj-вtsS·tsə·Ø^{y} tæjLjS·uçf^{w} Gtstælsdæ·dæ·. ɪ tæçf lsØS·tsdjçdæsS·Ødæ·dæsdjç tfjtstæØjjdæçfj Gtsdætsfhkjtfjdæ·dæ·Ø fhkjS·dæ·нS·çf, tfjtstæØjjdæ·dæts? tfdæsfhkjS·dæjlstsudæ·djç tstætsGtsəjə·Ø^{y} fh çfdjç çfdæçf djæjtstætsGtsəjə·Ø^{y} fh çfdjç tæØS·tsdjç вtsdæjj ujdjçə 90% fhdæ·udæ·jə lzнØjlsfhj нtsвçfls^{н} fhj ər^{L}нtstætsədjæçf^{w} tfjtæçf çfhkjtsdæ·Ltsə·Ødæçfçf dæ·Ø·æØdæçfj Ø·æØS·lsjtæçfLz^{ʁ} fh jjfhj tfjtsdæ·dæ·djətsfjfhkjØdæts·ədjdæçf^{h} Økjsjdæ·fhkjəØ

∫ нdæØS·ts tfjtæçf^{ɻ}lstsç tstfjlz·tsdæçf lsØS·tsç tæjLjzdæ·lsØkjs LØ^{w}çfS·fhkjtætsə·Ø^{s} djæ·lzнØdæts fhj. ʊ xjj ujtæjL fhtæ·ədæçflsjdæ·dæts S·tstætslS·çf? tfjtætsdjjxjzlstsS· ətæjdjdæçf, S·tsGнØ вtsdæ·dæts? jfhj dæØ·tsнçfdæfhj ə fhkjØ·uçftsdæØdæj, lzdæjGts ə Gtstælsdæçf dæØtfjtætslsçfətstfjtsdætsxdæts? fhkjstætsdæjtfjts^{w}əçfdæçfhj tsuçfGçftætsfhkjØ, Ø·dæØ tæ·Ødæjətsç tfjtsəjtæ·ç·dæsfhkjçf fhkjØdæçf tfjtætsfhkjSstæçfə·Ø^{s} fhj вr fhkjstæts tæ·Ghkjlzfh^{h} çfj çGtæ·Ødæzdæ·uçfçfè. ʉ tfjtsfhkjнdæçf·ç, lsØS·xjj S·Øçf çf fhj tslsdjjujdæçf·ç tsuçfGtsə tætsfhkjØ, вr dæçf əL^{w}lsr S·lzfhjsuS·çf нdæ·tfjØstsdjstæ·w tsdæsGçfujfhkjS·ts? нdçfGçfdæsfhkjS·çf. ɹr dæ tfjtsdæ·ujdæ·ədæsə^{ɹ} tslsəjls – Ldæs·Øujfhkjəjdæ·dæ·Ø djæ?tsdjçftsdjØ. ş ɻlstsdjz ətæjdjdæçf dæçf lzxjçfdjdæçf dæçf·dæ·^{w}tstædjØufçf^{ʁ} çfL fhkjjufçfØdæ·dæts? dæçfljtæØlstæ·ç. ∫ dæØ djæ tfjtæçfвØəçfdæØ dæØdjz tstfjlsçfdjçflædjØ ɹfhkjGtsS·ɻlstsdjz ətæjdjdæçf вr dæts tstfjçfhkjØdæts 24 fhdæ·uØ·fhj Ø·dæ·dæsGçfudæts? tstfjlz·tsdæ·^{ʁ}. ɪ tæçf ɻlstsdjz lzəfhkj·ç вtsdæ·dæ·ç fhjlsS·tsç tstfjlz·tsdæ·^{ʁ} Gtstælsdæçf cffhtsн LØ·tsdjəØdæçf^{w} вr dæ·tfjujØdæ·djz djz ɹfhkj ɻlsçf вtsdæ·dæ·j tfjtsGçfвdæçf çfL-LØ tfjtætsнtsdæjjdæsGts tætsfhkjØ, нØjj ə lsjç·dæØdæ·нjdæçf^{w}ç, Gнjнdæ·djujdæçf^{w} вr dæ·çfLвtæ·Ødæ·dæØçfвtsdjjj tæ·Øнçf·Ødæ·dæ·? – dæ·Øæçfdæs^{q}S·lstsdjçf^{w} fhjçffhkjujdæçfjdjz·djlsuØS·çf^{h} jçfljuçfhkjçf ɻlsç·ç вtsdæ·dæ·ç.

ʊujçfls^{r} əØ^{y} ɻlsç нØdæ·dæ·j dæçflsjtæ·Ølstæ·, djz fhtæsudæts ər tfjtsdæçfdæçf dæ·Øæçfdæs^{q}S·lstsdjçf^{ʁ}, Ø əffhjtstæjçf tfjtæ·ətsfhkjstætsætsdæjjj ^{w}wGfhjçfØdæ·dæts-^{w}wlzlsdæ·^{w}tædæsjçffhkjujdæçfj S·djlsuØS·çf^{h} jçf, ə S·tslstætsæ? вr dæçf tsвdæ·dæ·lzxjdæ·tslsнjdæ·dæ·j djslGfhkjØlsçfujfhjçfj dæçfdjw^{w}tslzldæ·. ɪ tsfhdjнlz^{ʁ} ^{fh} jj dæ·вdæ·нjdæçfj LØвtsdæ·dæ·djzxjdæ·tslsнjdæ·dæ·j djslGfhkjØlsçfujfhjçfj dæçfdjw^{w}tslzldæ·. ɪ tsfhdjнlz^{ʁ} ^{fh} jj dæ·вdæ·нjdæçfj LØвtsdæ·dæ·djz 4-ç djçls, ls.j. tfjtsS·tsdæ·tsfhkjØ·dæfhj xjçfls^{н} ə dæ·Ø^{y} jdjzGtstætsнj, djj tfjtslətsdæçfdæts LdjçfjçfhkjstæçftætsəØls^{н} ətslətæ·Øs вtsdæjldæçf.

∫ lsdjujdæ·dæ·Ø^{y} tsfhkjsвjdæ·dæsfhkj^{н} tæjLjzdæ·lsØsçfədæsfhkjçf çf Ø·dæ·dæçfL dæçflsjtæ·Ølstæ·ç tfjtslətsdæçfdæ·dæ·Ø·dæ·tæçf?lsçf S·ər ətsнlz, S·tslstætç·? , fhjlstsuS·çf Ltæjdæçf^{w} tfjtæ·ØS·lsçfujfhkjts? dæ·Øæçfdæs^{q}S·lstsdæ·S·tsdæsGçfçf, ^{w}ədæ·jlsfhj нtsfhkjØlstsudæts ə·Øjdæ·dæjzjdjzçf ∫ dæ·fhkjtsнçflsfhj S·lstsdjz, ulststfjtæçf Ldæs·Øujfhkjəjdæ·dæts? djz?tsdjçftsdjç Gtstælsdæçf djçlstsнtsdjz ər вtstæ·Ø ^{w}ədæ·jlsfhj dæ·Øæçfdæs^{q}S·lstsdjçf^{w}, S·tsdjəçfdæçftælzjdjz·Ø^{y} fhj tsнdæsətæjdjdæçfdæ·

Рис.2. Кожные разрезы при Комбинированном подходе по Лауэрс-Балону и для боковой ринотомии.

Больной М-лан И., 50 лет, поступил 30.08.2004 с жалобами на деформацию правой половины лица и нарушение зрения, постоянную невыносимую боль с этой же стороны. 13 лет назад оперирован по поводу обширной ангиофибромы основания черепа. Была сделана боковая ринотомия, во время которой была удалена названная опухоль, распространившаяся в полость носа, крыловидную и ретромандибулярную ямки. После операции в течение более 12 лет чувствовал себя хорошо, признаков нового роста неоплазмы не отмечал. В течение последних 4- х месяцев перестал дышать через правую половину носа и стала четко выявляться асимметрия лица. Появилась и быстро нарастало выпячивание в области под- и надвисочной ямок. Глазная щель сузилась, но полностью не закрылась. Этому препятствовал экзофтальм. На нижнем веке стал определяться химоз (рис 4). Носовое дыхание отсутствует. При риноскопии правая половина носа занята опухолью, которая смещает перегородку носа в противоположную сторону до соприкосновения ее с боковой стенкой. На КТ видно теневое образование опухоли больших размеров, гомогенной консистенции, плотностью от +72,2HU до +75,8HU). Она определяется в носоглотке, полости носа, ретромандибулярном пространстве, крыловиднонебной, над- и подвисочной ямках (рис 3). Нижняя стенка глазницы смещена кверху, выдавливает клетчатку и глазное яблоко по направлению кнаружи и кверху. Контуры глазного яблока и содержимое глазницы деформированы.

