

ХРОНИКА, ИНФОРМАЦИЯ

© СУББОТИНА М.В. — 2010

VIII РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ «НАУКА И ПРАКТИКА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ»

М.В. Субботина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н, проф. И.В. Малов, кафедра оторинолангиологии, зав. — к.м.н. М.В. Субботина)

Резюме. Информационное сообщение о состоявшемся 10-11 ноября 2009 года в Москве VIII Российском Конгрессе оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии».

Ключевые слова: отоларингология, VIII Российский Конгресс оториноларингологов.

VIII RUSSIAN CONGRESS OF OTORHINOLARYNGOLOGIST «THE SCIENCE AND PRACTICE IN OTOLARYNGOLOGY»

M. V. Subbotina

(Irkutsk State Medical University)

Summary. A report of information about VIII Russian Congress of otorhinolaryngologist «The Science and Practice in Otolaryngology» taken place on November, 10-11th, 2009 in Moscow.

Key words: otolaryngology, VIII Russian Congress of otorhinolaryngologist.

В Москве 10-11 ноября 2009 года состоялся VIII Российский Конгресс оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии», собравший более 200 участников из разных регионов страны. Заседания проходили в залах Российской Академии Государственной службы при Президенте Российской Федерации. В открывающем Конгресс докладе «Клинический диагноз и лечебная тактика при остром воспалении ЛОР-органов» член-корреспондент РАМН заслуженный деятель науки РФ профессор Владимир Тимофеевич Пальчун остановился на врачебных ошибках как причине перехода острого воспаления в хроническое. В Москве за последние три года увеличилась обращаемость пациентов по поводу хронического среднего отита с 10 до 27% и в 2 раза увеличилось число больных с хроническим синуситом. Докладчик констатировал, что путеводной нитью, позволяющей избежать врачебных ошибок, может быть полноценное клиническое мышление, базирующееся на тщательном анализе клинических данных (анамнеза и обследования) и на профессиональных знаниях по специальности. Должно уделяться большое внимание своевременному (ургентному) и правильному лечению острых воспалительных процессов. В современных условиях произошли изменения патогенных свойств микрофлоры, формируются биопленки, которые ограждают возбудителей заболеваний от воздействия антибактериальных препаратов и иммунной системы. Причиной перехода острого воспаления в хроническое может быть ошибка врача, который не выполнил стандартов обследования и лечения больного.

Тема биопленок звучала и в докладах заведующего кафедрой микробиологии государственного медицинского университета из Санкт-Петербурга профессор В.В. Теца «Новые макролиды в лечении заболеваний верхних дыхательных путей», главного оториноларинголога г. Москвы, директора Московского научно-практического центра оториноларингологии проф. А.И. Крюкова «Роль микробиологических критериев в прогнозировании течения хронического тонзиллита» и других. В.В. Тец подробно осветил существующие представления о сложной организации микробов в естественных условиях обитания. Патогенные бактерии в организме человека проходят стадию колонизации, образуют различные типы сообществ, объединенные общим понятием — биопленки. Бактериальные клетки распределены неравномерно в толще биопленки в виде трехмерной структуры: они сгруппированы в микроколонию, окруженные обволакивающим межклеточным матриксом. Последний пронизан каналами, по которым

циркулируют питательные субстраты, продукты метаболизма, ферменты, сигнальные метаболиты, кислород, углекислота. Матрикс покрыт оболочкой, имеющей в своем составе полисахариды, белки и билипидный компонент, схожий по строению с элементарной мембраной, но содержащий большее количество кардиолипина и меньшее — лизофосфолипидов, нежели мембраны бактериальных клеток. Биопленка как сообщество микроорганизмов формирует единую генетическую систему в виде плазмид — мобильных кольцевых низкомолекулярных ДНК, несущих поведенческий код для членов биопленки, определяющих их пищевые (трофические), энергетические и другие связи между собой и окружающей средой, в том числе с иммунокомпетентным макроорганизмом. Отмеченные особенности строения биопленки придают ей особую прочность, устойчивость к антибактериальным средствам, разнообразным внешним воздействиям и факторам естественной резистентности организма. В пленке распространение и перенос генов антибиотикоустойчивости происходит в 1000 раз быстрее, чем вне её. Все ЛОР заболевания ассоциируются с микробными биопленками. Недавно проведенные исследования показали, что азитромицин блокирует образование биопленок и их рассеивание. При лечении ЛОР патологии рекомендуется сочетать назначение антибиотиков, плохо проникающих в биопленку (пенициллины), с антибиотиками, проникающими в нее.

А.И. Крюков в своем докладе отметил возрастание числа пациентов, обращающихся по скорой помощи с паратонзиллярными абсцессами, что свидетельствует о несвоевременной санации больных хроническим тонзиллитом. У 28% таких больных были выявлены биопленки β -гемолитического стрептококка группы А (БГСА), в связи с чем возросла резистентность этого возбудителя к пенициллинам и возникают рецидивы заболевания. Выявление пленкообразующих форм БГСА наряду с признаками тонзиллогенной интоксикации при хроническом тонзиллите автор предлагает использовать как аргумент в пользу хирургического лечения.

