

Оториноларингология детского возраста в России: современное состояние и перспективы развития

М.Р.Богомилский

Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва
(ректор – акад. РАМН, проф. Н.Н.Володин)

В работе представлен материал, посвященный особенностям оториноларингологии детского возраста. Подробно изложены исторические этапы развития данного направления в России. Освещено состояние основных разделов детской оториноларингологии: болезни уха, реконструктивные операции при пороках развития наружного уха, проблемы кохlearной имплантации в детском возрасте, новые методики лечения и обследования носоглотки и гортани с использованием гибкой и жесткой оптики у детей всех возрастов. Особое внимание обращено на внедрение в практику детского оториноларинголога для недоношенных детей, требующих пристального наблюдения с самого момента рождения не только врача-неонатолога, невролога и офтальмолога, но и детского оториноларинголога. Обосновано присутствие детского оториноларинголога в штате врачей на первом и втором этапах выхаживания недоношенных детей.

Ключевые слова: оториноларингология детского возраста, заболевания гортани, болезни уха, болезни носоглотки, недоношенные дети

Pediatric otorhinolaryngology in Russia: current status and prospects of development

M.R.Bogomilskiy

N.I.Pirogov Russian State Medical University, Moscow
(Rector – Acad. of RAMS, Prof. N.N.Volodin)

This paper presents material on the characteristics of pediatric otorhinolaryngology with recounting of historical stages of the development of this direction in Russia. It is reported the state of the main sections of children's otorhinolaryngology: ear diseases, reconstructive surgery for malformations of external ear, the problem of cochlear implantation in children; new methods of treatment and examination of the nasopharynx and larynx with the use of flexible and rigid optics for children of all ages. Particular attention is drawn to the introduction in the practice of a pediatric otorhinolaryngologist for preterm infants requiring close monitoring from the moment of birth, not only a physician-neonatologist, neurologist and an ophthalmologist, but a pediatric otorhinolaryngologist as well. It is justified the presence of a child's otorhinolaryngologist in the medical staff on the first and second stages of the care of premature infants.

Key words: pediatric otorhinolaryngology, larynx diseases, ear diseases, nasopharynx diseases, premature infants



Информация об авторе

БОГОМИЛЬСКИЙ Михаил Рафаилович

Заведующий кафедрой оториноларингологии педиатрического факультета
Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова,
заслуженный деятель науки РФ,

член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор

Адрес: 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., 1/9

Телефон: (499) 236-4538

E-mail: ishanova@hotmail.com

Статья поступила 17.01.2011 г., принята к печати 27.04.2011 г.

Родился 15 апреля 1934 г. в семье врача. В 1957 г. окончил 2-й МГМИ им. Н.И.Пирогова, после чего в течение трех лет работал оториноларингологом в Калининской области. В 1965 г. по окончании ординатуры защитил кандидатскую диссертацию «Некоторые вопросы диагностики и терапии хронических гайморитов при аллергии» под руководством академиков Б.С.Преображенского и А.Д.Адо. В 1965 г. был избран ассистентом кафедры оториноларингологии лечебного факультета 2-го МГМИ им. Н.И.Пирогова,

в 1971 г. – доцентом этой кафедры. В том же году при научном консультировании Б.С.Преображенского им была защищена докторская диссертация на тему «Проблемы тимпаноластики». В 1974 г. М.Р.Богомилский организовал научно-исследовательскую лабораторию «Искусственное ухо» при ЦНИЛе 2-го МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова. В 1984 г. ему было присвоено ученое звание профессора. С 1985 г. по настоящее время М.Р.Богомилский заведует кафедрой оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ им. Н.И.Пирогова.

Научные интересы М.Р.Богомилского связаны со следующими проблемами.

