



АКТОВАЯ РЕЧЬ

**Оториноларингология детского возраста:
современное состояние,
проблемы и перспективы развития**

Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор
БОГОМИЛЬСКИЙ М.Р.

Москва 2016

Глубокоуважаемые члены Ученого Совета! Дорогие гости, коллеги, студенты и друзья, господа и товарищи.

Впервые в истории нашего университета актовую речь поручено произнести оториноларингологу, специалисту по болезням уха горла и носа, а еще проще ЛОР-врачу. Я расцениваю это как знак внимания к нашей специальности и кафедре, как высокую честь и постараюсь ознакомить Вас с оториноларингологией, прежде всего детского возраста и вкладом нашей кафедры и лаборатории экспериментальной и клинической оториноларингологии в её развитие и прогресс.

Моя профессиональная судьба сложилась таким образом, что после окончания лечебного факультета 2-ого Московского медицинского института в течении 3-х лет я работал в районной больнице г. Бологое тогда Калининской, а теперь Тверской области, где конечно приходилось лечить взрослых и детей, затем в течении 25 лет в ЛОР клинике Первой градской больницы трудился ординатором, дежурантом, зав. ЛОР отделением, в 1965г. был приглашен ассистентом на кафедру выдающимся ученым Героем социалистического труда академиком Борисом Сергеевичем Преображенским, моим первым учителем, крестным отцом в специальности, под руководством которого работал до его кончины в 1971 г. Вечная ему память и бесконечная благодарность.



Борис Сергеевич Преображенский

С 1985 г. я стал заведовать кафедрой оториноларингологии педиатрического факультета. Лечу детей, иногда, конечно, и взрослых и могу высказать мнение об оториноларингологии, как ее не совсем удачно называют детской, что в русском языке, в некотором смысле, подразумевается как бы игрушечной или незрелой, на самом деле

речь идет не только о названии – в медицинской среде время от времени возникает дискуссия, а нужны ли вообще детские хирурги, урологи и офтальмологи, кардиологи и пульмонологи, нужно ли отдельно выделять подобные специальности.

На основании своего личного многолетнего опыта работы со взрослыми и детьми, думаю, могу с уверенностью ответить – да, нужно!

Однажды, крупного детского писателя спросили, - как писать для детей? И он ответил – так же как для взрослых, но только лучше. Точно так же могу сказать и я, детей нужно лечить так же, как и взрослых, но только лучше. Часто спрашивают – кому труднее: тем, кто лечит взрослых или детей? Ответа на этот вопрос не существует, потому сравнивать специальности просто бесполезно, это как говорят, две большие разницы.

Немного о собственном опыте

Переход на кафедру педиатрического факультета был непростым, выяснилось, что хирургическая подготовка у меня недостаточная, тем более в Первой градской приходилось заниматься всем, начиная от экстирпации гортани до микрохирургии уха, любыми видами оказания скорой медицинской помощи, а вот знаний по педиатрии явно не хватало. Успокаивало лишь то обстоятельство, что мои предшественники - замечательные доктора: Иван Иванович Щербатов и Ирина Леонидовна Кручинина, так же заканчивали лечебный факультет. Прошло не менее трех лет когда эта ущербность закончилась, и пришлось много читать книг по общей педиатрии.

Прошло уже более 30 лет как мне посчастливилось работать в ЛОР педиатрии. За это время наша специальность значительно изменилась к лучшему, появились новые диагностические и лечебные методы, улучшились результаты лечения и реабилитации, ряд болезней стали излечимыми. Речь об этом пойдет в дальнейшем.

А прежде я хотел бы остановиться на особенностях ЛОР педиатрии, которые пришлось учитывать, общих проблемах, связанных с диагностикой и лечением детей. Конечно это вопросы этики и деон-



Иван Иванович Щербатов

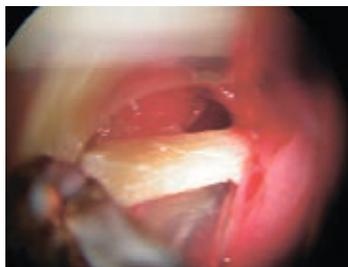


Ирина Леонидовна Кручинина

тологии, связанные с незащищенностью ребенка, его пребыванием в больнице отдельно от родителей, бабушек и дедушек, часто их эмоциональность, на первый взгляд, неадекватная реакция на действие медицинского персонала.

Оказалось, что в педиатрии важнейшее значение имеют сведения о течении беременности и родов, пери- и антенатальном периоде, так как они во многих случаях могут объяснить причины заболевания и должны учитываться как факторы риска, например, при врожденной тугоухости и глухоте.

Выяснилось, что диагноз ребенку ставить значительно труднее, прежде всего, из-за отсутствия возможности собрать анамнез, в нашей специальности, например, об обстоятельствах попадания инородного тела в дыхательные пути или пищевод, из-за неадекватности жалоб ребенка.