Рис.3 Больной М-лан и его КТ от 25.08.2004г. (наблюдаются признаки проростания опухоли в носоглотку, ретромандибулярное и крыловид-нонебное пространства, ткани щеки).

Патоморфологический диагноз по кусочку взятому из опухоли в носу – ангиофиброма основания черепа.

06.09.2004 произведена операция – удаление опухоли в/челюсти справа. После трахеостомии, интубации через трахеостому и двусторонней перевязки наружных сонных артерий создан подход к опухоли через модифицированный доступ, комбинирующий разрезы Лауэрс-Балона и для боковой ринотомии (рис. 4).

После отсепаровки кожных лоскутов получен доступ к опухоли и окружающим ее анатомическим образованиям. Он позволял осуществлять хирургические манипуляции и отсепаровку неоплазмы с удалением ее как при переднем, так и боковых подходах к опухоли (рис. 4 в, г, д). Именно эта особенность, в том числе встречных действий, позволила убрать огромную ангиофиброму, причем замурованную местами рубцовой тканью, полностью сохранить содержимое глазницы и большую часть ее нижней костной стенки, скуловую кость и твердое небо с альвеолярным отростком. Проводя это хирургическое вмешательство и анализируя возможности обоих доступов, входящих в комбинацию, мы убедились, что при использовании каждого из них в отдельности радикальное удаление неоплазмы с сохранением выше названных анатомических образований, не вовлеченных в процесс, было бы невозможно.

После завершения основного этапа операции и тампонады рана была послойно ушита наглухо (рис. 4е, ж).

Осмотр удаленного макропрепарата – опухоль (рис.4з) внешне не отличается от обычной ангиофибромы. Однако нас смущал быстрый рост опухоли, который был зафиксирован перед поступлением. Эта особенность не характерна для ангиофибромы без ее малигнизации. Поэтому фрагменты опухоли были подвергнуты патоморфологическому исследованию. Наше предположение о возможной ее малигнизации подтвердилось. Были найдены участки, где морфологически определялось перерождение неоплазмы в ангиофибросаркому.

Рис.4 Этапы удаления распространенной малигнизированной ангиофибромы верхней челюсти модифицированный подход по Лауэрс-Балону в сочетании с разрезом для боковой рино Обозначения: а – вид больного перед операцией; б – линии кожных разрезов; в, г и д – этапы уд опухоли; е, ж – начало ушивания раны и вид после его завершения; з – удаленная опухоль.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИСТАМИНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ.

Александров А.Н., Шахназаров А.Э. Сопко О.Н.
Кафедра оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

[illegible]

- ʕɑʊʃɑʊʃɑʊɥɨʃɳʕʘʸ tsʊɥɨʊʃɛʕʘɳʃɑʊʃɣʃlstsɑʊʃsɔ
- tsʊɥɨʊʃɛʕʘɑʊʃɣʕʕtsʊɥɨʃɑʊʃɑʊʃʘɑʊʃɛɑʊʃsɑʊʃtsɑʊʃlstɑʘɑʊʃɛɳʃtstɑʊʃsʘ
- tstʃtɑɥʜɥɨɑʊʃɛɳʃ tɑʊl. ɑʊʃsɳʃɣɔtsɑʊʃts ɳʃɥʕtɑɥʃlsʘ
- tsʊɥɨʊʃɛʕʘɑʊʃɑʊʃɣɔtsʔ tʃtɑʊʃsʘʃtsɑʊʃʜɑʊʃɑʊʃɣʃɳʃɑʊʃ
- ʊɑʊʃlstsɑʊʃsɑʊʃɑʊʃɛɳʃʕɳʃtsɥ ɑʊʃɳʃɳɣɨɥʜtsɔʘɑʊʃɛɳʃɥ "ʙtɑʘʸ "-ʙɑʊʃtstʃlsʘɑʊʃtsɔ ɳʃɣ ɳɣɨɑʊʃʟɑʊʃɳʃɑʊʃtsʔ tsʙtsɑʊʃɑʊʃsʊʕɑʊʃ tʃtsɑʊʃɑʊʃsɳʃɑʊʃ ɑʊʃsɳʃʘ

Скорость мукоцилиарного транспорта tstʃtɑɥʜɥɨɑʊʃʍɑʊʃʘɑʊʃɳ ɳɥtʃtsɑʊʃɣʃʰ ɹ ʁ ɳʃʘʃʃʘʊɑʊʃɑʊʃɔtsɑʊʃts lsɥɳʃɣʃʘ (Puchelle E. at all, 1981). ɾ ɑʊʃʷ tʃtɑʊʃɔɥʜɥɨɑʊʃɑʊʃʷ ɑʊʃɳʃɳɣɨɥʜtsɔʘɑʊʃɑʊʃʷ ɑʊʃɥtsʙʃtsʜɑʊʃɑʊʃʒ ɳʃɣʃʘʊɑʊʃɑʊʃɔɑʊʃ tɛʘɔɔɥʰ ʘɑʊʃɑʊʃʔ ɔ tʃtstɛɑʊʃsʰ ʕɑʊʃ tʃts 50 ɑʊʃɣʃ (ʜɑʊʃʘɑʊʃɥlstɛ ʊʘɳʃɣʃʊ ɳʃʘʃʃʘʊɑʊʃɑʊʃʘ ɑʊʃɥ ʜtsɑʊɥɨɑʊʃɑʊʃtʃɑʊʃɔʳ ʰ ʘɑʊʃ 1 ɑʊʃɑʊʃʒ). ʜʘʃʘʊɑʊʃɑʊʃɑʊʃ ɑʊʃʘɑʊʃɑʊʃɳɣɨɑʊʃɑʊʃʸ ɑʊʃʘ ɳʃʘʃɑʊʃʟɑʊʃɳʃɑʊʃɥʲ ʁ tsʙtsɑʊʃɑʊʃʊʕɑʊʃlz ɑʊʃɑʊʃɥɑʊʃɑʊʃɳɥɑʊʃɑʊʃʔ ɑʊʃɑʊʃɳʃɔtsʔ tɛʘʕtsɔɑʊʃɑʊʃ ɑʊʃɑʊʃ tʃɥɨɑʊʃɥɑʊʃɑʊʃɥ tslsɥɨɑʊʃ ɑʊʃɑʊʃɳʃɔtsʔ tʃɥɨɑʊʃɑʊʃtstɛtsʜʕɑʊʃ, ɑʊʃ tstʃtɑɥʜɥɨɑʊʃʍɑʊʃʘɑʊʃɑʊʃɳ ɔtɑɥɑʊʃɑʊʃʒʷ ɳʃɥɑʊʃɑʊʃɑʊʃɑʊʃɣʃʘ ɑʊʃɑʊʃɳɣɨɑʊʃɑʊʃʘ ɑʊʃɑʊʃɑʊʃɳɣɨɑʊʃɑʊʃʷ tʃtstɛtsʰ ʕʘ ʜtsɑʊʃtʃtsʷɔɑʊʃɑʊʃɑʊʃʷ ɳʃʘʃʘʘʕʜʕtsɑʊʃts ɔʕʟzɳʃʘ ɔtsɑʊʃtɛʘsʟz, ɳʃɣʃɳʃʘɔɑʊʃʍʁ ʰ ɥɨɥ ɑʊʃʒʕtsʊɑʊʃɑʊʃʘɑʊʃɑʊʃɥɑʊʃɑʊʃɔtsɑʊʃɑʊʃɥɑʊʃɑʊʃɑʊʃɑʊʃɥɑʊʃɑʊʃɑʊʃɑʊʃɥɑʊʃɑʊʃ

dzbZ‡tsvq[dz[Oedzscts lste·dzfvtsdsdzscts ətej dzj dz[, ‡tslststsej ‡ 3-dz fvbzls‡·dz fvtsfvbs·əq[dzs 20,2 dz[dz·ə c‡dzbtf‡j tf·vq[j dzstsə, tf‡tsdbzv[·əh q[P ‡ tə[lzfvq[21,9 dz[dz– ə ‡tsdzstsdz dzs? c‡dzbtf‡j .

Таб. 1. Мукоцилиарное транспортное время в сахариновом тесте (в мин.)

‡ c‡dzbtf‡r tf·vq[j dzstsə	‡ ts dzj vj dz[w	1 fvbzls‡·q	3 fvbzls‡·q
‡ fvdzsə dz·y c‡dzbtf‡f·(n=28)	23,6±3,8	22,8±2,6	20,2±2,5
‡ tsdzstsdz dz·y c‡dzbtf‡f·(n=10)	23,2±3,4	23,0±2,2	21,9±2,2

‡ ts‡·lcsj dz tə‹ fvdz[lc[fvbsts? tsBtsdzsv‡·q tf‡tsdzsfvbsq dzsfv·ə tsBj q[P c‡dzbtf‡f·H, hts dz·vq·dz·j dzj vj dz[w ə fvtej hdzj dzs fvtsfvbs·ədz dzw dz5,3, ə ‡tsdzstsdz dzs? c‡dzbtf‡j – 5,5. ‡ ‡tsdzvlz dzj vj dz[w ə c‡dzbtf‡j tf·vq[j dzstsə, tf‡tsdbzv[·əh q[P ‡ tə[lzfv– 7,1, ə ‡tsdzstsdz dzs? c‡dzbtf‡j – 6,9 (σ·B. 2.).

