



№ 2 — 2009

Основан в 1993 году
выходит 4 раза в год
ISSN 0869-5474

РОССИЙСКАЯ РИНОЛОГИЯ

Научно-практический журнал
Российского общества ринологов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Г.З. Пискунов —
главный редактор
В.П. Быкова
И.П. Василенко
В.В. Вишняков
Д.Н. Капитанов
Е.П. Карпова
И.А. Ким —
зав. редакцией
В.С. Козлов
С.Я. Косяков
П.А. Кочетков
А.С. Лопатин —
зам. главного редактора
Е.В. Носуля
С.З. Пискунов
К.П. Пшениснов
С.В. Рязанцев
И.С. Садиков
Ю.К. Янов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Р.Г. Анютин (Москва)
Н.А. Арефьева (Уфа)
С.Б. Безшапочный (Полтава, Украина)
А.Г. Волков (Ростов-на-Дону)
Г.А. Гаджимирзаев (Махачкала)
Т.И. Гаращенко (Москва)
Д.Р. Гуров (Москва)
А.Д. Гусаков (Запорожье, Украина)
А.О. Гюсан (Черкесск, КЧР)
Д.И. Заболотный (Киев, Украина)
П. Ван Каувенберг (Гент, Бельгия)
Д. Кеннеди (Филадельфия, США)
Ю. Керн (Рочестер, США)
А.С. Киселев (Санкт-Петербург)
В. Манн (Майнц, Германия)
М.Н. Мельников (Новосибирск)
Р. Младина (Загреб, Хорватия)
Д. Пассали (Сиенна, Италия)
Р. К. Тулебаев (Астана, Казахстан)
Е. Хойзинг (Утрехт, Нидерланды)
Х. Штаммбергер (Грац, Австрия)
И.А. Шульга (Оренбург)

УЧРЕДИТЕЛЬ

Общероссийская общественная организация
«Российское общество ринологов»

Подписные индексы в каталоге Агентства «Роспечать»,
«Газеты и журналы»: 82694 — на год, 72994 — на полгода.
Журнал зарегистрирован Министерством печати и информации
РФ: свидетельство о регистрации ПИ №77-14221.

Решением Президиума ВАКа журнал внесен в Перечень
ведущих научных журналов и изданий, выпускаемых в РФ.
Журнал включен в Реферативный журнал и базы данных
ВИНИТИ, в Российский индекс научного цитирования.
Сведения о журнале ежегодно публикуются в международной
справочной системе по периодическим и продолжающимся
изданиям «Ulrich's Periodicals Directory».

Адрес редакции: 125367, г. Москва, Ивановское ш., д. 7,
ЦКБ ГА «Российское общество ринологов» Телефон/факс:
(495) 490-61-32; тел: 490-04-49,

www.rhinology.ru; www.lorcentr.ru, e-mail: RR@lorcentr.ru

ТЕХНИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

Открытое акционерное общество
«Издательство «Колос»
107996, Москва, ул. Садовая-Спасская, 18
Наш сайт в Интернете: www.koloc.ru

Редактор: Ж.В. Мартынова
Верстка и дизайн: А.А. Борисенко

Подписано в печать 01.06.2009. Формат 60×90^{1/8}.
Печать офсетная. Бумага мел., глянец.
Уч.-изд.л. 11,0. Усл.печ.л. 11,0. Тираж 1000 экз.

Отпечатано в типографии
ОАО «Архон»
152931, Ярославская обл., г. Рыбинск,
ул. Зои Космодемьянской, д. 1

*Ф.Н. Завьялов, А.В. Саликов, В.А. Липатов,
Л.Н. Ерофеева*

**ИССЛЕДОВАНИЕ МУКОЦИЛЛИАРНОГО
ТРАНСПОРТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ГЛОТОЧНОГО УСТЬЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ
У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ
ОТИТОМ**

Курский государственный медицинский
университет, г. Курск

Цель исследования: оценить состояние мукоциллиарного транспорта слизистой оболочки глоточного устья слуховой трубы у детей с экссудативным средним отитом (ЭСО).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 19 детей в возрасте 11–16 лет с ЭСО, при эндоскопическом исследовании носоглотки у которых обнаруживались свободные глоточные устья слуховых труб и слизистый секрет, истекающий из них.

