

ЛОР-заболевания: профилактика, диагностика, лечение

5–6 апреля 2012 г. в Харькове состоялась Украинско-российская конференция оториноларингологов «Инновации в диагностике и лечении ЛОР-заболеваний», посвященная 90-летию кафедры оториноларингологии Харьковского национального медицинского университета.



Дмитрий Заболотный, доктор медицинских наук, профессор, академик НАМН Украины, директор ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины» (Киев). В своем выступлении он рассказал о перспективах развития отоларингологии в Украине, подробно остановившись на проблемных вопросах, актуальных на сегодняшний день для данной отрасли. В частности, речь шла о реформировании системы здравоохранения, сокращении часов преподавания отоларингологии в медицинских вузах, сокращении коечного фонда, нехватке специалистов в некоторых областях Украины, пересмотре протоколов и стандартов оказания медицинской помощи.

Среди достижений особого внимания заслуживает увеличение количества врачей, отмечается огромный интерес молодежи к данной специальности. Продолжает расти хирургическая активность, в последние 3 года значительно увеличилось количество операций IV–V категорий сложности. Решен вопрос с коллеарной имплантацией у детей, в текущем году будут закуплены еще 300 имплантов и все дети (≈ 600 человек), которые стоят на очереди, будут прооперированы. Но самым важным достижением в отоларингологии, по словам докладчика, является тот факт, что за последние 20 лет ни один больной из Украины не был направлен на лечение за рубеж.

Анатолий Журавлев, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой отоларингологии Харьковского национального медицинского университета, один из организаторов конференции с историей возникновения кафедры отоларингологии, отметив, что кафедра была организована в 1922 г. профессором С.Г. Сурукчи. В разное время кафедрой заведовали профессора С.М. Компанеец, А.М. Натанзон, доценты

Д.Е. Розенгауз, В.М. Усачева. Особый вклад в развитие и работу кафедры отоларингологии внес В.Ф. Филатов.

Оживленную дискуссию вызвал доклад **Олега Боброва**, доктора медицинских наук, профессора, заместителя директора Центра онкологии и радиохирургии «Киберклиника Спиженко» (Киев), в котором он рассказал о новом методе радиохирургического вмешательства — киберноже, и представил результаты его применения в лечении злокачественных новообразований основной пазухи и носоглотки.

«CyberKnife G4» (кибернож) — сложный радиохирургический комплекс, состоящий из линейного ускорителя, источников рентгеновского излучения, детекторов изображений, манипулятора, системы нацеливания, роботизированной системы доставки и камеры «Syncrony». Всего в мире насчитывается 246 таких установок, первая из них в Восточной Европе и СНГ была установлена в киберклинике Спиженко.

Для правильного составления плана лечения существуют определенные требования к диагностической аппаратуре. Поскольку кибернож в облучаемом очаге создает нежизнеспособные условия, очень важно неповреждение окружающих тканей. Поэтому диагностическая служба имеет возможность объемного 3D- или 4D-планирования с определением реальных границ опухоли. О. Бобров подчеркнул, что это очень важно при локализации опухоли в органах, где рядом расположены жизненно важные образования (опухоли головного мозга, опухоли ротовоглотки, опухоли носоглотки). Если при традиционной дистанционной лучевой терапии речь идет об использовании полей, то планирование лечения и лучевое воздействие идет огромным количеством изолированных пучков (лучей). Линейный ускоритель может занять неограниченное количество положений, программное обеспечение рассчитано на 1440 положений. Однократность облучаемого объекта составляет 90%. При планировании из огромного количества пучков можно выбрать те траектории, которые действительно не повредят важные образования (в частности глазные яблоки).

Следующим этапом подготовки к лечению является симуляция движений аппарата на симуляторе, и только потом происходит радиохирургическое вмешательство, которое значительно отличается от традиционной хирургии.

В продолжение выступления О. Бобров продемонстрировал основные наблюдения.

За 2,5 года в клинике пролечено 11 больных с опухолями основной пазухи и носоглотки, у 7 из них удалось достичь уменьшения опухоли, у 4 больных — стабилизации размеров. Роста опухоли на протяжении 1–2,5 года ни у одного больного не отмечено. Докладчик подчеркнул, что это только первый опыт применения киберножа, поэтому период наблюдения пациентов не превышает 2 лет.



Григорий Тимен, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий отделом ЛОР-патологии детского возраста ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины» (Киев), акцентировал внимание слушателей на необходимости использования неинвазивного метода терапии при остром гнойном риносинусите. Он отметил, что при пункции могут возникать значительные осложнения, в частности нарушение структуры мембранны. Инвазивные вмешательства в США составляют всего 18–20%, в России — 86%, а в Украине, благодаря активной пропаганде неинвазивного метода, показатель снизился до 42%. Показаниями для инвазивной терапии являются только повторяющийся острый бактериальный риносинусит с обструкцией в зоне союста верхнечелюстных пазух и хронический риносинусит после адекватного курса консервативной терапии.

