



XI съезд оториноларингологов Украины

16-19 мая в одном из лучших курортов юго-восточного Крыма г. Судак состоялся крупнейший медицинский форум текущего года – XI съезд оториноларингологов Украины. Впервые съезд был проведен в 1938 году в Харькове и с тех пор проходит один раз в несколько лет. В этом году он собрал рекордное количество участников – более 700 врачей из разных регионов Украины, а также гостей из других стран. Организаторами съезда выступили Национальная академия медицинских наук Украины, Министерство здравоохранения Украины, ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины», Украинское научное медицинское общество оториноларингологов, МЗ АР Крым, Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского и Ассоциация оториноларингологов АР Крым.

Оториноларингологи собрались в Судак за день до начала научной программы – 16 мая, и имели возможность посетить несколько экскурсий. В тот же день заведующие кафедрами оториноларингологии медицинских вузов и учреждений последиplomного образования, а также главные областные оториноларингологи провели рабочие совещания. А вечером 16 мая в клубе ТОК «Судак» состоялась торжественное открытие съезда, праздничный концерт и фуршет.

Участников мероприятия поздравляли с открытием почетные гости – депутат Верховной Рады Украины Борис Давыдович Дейч, заместитель министра здравоохранения АР Крым Алина Михайловна Грудницкая, проректор Крымского медицинского университета им. С.И. Георгиевского Евгений Сергеевич Крутиков, мэр г. Судака Андрей Васильевич Деметьев, главный оториноларинголог АР Крым Анатолий Григорьевич Балабанцев.

С приветственным словом к оториноларингологам обратился и директор Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины, главный оториноларинголог МЗ Украины, член-корреспондент НАМН Украины, заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Ильич Заболотный. Он отметил, что спустя пять лет после предыдущего съезда произошло немало событий в жизни каждого из его участников, в украинской оториноларингологии и в стране в целом.



Украина пусть и с определенными трудностями, но все же уверенно идет к построению демократического общества. Свой вклад в развитие страны вносят и оториноларингологи Украины, заботясь о повышении качества оказания медицинской помощи, сохранении и приумножении здоровья нации. Дмитрий Ильич пожелал участникам съезда успешной работы, а также приятного общения с коллегами и отдыха.

Первое пленарное заседание съезда открыл заместитель директора Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Анатолий Иванович Розкладка. Он рассказал об истории создания Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины, которому в этом году исполняется 50 лет.



Безусловно, не только создание этого научно-исследовательского учреждения, но и его славная история являются во многом заслугой Алексея Исидоровича Коломийченко, имя которого сегодня носит институт. Однако в своем докладе профессор А.И. Розкладка уделил должное внимание и другим ученым-отоларингологам, которые стояли у истоков создания института или же внесли существенный вклад в его развитие на протяжении последующих 50 лет. Среди них Н.Ф. Питенко, Л.А. Зарицкий, А. И. Цыганов, Б.Л. Француз, Д.И. Заболотный и др.

Об истории кафедры оториноларингологии Одесского государственного медицинского университета, которой в этом году исполняется 90 лет, рассказал ее руководитель, доктор медицинских наук, профессор Сергей Михайлович Пухлик.



Первый в Украине амбулаторный прием для больных с ЛОР-патологией был организован в Одессе при городской больнице отоларингологом Моисеем Григорьевичем Погребинским в 70-х годах XIX столетия. В последующем в Одессе работали такие отоларингологи, как К.М. Шмидт (консультант Евангелической больницы, 1882 г.) и И.А. Гурович (стационар и амбулатория при Касперовской общине сестер милосердия, 1903 г.). Амбулаторный прием при Стурдзовской общине в разные периоды вели А.М. Косевич (в 1890-х годах), П.К. Куликовский (1901-1907), И.М. Тирман (1908-1909), П.Х. Калачев (1910-1911) и др.

В 1911 году было организовано Одесское ЛОР-общество, соучредителями которого стали О.И. Пенский, А.И. Гешелин, Л.М. Розенфельд и К.М. Шмидт, возглавивший общество.

