

ВЕСТНИК ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

V E S T N I K
OTORINOLARINGOLOGII

5 • 2011 г.
Приложение



Материалы
X Российского конгресса
оториноларингологов

8–9 ноября 2011
Москва

Никифорова Г.Н.,
Голубовский Г.А.,
Запуган Д.Г.

Шеремет А.С.,
Антонов Р.Г.

НЕОБЫЧНЫЙ СЛУЧАЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО
ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

130

IV. Заболевания носа и околоносовых пазух

Абдукаюмов А.А.	СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АУТОИММУННОГО НЕФРИТА	132
Алексеева Н.С., Понимарев Т.А., Федотова Е.Ю., Ильдаровский С.Н.	ЗНАЧЕНИЕ ОТОРИНОЛАРИНГОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ОБОЯТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА	133
Бабаханов Г.К., Хасанов С.А., Бобоханов М.Г.	ОСОБЕННОСТИ СЕПТОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С РИНОМАКСИЛЛЯРНЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ ХАСАНОВА	135
Байменов А.Ж.	КЛИНИКО – ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛЕЗНОГО МЕШКА	136
Бондарева Г.П., Митрофанова Е.С.	РОЛЬ ЭНТЕРОТОКСИНОВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS В РАЗВИТИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНСИТУСОМ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	137
Винникова Н.В., Трофименко С.Л.	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАКРОЛИДОВ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНСИТУСОВ	138
Винников В.В., Макарова Н.В.	МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ПАЗУХ ПРИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТАХ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ В НИХ	139
Винников В.В., Синьков Э.В., Первушина А.И.	ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СО2 ЛАЗЕРА В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОХИРУРГИИ	140
Волков А.Г., Стагилева Н.В.	ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ФРОНТИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	141
Волков А.Г., Болжогов А.Р.	ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОЗИЦИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА В ГЛАЗНИЦЕ В ПЕРИОД, ОТДАЛЕННЫЙ ОТ ТРАВМЫ	145
Воркушин А.И., Березкин В.И., Тислишенко А.А.	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ	146
Воронов А.В., Черемисин В.Ю., Гофман В.Р.	СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРИИ	147
Галажинский Г.А.	О ТРОПИЗМЕ ПОЛИПООБРАЗОВАНИЯ В ПОЛОСТИ НОСА	149
Говорун М.И., Дворничикова В.В., Тишанин В.П., Мочалкин Д.В.	К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПЛАНОВЫХ КОРРЕГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУРАХ	150
Говорун М.И., Кокорина О.В.	ДОЗИРОВАННАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ СИНУСИТАМИ	151
Давыдова А.П.	ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ РИНОСИНСИТУСОВ «БИОПАРОКСОМ»	152
Дворничикова В.В., Цыган Л.С., Морозов А.Д.	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ МОДИФИЦИРОВАННЫХ РИНОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ	153
Добрынин К.Б., Портенко Г.М., Миллер Д.А.	ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНСИТУСЕ	155
Ивлев А.Ю., Харитонов Е.А., Пакина В.Р.	РАЦИОНАЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ ПЕРЕНОСИВШИХ СЕПТОПЛАСТИКУ	156
Исмагулова Э.К., Тусулкалиев А.Б., Шагатаева Б.А.	СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РИНИТА БЕРЕМЕННЫХ	157
Капитанов Д.Н., Нерсисян М.В.	ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА. ОПЫТ НИИ НЕЙРОХИРУРГИИ ИМ. АКАДЕМИКА Н.Н.БУРДЕНКО РАМН (1998-2011 ГГ)	158
Карнищенко С.А.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНСИТУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ	161

ОСОБЕННОСТИ СЕПТОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С РИНОМАКСИЛЛЯРНЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ ХАСАНОВА

Бабаханов Г.К., Хасанов С.А., Бобохонов М.Г.

Кафедра «Оториноларингологии и детской стоматологии»

Ташкентского педиатрического медицинского института

Узбекистан, Ташкент

Среди госпитализированных в ЛОР-отделении клиники ТашПМИ 610 детей с искривлением перегородки носа (ИПН) в 88% случаях установлено нарушение прикуса. Обследованы также 142 ребенка с нарушением прикуса, обратившихся во вторую детскую стоматологическую поликлинику города Ташкента и в 87% случаев из них диагностировано ИПН. Следовательно, ИПН тесно связано с нарушением прикуса, и это является очевидным.

Нарушения прикуса ортодонты лечат аппаратным раскрытием небного шва (брекет-система, расширяющие аппараты и др.) [Персин Л. С., Елизарова В.М., Дьякова С.В., 2006]. По данным литературы при этом не всегда достигается нормализация роста и развития зубочелюстной системы, и наблюдаются рецидивы (40%) из-за искривления перегородки носа [Махсудов С.Н., 2002].

Основной причиной наблюдаемых рецидивов нарушений прикуса считают неполное раскрытие срединного небного шва – *sutura palatine mediana* [Махсудов С.Н., 2002]. С целью улучшения результатов и уменьшения рецидивов ортодонтических вмешательств некоторые стоматологи хирургическим путем производят рассечение срединного небного шва – компактостеотомию через рот и получают при этом неплохие результаты. В то же время есть мнение, что при быстром увеличении размеров верхней челюсти (БУРВЧ, *rapid maxillary expansion*) расширяется носовая полость и улучшается носовое дыхание (Kiliç N, Oktay N. 2008).