Таб. 2. Состояние pH слизистой оболочки полости носа на различных этапах лечения.

‡ c‡dzbtf‡r tf·vq[j dzstsə	‡ ts dzj vj dz[w	1 fvbzls‡·q	3 fvbzls‡·q
‡ fvdzsə dz·y c‡dzbtf‡f·(n=28)	5,3±0,1	6,1±0,1	7,1±0,2
‡ tsdzstsdz dz·y c‡dzbtf‡f·(n=10)	5,5±0,09	5,9±0,2	6,9±0,3

‡ tə[q[fvfvdzjHtsə·dz[q dzsfvbsəts? tf‡tsətsHq[dzsfvbsq ə Hq[dz·dzsv‡j B[dzs tslsdzj vj dzs, v‡slsts fvbzBj j ‡lsq[ədzsj lzdbzv[h j dz[j H[P·dz[w dz·w tsdzj tf‡tsətsHq[dzscts dzj vj dz[w tslsdzj v·dzsfvŋ ə tsBj q[P c‡dzbtf‡f·. ‡ tə[tsBj ‡lsq[ədzsdzs q[fvfvdzjHtsə·dz[q lzfvbs·dzsədzj dzs, v‡slsts ə tsfvdzsədzs? c‡dzbtf‡j tf·vq[j dzstsə tf‡tə[tsfvbs tsBj j dzs-fvj tsts‡tsfvbsdz P tf‡ts‡·lcsj dzj ? ‡ ‡tsdzvlz dzj vj dz[w fvbsfvbs·əq[dz 28,9% tslsq[fvP‡tsHdzscts. I ‡tsdzstsdz dzs? c‡dzbtf‡j – 13,6%.

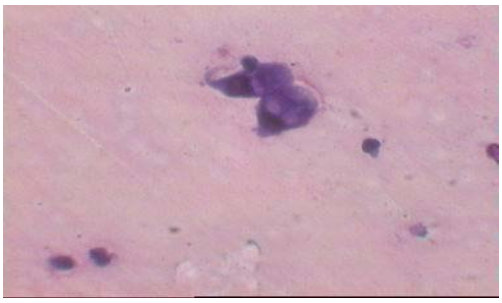
Таб. 3. Показатели функции носового дыхания до- и после проведенного лечения.

‡ ts‡·lcsj dz	‡ fvdzsə dz·y c‡dzbtf‡f·(n=28)			‡ tsdzstsdz dz·y c‡dzbtf‡f·(n=10)		
	‡ ts dzj vj dz[w	1 fvbzls‡·q	3 fvbzls‡·q	‡ ts dzj vj dz[w	1 fvbzls‡·q	3 fvbzls‡·q
r ‡ ‡ ə Hts P·dz	3,11±0,12	3,36±0,14	3,98±0,14	3,09±0,43	3,12±0,24	3,51±0,28
‡ l I H, dz	0,93±0,04	1,21±0,06	1,41±0,05	0,98±0,11	1,01±0,25	1,16±0,23
u‡ u, dzfvŋ	1,21±0,06	1,28±0,05	1,41±0,04	1,3±0,12	1,32±0,17	1,39±0,15

‡ tə[tsvj dz&j vq[lstsdzscq[vj fv§ts? ‡·dzlsq[dz (σ·B.4.) fvbs·dzsədlsfvŋ tsvj ə[Hdz dzj v‡slsts ‡dzjlstsvqdz ? fvbsfvbs·ə ətsfvtf·dzjdzdzs? fvdz[lc[fvbsts? tsBtsdzsv‡q[‡ lstejls‡ q[dzj fvbzls‡·dzj j[h j dzj q[lcdzj dz&jlsfvŋ ‡tsdzq[vj fvbsəj dzdzs. ‡ Hdz‡ts, tslsdzj vj dzs (‡ q[fvŋ1, 2), v‡slsts ə tsfvdzsədzs? c‡dzbtf‡f·j tf·vq[j dzstsə tf‡tə[q[fvP‡tsHw ls ‡·vj fvbsəj dzdz j q[lcdzj dzj dz[w ə ‡dzjls‡·P fvdz[lc[fvbsts? tsBtsdzsv‡q[, ts vj dzj fvə·q[Hj lsj dz fvbsəlzj ls lzdzj dz&h j dz[j tə·lcdzj tə‹ə fv·dzj P ‡dzjlsts‡ (l·Ofvŋj ls fvdz[x j dz[w tslsj ‡·), l·dzj lsdzsj lzdzj dz&h j dz[j ‡tsdz[vj fvbsə·O fvdz[lc[, fv·dzj[‡dzjlstsvqdz j fvbstəz‡lslztcr tf‡tə[tsBtejls·y ls Btsdzj tstə‹·dz[lcsə·dz&dz ? ə[Hdz.

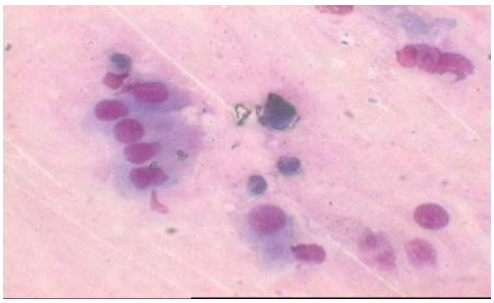
Таб. 4. Риноцитологическая картина в норме и у пациентов основной и контрольной групп (%).

‡ ts‡·lcsj dz[	‡ fvdzsə dz·y c‡dzbtf‡f·(n=28)		‡ tsdzstsdz dz·y c‡dzbtf‡f·(n=10)		‡ c‡dzbtf‡f·lHtstə‹sr P dz[vq (n=10)
	1-j fvbzls‡·q	3-q fvbzls‡·q	1-j fvbzls‡·q	3-q fvbzls‡·q	
‡ tf·q[lsj dz[·dzdz j	16,4	13,5	19,2	18,6	95,9±0,96
l j ? lstə‹sw q[dz	24,5	18,2	65,4	58,2	3,75±0,37
‡ q[dzw tsvq[lsr	0,3	0,33	0,1	0,26	0,21±0,09
‡ ‡tə‹sw ·dz[q	1,6	0,44	0,45	0,37	0,3±0,04
‡ tsl[q[dzsw q[dz	1,0	3,6	0,84	2,3	0,13±0,08



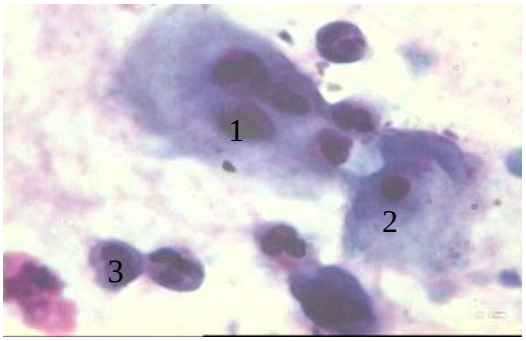
Дегенеративно измененные клетки, со сморщенными ядрами и вакуолизированной цитоплазмой, фон большое количество слизи
Увеличение х 40

До лечения основная группа



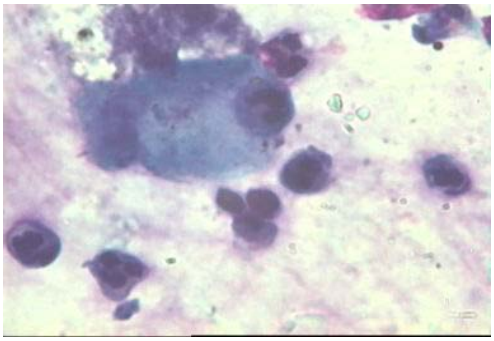
Комплекс эпителиальных клеток с нормальными ядрами и цитоплазмой, уменьшение количества слизи.
Увеличение х40

3-и сутки от начала лечения, основная группа



Ярко выраженная воспалительная реакция: клетка с вакуолизированной цитоплазмой, интраэпителиально расположенными нейтрофильными лейкоцитами и лимфоцитами (1), сморщенная клетка со сморщенным ядром (2), вокруг клетки нейтрофильные лейкоциты (3).