В 1920 году постановлением Совета профессоров Одесского медицинского института была организована кафедра оториноларингологии. Ее первым заведующим стал Александр Митрофанович Пучковский. Штат кафедры состоял из профессора и 6 ассистентов, была организована учебная (таблицы, муляжи, макро- и микропрепараты и т.п.) и клиническая база – созданное профессором А.М. Пучковским на базе госпиталя самостоятельное ЛОР-отделение на 25 коек. В 1922 году профессором А.М. Пучковского избрали заведующим кафедрой Киевского медицинского института, а на его место назначили Александра Исааковича Гешелина.

В 1927 году кафедра была переведена в помещение стоматологической клиники, а в 1930-м – на базу 2-й городской больницы (в настоящее время – ГКБ № 11), где и находится по сегодняшний день. Здесь был организован стационар на 30 коек и амбулатория, на базе которых проводилось обучение ЛОР-врачей. В клинике выполнялись операции по поводу опухолей гипофиза, оперативные вмешательства по формированию искусственного пищевода из кожи. Профессор А.И. Гешелин руководил клиникой на протяжении 30 лет. Сотрудники кафедры много времени уделяли лечению отогенных внутричерепных осложнений, злокачественных опухолей ЛОР-органов, осложненных инородных путей пищевода и дыхательных путей. Под руководством профессора А.И. Гешелина было выполнено 15 кандидатских диссертаций.

С февраля 1955 года по январь 1963 года кафедру возглавлял ученик А.М. Пучковского профессор Леонид Андреевич Зарицкий, который до этого заведовал кафедрой ЛОР-болезней Киевского стоматологического института. Л.А. Зарицкий сделал весомый вклад в развитие отечественной оториноларингологии, в частности он был инициатором разработки и усовершенствования слуховосстановительных операций при хроническом отите и отосклерозе. Во время его руководства на кафедре начали выполняться расширенные оперативные вмешательства при онкологических заболеваниях ЛОР-органов. Впервые в СССР (1959) в ЛОР-отделении, которое являлось базой кафедры, был применен интубационный наркоз при оперативных вмешательствах на ЛОР-органах.

С 1965 по 1990 год кафедру возглавлял профессор Владимир Дмитриевич Драгомирецкий, создавший вместе со своими учениками школу криохирургии. В 1969 г. в начале в эксперименте на животных, а затем в 1971 г. на добровольцах-больных были проведены клинические испытания криоаппарата и разработаны методики криохирургических операций при хроническом тонзиллите, вазомоторном рините, носовых кровотечениях, ринофиме, доброкачественных и злокачественных опухолях с помощью аппаратов «КАО-01» и «КАО-02», изготовленных в Одесском технологическом институте холодильной промышленности. На протяжении 25 лет руководства В.Д. Драгомирецкого на кафедре выполнено 3 докторские и 22 кандидатские диссертации, подготовлено более 600 криохирургов-оториноларингологов для многих городов Украины, стран СНГ и дальнего зарубежья. За весомый вклад в подготовку кадров и научные исследования В.Д. Драгомирецкому в 1990 году было присвоено звание заслуженного деятеля науки и техники УССР.

В 1990 году заведующим кафедрой был избран доцент Геннадий Михайлович Пеньковский. За период его руководства кафедра широко внедрила методы лучевой диагностики, хирургического и консервативного лечения злокачественных опухолей верхних дыхательных путей.

С 1996 по 2002 год кафедрой заведовал профессор Олег Валерьевич Дюмин, который занимался и продолжает заниматься проблемами криохирургических вмешательств на ЛОР-органах, эндоназальной ринохирургии, воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и уха, профессиональной патологии. Под руководством профессора О.В. Дюмина были защищены 2 кандидатские диссертации. В настоящее время О.В. Дюмин является действительным членом Международной

академии оториноларингологии, хирургии головы и шеи (IAO-HNS).

С 2002 года кафедру возглавляет профессор Сергей Михайлович Пухлик. Последние пять лет на кафедре обучаются студенты медицинского и стоматологического факультетов Одесского государственного медицинского университета, за это время подготовлено 30 интернов, 8 клинических ординаторов, 3 магистра, защищены 2 докторские и 3 кандидатские диссертации.