Сочетания таких симптомов как искривление перегородки носа, высокое стояние неба, уменьшение горизонтальных и вертикальных размеров полости носа, нарушение прикуса за счет сужения дуги верхней челюсти нами объединены в риномаксиллярный (ортодонторинологический) симптомокомплекс Хасанова С.А.

В доступной литературе мы не встретили работ, посвященных тактике оториноларинголога и ортодонта при искривлениях перегородки носа, осложненных симптомокомплексом Хасанова.

Нами использована отдельная тактика в реабилитации таких детей. В отличие от других способов септопластики мы не нарушаем связь хряща с надхрящницей на его выпуклой стороне. Это обстоятельство по известным законам биомеханики хрящевой ткани способствует самовыпрямлению вогнутости.

Кроме того, сохранение хрящевого остова перегородки носа является необходимым для дальнейшего правильного формирования архитектоники как наружного носа, так и полости. По данным некоторых исследователей и по нашим данным, в генезе искривления хряща перегородки основная роль отводится его костной рамке. Бурно растущий эластичный и тонкий хрящ у детей, не вмещающийся в костную рамку, искривляется чаще в вертикальном или реже в сагитальном направлениях в виде «гармошки» или буквы «С», «S» (Бокштейн Ф.С., 1956).

Обнажают расположенную за передней носовой остью премаксиллу (подсошниковую и межчелюстную кость, *os incisivum*) рогакообразно охватывающую каудальный край хряща перегородки носа, где часто наблюдается гребневидный искривленный костно-хрящевой комплекс. Путем кристотомии данного гребешка верхнечелюстной и небной костей (*crista nasalis*), частичной резекции переднего отдела сошника (вомеротомии) и перпендикулярной пластинки решетчатой кости (ламинотомии) увеличивают «костную рамку» хряща перегородки носа. В ближайшем послеоперационном периоде тонкая и эластичная хрящевая ткань у детей имеет свойство саморасправления. В отличие от других способов септопластики у детей не резецируют искривленную часть хрящевой

ткани перегородки носа. Производили во время септумоперации эндоназальную септотомию (прототип компактостомии) небного отростка верхней челюсти. При этом уменьшается механическая сила, облегчается раскрытие небного шва и создаются условия для дальнейшего ортодонтического расширения верхней челюсти. Сроки передней фиксирующей тампонады сокращены до 10 часов (против 24-48 часов), что значительно улучшает качество жизни больных детей. После удаления тампонов орошают полость носа дегазированной минеральной водой, содержащую соду (бикарбонат натрия), имеющую щелочную pH среду, что улучшает мукоцилиарный клиренс.

По предлагаемой нами методике септопластики с кристосептотомией нами прооперировано 194 детей в возрасте 12-15 лет с ИПН, осложненных симптомокомплексом Хасанова. Далее дети направлялись ортодонту для аппаратного исправления прикуса. В результате совместной оториноларингологической и ортодонтической тактики ведения больного в отдаленном периоде (от 6 мес. до 3-х лет) в 98% случаях отмечался стойкий положительный результат уже в течение первых 4-6 месяцев после операции. В то же время при традиционном подходе к лечению время ношения ортодонтических аппаратов для исправления прикуса продолжалось до 1,5-2 года и после снятия их рецидивы наблюдались у 40% детей.

Таким образом, для лечения искривления перегородки носа, осложненной симптомокомплексом Хасанова, у детей старше 12 лет необходима септопластика с кристосептотомией, создающая условия для более быстрого ортодонтического раскрытия небного шва и значительно уменьшающая рецидивы нарушения прикуса.

Клинико – экономическая эффективность высокотехнологичной эндоскопической дакриоцисториностомии при заболеваниях слезного мешка.

Байменов А.Ж.

«Городская больница №1»

Казахстан, Астана

Цель исследования: изучить клинико экономическую эффективность эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии при хронической патологии слезного мешка.

Методика исследования: Щадящая эндоскопическая ринохирургия путем проведения эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии у больных с патологией слезного мешка в условиях ЛОР – стационара.

Результаты и обсуждения: нами с 2002 по 2001 годы нами проводились эндоскопические хирургические операции у больных с патологией слезного мешка. Эндоскопическая дакриоцисториностомия выполнялась под общей анестезией с контролируемой гипотензией, с применением раствора лидокаина 1% - 2-3 мл., использовалась местная анестезия с предварительной премедикацией. Операции проводились по общепринятой методике с традиционными эндоскопическими инструментами применяемыми в ринохирургии. Для формирования костного соустья вначале использовали мини долота, затем боры, далее нами была применена собственная разработанная методика использования эндоназальных щипцов. В каждом случае такой способ сокращал время для создания костного окна, а также значительно снижался риск осложнений. Так при применении долот размеры костного окна иногда превышали желаемый результат из-за перелома костей другой точке приложения. Кроме того бор в результате высокой скорости иногда травмировал слезный мешок и мышцы, охватывающие его, которые выполняют насосно – дренажную функцию слезного мешка и слезно носового канала. Применение эндоназальных щипцов типа Kerrison и изменение места наложения