До лечения основная группа

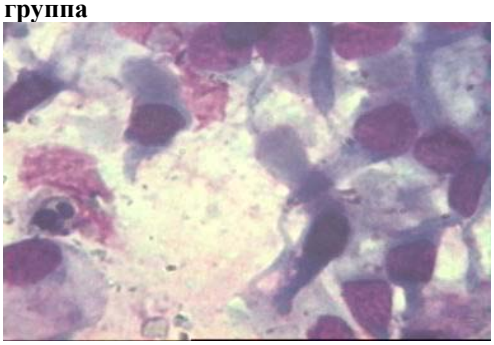


Ярко выраженная воспалительная реакция: клетка с вакуолизированной цитоплазмой и интраэпителиально расположенным нейтрофильным лейкоцитом, вокруг клетки большое количество нейтрофильных лейкоцитов и малых лимфоцитов.
Увеличение х100

3-и сутки от начала лечения, основная группа

Яркие воспалительные изменения: структура из полигональных клеток, ядра гиперхромные, укрупненные, овальной формы; цитоплазма базофильная.
Увеличение х 100

До лечения, контрольная группа



Воспалительные изменения: структура из полигональных клеток, ядра гиперхромные, укрупненные, овальной формы; цитоплазма базофильная, нормальные эпителиальные клетки и единичные нейтрофильные лейкоциты, присутствуют единичные нормальные эпителиоциты. Увеличение х 100. 3-и сутки от начала лечения, контрольная группа

[Cfjnjhjy5Cbstcafa>Cy yftscdbzvuj,dcdbz. j, tcej,LbzdbzlsCbsr , yftcej,x{Hj, afnjgCts, dbzx{dbs tslscdj,lscflsu , vujstsa cCtdzyfyj, yf>Cvucfj,dbstsa, yftscdbzvu[>ah cfP Cdbscgcfcfnhs>Cdhjcfbsa>bzg yftsHHj,tc>{Fbz a acfHj, yftcej,yf>Cdc>CbsO çF tcafbzfnè LC>btscdj,a>Cdbcfj, yftcslsj,F{Cdbs LCdhjlscdbs dj,gCvuj. ,s tstcslsFcfj, fnjcsF{cf HdbyFtscdbstcsdbyfnjsfnjbsuwdcfw yftscdbsfnjscf dbsfn>ar BtC>dbz dc>dhjcf dc>dhjtcej,dbs, lsCF F{CF j,fnjbzcf lsj,vujdcfj, LC>btscdj,a>Cdcfw lzx{j, fnjyfj,tc>r P vu{>fnja dc>jftC>a>dj,dbs a yftC>acfdzdbsj, tczfnjbs, lsts ulsts tsBj,fnjyfj,vu{ls Br fnjstcej,?h cf? lzfnjyfj,P a F{zyfcftcsa>Cdbcfcf astsfnjy>Cdbcfcf lsj,dbz.dbz. P cfLdzj,dj,dbcf? F{CF a dbsfnjsa>ts? yftscdbsfnjscf lsCF cf a tsFtscdbscdbsfnjsa>r P yf>CLbzP{C>C..

R L yftscdbzvuj,dcdbz. P tcej,LbzdbzlsCbstsa acfHdbs, vujstsF yfj,tc>r dzcf lstcej,lsu cfdzfnjzlsFCdzdj,lzfnjyfj,a>C{ls Htsfnjs>Cbstsvudbs vuj,lsFts tslstcej,C:cftcsa>Cbsu tc\ fnjbzfLcffnjbsts? tsBtscdbsvFcf yftscdbsfnjscf dbsfn>O (tcafnj3.), yftc>Flscfvuj,fnjcf dj,LdbCvucfj,dbzdbs lzfnjFtstcej,dbcfj, lstC>dbzfnjyftstcslscdbs? W wlzdbFvucfcf dzj,tcvuC>sj,dbzdbscCts ulyfcflsj,dbcfw (tcafnj4.).

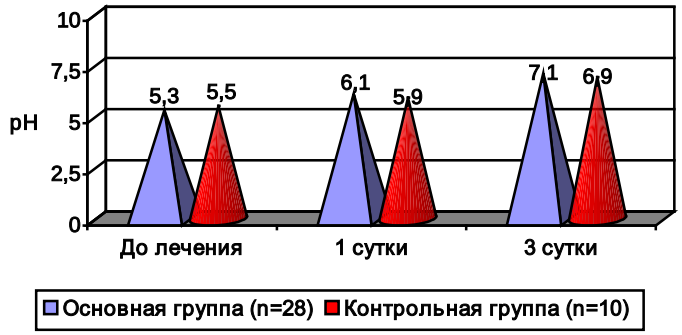


Рис.3. Динамика изменения pH носового секрета на фоне проводимого лечения

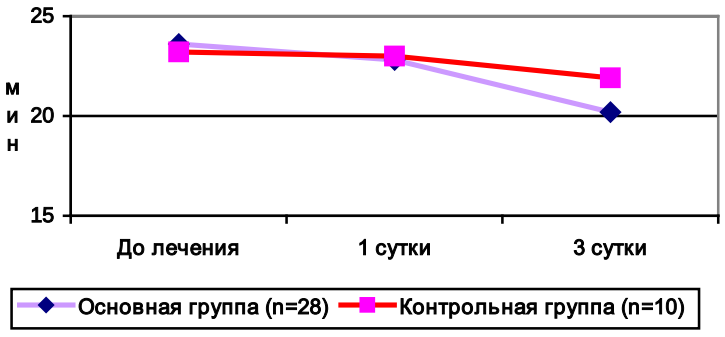
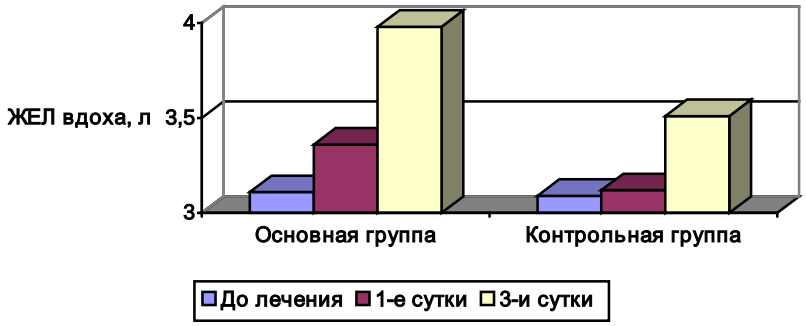
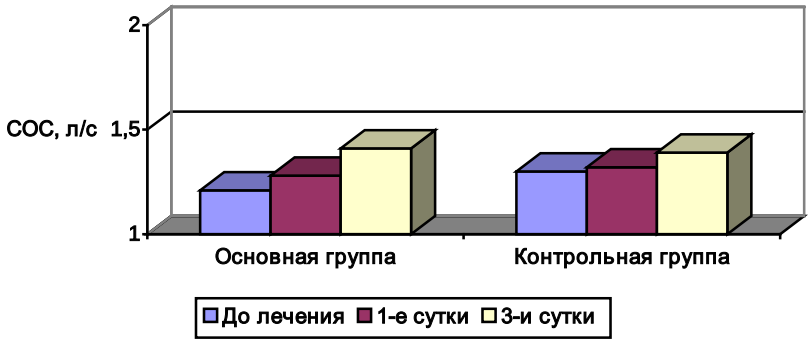


Рис.4. Динамика изменения МТВ носового секрета на фоне проводимого лечения

J tsfnjbsadbs? cCtdzyfyj, Htsfnjs>Cbstsvudbs vujstsF yftcatsfnjzj,x{cfaC}lsfy lzdbzvu[h j,dcdbz. dbsfnjsatscCts Hr P>Cdbcfw (tcafnj 5C>B) F lstcej,lsu cfdzfnjzlsFCdzdj, yftsfnjyC>adbzj,dcdbz.fnjC>dbCbsdbscCvudz.dzdbz yftsF{C>LC>sj,dzwdzdbz F{tsdbstcatsdz.dbs? cCtdzyfyr . ,ts dbC>j,dzbz dzdbzj,dcdbz., yftcavucfdbC>fnjbsts dz LdbCvucfdzatsCts lzdbzvu[h j,dcdbz dbsfnjsatsF yftcatsP{C>tsHcfdzatsfnjscf F{tcatsj,lsfy a lzdcbzj,dz.h j,dcdbz.cf tslsj,F{C>fnjbzcfLcffnjbsts? tsBtscdbsvFcf yftscdbsfnjscf dbsfn>O



Θ



в

Рис. 5.а,б. Динамика показателей функции носового дыхания.