Г. Тимен подчеркнул, что при лечении острого гноиного ринусита в качестве противовоспалительной терапии необходимо применять нестероидные противовоспалительные препараты, оказывающие прямое противовоспалительное действие, уменьшающие секрецию вязкого слизистого отделяемого, отека и деструкции тканей.



Анатолий Косаковский, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской отоларингологии, аудиологии и фониатрии Национальной медицинской академии после-

конференции с историей возникновения кафедры отоларингологии, отметив, что кафедра была организована в 1922 г. профессором С.Г. Сурукчи. В разное время кафедрой заведовали профессора С.М. Компанеец, А.М. Натанзон, доценты

дипломного образования им. П.Л. Шупика (Киев), рассказал об особенностях хирургического вмешательства на нижних носовых раковинах у детей.

При хроническом гипертрофическом и вазомоторном рините периодически возникает потребность в хирургическом вмешательстве на нижних носовых раковинах. Известны разные методики операций, среди которых одни имеют историческое значение, другие широко применяются в клинике. Из-за травматизма операций большинство авторов в настоящее время отказываются от гальваноакустики нижних носовых раковин, конхотомии и лазерной хирургии. На сегодняшний день не используют такие методы вмешательства на нижних носовых раковинах, как инъекции кортикостероидов и склеротирующих препаратов, видеониротомия, криохирургия.

А. Косаковский акцентировал внимание на том, что при лечении детей необходимо уделять особенное внимание выбору той или иной методики. Среди существующих способов хирургических вмешательств у детей чаще всего используются ультразвуковая дезинтеграция, подслизистая взаимотомия, реже — радиочастотная хирургия. Следует заметить, что основными недостатками перечисленных методик являются:

- кровотечение во время операции или в послеоперационный период;
- проведение предварительной тампонады носа;
- нарушение мукоцилиарного клиренса;
- возникновение корок в полости носа в послеоперационный период;
- проведение туалета полости носа в послеоперационный период;
- длительное время лечения.

Вниманию слушателей докладчик представил новые разработки с использованием электросварочных технологий для проведения хирургических вмешательств на носовых раковинах, среди которых такие биполярные устройства, как электроприбор для электротермоадгезии нижних носовых раковин и биполярный электрораспатор.

Говоря о результатах проведенных операций, А. Косаковский подчеркнул, что высокочастотную биполярную электротермоадгезию нижних носовых раковин в большинстве случаев при хроническом гипертрофическом рините и вазомоторном рините проводили при неэффективности консервативного лечения. У детей старшего возраста, которым предварительно проводили хирургические вмешательства на носовых раковинах (как правило, ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин) и имел место рецидив заболевания, проводили подслизистую высокочастотную биполярную взаимотомию с помощью биполярного электрораспатора. При этом во время операции и в послеоперационный период кровотечения не наблюдалось, тампонада носа не проводилась, носовое дыхание при предложенном способе лечения несколько ухудшалось в первые минуты после операции, затем возобновлялось и сохранялось на протяжении всего послеоперационного периода.

Таким образом, по словам докладчика, проведение хирургических вмешательств

на нижних носовых раковинах с использованием электросварочных технологий позволяет избежать кровотечения, не проводить тампонаду и туалет носа, сохранить носовое дыхание и мукоцилиарный клиренс в послеоперационный период, а также рекомендовать выписку пациентов со стационара на 2-й день после операции.



О современных подходах к лечению и профилактике хронического тонзиллита у детей шла речь в выступлении **Anatoliy Rakladka**, доктора медицинских наук, профессора, заместителя

директора по научной работе ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины» (Киев). Среди разных групп населения хронический тонзиллит составляет 2,84–35%. Наиболее высокая заболеваемость отмечается в возрастной группе 16–20 лет. В общей популяции детей хронический тонзиллит диагностируют с частотой 15%.

Докладчик отметил, что хронический тонзиллит считается вылеченным консервативным путем только в том случае, если у ребенка, леченного >2 лет отсутствуют обострения на протяжении 5 лет. Безусловно, достичь такого результата на практике очень сложно, поэтому необходимо стараться добиться максимального уменьшения количества обострений.

Алгоритм лечения хронического тонзиллита включает:

1. Консервативное лечение:
 - местная терапия;
 - этиотропные препараты;
 - противовоспалительные препараты;
 - лимфотропные и репаративные препараты;
 - иммуномодуляторы.
2. Оперативное лечение:
 - тонзиллотомия;
 - тонзиллэктомия.

А. Rakladka подчеркнул, что при выборе метода лечения предпочтения в первую очередь следует отдавать консервативным методам терапии. При этом эффективность терапии напрямую зависит от возраста пациента перед началом лечения: у лиц раннего возраста эффективность терапии значительно выше.