В день поступления выполнено исследование мукоциллиарного транспорта слизистой оболочки глоточного устья слуховой трубы с помощью «Линтекс-Мезогеля» (4% гель натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы (Натрий-КМЦ), содержащего 0,5% метиленового синего. Выбор «Линтекс-Мезогеля» в качестве основы был обусловлен тем, что количественное содержание Натрий-КМЦ в нём не влияет на транспортную активность мерцательного эпителия слизистой оболочки и создаёт необходимую вязкость, гель обладает физиологической инертностью и отсутствием раздражающих свойств (токсикологическое заключение ГУН ВНИИМТ МЗ РФ №34/27 от 18.01.05 г.). Включение метиленового синего в гель позволило визуально оценить транспорт секрета в устье и обеспечить бактериостатический эффект слизистой оболочки. Под эндоскопическим контролем 1–2 капли геля наносили на слизистую оболочку глоточного устья слуховой трубы, после чего оценивали характер перемещения подкрашенного секрета.

Результаты исследования. У 7 детей отмечена задержка окрашенного секрета в глоточном устье, как в покое, так и при активных глотательных движениях, что свидетельствовало о нарушении мукоциллиарного транспорта слизистой оболочки в этой области. У 12 детей окрашенная слизь стекала из устья вдоль трубного валика к дну полости носа в виде характерной «дорожки». Хирургическое лечение было проведено всем больным.

У всех больных интраоперационно взят биоптат участка слизистой оболочки из глоточного устья. По данным патоморфологического исследования, во всех случаях ткань биоптатов покрыта частично мерцательным эпителием, частично — многослойным плоским в различной степени выраженности. Характерной особенностью биоптатов детей с задержкой окрашенного секрета в устье трубы являлось преобладание участков многослойного плоского эпителия над мерцательным, у детей с наличием «дорожки» слизи из устья — преобладание участков мерцательного эпителия над многослойным плоским. Таким образом, затруднение транспорта подкрашенного секрета из глоточного устья слуховой трубы было связано с выраженной дисплазией мерцательного эпителия в этой области.

По нашему мнению, у таких больных создаются благоприятные условия для образования слизистой «пробки», нарушения вентиляции и дренирования барабанной полости, что может усугублять течение ЭСО и влиять на результаты лечения больного.

Выводы. У некоторых детей с ЭСО в слизистой оболочке глоточного устья слуховой трубы выявляется дегенеративные изменения, характеризующиеся выраженной дисплазией мерцательного эпителия и затруднением мукоциллиарного транспорта в этой области.

E-mail: lorksmu@rambler.ru

**Ф.Н. Завьялов, А.В. Саликов,
Т.В. Хлобыстова, В.В. Черненко**
**ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОЛОСТИ
НОСА У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ
СРЕДНИМ ОТИТОМ И ВРОЖДЁННОЙ
НЕСКВОЗНОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА**
Курский государственный медицинский
университет, г. Курск

В настоящее время недостаточное внимание уделяется проблеме экссудативных средних отитов (ЭСО) у детей с врождённой расщелиной нёба (ВРН). В отечественной литературе имеется ограниченное количество публикаций, касающихся ведущих причинных факторов заболевания и характерной эндоскопической картины полости носа и носоглотки у таких детей (Н.С. Загойнова, 2002; А.В. Соколова, 2003; С.Г. Вахрушев с соавт., 2006).

Цель исследования. На основе данных эндоскопического исследования выявить характерные топографо-анатомические особенности строения полости носа у детей с несквозной ВРН и ЭСО.

