ское отверстие с использованием в качестве наполнителя гидроксиапатита. Для этого производят два разреза позади линии волос. Выполняется субпериостальная диссекция с использованием периостального элеватора. Для доступа и осмотра стенки используется 30° эндоскоп. В качестве наполнителя использовали Hydroset («Stryker», США) как заместитель кости. Авторы статьи делают вывод об эффективности и безопасности использования такого способа реконструкции передней стенки и короткого периода реконвалесценции.

### ПОДСЛИЗИСТАЯ ПАРЦИАЛЬНАЯ КОНХОТОМИЯ С ПОМОЩЬЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

SUBMUCOSAL PARTIAL-TURBINECTOMY (SPT) PRECEDING AN ENDOSCOPIC SINUS SURGERY (ESS) PROCEDURE

T. Hirai, N. Fukushima, N. Miyahara, A. Miyoshi, M. Ariki

Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho 2015;118(7):882—887 (Абстракт на англ., статья на японском)

Применяя эндоскопическую функциональную хирургию, авторы предлагают выполнять подслизистую частичную конхотомию (ПЧК), в результате которой удаляют часть кости нижней носовой раковины, что позволяет обеспечить доступ к верхнечелюстной пазухе и произвести антростомию. Данным способом, как считают авторы, можно не только выполнить обширную антростомию, но и обеспечить широкую маневренность в области среднего носового хода и естественного соустья с верхнечелюстной пазухой. ПЧК была выполнена с января 2012 г. по июнь 2014 г. у 140 больных (261 сторона). Стенозирование в области среднего носового хода наблюдали в 14,2% (37 сторон из 261) в течение 1 мес, в 7,4% (18 сторон из 243) в течение 3 мес и в 3,7% (6 сторон из 163) в течение 6 мес после операции. Рубцевание антростомического соустья наблюдали у 1,5% больных (4 стороны из 261) в течение 1 мес, у 2,9% пациентов (7 сторон из 243) в течение 3 мес и у 6,7% (11 сторон из 163) в течение 6 мес после операции. На основании этого авторы считают, что после выполнения ПЧК требуется послеоперационный тщательный уход с целью сохранения вентиляции полости носа и заживления слизистой оболочки. Несомненным преимуществом данного метода — частичной конхотомии — является снижение риска развития атрофического ринита и синдрома «пустого носа».

### ИЗОЛИРОВАННЫЙ СФЕНОИДИТ: ПРИЧИНА ГОЛОВНОЙ БОЛИ

ISOLATED SPHENOID SINUS DISEASE: AN OVERLOOKED CAUSE OF HEADACHE

F. Celenk, S. Gulsen, B. Gonuldas, E. Baysal, C. Durucu, M. Kanlikama, S. Mumbuc

J Craniomaxillofac Surg 2015 (англ. — Турция) (В Интернете представлена до публикации в печати)

Цель данной статьи — оценить состояние пациентов, которым произвели эндоскопическое вскрытие основной пазухи по поводу ее изолированного поражения. Кроме того, авторы изучили влияние патологии основной пазухи на интенсивность головной боли. В исследование был включен 21 пациент с изолированным поражением основной пазухи. Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза и данных рентгенографии. Все больные жаловались на головную боль различной локализации. Интенсивность головной боли оценивалась по специальной аналоговой визуальной шкале. У большинства (24%) головная боль локализовалась в области темени. До и после операции показатели головной боли составили 8,24±0,94 и 2,67±1,49 балла соответственно. Значительное уменьшение головной боли было статистически подтверждено ($p$<0,01). Наиболее частой патологией был полипозный сфеноидит (33,3%), затем воспаление (23,8%). Таким образом, авторы заключают, что изолированный сфеноидит может являться причиной головной боли и быть излечен при проведении эндоскопической сфеноидотомии.

### ОСОБЕННОСТИ НЕЭОЗИНОФИЛЬНОГО ПОЛИПОЗНОГО ПРОЦЕССА В ПОЛОСТИ НОСА С ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИЕЙ И ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

NON-EOSINOPHILIC NASAL POLYPS SHOWS INCREASED EPITHELIAL PROLIFERATION AND LOCALIZED DISEASE PATTERN IN THE EARLY STAGE

D.K. Kim, H.R. Jin, K.M. Eun, S. Mutusamy, S.H. Cho, S. Oh, D.W. Kim

PLoS One. 2015;10(10) (англ. — Корея)

Неэозинофильные полипы полости носа (НЭП) сопровождаются менее выраженными воспалительными изменениями нижних дыхательных путей по сравнению с эозинофильными полипами (ЭП). Однако патогенез НЭП, которые являются доминирующим подтипом в азиатской популяции, остается до конца неясен. В исследование был включен 81 человек, из которых у 45 были НЭП и у 36 — ЭП. Всем пациентам выполнялись КТ-исследование, эндоскопия полости носа, гистологическое исследование удаленной полипозной ткани. Последняя, кроме того, изучалась на уровень IgE и на уровни интерлейкинов IL-4, IL-5, IL-13, интерферона (IFN)-γ, фактора некроза опухоли — TNF-α, IL-17A, IL-22, IL-23p19, фактора роста TGF-β1, TGF-β2, TGF-β3 и периостина (специфического белка-маркера бронхиальной астмы). Проводилось иммунологическое исследование маркера пролиферации Ki-67. Авторами было отмечено, что при НЭП наиболее часто наблюдались эпителиальные образования, подтвержденные гистологически, такие как псевдокисты. При этом регистрировалось увеличение эпителиального маркера пролиферации Ki-67. ЭП характеризовались более выраженной воспалительной инфильтрацией по сравнению с НЭП. Сравнительный анализ компьютерных томограмм показал, что при НЭП воспалительный процесс был более локализован, с поражением верхнечелюстной пазухи. При ЭП отмечали более распространенное поражение этмоидального синуса и области орбиты. В дополнение оценивали соотношение этмоидального/верхнечелюстного (Э/В) индекса по данным КТ, который был выше и указывал на вовлечение в патологический процесс клеток решетчатого лабиринта при ЭП. Кроме того, этот индекс тесно коррелировал с уровнями TH2 воспалительных маркеров, включая IL-4, IL-5, периостин и общий уровень IgE в ткани носовых полипов, тогда как с уровнями TH1 цитокинов, IFN-γ наблюдалась обратная корреляция. Более того, если обнаруживали алгоритм из 3—4 маркеров, таких как IL-5 (<2,379), периостин (<3,889), IFN-γ (>0,316), и высокое соотношение Э/В индекса (<2,167), с высокой вероятностью говорили о НЭП, чувствительность составила 84,4%, а специфичность — 84,8%. Таким образом, авторы заключают, что гистологические, иммунологические и клинические исследования позволяют характеризовать неэозинофильное полипозное воспаление слизистой как эпителиальную гиперплазию с более локальным поражением верхнечелюстных пазух. Комбинация таких факторов воспаления, как интерлейкин IL-5, периостин, IFN-γ, и Э/В-индекс также указывают на неэозинофильный тип полипозного поражения полости носа.

### СРАВНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА И ПОЛИПОЗА НОСА

SURGICAL VERSUS MEDICAL INTERVENTIONS IN CRS AND NASAL POLYPS: COMPARATIVE EVIDENCE BETWEEN MEDICAL AND SURGICAL EFFICACY

O. Dessouky, C. Hopkins

Curr Allergy Asthma Rep 2015;15(11):66 (англ. — Великобритания)

Хронический риносинусит с полипозом носа является разновидностью хронического риносинусита, когда полипозные об-