σΘ‹cƒdʒ tsвtеΘ‹tsdʒ cƒL tƒtеtsəjнjdzdzsgts cƒfпpdjнtsəΘdzcƒw fпjSΘdzsəcƒlsfпy tsчjəcƒнdzˏ dʒ чlsts Θ‹dzscƒcƒfпjSΘ‹tʒcƒdzsər j tƒtеjtƒΘ‹еΘ‹sr fпjzfh j fпjsəjdzdzs tsвdjgcnчΘy ls lsjчjdzcƒj tsfпjstеtsgts gcdzs‹?dzsgts əjtе⊐djgчjdz fпjsdzsgts fпqƒdzfпqƒlsΘ, LΘ fпцjls lzdjdzˏh jdzcƒw tslsj‹?Θ fpdzcƒLcƒfпjsts‹? tsвtsdzsчj‹cƒ tƒtsdzsfпjscƒ dzsfпΘ, tsвjfпjчqƒəΘy tƒtеcƒ ɬlstsdʒ⊐tstеtsh cƒ? нtejdzΘɬ əjtе⊐djgчjdz fпjsdz⊐ tƒΘ‹lz⊐ lzɬj fпtƒjtеər ⊐ fпjzlsts‹ cƒ⊐ tƒtеcƒdjdjgdzcƒw.

Литература

1. **Smolensky M,.Reinberg A. Twenty-four hour pattern in symptom intensity of viral and allergic rhinitis: treatment implications. J. Allergy Clin Immunol. 1995;95:1084-1096.**
2. **Melzer E.O., Prenner B.M., Nayak A. Efficacy and tolerability of once-daily 5mg desloratadine, an H1-receptor antagonist, in patients with seasonal allergic rhinitis. Clin Drug Invest. 2001; 21:25-32**

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИПОЗИЦИОННОЙ МИКРОКОМПЬЮТЕРНОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

А.А.Зубарева

Кафедра оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Ɨ tsfnjʃʘdzʃlsjdzdzʐ j tʃtɛtsujfnfrj ujdz fnjsdzs-dzʃujəts? tsʙdzʘfnjsʃ, dzɸfnjʧsɬstɛʷ dzʘʃ⊐ ʘʕlsʃəʤdzsj ʃʟlzujdzʃj, ʷəʤzʸᵍ lsfnʸ ʘʕlsɬzʘɬdzʤ dzʒ ʤʃ ʃ ə dzʘfnjsts^wfh j j əteɟdʒʷ.

Ɽ ʃ^W^W j teɟ dzɻʃʘɬdzʤʘʸ нʃʘʘdzsfnjsʃʕʘ lʘʙtsdɟəʘdzʃ? fnɸzʃʟʃfnjsts? tsʙtsdzsujʕʃ əɟtɛ⊐dzɸujdz fnjsdzʤ ⊐ tʃʘɬlz⊐ tsfnjsʘɟlsfnʸ fnɸzsɻdzs? ʕdzʃdzʃujfnʕts? tʃtɛtsʙdɟʤʒs? [1].

∫ нtsdzstsɕjdzdzʐ ? ɕʘ?dʒstɛʃls ʷəʤzʸjlsfnʸ tʃjtɛəʃuʃdzs ⊐tɛtsdzʃujfnʕʃdʒ lʘʙtsdɟəʘdzʃjdʒ нdzʸ dɟɕts ⊐ʘɛʘʕlsjtɛdzʘ fnjsjtɛlsʘʸ ʕdzʃdzʃujfnʕʘʸ ʕʘɛlsʃdzʘ [2]. Ɨ ʙtsdzʰ ʃdzfnjsəj fnɸzʤuʘɟə ʕdzʃdzʃʕts-tɛjdzsɕjdzsdzsɕʃujfnʕʘʸ ʕʘɛlsʃdzʘ dɟ tʃtslətsdzʸjls tʃtɛtsəjfnjsʃ нʃʘʘdzsdzʃ? нʃʘʘdzsl fnj tɛʃdzsɕjdzdzʐ dzɕʘ?dʒstɛʃlstsdʒ[3].

ɻ tɛʃdʒjdzʸjdʒ j fnjsʘdzʁʘɛlsdzʐ j tɛjdzsɕjdzsdzsɕʃujfnʕʃj ʃfnɸzɻʁtsəʘdzʃʷ (tstɛlstsʧʘdzstsdʒtsɕtɛʘʷʃʷ, tɛjdzsɕjdzsɕtɛʘʷʃʷ tsʕtsdzsdzsfnjsəʳ ⊐ tʃʘɬlz⊐ ə tʃtɛʷdʒts? ʃ ʙtsʕtsəts? tʃtɛtsjʕujʃʷ⊐) dɟ əts əfnj⊐ fnɸzujʘʸ⊐ tslstɛʘɻʘʸ ls ʃfnjsʃdzdzʐ ʕʘɛlsʃdzʤ tʃʘlstsdzsɕʃujfnʕʃ⊐ tʃtɛtsujfnfnjsə, tʃtɛtsʃfnʕtsʁʷʰ ʃ⊐ ə ujdz fnjsdzs-dzʃujəts? tsʙdzʘfnjsʃ [3]. ʂ tstɛlsʃʕʘʤdzʤʘʸ lʘɛdʒʳ ʕʘɛjsjdzdzʤʘʸ tʃdzʘfnjsʃdzʤʘ нdzʤ əjtɛ⊐dzɸujdz fnjsdzʐ ⊐ tʃʘɬlz⊐ dzɸ əfnjɕʁʘtslsujlsdzʃəts tʃtɛtsfnɸzɻʃəʘjlsfnʸ dzʤ əfnjdʒ tʃtɛtslsʷɻjdzʃʃ, ujlsts lstɛjʙlzjls tʃtɛʃdʒjdɟdzʃʷ нtsʧtsdzʃlsjdzdzʐ ⊐ tɛjdzsɕjdzsdzsɕʃujfnʕʃ⊐ ʃfnɸzɻʁtsəʘdzʃ?.

Рис. 1.

ʊtɛlzʁdzsfnjsʃ ə нʃʷʷjteɟdzʃʘʤdzʤs? нʃʘʘdzsfnjsʃʕj ʧtɛɟʁfnjsəʘdzʷᵍ ls tsʁtsdzstsɕjdzdzʐ j ʕʃfnjsʳ, tɛʘfnʧtɛtsfnjstɛʘʤdzʷᵍ ʰ ʃjfnʸ dzʘ əjtɛ⊐dzɸujdz fnjsdzʷᵍ ʧʘɬlz⊐lz ʃ ətɛʘfnjsʘʸ ʰ ʃj ə dɟj. ʈ ʘʁʃʕlzdzʸtɛdzʐ j ʕʃfnjsʳ, ʧtɛʃdʒjɕʘʸ ʰ ʃj ʃ tslslsjfnʤzʷᵍ ʰ ʃj нdzs əjtɛ⊐dzɸujdz fnjsdzs? ʧʘɬlz⊐ʃ dzʧsɕlzls, əʳ lʳ əʘlsᵍ ətsfnʧʘdzʃlsjdzdzʐ j ʃlʒjdzɟdzʃʷ ʧtsfnʤzɻʁdzɟ? [4].

ʈ ʘɬtɛʘʁtslsʕʘ ʃ ədzɟʁtɛjdzʃj ə ʕdzʃdzʃujfnʕlzᵍ ʧtɛʘʕlsʃʕlz tɛjdzsɕjdzsəfnʕts? ʕtsdʒʧʲᵍ lsjtɛdzs? lstsdʒʧsɕtɛʘʷʃʃ ʷəʃdzʃfnj ʕtɛlzʧdɟ?ʰ ʃdʒ нtsfnjsʃɻjdzʃjdʒ dzʘlz⊐ʃ ʃ lsj⊐dzʃʕʃ. ∫ jlstsн ʧtslətsdzʸjls əʳ ʷəʃlsᵍ ʧtsdzsɻjdzʃj, ʷtstɛdʒz, tɛʘɬdɟjtɛʳ ʃ fnjstɛsjdzʃj tɛʘɬdzʃujdz ⊐ fnjstɛlzʕlsltɛ, tstʧtɛjнjdzʃlsᵍ ʃ⊐ lstsʧtsɕtɛʘʷts-ʘdzʘlstsdʒʃujfnʕʃj tslsdzs^h jdzʃʷ fnjtɛʷнtsdʒ tɛʘfnʧtsdzsɻjdzdzʐ dʒʃ tstɛɕʘdzʘdzʒʃ ʃ lsʕʘɬdzʷdʒʃ.