К основным направлениям научно-исследовательской и клинической работы кафедры в настоящее время относятся: диагностика и лечение воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и уха, аллергических заболеваний дыхательных путей, онкологических заболеваний ЛОР-органов, шеи, челюстно-лицевой системы, реконструктивные операции при онкопатологии, пластическая хирургия (уши, нос), лечение ринхопатии.

О достижениях и перспективах клинической иммунологии в оториноларингологии рассказал заведующий лабораторией патофизиологии и иммунологии Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Олег Феодосиевич Мельников.



Среди основных задач клинической иммунологии в оториноларингологии он выделил:

- создание новых методов и подходов к иммунодиагностике;
- определение эффективности иммунокоррекции;
- изучение иммунопатогенеза ЛОР-заболеваний;
- исследование иммуномодулирующих свойств у препаратов с комплексным механизмом действия;

– разработку экспериментальных моделей патологических процессов;

– доклиническую апробацию новых фармакотерапевтических средств.

Что касается иммунодиагностики, то за последние несколько лет в лаборатории патофизиологии и иммунологии Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины было оценено диагностическое значение целого ряда показателей локального иммунитета в ротоглоточном секрете, ушной сере, слезной жидкости (интерфероны, лактоферин, система цитокинов, секреторный ингибитор протеиназы лейкоцитов), а также системного иммунитета (цитокины, интегрин, моноклональные антитела и др.). Были созданы алгоритмы для дифференциальной диагностики аллергического и наследственного ангионевротического отека, что позволило выделить смешанную форму этой патологии, когда аллергическая реакция является пусковым фактором, а дефицит ингибитора C1 способствует прогрессированию отека.

Была разработана балльная клинико-иммунологическая система оценки эффективности иммунокорректирующего лечения. Она включает оценку следующих параметров: клинические характеристики, показатели локального иммунитета (секреторный иммуноглобулин А (sIgA), цитокины, антипротеазы), гуморального системного иммунитета (В-лимфоциты, IgA, IgM, IgG, IgD), клеточного системного иммунитета (Т-киллеры), факторы врожденного иммунитета (натуральные киллеры, фагоциты, система комплемента, неспецифические антитела).

На базе лаборатории проведены многочисленные исследования иммуномодулирующих свойств у различных препаратов (пробиотики, Синупрет, Имупрет, Тонзилотрен, Ринитал, Инфлюцид, Септолете плюс и др.). К слову, препарат Имупрет получил новое название (ранее – Тонзилгон Н) благодаря работам, проведенным в лаборатории патофизиологии и иммунологии Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины.

Сотрудниками лаборатории созданы новые патологические экспериментальные модели – катарального ринита, инфекционного ринита, глоточной лимфомы Плисса, IgE-зависимой аллергии в органах дыхания.

В ближайшее время планируется провести целый ряд новых научно-исследовательских работ, в том числе по таким направлениям:

- разработка эффективных схем лечения заболеваний ЛОР-органов с включением препаратов с иммуномодулирующими свойствами;
- изучение иммуномодулирующих свойств пре- и пробиотиков;
- оценка роли лимфо-глочного кольца в патогенезе аллергических заболеваний и в процессе вакцинации;
- изучение иммунопатогенеза вирусных и грибковых заболеваний ЛОР-органов;
- испытание иммунопрепаратов нового поколения – антител к цитокинам, иммуноглобулинам.

Диагностике и лечению аллергического ринита (АР) был посвящен доклад **руководителя Центра аллергических заболеваний верхних дыхательных путей и уха Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины, кандидата медицинских наук Инны Владимировны Гогунской.**



В последнее время распространенность аллергических заболеваний, в том числе АР, растет стремительными темпами – каждые 5 лет приблизительно на 5%. В то же время их диагностика продолжает оставаться на очень низком уровне. Так, по официальным данным, АР регистрируется у 0,2-1% населения, бронхиальная астма (БА) – у 0,2-0,4%, тогда как, по данным зарубежных авторов, АР страдают до 25% населения, БА – 7-10%.