Первое направление, захватившее его в 60-е годы, было посвящено аллергии в оториноларингологии: были впервые разработаны и внедрены ряд диагностических и лечебных методик по теме «Аллергические заболевания верхних дыхательных путей» (совместно с Б.С.Преображенским, Д.И.Тарасовым и Л.Б.Дайняк). В 70-е годы основным направлением научной работы М.Р.Богомилского стала слухоулучшающая хирургия. Им были предложены новые методы операций при хронических гнойных средних отитах, внедрены эффективные способы тимпаноластики. Третьим научным направлением, начиная с 80-х годов, стала разработка вопросов диагностики, консервативного и хирургического лечения тугоухости и глухоты, и прежде всего – кохлеарная имплантация. В 1982 г. М.Р.Богомилским были предложены первые в нашей стране операции и издана монография «Кохлеарная имплантация» (совместно с А.Н.Ремизовым), которая стала основой для дальнейшего успешного развития этого направления в России. На кафедре оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ под руководством М.Р.Богомилского успешно развиваются такие научные направления, как хирургическое лечение врожденных пороков развития уха, ангиофибром основания черепа, гортанно-трахеальных стенозов. Большое внимание уделяется эндоскопии верхних дыхательных путей, лазерной хирургии, реабилитации голосовых расстройств у детей, диагностике тугоухости и т.д. Последние годы кафедра совместно с созданной при ней лабораторией экспериментальной и клинической детской оториноларингологии успешно разрабатывает новый инновационный проект, связанный с диагностикой и лечением патологии ЛОР-органов у новорожденных, в том числе у недоношенных детей.

Результаты научной деятельности М.Р.Богомилского отражены в 400 статьях, главах научных руководств, 17 изобретениях и патентах. Им изданы фундаментальное руководство для врачей «Детская оториноларингология» в двух томах (совместно с В.Р.Чистяковой), национальное руководство «Оториноларингология детского возраста», два учебника для студентов медицинских и педагогических вузов, 11 монографий по различным вопросам оториноларингологии. М.Р.Богомилским подготовлены 10 докторов и 66 кандидатов медицинских наук.

В 1997 г. М.Р.Богомилский был избран членом-корреспондентом РАМН по специальности «Детская оториноларингология». В 2001 г. ему присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки РФ». С 2008 г. он является председателем межрегиональной общественной организации «Объединение ЛОР-педиатров».

Развитие современной оториноларингологии характеризуется выделением внутри нее самостоятельных научно-практических направлений: ЛОР-онкологии, военной, реконструктивной оториноларингологии, сурдологии и аудиологии, ринологии и фониатрии, а также оториноларингологии детского возраста. Процесс этот вполне закономерен и объясним, он связан с качественным развитием сложной медицинской техники и микроэлектроники, клинической фармакологии, с внедрением во врачебную деятельность последних достижений оптики, компьютеризацией методов диагностики и т.д.

Весьма усложнившиеся методы функционального исследования, консервативного и хирургического лечения требуют от врача специальных знаний, часто в смежных дисциплинах и иногда вообще находящихся вне медицинского образования. Все это в полной мере относится и к такому научно-практическому направлению, как детская оториноларингология.

Невозможно рассматривать заболевания ЛОР-органов отдельно друг от друга. Это единая дисциплина, которая занимается анатомией, физиологией и болезнями уха, горла и носа. В то же время хотелось бы подчеркнуть своеобразие детской отоларингологии и выделить только ей присущие особенности.

Данные возрастной анатомии, физиологии убеждают, что ребенок – это не взрослый в миниатюре. В связи с этим невозможно механически переносить методы исследования,

диагностические приемы и способы лечения болезней ЛОР-органов у взрослых на ребенка.

Заболевания, прежде всего острые (отиты, синуситы, ангины и т.д.), протекают у детей совершенно иначе, характеризуются бурным началом, высокой степенью интоксикации, быстрым развитием осложнений (в т.ч. орбитальных и внутричерепных).

Диагностика заболеваний у детей затруднительна в связи с отсутствием возможности собрать анамнез, дети часто скрывают свое состояние, не жалуются. Особое внимание поэтому приобретают данные, сообщаемые родителями и близкими. Важное значение часто имеют сведения о перинатальном и антенатальном периоде, течении беременности и родов, так как они могут объяснять характер заболевания и учитываться как факторы риска, например, при тугоухости.

В детском возрасте встречаются такие заболевания ЛОР-органов, которых не бывает у взрослых: отоанtritы, папилломатоз гортани и трахеи, остеомиелит верхней челюсти, ложный круп, обструктивный ларинготрахеобронхит, юношеская ангиофиброма основания черепа, стридор, гораздо чаще встречаются врожденные пороки развития. В то же время у детей не бывает некоторых заболеваний взрослого контингента: отосклероза, невриномы VIII пары.