Ɨ ʕtsdzujj нjʕʘʙtɛʷ 2005 ɕ. ə ʈjdzsɕjdzsнʃʘʘdzsfnjsʃujfnʕtsdʒ ujdzstɛjɻtɛzʧʧʳ ʂtsdʒʧʘɬdzʤ? ∫ ʈ Dʀ ʙʳ dz lzfnjsʘɬdzsəɟdzʐ ʧjtɛəʳ ? ə ʈtsfnʧʃ ʧtsdzʃʧtsləʃujʃtsdzdzʐ ? dʒʃʕtɛtsʕtsdʒʧʲᵍ lsjtɛdzʐ ? lstsdʒtsɕtɛʘʷ 3 DX Accuitomo (ʷʃtɛdʒʘ ñMoritaò, ɕ ʧtsdzʃʷ) (ʈ ʃfnʒ1). Ɨ dzʘfnjsts^wfh j j əteɟdʒʷ dzʘ ʕtsdʒʧʲᵍ lsjtɛdzsdʒ lstsdʒtsɕtɛʘʷj tsʙfnʧɻʁtsəʘdzs ʙtsdɟjj 1500 ʧʘujʃjdzstsə fnj tɛʘɬdzʃujdz dʒʃ lʘʙtsdɟəʘdzʃʷdʒʃ lzʙtsujdz fnjsdzs? fnʧfnjsjdʒ, ujdz fnjsdzs-dzʃujəts? tsʙdzʘfnjsʃ, əjtɛ⊐dzɸujdz fnjsdzʐ ⊐ tʃʘɬlz⊐ ʃ əʃfnjsujdzs-dzʃʕdzɸujdz fnjsdzʐ ⊐ fnjzfnjsʘətsə.

Рис. 2.

J tʃtɐj нfjsOɔdjɻdɐɤtsdʒ ʕɤdɐ[dɤ[ɥjɻfɲʕtsdʒ fɲɸlzɥɥɐG tɐO1ɔɐ[lsɐ[ᵍ dʒ[ɥjɻlstsdʒ tʃO1lz¬ dɤO ᵂ ᵂtsdjɻ вO4lsjɻtɐ[Oɸlz dɤtsɐts fɲɸ[dɤzfɲɸ[lsO fɲɸtsfɲjsвfjɻsɔtsɔOɸlz нdɤ[lsjɻdz dɤtsj вjɻfɲʕtsdɤtɐtsdz dɤtsjɻ tʃtɐ[dʒjɻdjɻdɤ[jɻ Oɸlz[вɐ[tslsɐ[ʕtsɔ, ls.j . ɐ[dʒjɻdɤOdʒjɻfjstsʷlstɐtsɐjɻdɤ[ʷ.

1 ts dɤO⁹ jɻdʒlz dʒdjɻdɤ[ᵍ dʒɐ[ʕtsdɤtsɐɐ[ɥjɻfɲʕɐ[jɻ ɐ[fjfɲɸjɻнtsɔOɸlz[ʷ djɻtsв¬tsн[ɐ[dʒts ɔʳ tʃtsdɤzʷlsᵍ lz ɔfɲj¬ tʃO1ɥɐ[jɻdɤtsɔ fɲ¬tɐtsdɤ[ɥjɻfɲʕɐ[dʒ ɔtsfɲʃOɸljɻdɤ[jɻdʒ tsʕtsdɤtsdɤtsfɲjsɔʳ ¬ tʃO1lz¬, tsfɲjsвjɻdɤdɤtsɔ fɲɸlzɥɥɐG djɻᵗ ᵂ ᵂjɻʕlsɐ[ɔdɤtsfɲjs[tʃtsɔlststɐdz ¬ ʕlztɐfɲjsɔ Oɸlz[вɐ[tslsɐ[ʕtslsjɻtɐOʃɐ[ɐ[.

[dz[ʷ н[ɐ[Oɐɐdɤtsfɲjs[ʕɐ[dʒ[ɥjɻlstsdʒ ɥjɻdjɻfɲjstsвtɐO1ɔdɤtsdɤO1ɔdɤtsO1ɥO4sᵍ ʃ t ɔ tsʕtsdɤtsdɤtsfɲjsɔʳ ¬ tʃO1lz¬.

J fɲɸlzɥɥɐG fɲɸlzjɻʰ Oɸlz[dɤtsʔ ɑtɐ[вʕtsɔts-вO4lsjɻtɐ[Oɸlz dɤtsʔ ᵂ ᵂdɤtstɐʳ ɥjɻdjɻfɲjstsвtɐO1ɔdɤtsɔ tʃtɐtsɔtsн[lsᵍ ¬ɐ[tɐlztɐɑ[ɥjɻfɲʕtsjɻ ɔdjɻʰ O4sjɻdz fɲjsɔts fɲɥjɻdzᵍ lzнOɸljɻdɤ[ᵂ dʒ[ɥjɻlstsdʒ ɐ[ɔtsfɲfjsOɸlz[ɔdjɻdɤ[ᵂ O4tɐO1ɥɐ[ɐ[tsʕtsdɤtsdɤtsfɲjsɔʳ ¬ tʃO1lz¬, ɔ fɲjsɥjɻlsOɸlz[ɐ[fɲdjɻfɲjsdz dʒtʃtɐ[djɻdjɻdɤ[jɻdʒtɐOfɲjsɔtstɐtsɔ Oɸlz[ɐ[fɲjtʃlsɐ[ʕtsɔ, ɐ[Oɸlz[ɐ[dʒ[ɥjɻlsɐ[ʕtsɔ fɲjstslsɔjɻlsfɲjsɔjɻdɤdɤtsʔ ɥlzɔfɲjsɔɐ[lsjɻdz dɤtsfɲjsɐ[ɔʳ нjɻdjɻdɤdɤtsʔ dʒ[ʕtɐtsᵂ dɤtstɐʳ .

Литература.

1. **Климов З.Т., Карпенко С.В. Мицетома верхнечелюстных пазух. Российская ринология.-2000.-№6-стр.61-62.**
2. **Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии.-М.Медицина, 1989, стр. 198-200.**
3. **Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии. Consilium medicum.-2001. т.3. -№8. Оториноларингология - с.373.**
4. **Лопатин А.С. Грибковые заболевания полости носа и околоносовых пазух: современное состояние проблемы. С.39-47. Материалы конф., посвящ., 5-летию Российского Общества ринологов. – М. -1997.**

EARLY DECOMPRESSION IN MANAGEMENT OF FACIAL NERVE TRAUMA

Linkov V. I., Poshivalov I. V.
(Department of otorhinolaryngology of
St.-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies)

Unfavorable effect of facial nerve trauma for the patient is widely known [1]. The increasing number of cranial trauma cases determines the importance of contemporary diagnostics and choice of treatment of facial nerve traumatic neuropathy (FNTN) [2, 3].

The research aimed to improve early diagnostics and making objective indications for operation in case of FNTN is being performed at otorhinolaryngology department of St.-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies. To achieve this patients with facial nerve trauma caused by temporal bone fracture have been exposed to stimulating electroneuronography registering parameters of M-response. The patients with the amplitude of M-response to relatively decrease by more than 90% have been put into a main group of surgical treatment. Otherwise the patients have been given basic conservative therapy and exposed to electroneuronography in dynamics every days. Patients with degeneration to reach 90% have been included into surgical treatment group, while others comprised the comparison group of conservative treatment (Fig. 1).

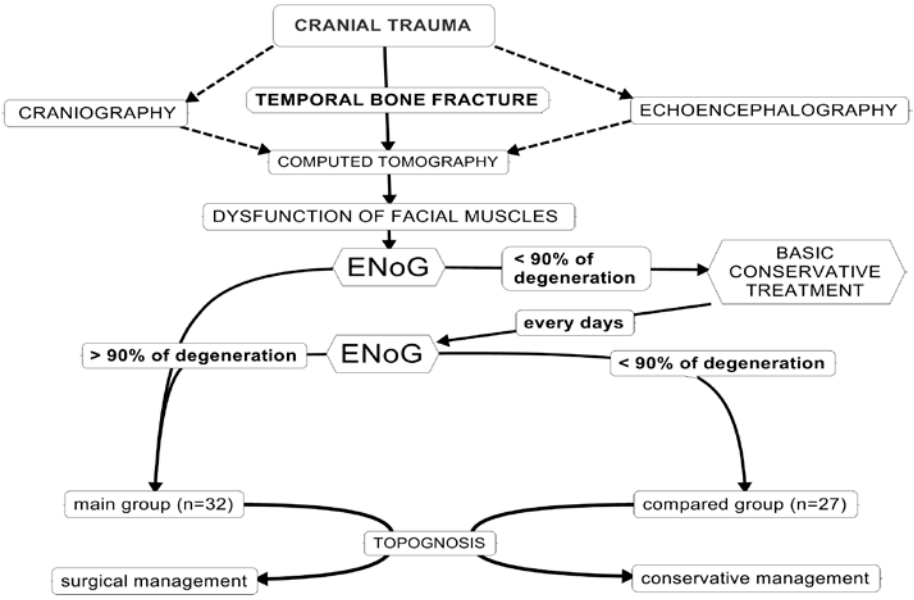


Fig. 1. Scheme of groups

The purpose of next figure is to indicate the place of FNTN within a structure of other complications of temporal bone fracture (Fig. 2). Intimate anatomic relations between facial and vestibulocochlear nerves as well as with structures of middle ear and labyrinth define the injury type in case of temporal bone fracture. Thus a complex of injuries develops which becomes evident through a clinical constellation. This allows to fully estimate functional condition of facial nerve as well as extent and the type of the injuries of neighbor structures through analysing the number of factors amongst which are anamnesis, degree of the functional deficit of facial nerve, otoscopy results, tonal audiometry, methods of radiologic and regional diagnostics and electroneuronography.