Актуальность АР обусловлена не только высокой распространенностью этого заболевания, выраженным негативным влиянием на качество жизни больных, но и той ролью, которая отводится АР в развитии БА. Установлено, что приблизительно 20-40% пациентов с АР страдают БА. Нельзя забывать и о том, что АР оказывает отрицательное влияние на рост и развитие детей.

Согласно классификации ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) выделяют следующие формы АР – интермиттирующий (менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в год) и персистирующий (более 4 дней в неделю или более 4 недель в год), с легким или умеренным/тяжелым течением. Следует подчеркнуть, что понятия «интермиттирующий» и «персистирующий» АР не являются синонимами сезонного и круглогодичного АР. И сезонный, и круглогодичный АР может быть как интермиттирующим, так и персистирующим.

Самую большую и сложную группу составляют лица с сочетанием круглогодичного и сезонного ринита, то есть с поливалентной сенсibilизацией. Установлено, что увеличение количества причинно-значимых аллергенов приводит к более тяжелому течению АР и затрудняет проведение специфической иммунотерапии (СИТ). Но следует помнить, что раннее начало лечения АР у лиц с поливалентной сенсibilизацией ассоциируется с более высокой эффективностью терапии.

Доступным и высокоспецифичным методом диагностики аллергических заболеваний являются кожные тесты с аллергенами, преимущественно прик-тесты. Перед проведением кожных тестов необходимо на несколько дней (3-7 в зависимости от препарата) отменить антигистаминные препараты.

Проведение кожных тестов не показано в следующих ситуациях: обострение основного заболевания; острые инфекционные заболевания; туберкулез, ревматизм нервные и психические заболевания в период обострения; тяжелые хронические соматические заболевания; анафилактический шок в анамнезе; распространенные заболевания кожи (атопический дерматит, рецидивирующая крапивница); гиперреактивность кожи (ложноположительная реакция на тест-контроль), невозможность отмены антигистаминных препаратов, ранний детский возраст. В таких случаях представление о выраженности аллергической реакции может дать определение уровня общего IgE, а установить причинный аллерген – определение уровня специфических IgE. Пациенты с невысоким уровнем общего IgE, но с высоким специфического IgE подлежат СИТ.

В последнее время несколько изменились наши представления об «атопическом марше». Раньше под этим термином мы понимали исключительно такую последовательность развития аллергических заболеваний у детей с атопической конституцией: атопический дерматит → атопический ринит → бронхиальная астма. В настоящее же время выделяют ранний «атопический марш», когда у детей до 8 лет аллергические заболевания развиваются в приведенной выше последовательности, и поздний, когда атопия проявляется после 8 лет в виде АР с быстрым развитием БА.

Основным методом терапии АР является СИТ, в то время как остальные методы направлены на достижение стойкой ремиссии, которая позволит провести СИТ. Только иммунотерапия причинно-значимыми аллергенами позволяет изменять естественное течение аллергических заболеваний. Эффекты СИТ, в том числе подавление аллергического воспаления, сохраняются на протяжении длительного времени.

Важное место в ведении пациентов с АР занимает их обучение, а также устранение контакта с причинными аллергенами. Фармакотерапия АР включает применение пероральных (без седативного эффекта) или топических антигистаминных препаратов, интраназальных и пероральных деконгестантов, топических кортикостероидов (при персистирующем или умеренном/тяжелом интермиттирующем течении), системных кортикостероидов (при тяжелом течении), стабилизаторов мембран тучных клеток (интраназальных кромонов), интраназальных антихолинэргических средств, антилейкотриеновых препаратов, анти-IgE-препаратов (моноклональных антител).