Особую ценность при функциональном исследовании состояния ЛОР-органов приобретают методы, не зависящие от субъективного восприятия ребенка: компьютерная аудиометрия, вестибулометрия (нистагмография) и т.д.

Некоторые заболевания ЛОР-органов у детей имеют свой «любимый» возраст: стридор, аденоиды, заглоточные абсцессы, остеомиелит верхней челюсти новорожденных. Воспалительные заболевания ЛОР-органов у детей часто возникают в результате детских инфекций, являются их осложнениями, что следует учитывать при проведении общей терапии.

Подход к хирургическим методам у детей всегда связан с возрастными особенностями, оценкой развития всего организма. В связи с тем, что операции производятся на растущем органе, чаще приходится производить щадящие операции, по возможности пытаться сохранить функциональную полноценность (риносеptoпластика, эндоназальная гайморотомия, парциальная аденотомия и т.д.)

Послеоперационный период у детей, как правило, протекает сложнее, чем у взрослых в связи с бурной местной реакцией тканей, их активным часто избыточным ростом (грануляции), склонностью к рубцеванию, высокой общей реактивностью, а также трудностью перевязок из-за неадекватного поведения ребенка, обусловленного страхом. Трудной проблемой детской ЛОР-хирургии является выбор метода анестезии. Наркоз у ребенка должен проводиться специально обученным анестезиологом, который хорошо ориентируется в верхних дыхательных путях (очень узких), для чего требуются специальный инструментарий и оптика. Перед наркозом и операцией учитываются некоторые особенности патологии, свойственной именно детскому возрасту, например, состояние вилочковой железы. При лечении детей возникают особые этические проблемы, связанные с их беззащитностью, поведением родителей, бабушек и дедушек, пребыванием ребенка в стационаре отдельно от них.

Все вышеизложенное, с нашей точки зрения, убедительно доказывает, что врач-оториноларинголог для успешной диагностики и лечения детей должен помимо общей получить специальную серьезную подготовку. На системе образования, которая существует в настоящее время, остановимся несколько позднее.

В каком же состоянии находится в настоящее время детская оториноларингология в нашей стране, каков ее уровень по отношению к развитым странам, какие проблемы остаются не решенными, каковы перспективы развития этого направления в нашей специальности?

Позвольте остановиться отдельно на состоянии основных разделов оториноларингологии детского возраста.

Болезни уха

По этому направлению в последние десятилетия отмечается колоссальный прогресс. Он связан, прежде всего, с разработкой новых современных методов диагностики тугоухости и глухоты, основанных на получении объективных данных о состоянии слухового анализатора в любом возрасте, в том числе у новорожденных и даже в период беременности. Компьютеризация позволила внедрить в практику объективную аудиометрию по слуховым вызванным потенциалам, электрокохлеографию. Широко применяются такие объективные методы диагностики, как акустическая импедансометрия, вызванная отоакустическая эмиссия. Нелишне напомнить, что еще 20–30 лет назад мы могли диагностировать тугоухость лишь начиная с 3–4-летнего возраста с по-

мощью очень трудоемкого способа – игровой аудиометрии; кто сейчас вспоминает об исследованиях с помощью безусловных рефлексов или о шумовой аудиометрии?

Возможность получения объективной картины слуха у детей грудного и раннего возраста создала предпосылки для разработки слуховых аппаратов на совершенно ином уровне. В настоящее время на основе микроэлектроники, радиотехники и компьютеров созданы и внедрены качественно новые слуховые аппараты: бинауральные, цифровые, внутриушные, создающие новые перспективы для сурдопедагогики. Доказано, что обучению речи лучше начинать уже с возраста 1–1,5 года, что является в значительной степени профилактикой глухонмоты. К сожалению, практически ничего положительного нельзя отметить в отношении консервативных методов лечения сенсоневральной тугоухости, так называемого кохлеарного неврита. Но это, конечно, общемедицинская и общебиологическая проблема.