Продолжил работу конференции **Sergey Bezshapochnyi**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии Высшего государственного учебного заведения Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (Полтава). Вниманию слушателей он представил до-

клад, посвященный особенностям диагностики и лечения риносинусита — воспаления слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.

Практически в каждой стране мира из года в год отмечается стабильная тенденция роста заболеваний острым и хроническим риносинуситом. Удельный вес амбулаторных больных с данной патологией составляет 60%, стационарных — 50–60%.

Мукоцилиарный клиренс описывает механизм самоочищения слизистой оболочки дыхательных путей. Он возникает вследствие эффективной работы ресничек, которые находятся на поверхности эпителия и изгоняют слизь. Если мукоцилиарный клиренс нарушен, вязкая слизь прилипает к эпителиальному слою — оптимальной среде для колонизации бактерий и их быстрого роста. Нарушают работу мукоцилиарного транспорта, по словам докладчика, охлаждение слизистой, воздействие химических веществ (углекислый газ, оксид азота, табачный дым и др.), изменение pH слизи, чрезмерное применение масляных капель, а также неконтролируемое применение сосудосуживающих капель.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Украины от 24.03.2009 г. № 181 «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Отоларингология», лечение риносинусита включает:

1. Общее лечение:
 - антибиотикотерапия (при остром риносинусите — 10–14 дней);
 - системные деконгестанты;
 - антигистаминные средства;
 - муколитические средства;
 - нестероидные противовоспалительные препараты;
 - гомеопатические средства.
2. Местное лечение.

При длительности симптомов <10 дней болезнь расценивают как острый вирусный риносинусит. Применение антибиотиков показано только в случаях тяжелого течения риносинусита, отсутствия улучшения через 7–10 дней от начала заболевания, наличия осложнений и ухудшения после временного улучшения.

С. Безшапочный отметил, что назальные топические деконгестанты быстро устраняют отек слизистой оболочки носа и околоносовых синусов в экстренных ситуациях, но в тоже время они нарушают работу мерцательного эпителия, что приводит к затруднению эвакуации содержимого пазух, обладают выраженным токсическим действием, особенно у детей, нередко приводят к развитию медикаментозного ринита. Поэтому длительность применения таких препаратов не должна превышать 3–5 дней в возрастной дозировке согласно инструкции.

Препараты для лечения риносинусита должны соответствовать патогенетическим принципам лечения, в частности устранять блок соустья, уменьшать вязкость слизи, восстанавливать работу мукоцилиарного клиренса и естественного дренирования синусов. Такими препаратами, по словам докладчика, являются гомеопатические лекарственные сред-



ства, способные воздействовать на ведущие звенья патогенеза риносинусита, оказывая противоотечное, секретолитическое и иммуномоделирующее действие.



Опытом лечения шилоподъязычного синдрома (ШПС) поделился **Сергей Пухлик**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского национального медицинского университета. ШПС, или синдром Eagle — это общепринятое название для набора клинических симптомов, связанных с аномалиями размеров и положения шиловидного отростка височной кости (ШОВК). В иностранной литературе он описан как синдром удлиненного шиловидного отростка, или синдром Игла-Стерлинга.

Докладчик отметил, что синдром часто не распознается практическими врачами, и больные многократно и безрезультатно обращаются к разным специалистам. ШОВК является первым элементом так называемого шилоподъязычного комплекса, в состав которого входит шилоподъязычная связка и малый рожок подъязычной кости. Основными причинами возникновения ШПС считаются удлинение ШОВК и окостенение или кальцификация шилоподъязычной связки. Основой патогенеза ШПС является не только удлинение отростка, но и его патологическое отклонение в медиально-заднем направлении в сочетании с утолщением и искривлением.

Обычно ШПС односторонний, клинически он делится на два подвида:

- шиловидно-глоточный;
- шиловидно-каротидный (синдром сонной артерии).

Шиловидно-глоточный синдром, как правило, правосторонний, поскольку правый шиловидный отросток в норме длиннее левого в среднем на 0,5 см. Боль возникает в результате давления, например удлиненным и искривленным внутрь шиловидным отростком, на ткани в области тонзиллярной ямки и раздражения нервных окончаний языгоглоточного нерва. Интенсивность боли очень варьирует — от незначительной боли или ощущения инородного тела в горле, особенно при глотании, до резкой сильной постоянной боли в горле, миндалине, иррадиирующей в ухо. Некоторые больные отмечают боль также на передней поверхности шеи, в области подъязычной кости.