С докладом «Эндоскопическая микрохирургия носа у пациентов с синдромом постназального затекания» выступил **заведующий кафедрой оториноларингологии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Владимир Васильевич Березнюк.**



Синдром постназального затекания (СПЗ) является очень распространенной проблемой. Количество амбулаторных обращений к оториноларингологам с основной жалобой на ощущение стекания слизи по задней стенке носоглотки составляет всего 1%. Однако активный сбор анамнеза у больных с патологией ЛОР-органов позволяет обнаружить признаки СПЗ не менее чем у 10% из них (В.М. Авербух, А.С. Лопатин, 2008). Что же касается лиц, обратившихся по поводу хронического кашля, частота выявления СПЗ среди них превышает 50% (R. Irwin et al., 1998).

Согласно A. Sanu и R. Eccles (2008) основным проявлением СПЗ является ощущение заложенности в задних отделах носа, сопровождающееся раздражением и шкочением в области языка, мягкого неба и задних отделов твердого неба. Эти ощущения усиливаются после сна, пациент каждое утро просыпается с ощущением раздражения в горле, хотя при фарингоскопии не отмечаются отечность, гиперемия или изъязвления слизистой оболочки. Частыми симптомами СПЗ являются непродолжительные приступы кашля, возникающие ночью и в утренние часы, а также после длительных перерывов между приемами пищи и питья. При аускультации легких патологические шумы не выслушиваются. Кашель, как правило, влажный с отделением небольшого количества вязкой мокроты коричневатого цвета. При фарингоскопии можно обнаружить свисание вязкой слизи позади небной занавески, гиперемию и гиперплазию фолликулов задней стенки глотки.

Наиболее часто с СПЗ ассоциируются следующие заболевания и патологические состояния:

- хронический риносинусит (как правило, при выраженном воспалительном процессе в носоглотке отмечается наличие слизи, а при латентном течении отделяемое при эндоскопическом исследовании не удается выявить ни в задних отделах носовой полости, ни в носоглотке);
- сумка Торнвальда;
- хронический фарингит;
- сенильный насморк;
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;
- полипы, локализованные вокруг устья клиновидной пазухи (K. Ichimura, 1999).

Недооценка такого важного симптома, как стекание слизи по задней стенке носоглотки, приводит к ошибочному выбору тактики хирургического лечения при патологии носа, к частым рецидивам назальной обструкции и гипертрофии носовых раковин при продолжающемся стекании слизи после операции. Как показали W. Draf et al. (1995), стекание слизи в носоглотку в послеоперационном периоде является прогностически неблагоприятным признаком.

Ключевым моментом в купировании проявлений СПЗ является лечение основного заболевания. Однако на практике такой подход не всегда эффективен, во многих случаях даже после курса адекватного лечения основного заболевания ощущение стекания слизи по задней стенке глотки сохраняется (W. Hosemann, 2000; В.М. Авербух, А.С. Лопатин, 2008).

Еще в начале XX века было установлено, что традиционно применяемое для лечения СПЗ орошение полости носа и глотки солевыми растворами в большей степени



Во время торжественного открытия XI съезда оториноларингологов Украины



Почетные гости XI съезда оториноларингологов Украины: А.Г. Балабанцев, Е.С. Крутиков, А.М. Грудницкая, Б.Д. Дейч



Заседание «История оториноларингологии. Современные технологии диагностики и лечения воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей». В президиуме: А.Г. Балабанцев, Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный



Заседание «Современные технологии диагностики и лечения заболеваний уха и вестибулярного аппарата». В президиуме: В.А. Шкорботун, А.И. Розкладка, Ю.А. Сушко, О.Д. Гусаков



Заседание «Пластическая и реконструктивная хирургия в оториноларингологии». В президиуме: С.В. Рязанцев, А.Л. Косаковский

Продолжение на стр. 56.

XI съезд оториноларингологов Украины

Продолжение. Начало на стр. 54.



Ведущие оториноларингологи Украины внимательно слушают выступления коллег



Выставка лекарственных препаратов, медицинского оборудования и литературы

является симптоматическим, чем патогенетически оправданным средством (P. Watson-Williams, 1910; G. Portman, 1924). Результаты проведенных в последние годы исследований свидетельствуют о том, что регулярное промывание полости носа стерильным изотоническим раствором не обеспечивает заметного облегчения у больных с СПЗ (В.М. Авербух, А.С. Лопатин, 2008).