Должен сказать о развитии кохлеарной имплантации у детей. Еще в 80-х годах прошлого века коллективом лаборатории искусственного уха (заведующий – проф. М.Р. Богомильский) при кафедре медицинской и биологической физики РГМУ (заведующий – проф. А.Н. Ремизов) были проведены первые операции.

Какое же положение проблемы сейчас? В стране создано несколько центров, где полностью освоены или очень близки к этому операции кохлеарной имплантации, в том числе в детском возрасте: Центр аудиологии и слухопротезирования РФ, Санкт-Петербургский НИИ уха, носа, горла и речи, Федеральный центр оториноларингологии.

Самый ранний возраст детей, которым сделаны такие операции, 1,5 года. Совместно с сурдопедагогами и аудиологами полностью отработаны методики аудиологического обследования и послеоперационного тестирования и обучения детей. Освоены методы компьютерной томографии височных костей, что совершенно необходимо для определения показаний и особенно противопоказаний к операции. Однако по-прежнему нет отечественного кохлеарного протеза, не хватает денег на приобретение зарубежных моделей, стоимость которых не снижается и составляет приблизительно 20 тыс долларов.

Другие проблемы в отиатрии

Ненормальное положение складывается с хирургическим лечением врожденных пороков развития уха у детей. Еще 10–15 лет назад в стране было несколько клиник, где работали прекрасные реконструктивные хирурги, результаты операций были очень хорошими. Эта область относится к таким фрагментам медицины, где успех определяется во многом индивидуальным мастерством хирурга, личным опытом и талантом именно к пластическим операциям. Существовали традиционные школы, так, например, только в нашей клинике было сделано несколько тысяч реконструктивных операций. Уместно вспомнить И.И. Щербатова, И.Л. Кручинину и др., однако сейчас с появлением и развитием коммерческой медицины положение резко изменилось. Центров и хирургов стало много, поскольку операции эти дорогостоящие, а качество их резко ухудшилось. По нашему убеждению, эти операции должны производиться только отоларингологами с предварительным аудиологическим об-

следованием, поскольку часто они являются не только косметическими, но и прежде всего функциональными. В связи с этим хотелось бы обратить внимание Минздравсоцразвития на необходимость более строгого отношения к лицензированию учреждений, претендующих на право проведения пластических реконструктивных операций на среднем и наружном ухе у детей, особенно на коммерческой основе.

Из остальных проблем детской отиатрии следует отметить близкий к решению вопрос о диагностике и лечении экссудативных средних отитов, некоторый рост внутричерепных отогенных осложнений, а также, к сожалению, снижение интереса к слухоулучшающей хирургии при адгезивных и гнойных средних отитах у детей. К серьезным достижениям отиатрии у детей следует отнести работы Е.И.Зеликович по КТ височной кости, Т.Г.Марковой в изучении генетических проблем, В.С.Минасяна по проблемам острых средних отитов у новорожденных и детей грудного возраста и др.

Нос, носоглотка

Значительный прогресс наблюдается в течение последних десятилетий в диагностике и лечении носа, околоносовых пазух и носоглотки при ЛОР-заболеваниях в детском возрасте. Серьезным достижением является возможность хирургического лечения юношеских ангиофибром с прорастанием в полость черепа, прежде считавшихся неоперабельными. Это произошло благодаря внедрению в нашу специальность метода рентгеноэндоваскулярной окклюзии. Хотелось бы отметить значительный личный вклад в эту разработку, сделанный проф. В.Р.Чистяковой, С.В.Яблонским.

Важной считаю работу А.С.Юнусова, доказавшего возможность хирургического лечения искривления носовой перегородки в более раннем, чем это было прежде, возрасте, и разработавшего методы ринопластики.

Особое внимание хотелось бы уделить диагностической и лечебной эндоскопии ЛОР-органов у детей.