Развитие синдрома сонной артерии обусловлено тем, что кончик удлиненного и отклоненного кнаружи шиловидного отростка давит на внутреннюю или наружную сонную артерию рядом с бифуркацией общей сонной, раздражает периартериальное симпатическое сплетение и вызывает боль. При раздражении внутренней сонной артерии постоянная боль ощущается в области лба, глазницы, глаза, то есть в зоне разветвления и кровоснабжения внутренней сонной артерии или ее ветви, в частности глазничной артерии. Вследствие давления отростка на наружную сонную артерию боль иррадиирует по ее ветвям в височную, теменную область, лицо ниже глаза.

Для пальпаторного выявления верхушечной части отростка целесообразно начинать ощупывание от дна полости рта, проводя указательный палец по передней небной дужке максимально вверх на боковую стенку носоглотки, затем по поверхности небной миндалины от верхнего полюса вниз и по задней небной дужке снова максимально вверх.

Также важным диагностическим признаком синдрома, по словам докладчика, является удлинение шиловидного отростка,

определенное на рентгенограммах черепа. Среди различных методик рентгенологического исследования, наиболее информативной оказалась спиральная компьютерная томография головы. Анализ томограмм пациентов показал, что в 92% случаев изображения отростков были достаточно четкими. Длина шиловидного отростка у здоровых людей на томограммах изменялась в пределах 12–40 мм, составив в среднем 25 мм, у больных — варьировалась от 40 до 60 мм при среднем ее значении, равном 45 мм.

Вниманию участников конференции С. Пухлик представил результаты клинического наблюдения больных с ШПС. Лечение предполагало консервативную терапию, а в случае ее недостаточной эффективности пациентам предлагалось оперативное лечение.

Консервативная терапия включала применение трансфарингеальных инъекций смеси дексаметазона и лидокаина с большой стороны (до 10 раз с интервалом 2–3 дня). Такие курсы проводили 1 раз в 6 мес при наличии положительного результата и отказа от операции. Между курсами инъекций пациентам также был рекомендован фонофорез метамизола натрия, гидрокортизона и анальгетические препараты перорально.

Консервативная терапия как способ устранения симптомов ШПС возможна и ее следует использовать, когда оперативное лечение невозможно по субъективным или объективным показаниям. С. Пухлик подчеркнул, что хорошие результаты также можно получить и при хирургическом лечении с внутриротовым доступом. При этом нет необходимости в радикальном удалении шиловидного отростка — для излечения больных достаточно резецировать излишне удлиненную его часть в пределах ротоглотки.

Марина Колесник,
фото автора

Реферативна інформація

Флавоноїди захищають от болезні Паркінсона

Учені з Гарвардської школи общественного здоров'я (Harvard School of Public Health), Бостон, США, в сотрудничестве с исследователями Департамента питания Университета Восточной Англии (Department of Nutrition, University of East Anglia), Норвич, Великобритания, выявили, что частое употребление продуктов, богатых флавоноидами, снижает риск развития болезни Паркінсона (БП) — прогрессирующего заболевания нервной системы, отмечающегося в популяции с частотой 1:500.

В данном исследовании приняли участие 49 281 мужчины и 80 336 женщин. В качестве основных источников флавоноидов (биологически активных соединений, содержащихся в продуктах и напитках растительного происхождения) рассматривали чай, ягоды, яблоки, красное вино и апельсины. В течение 20–22 лет наблюдения БП развилась у 805 участников. После детального анализа их диеты и принятия во внимание возраста и стиля жизни, установлено, что у мужчин, употреблявших большее количество флавоноидов, риск развития БП был на 40% ниже. Отношение рисков составило 0,6 (95% доверительный интервал 0,43–0,83; p=0,001). Статистически значимой связи между употреблением флавоноидов и развитием БП у женщин не выявлено (p=0,62).

Руководитель исследования доктор Ксианг Гао (Xiang Gao) отмечает, что интересным оказалось наличие связи между употреблением антоцианов, соединений из подгруппы флавоноидов, содержащихся в ягодах, и риском развития БП. Ученые установили, что у участников, употреблявших не менее 1 порции ягод в неделю, риск развития БП был ниже на 25%. Учитывая способность ягод снижать риск развития широкого спектра заболеваний, включая болезни сердца, артериальную гипертензию, некоторых видов рака и деменции, их регулярное включение в рацион является потенциально полезным.

Это первое исследование, которое указывает на взаимосвязь между содержанием флавоноидов в диете и риском развития БП. Впрочем, подчеркивают ученые, нельзя исключать защитное действие и других компонентов растительной пищи.

Gao X., Cassidy A., Schwarzschild M.A. et al. (2012) Habitual intake of dietary flavonoids and risk of Parkinson disease. Neurology, April 4 [Epub ahead of print].

University of East Anglia (2012) Eating flavonoids protects men against Parkinson's disease, study finds. ScienceDaily, April 4 (www.sciencedaily.com/releases/2012/04/120404161939.htm).

Юлія Котикович