Методом выбора в лечении пациентов с СПЗ на фоне хронического риносинусита является эндоскопическая микрохирургия. Сравнительная оценка эффективности эндоскопических микрохирургических вмешательств у данной категории больных была проведена на базе кафедры оториноларингологии ДГМА. В исследовании принимали участие 90 пациентов без аллергического анамнеза, основными жалобами у которых были затруднение носового дыхания разной степени выраженности (100%) и стекание слизи в носоглотку (73,3%). Также многие больные отмечали потребность в постоянном использовании деконгестантов (в течение 1 и более лет) и кашель, 3 пациента – стойкие интенсивные боли в области переносицы, угла глаза, щеки и виска на стороне наибольшей заложности носа. 25 пациентам ранее проводилась септопластика с различными вариантами коррекции носовых раковин и перегородки носа.

При эндоскопическом исследовании полости носа у всех больных отмечены различные варианты гипертрофии слизистой оболочки носовых раковин и искривление носовой перегородки разной степени выраженности. Компьютерная томография околоносовых пазух была проведена 67 больным с жалобами на стекание слизи по задней стенке глотки, но в 74,1% случаев патология придаточных пазух носа не была обнаружена. У 25,1% пациентов были отмечены признаки этмоидита, у 12,4% – гайморита. В то же время при проведении термографии лица у 91,3% пациентов с СПЗ были отмечены признаки этмоидита, у 18,2% – гайморита.

Всего было прооперировано 80 пациентов. В план хирургического вмешательства при наличии СПЗ, помимо септопластики, включали эндоскопию естественных соустьев всех пазух, микроревизию клеток решетчатого лабиринта и расширение естественного соустья верхнечелюстной пазухи при наличии гайморита. Показаниями к микроревизии клеток решетчатого лабиринта являлось наличие СПЗ и подтвержденный с помощью КТ, МРТ или термографии этмоидит.

В ходе операции из 67 больных с СПЗ у 58 (86%) отмечалось утолщение слизистой оболочки в пораженных пазухах, у 42 (62,7%) – скудное слизистое отделяемое, у 8 (12,4%) – признаки хронического гайморита. При наличии участков выраженной гипертрофии носовых раковин вмешательство дополнялось подслизистой остеоконхотомией нижних носовых раковин, в ряде случаев гипертрофированная ткань задних концов носовых раковин удалялась шейвером.

Период наблюдения прооперированных больных составил от одного до пяти лет. Из 13 пациентов, которым проводилось вмешательство только на носовых раковинах и носовой перегородке, у 5 (38,5%) в течение года вновь появлялись жалобы на затрудненное носовое дыхание, а также признаки СПЗ. В течение года после оперативного вмешательства из 67 пациентов с СПЗ, которым была проведена микроревизия с последующим вскрытием клеток решетчатого лабиринта, у 57 (85,1%) отмечали полное прекращение стекания слизи в носоглотку, у 10 (14,9%) – значительное уменьшение количества отделяемого. Все пациенты этой подгруппы отмечали удовлетворительное носовое дыхание без использования деконгестантов.

Об организации оказания помощи больным с тугоухостью и глухотой в Украине, и в частности о проведении кохлеарной имплантации (КИ), рассказал доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии НМАПО им. П.Л. Шупика Владимир Алексеевич Шкорботун.

– Первый многоканальный кохлеарный имплантат был установлен ученым из Мельбурнского университета (Австралия) Грэмом Кларком в 1978 году. К концу 2009 года в мире было проведено уже более 180 тыс. КИ.

Первая КИ в Украине была выполнена в 1991 году в отделении микрохирургии уха и отонейрохирургии Института оториноларингологии им. А.И. Коломийченко профессором Ю.А. Сушко, а первую КИ ребенку осуществил в 2003 году член-корреспондент НАМН Украины профессор Г.Э. Тимен в отделении ЛОР-патологии детского возраста. К 2010 г. 350 украинцам были вживлены

кохлеарные имплантаты, при этом 293 из них операции были проведены в Украине.