Эндоскопия

Излишне говорить, какое значение для нашей специальности в последние годы приобрела современная эндоскопия с использованием жесткой и гибкой оптики. Однако следует отметить, что ее использование более необходимо и плодотворно именно при ЛОР-заболеваниях в детском возрасте, когда приходится иметь дело с миниатюрными объектами исследования, когда некоторые полости до внедрения эндоскопов (например, носоглотка) вообще не были доступны для зрительного наблюдения. Первые шаги в этом направлении относятся к 60–70 годам прошлого века, когда была внедрена оптическая бронхоскопия под наркозом. Ее применение значительно облегчило удаление инородных тел из верхних и нижних дыхательных путей, а ведь известно, что это было одно из самых сложных направлений в детской оториноларингологии. Важным этапом стало применение операционных микроскопов, не только в отиатрии, но и в ринологии и ларингологии. Значение операционных микроскопов, без сомнения, очень велико, однако главным достоинством их является только возможность увеличения исследуемого объекта. Настоящая революция произошла лишь с применением ригидных и гибких эндоскопов, которые по-

зволили обозреть и манипулировать на недоступных прежде для зрения отделах, таких как подскладочное пространство гортани, трахея, околоносовые пазухи, задние отделы полости носа, и, что исключительно важно в детском возрасте, – области носоглотки.

Основными задачами при внедрении ЛОР-эндоскопии первоначально являлись создание адекватного детскому возрасту отечественного оборудования и инструментария, разработка семиотики нормы и патологии, видов и способов операций для каждой возрастной группы. Первый отечественный универсальный прибор «Синускан с волоконным световодом СИ-ВС-01» был создан в нашей клинике совместно с ВНИИМП в 90-е годы прошедшего столетия, что дало возможность начать диагностическую и лечебную эндоскопию у детей при заболеваниях околоносовых пазух и верхних дыхательных путей. В последующие годы были созданы сверхтонкие эндоскопы, позволяющие осуществлять задачи диагностической и лечебной эндоскопии верхних дыхательных путей у детей младших возрастных групп и грудного возраста, выполнять синусоскопии через микростомы и естественные соустья.

Современная эндоскопия у детей в настоящее время создала совершенно новые возможности для диагностики заболеваний всех ЛОР-органов. Остановлюсь детально лишь на нескольких аспектах заболеваний носоглотки, т.к. в детском возрасте они наиболее распространены, являются пусковым моментом практически всех заболеваний верхних дыхательных путей, в том числе и инфекционных. Возможность детального визуального осмотра носоглотки у детей поставила совершенно новые вопросы и задачи. Выяснилось, что по существу мы не имели данных о возрастных изменениях в этой области. В то же время исключительно важно иметь зрительное представление о состоянии аденоидной ткани, трубных миндалин, устьев слуховых труб, хоан, сошника в различном детском возрасте. Проведенная в нашей клинике работа показала, что уже у новорожденных глоточная миндалина контурируется в виде 2–6 сагиттальных складок, а в возрасте 1–3 лет у 56% занимает пространство половины просвета носоглотки. В 5–7 лет эта цифра достигает уже 80%. Даже в пубертатном возрасте у 57% нижняя граница глоточной миндалины находится на уровне верхней трети высоты сошника. Интересные данные получены при исследовании расположения лимфоидной ткани в носоглотке. Помимо глоточной миндалины значительное скопление ее было обнаружено по верхнему своду, вдоль трубного валика и в Розенмюллеровской ямке, у свободного края сошника, верхнего края хоаны с переходом в сфеноэтомойдальный карман. Кроме того, часто лимфоидная ткань располагалась в виде поперечного тяжа на границе носовой и ротоглотки.

Современная эндоскопия при заболевании гортани

Известно, что у истоков нашей специальности находилась именно ларингоскопия. Не буду останавливаться на этапах ее развития, исторически можно выделить два важнейших этапа: внедрение оптической поднаркозной трахеобронхоскопии и использование операционного микроскопа для осмотра гортани. Первый метод получил широкое развитие больше у хирургов, пульмонологов, фтизиатров.

Второй способ широко применяется отоларингологами; в сочетании с инъекцией он позволил сделать более доступным не только длительное наблюдение, но и операции на верхних отделах гортани, прежде всего при папилломатозе, небольших опухолях и рубцовых сужениях. Революционное значение современной эндоскопии состоит в возможности обозрения и вмешательства на подскладочном пространстве (в отделах гортани) и трахее, что имеет исключительно важное значение.