Материал и методы исследования. За период с 2006 по 2008 г. нами обследовано 18 детей в возрасте 3–7 лет, находившихся на лечении в отделении челюстно-лице-

вой хирургии Курской областной клинической больницы с ВРН, не проникающей через альвеолярный отросток (несквозная расщелина), и сопутствующим ЭСО. Полных расщелин, захватывающих всё твёрдое и мягкое нёбо, ни у одного обследуемого выявлено не было, во всех случаях в той или иной мере был расщеплён задний край твёрдого нёба и определялось укорочение мягкого нёба. В 12 случаях диагностирована неполная (частичная) расщелина, располагавшаяся на всём протяжении мягкого и части твёрдого нёба, которая захватывала все слои. В 6 случаях выявлена подслизистая расщелина, распространяющаяся на протяжении мягкого и части твёрдого нёба, при этом изъём имел гладкие края и был покрыт с ротовой и носовой стороны только слоем слизистой оболочки. Эндоскопическое исследование полости носа проводилось под общим наркозом перед началом операции на нёбе.

Результаты исследования. Характерных отличий в строении структур полости носа у детей с неполной и подслизистой расщелиной не выявлено. Вместе с тем у всех больных отмечено наличие вязкого слизистого отделяемого в нижнем носовом ходе, сочетания различных типов деформаций носовой перегородки, недоразвитие сошника и гипертрофия нижней носовой раковины. Сужение носового клапана за счёт деформированной носовой перегородки в передних отделах выявлено у 13 детей, из них: у 5 — с двух сторон, у 8 — с одной стороны. Сужение общего носового хода на стороне, противоположной расщелине твёрдого нёба, из-за смещения носовой перегородки в эту сторону выявлено у 8 детей; сужение среднего носового хода вследствие деформации перегородки на границе четырёхугольного хряща и перпендикулярной пластинки решётчатой кости — у 5 детей, из них: у 3 — с одной стороны, у 2 — с двух сторон; сужение нижнего носового хода вследствие деформации шипов и гребней на месте соединения перпендикулярной пластинки и сошника, гипертрофии нижней носовой раковины и деформации дна полости носа — у 16 больных, из них: у 4 — с одной стороны, у 12 — с двух сторон.

Всем больным выполнена уранопластика, из них в 7 случаях в сроки до одного года после операции на нёбе в связи с выраженным затруднением носового дыхания и сохраняющимися симптомами ринита, синуситов и рецидивирующего ЭСО произведены хирургические вмешательства на носовой перегородке и носовых раковинах.

Вывод. По нашему мнению, указанные изменения способствуют у детей с несквозной расщелиной нёба развитию хронического ринита и синуситов, недостаточности мукоциллиарного транспорта слизистой оболочки, снижению факторов местного иммунитета и бактериальному инфицированию назального секрета. Нарушение нормальной подвижности мягкого нёба в виде большей её мобильности и смещения краёв нёба к боковым стенкам носоглотки при глотании способствует рефлюксу назального секрета в слуховые трубы.

E-mail: lorksmu@rambler.ru

**Е.П. Карпова*, Д.А. Тулугов*,
Т.Г. Завикторина****
**ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ГЛОТОЧНОЙ
МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ
АДЕНОИДИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ
С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГЭРБ)**

*Кафедра детской оториноларингологии РМАПО,
г. Москва;

**Кафедра Педиатрии МГМСУ, г. Москва

Заболевания органов лимфоглоточного кольца занимают первое место по распространенности среди всех ЛОР-заболеваний в детской оториноларингологии. К основным причинам хронического воспалительного процесса глоточной миндалины относятся действие патогенной бактериальной флоры, аллергическое воспаление, воздействие вирусов. Однако в последнее время появились данные о влиянии кислого химуса у детей с ГЭРБ на поддержание хронического воспалительного процесса глоточной миндалины.