Координацию оказания медицинской помощи украинским пациентам с тугоухостью и глухотой и проведения им КИ осуществляет член-корреспондент НАМН Украины, профессор Д.И. Заболотный. В 2004 году в Украине была создана комиссия по отбору кандидатов на КИ, которую в настоящее время возглавляет О.С. Чемеркин. В Институте оториноларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины функционирует кабинет «Кохлеарной имплантации», на базе которого ведется всеукраинский реестр претендентов на КИ, проводится постановка в очередь, перерегистрация.



Определенную проблему представляет своевременное выявление пациентов с сенсоневральной глухотой (СНГ). Согласно оценкам экспертов частота врожденной тугоухости и глухоты составляет 1 на 650-1000 новорожденных. Таким образом, при рождаемости в Украине более 500 тыс. человек в год ежегодно должно выявляться около 500 больных с СНГ. В то же время в государственный реестр сегодня включено лишь 764 больных, из них в 2007 г. было внесено 130, 2008 г. – 107, 2009 г. – всего 7 человек.

Для повышения выявляемости СНГ недавно в Киеве и ряде регионов Украины (Днепропетровская, Киевская, Львовская, Черниговская области) была внедрена пилотная скрининговая программа по оценке слуха у новорожденных. Алгоритм скрининга включает: проведение отоакустической эмиссии сразу после рождения и через 3 месяца, при отрицательном результате – применение импедансометрии и метода коротколатентных слуховых вызванных потенциалов. На сегодня в Украине зарегистрировано 764 детей с СНГ, из которых 464 еще не прооперированы. Из детей, нуждающихся в КИ, 0,6% приходится на возраст до 1 года, 22,7% – 1-3 года, 31,8% – от 3 до 5 лет, 19,5% – 5-7 лет, 21% – 7-15 лет, 4,4% – старше 15 лет.

КИ в Украине выполняется в трех медицинских центрах: ГУ «Институт оториноларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины», ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» (НМАПО им. П.Л. Шупика), Днепропетровская областная детская клиническая больница (ДГМА). Большая часть операций КИ в Украине выполняется в Институте оториноларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины (199 из 293).

Наибольший опыт в проведении КИ имеют профессор Ю.А. Сушко (102 КИ), член-корреспондент НАМН Украины Г.Э. Тимен (73 КИ), профессор В.В. Березнюк (57 КИ в Украине, а также 33 в зарубежных клиниках), профессор В.А. Шкорботун (61 КИ).

Самому младшему пациенту КИ была проведена в возрасте 8 месяцев. Билатеральная КИ выполнена у 4 больных.

За государственные средства в Украине было прооперировано 204 пациента (135 за счет государственного бюджета и 69 за счет муниципальных программ), 89 – за счет собственных средств больных.

Комплексная программа реабилитации пациентов с СНГ сегодня включает сурдологическую предоперационную подготовку, послеоперационную реабилитацию и интеграцию пациента в общество.

В ближайшее время предстоит решить следующие важные задачи: организация диагностических возможностей на уровне областных сурдологических кабинетов, организация скрининга нарушений слуха у новорожденных, уточнение государственного реестра глухих и тугоухих детей, более широкое проведение образовательной работы с населением, организация хирургических центров по проведению КИ и центров реабилитации, их соответствующее оснащение и подготовка кадров.

В целом научная программа съезда была очень насыщенной, за три дня прозвучало более 150 докладов, посвященных наиболее актуальным проблемам оториноларингологии. Были представлены доклады по истории развития этой области медицины, рассмотрены вопросы аллергологии и иммунологии в оториноларингологии, ринологии и ринопластики, ларингологии и фониатрии, хирургии шеи, лазерной хирургии, эндоскопии, отологии, аудиологии, вестибулологии и кохлеарной имплантации, ЛОР-онкологии, травматических поражений ЛОР-органов.

В рамках съезда работала выставка лекарственных препаратов, медицинского оборудования и литературы, которая стала дополнительным источником новой и полезной информации для врачей.

Подготовил Вячеслав Килимчук