Важнейшее достижение современной эндоскопии состоит в том, что оно заменяет тяжелые вмешательства у детей: прямую ларингоскопию и трахеоскопию. Нам представляется, что исследования, которые ведутся в области гортани и трахеи, очень перспективны. По данным, полученным в нашей (проф. Гаращенко Т.И., проф. Радциг Е.Ю.) и других клиниках Санкт-Петербурга (проф. Степанова Ю.Е., проф. Цветков Э.А.) и Москвы (проф. Василенко Ю.С., проф. Орлова О.С.), число заболеваний гортани, а также нарушений голосовой функции гораздо больше, чем это представляется. Активные осмотры, проведенные нами в организованных детских коллективах, показывают, что различные нарушения голосообразования выявлены у 34,93% детей и подростков. Углубленное эндоскопическое исследование, в том числе и с возможностью видеоконтроля, позволяет поставить правильный диагноз и своевременно начать лечение. Широкое использование компьютерных технологий совместно с эндоскопической техникой еще более расширило диагностические возможности и позволило предложить методику «покадровой» эндоскопии (проф. Радциг Е.Ю.), что играет важную роль для выявления голосовых дисфункций у детей раннего возраста.

В нашей клинике также разработаны методики видеоэндоскопии гортани с записью голоса у детей раннего возраста – видеостробоэндоскопия.

Использование современных возможностей эндоскопической техники не только значительно обогатило наши представления о патогенезе различных заболеваний гортани у детей, но и позволило выявлять и устранять стенозы гортани у детей любого возраста, начиная с первых суток жизни ребенка.

В качестве примера можно привести широко распространенный термин «врожденный стридор», который объединяет группу разнообразных аномалий развития гортани и трахеи, клинически проявляющихся в течение первых дней жизни ребенка, наиболее частой из которых является ларингомаляция. С ростом ребенка симптоматика этого заболевания самоликвидируется, чем в значительной степени и объясняется недостаточное пристальное внимание части оториноларингологов и педиатров к этой патологии. Наличие ларингомаляции является неблагоприятным прогностическим фактором при проведении интубации трахеи по различным причинам, например, при остром стенозирующем ларинготрахеите, и значительно повышает риск развития приобретенного рубцового стеноза гортани. Кроме того, стридор может быть вызван и другими заболеваниями, в частности – кистами гортанной части глотки и гортани, парезом голосовой складки, подскладочной гемангиомой, трахеомалиацией и другими аномалиями.

Следует отметить, что применение эндоскопической техники резко улучшило результаты операций при врожденных

мембранах гортани, гортанно-трахеальных рубцовых стенозах, распространенном ювенильном папилломатозе, доброкачественных опухолях гортани, снизило возраст оперируемых детей. Очень много в этом направлении в последние годы сделано профессорами Э.А.Цветковым, В.Г.Зенгером, А.Н.Наседкиным, Ю.Л.Солдатским, Т.И.Гаращенко, В.Ю.Разумовским и др.

Рецидивирующий респираторный папилломатоз остается одной из сложных и неразрешенных проблем оториноларингологии. Микрохирургия, лазерная техника позволяют эффективно устранить дыхательный стеноз, вызванный ростом папиллом, однако не предотвращают рецидив заболевания; более того, в результате повторных операций могут формироваться рубцовые синехии гортани, как небольшие, не требующие в дальнейшем хирургического лечения, так и массивные мембраны, вызывающие дыхательный стеноз. В связи с этим в лечении большинства детей используются современные методы противорецидивной терапии, включающие интерферон и его индукторы, иммуномодуляторы, препараты индол-3-карбинола, цитостатики и т.д., позволяющие у большинства пациентов добиться довольно стойкой ремиссии опухоли.

Эндоскопическое применение лазерной техники позволяет эффективно устранять рубцовые мембраны гортанной части глотки, гортани и трахеи, хотя в ряде случаев (при большой протяженности рубца) по-прежнему требуются операции наружным доступом.