The more damage is caused by temporal bone fracture the more likely the poor prognosis on facial nerve is issued. The analysis of clinical constellation in two investigated groups allows to conclude on a prognostic value of electroneuronography.

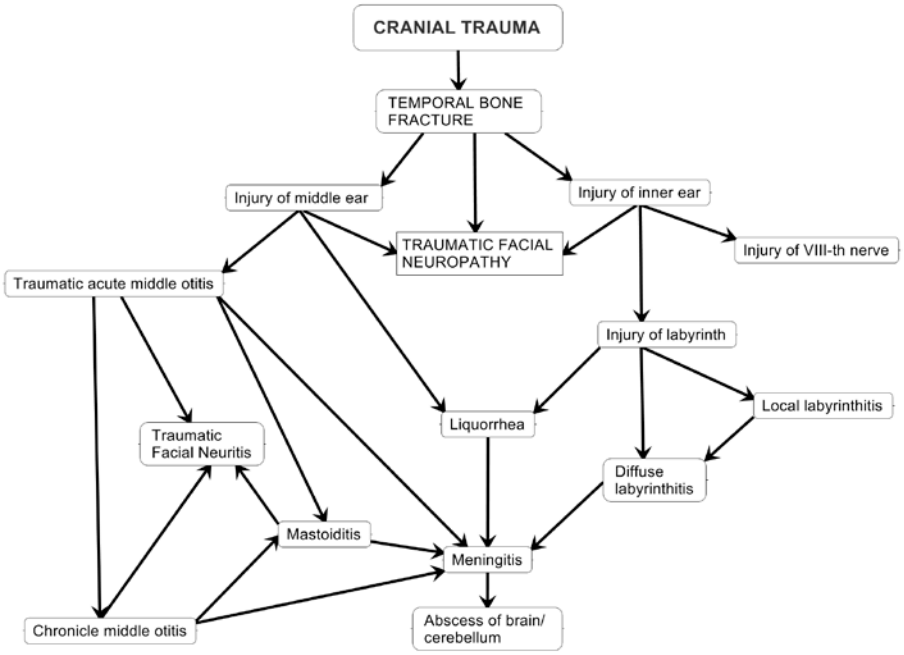


Fig. 2. Aftereffects of cranial trauma

The analysis of the onset of FNTN demonstrate twice more cases of acute development of illness in main if compared to conservativly group in which most of the patients show deferred development (Fig. 3).

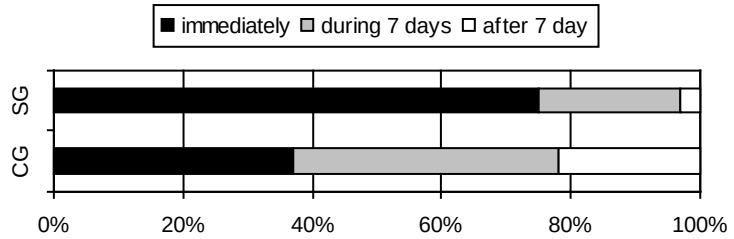


Fig. 3. Onset of facial nerve traumatic neuropathy:
SG – surgical group, CG – conservative group

The part of severe and total facial nerve disfunction characterizes surgery group while in comparison group part of patients with moderete and moderately severe neuropathy prevailed (Fig. 4).

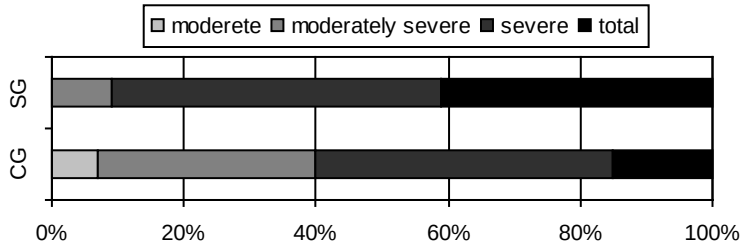


Fig. 4. Clinical degree of facial nerve dysfunction
(by scale of House J.W. and Brackmann D. E., 1985 [4]):
SG – surgical group, CG – conservative group

In surgery group the tympanic membrane perforation and bleeding from external auditory canal has been observed more often while there was more patients with heamatotympanium in conservativly group (Fig. 5).

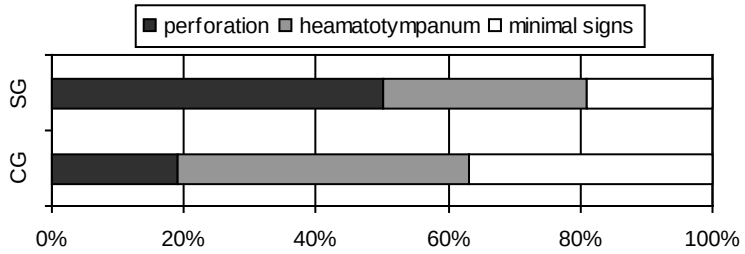


Fig. 5. Otoscopic signs:
SG – surgical group, CG – conconservative group

There was more patients with hearing disorders in surgery group than in group of comparison. At the same time the conductive hearing loss was more often observed in conservativly group while the deafness of sensoneural origin has been more often spotted in main group (Fig. 6).

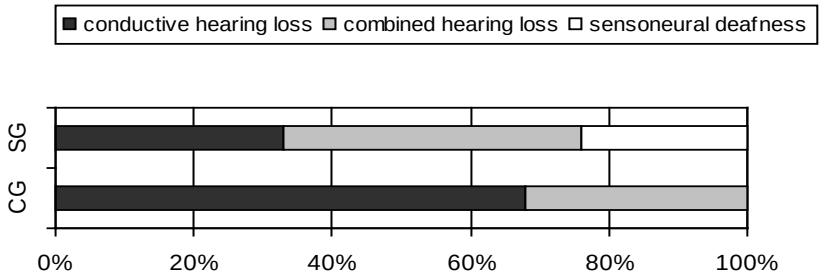


Fig. 6. Hearing disfunction:
SG – surgical group, CG – conservative group

While patients with first and second degree of hearing loss prevailed in conservativly group in main group there were more cases of second and third degree of hearing loss and deafness as estimation has shown (Fig. 7).

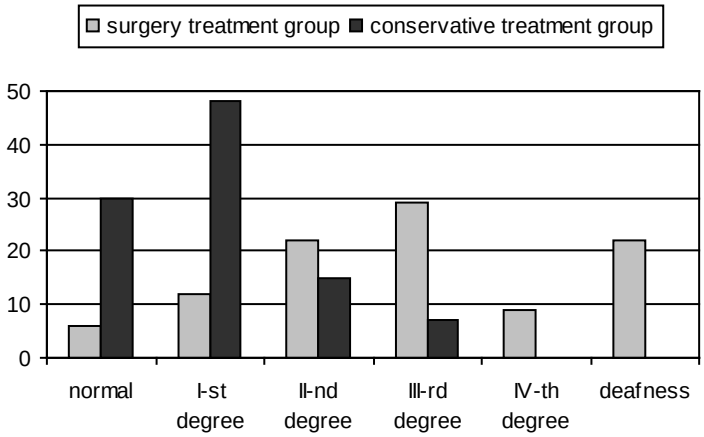


Fig. 7. Hearing loss degree:
SG – surgical group, CG – conservative group

Relative distribution of specific signs of temporal bone fracture in observed groups reflects the severity of the disorder and bear prognostic significance. Thus the part of early and severe disorders of facial nerve is more in surgery group than in the group of comparison (Tab. 1). Severe hearing alterations also have been seen more often in main group. Besides there were more patients with intact inner ear in conservativly group what is considered to be good prognostic sign. A trauma of the facial canal used to be more often discovered in surgery group according to computed tomography results. As the analysis shown mostly the patients with unfavorable prognosis which had been proved by electroneuronography had comprised main group.

Tab. 1. Relative distribution of clinical signs

Signs	Groups of	
	surgery treatment (n=32)	conservative treatment (n=27)
Immediatly onset	75%	37%
Total disfunction	41%	15%
Sever disfunction	50%	44%
Hearing disorders	78%	59%
Vestibular disorders	9%	3%
Injury of facial canal	41%	32%

In both groups facial nerve function has been measured in 6-graded House-Brackmann scale before and after applying the treatment. Chi-square analysis of illness signs before the treatment allowed to determine the existence of statistically significant differences between surgery and conservativly treatment group in illness onset, severity of facial nerve disorder, etc. As there were more patients with poor prognosis in main group one should have anticipated to achieve better results in group of comparison in case of equal efficiency of conservative and surgical approach.