Много вопросов на конференции было уделено стрептококковой инфекции, рост заболеваемости которой уже отмечается в западном мире. Регистрируется 6–8 млн. случаев заболеваний в России. В докладе доцента кафедры эпидемиологии ММА им И.М. Сеченова А.В. Аксеновой (содокладчики профессор Н.А. Шостак, академик РАМН Н.И. Брико) «Эпидемиология стрептококковой инфекции группы А в Российской Федерации и первичная профилактика постстрептококковых заболеваний» было указано на 40-50-летнюю периодичность вспышек

стрептококковой инфекции. По данным ВОЗ, 18,1 млн. человек в мире болеют БГСА-ассоциированными заболеваниями, 15,6 млн. имеют ревматическое поражение сердца, причем регистрируется 1,8 млн. новых случаев ежегодно. Первичные болезни, вызываемые БГСА, — это рожистое воспаление, скарлатина, ангина и другие; вторичные — аутоиммунные васкулиты, острая ревматическая лихорадка, паратонзиллярные абсцессы и т.д. Критериями диагностики БГСА (ВОЗ) является посев из зева и типирование возбудителя, выявление антител к клеточной стенке и экстрацеллюлярных (АСЛ-О и др.). Заболеваемость стрептококковой инфекцией в Москве составляет 14,8 : 10 тыс. населения, в РФ хронические заболевания глотки стрептококковой этиологии встречаются у 81 из 10 тыс. человек. Профилактика должна заключаться в ранней диагностике и изоляции заболевших, выявлении, обследовании и санации групп риска по формированию БГСА-заболеваний (носителей В-лимфоцитарного маркера DS-17).

Профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ Татьяна Ильинична Гаращенко в докладе «Выбор терапии при тонзиллофарингитах у детей» напомнила об их делении на катаральные, пленчатые, везикулярные и инфекции окологлоточного и околоминдаликового пространства (паратонзиллярный и другие абсцессы). Клиническими диагностическими критериями выявления БГСА как причины острого тонзиллофарингита являются симптомы (шкала MacIsaac, 1997): повышение температуры тела выше 38°C, отсутствие кашля и насморка, увеличение передних шейных лимфатических узлов, налеты на миндалинах, возраст моложе 15 лет. При выявлении этих признаков за каждый выставляется 1 балл. У пациентов старше 45 лет вычитается 1 балл. Если у пациента имеются симптомы на 0-1 балл, то вероятность БГСА мала, антибактериальная терапия не нужна. При выявлении 2-3 симптомов антибиотикотерапия показана только при бактериологическом подтверждении БГСА. Если были обнаружены 4-5 симптомов, то антибактериальная терапия показана, высока вероятность БГСА. По рекомендациям ВОЗ, при стрептококковом тонзиллите надо проводить антибиотикотерапию пеницилинами в течение 10 дней, а при рецидивирующем течении заболевания — 14 дней. Терапию пленчатых форм заболеваний глотки можно начинать макролидами. Резистентность к ним возрастает в регионах, где активно санируют *Helicobacter pylori*. Докладчик отметил высокую резистентность БГСА к макролидам в Иркутске. Антисептические препараты для лечения воспалительных процессов в глотке могут вызвать дисбиоз полости рта и кишечника — они не должны длительно использоваться у детей. К фюзафунгину не развивается резистентность микрофлоры, его можно применять при рецидивах заболевания, вызванного стафилококком, в том числе MRSA. Татьяна Ильинична имеет по-

ложительный опыт использования. Несколько слов докладчик посвятил пандемии гриппа H1N1, отметил, что заболевание манифестирует ринитом и сильными болями в горле (как будто «облили кипятком»), затем с 3 дня резко повышается температура тела, появляется кашель, развивается ларингит, который может переходить в перихондрит гортани. У иммуносупрессированных людей развивается интерстициальная пневмония (присоединение микоплазм, хламидий) с явлениями дыхательной недостаточности. Характерен геморрагический синдром. Отмечено, что диагноз гриппа можно поставить только вирусологически (смазывают не всем пациентам). Выявлено много случаев носительства вируса после перенесенного заболевания в течение нескольких недель.

В докладе директора Московского федерального научно-практического центра оториноларингологии проф. Н.А.Дайхеса «Инновационные проекты в оториноларингологии» прозвучали приоритетные направления специальности: развитие высокотехнологичных видов помощи (кохлеарная имплантация и другие), разработка и совершенствование стандартов диагностики и лечения ЛОР заболеваний, расширение междисциплинарных научных исследований, повышение престижа специальности и другие.

Делегатами Конгресса от Иркутской области были заведующая ЛОР отделением ИОДКБ г. Иркутска Г.Н.Борисенко, врач оториноларингологического отделения факультетских клиник Т.А.Виговская и заведующая кафедрой оториноларингологии Иркутского государственного медицинского университета М.В.Субботина, выступившая с докладом «Из опыта освоения студентами практических навыков на кафедре оториноларингологии ИГМУ», в котором речь шла об использовании муляжей, созданных сотрудниками кафедры и фирмами. Рекомендовалось их широкое внедрение в образовательный процесс. Докладчик считает целесообразным в государственных образовательных стандартах обозначить перечень необходимых муляжей для освоения практических навыков, поручить создающим муляжи фирмам оснастить ими кафедры России, заинтересовав их, например, нанесением рекламы на изделия. Второй доклад М.В.Субботиной «О возможностях ультразвуковых методов исследования для изучения фонации» (соавторы Ю.Г.Сенькин, В.О.Иванов) был посвящен неинвазивным методам обследования гортани, позволяющим измерить длину голосовых складок, скорость и амплитуду их движений.

Доклады прозвучали по всем разделам оториноларингологии: диагностика и лечение больных с опухолями головы и шеи, патология глотки, гортани, носа и уха. Параллельно проходили школы для практических врачей, сателлитные симпозиумы. Была организована выставка медицинского оборудования и лекарственных препаратов.

Информация об авторах: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, кафедра оториноларингологии, тел. (3952) 24-25-91, e-mail: lor-igmu@yandex.ru
Субботина Мария Владимировна — заведующая кафедрой, кандидат медицинских наук.