Применение эндоскопии открывает значительные перспективы в использовании лазерной техники, поскольку миниатюрный просвет верхних дыхательных путей ребенка часто не совместим с размерами стандартного инструментария. При известных СО₂-лазерах нет возможности заключить мощный лазерный пучок в гибкий световод малого диаметра; у других (видимого диапазона (аргоновый) и ближнего инфракрасного диапазона (НИАГ) на алюминиово-иттриевом гранате) также имеется ряд недостатков, которые ограничивают их применение у детей: низкий КПД, малый коэффициент поглощения в биотканях, опасность арозивных кровотечений и т.д. Одним из перспективных в этом направлении является применяемый в нашей клинике лазер на парах меди (ЛПМ), который способен работать в контактном режиме, энергию его можно транслировать через кварцевый световод диаметром от 0,1 мм. Особенно эффективен такой лазер при работе на тканях с хорошим кровенаполнением (носовые раковины, сосудистые новообразования, лимфоидная ткань и т.д.).

В последние годы неонатологами накоплен положительный опыт выхаживания недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, внедрены новые методы профилактики и лечения патологических состояний. Однако одновременно возникли и некоторые проблемы, требующие диагностики и лечения у оториноларинголога. Это прежде всего посттравматические изменения в полости носа после СРАР-терапии (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях), аудиологический мониторинг после применения ототоксических препаратов, длительного пребывания в ОРИТ, выявление врожденных аномалий развития носа, уха и гортани, зачастую не совместимых с жизнью. В связи с этим

сотрудниками НОЦ по проблемам детской оториноларингологии, включающего кафедру оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ им. Н.И.Пирогова (заведующий кафедрой – чл.-кор. РАМН, проф. М.Р.Богомилский) и НИЛ клинической и экспериментальной детской оториноларингологии (заведующая – д.м.н. И.В.Рахманова), разработан инновационный проект «Этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика заболеваний ЛОР-органов у новорожденных, недоношенных, грудных детей и детей раннего возраста» совместно с кафедрой неонатологии ФУВ РГМУ под руководством академика РАМН Н.Н.Володина. В рамках инновационного проекта разработана и внедрена медицинская технология «Методика обследования недоношенных детей различного гестационного возраста методом регистрации вызванной отоакустической эмиссии», подана заявка на патент «Назальная

канюля-протектор для новорожденных», представлена к утверждению медицинская технология «Комплексные лечебно-профилактические мероприятия посттравматических изменений носа у новорожденных детей, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии».

Важным достижением для развития детской оториноларингологии явилось создание межрегиональной общественной организации «Объединение ЛОР-педиатров» в 2008 году. Благодаря этому значительно улучшились профессиональные связи с педиатрами, в том числе в регионах Российской Федерации. Проведены в рамках Российских конгрессов конференции по таким смежным проблемам, как аллергия, пульмонология, перинатология, иммунология и т.д.

При поддержке «Объединения ЛОР-педиатров» издан ряд фундаментальных руководств для детских оториноларингологов и детских врачей.

НОВАЯ РУБРИКА

Журнал «Вестник РГМУ» открывает новую рубрику «Горизонты науки», в которой будут печататься статьи обзорно-аналитического характера. Авторами рубрики станут наиболее авторитетные ученые РГМУ им. Н.И.Пирогова и ведущих учреждений здравоохранения России. Они представят свое видение современного состояния и перспектив развития различных направлений практической медицины и медицинской науки. Такие публикации будут представлять большой интерес для врачей, научных работников и студентов.

СТРАНИЧКА УЧЕНОГО СОВЕТА РГМУ

Информация о защитах диссертаций на соискание ученой степени доктора наук в ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

Автор	Тема	Специальность
Мальчевский Владимир Алексеевич	Диагностика и лечение посттравматического гонартроза в аспекте иммунологических нарушений	14.01.15 – травматология и ортопедия; 14.03.09 – клиническая иммунология, аллергология (медицинские науки)
<i>Работа выполнена в Тюменском филиале Научно-исследовательского института клинической иммунологии Сибирского отделения РАМН. Научные консультанты – д.м.н., проф. Г.Д.Лазишвили; д.м.н., проф. Ю.Г.Суховей. Защита состоится 10.10.11 в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.11 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: 434-84-64).</i>		
Фролов Денис Владимирович	Патогенез и профилактика поздних тромбозмболических реокклюзий у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей	14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия; 14.01.17 – хирургия (медицинские науки)
<i>Работа выполнена в ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ». Научные консультанты – д.м.н., проф. П.В.Мозговой; д.м.н., проф. А.А.Поляnceв. Защита состоится 10.10.11 в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.03 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: 434-84-64).</i>		