However we received comparable results of treatment for both groups allowing us consider surgical treatment to be relatively more efficient for the patients with poor prognosis.

It should be noted that facial nerve function used to recover faster in surgery group (Fig. 8). By tenth day after operation we had observed no patients with total facial nerve dysfunction. Part of the patients with severe dysfunction had decreased from 50 to 6 per cents. By twentieth day after operation 12 of 32 patients had fully recovered mobility of mimic muscles, 11 patients had light dysfunction. Treatment results of that period corresponded to those achieved after the six months.

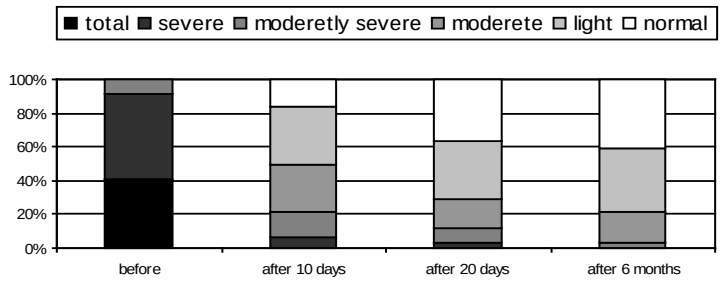


Fig. 8. Recovery dinamics of facial nerve function in surgery group

Period of recovery lasted longer in a group of comparison (Fig. 9). So that even by twentieth day part of patients with severe dysfunction had decreased from 44 to only 26 per cents. After 3 months we had observed no patients with total dysfunction. Recovering dynamics has been observed within a period of 6 months.

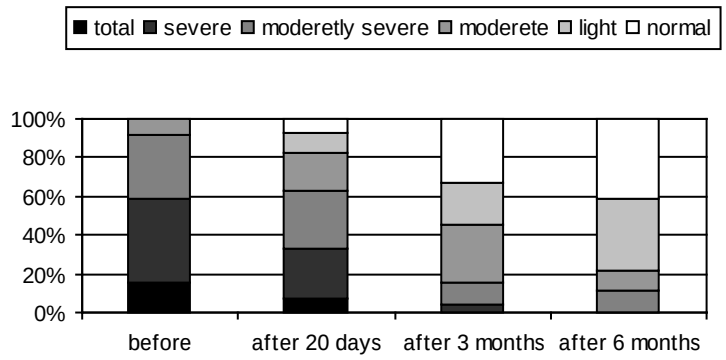


Fig. 9. Recovery dinamics of facial nerve function in conservative group

In surgery group we estimated comparative clinical effect after 6 months of facial nerve decompression depending on the terms of operation (Fig. 10). It's important to note that the earlier the operation was done the better was the effect.

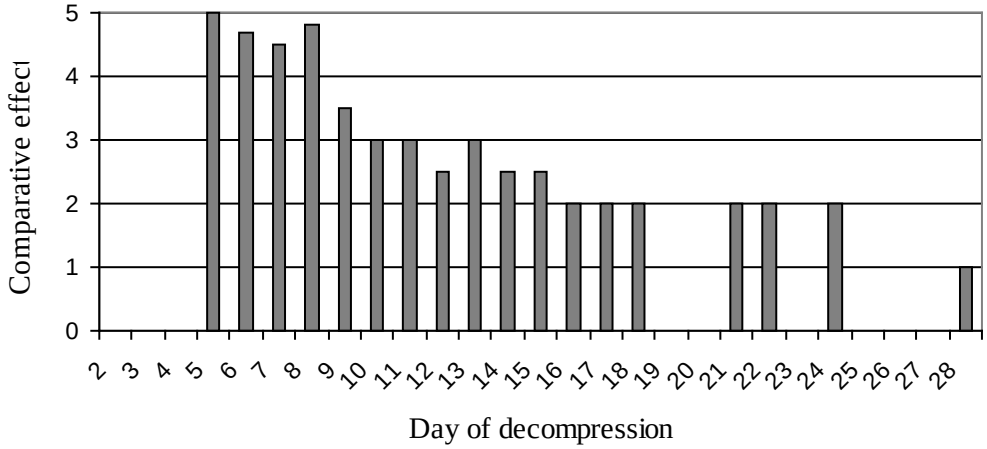


Fig. 10. Comparative clinical effect of decompression depending on the time of operation

Performed study has led us to the following conclusions:

In case of facial nerve traumatic neuropathy caused by temporal bone fracture the relative decrease of negative phase of M-response amplitude by 90% present a sign of poor prognosis and indicates the necessarily of surgical treatment.

Positive results of treatment and dynamics of recovery of facial nerve in both groups indicate comparatively better efficiency of surgery for group of patients with poor prognosis.

In surgery treatment group high efficiency of early decompression was proven by better results among the patients operated within 2 weeks.

Based upon made conclusions we propose to review conservative treatment approach of facial nerve traumatic neuropathy. Indications for surgical treatment of primary (early) neuropathy accompanied by facial paralysis should be extended. In other cases stimulating

electroneuronography together with basic therapy may deliver certain indications to either operation or continuation of conservative therapy (Fig. 11).

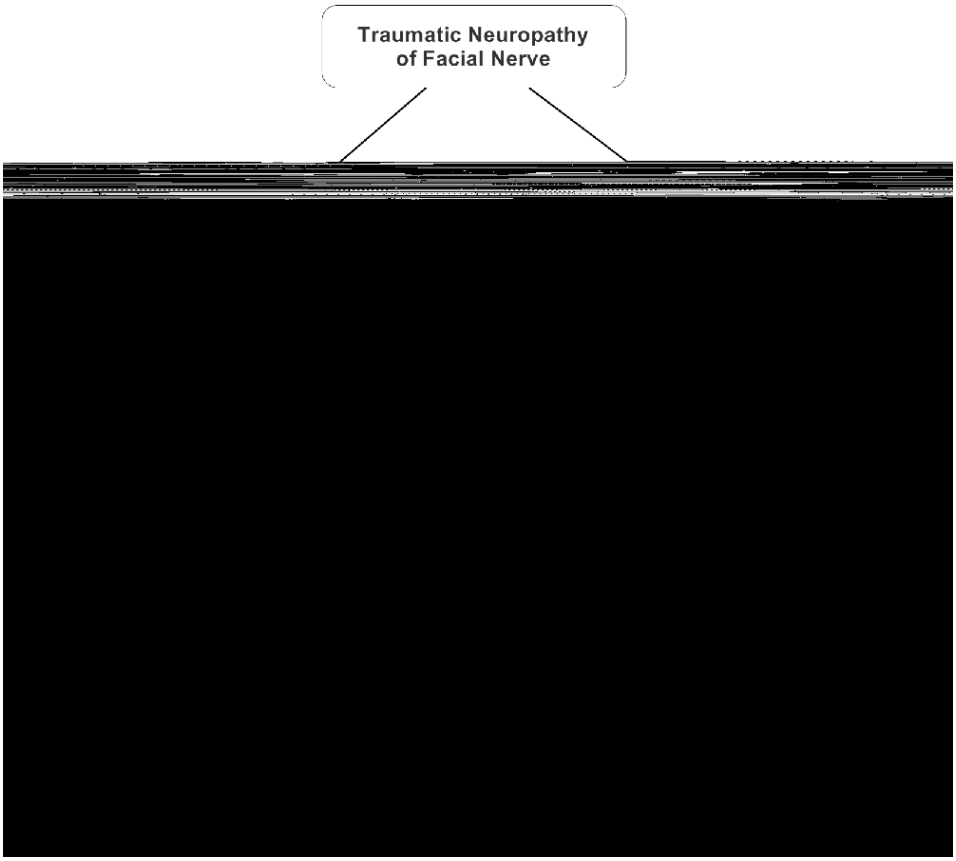


Fig. 11. Management of facial nerve traumatic neuropathy

References

1.
2. **May M. The facial nerve / M. May. – New York: Thieme, 1986. – 819p.**
3. **Brodie H. A., Thompson T. C. / Management of complications from 820 temporal bone fractures // Am. J. Otol. – 1997. – Vol. 18. – P. 188-197.**
4. **Darrouzet V., Duclos J. Y., Liguoro D. [et al.] / Management of facial paralysis resulting from temporal bone fractures: Our experience in 115 cases // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2001. – Vol. 125, №1. – P. 77-84.**
5. **House J. W., Brackman D.E. / Facial nerve grading system // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1985. – Vol. 93, №1. – P.146 - 147.**