С небольшой степенью вероятности оцениваются жалобы на боль, её степень и локализацию. Дети раннего возраста часто не могут оценить функциональные нарушения, к примеру – потерю слуха, нарушение обоняния, вестибулярные расстройства. В подобных ситуациях исключаются методы исследования, основанные на субъективных ответах ребенка. Течение болезни у детей, как правило,

более бурное, чем у взрослых, с высокой степенью интоксикации, выраженностью местной реакции тканей, бурным ростом грануляций, частым вовлечением многих органов и систем.

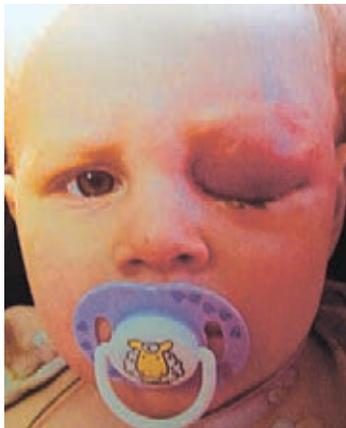
Ведение послеоперационного периода затруднено страхом ребенка перед болезненными переживаниями.

Иной подход в ЛОР педиатрии имеет место и при выборе анестезии, большинство операций проводится под наркозом, учитывая трудности её проведения, в связи с узкими дыхательными путями, возможностью наступления ларингоспазма, реакциями, связанными с состоянием вилочковой железы и т.д.

Для нашей специальности свойственно большое число малых хирургических вмешательств, таких как парацентез, вскрытие паратонзиллярного или заглоточного абсцессов, пункция гайморовых пазух и т.д., которые, конечно, необходимо проводить с особыми методиками обезболивания.

Подход к хирургическому лечению ребенка принципиально иной. Операции часто проводятся на растущем органе, поэтому предпочтение отдается щадящим способам, по возможности, сочетающим удаление патологических тканей с сохранением функциональности органа, что является всегда вдвойне трудной задачей.

У детей, к таким относятся, например, слухосохраняющие операции при хронических гнойных средних отитах, риносептопластика при искривлении носовой перегородки, парциальная аденотомия и т.д. Педиатрическая оториноларингология отличается еще и тем, что дети и взрослые, болеют разными заболеваниями ЛОР органов, так к примеру, у новорожденных часто бывает остеомиелит верхней челюсти, ложный круп (подскладочный ларингит) и стридор, ларинготрахеобронхит с обструктивным синдромом, аденоиды и аденоидиты,



заглочные абсцессы, отоантриты, врожденные пороки развития и т.д. С другой стороны у детей не встречаются или бывают исключительно редко отосклероз, невринома VIII пары черепных нервов, рак гортани и т.д.

Следующая, основная, часть моего доклада будет посвящена научным результатам и инновациям, внедренным в практику ЛОР педиатрии приблизительно за последние три десятилетия и в значительной степени обусловившие ее прогресс и качество медицинской помощи детям при болезнях уха, горла и носа, а так же, конечно, вкладу нашей кафедры в это благородное дело.

Специальность наша – хирургическая и в каком-то хорошем смысле – «ремесленная». Она во многом связана с достижениями физики, химии, вычислительной техники, оптики, математики и с такими техническими вопросами, как эндоскопия, компьютерная и магнитно-резонансная томография, разработка новых биоматериалов, электропотенциалов, математическая обработка сигналов, полученных с органов чувств. И в этом отношении клинические кафедры нашего Университета находятся в благоприятном положении, имея возможность тесно сотрудничать с теоретическими кафедрами физики, химии, математики и т.д. Собственно, одна из причин слияния Медицинской и Российской академий наук, в какой-то степени, была связана с желанием оптимизировать такого рода сотрудничество.

Как правило, подобный симбиоз является весьма продуктивным, ведь теоретики получают быстрый и прямой выход своих выводов в самое гуманное дело – охрану здоровья людей и их лечение. С последними достижениями науки случилось так, что они нашли свое оптимальное применение именно в ЛОР педиатрии.

Отиатрия (болезни уха)

Одной из самых трудных и нерешенных проблем до последнего времени было исследование слуха у детей раннего и грудного возраста, не говоря уже о новорожденных. У детей старше 4-5 лет, тем более у взрослых, такое исследование проводится довольно легко с помощью источника звука – аудиометра - различная частота и интен-

сивность подается в ухо через наушник, больной сообщает врачу о том, что он этот звук услышал и на основании этих ответов выстраивается кривая – аудиограмма. Однако понятно, что такой способ является субъективным и у детей применяться не может, поскольку ребенок до 3-4 лет не в состоянии дать правильного ответа.



Как же все-таки, еще 30-40 лет назад, пытались определить тугоухость и степень потери слуха у детей?

Существовали простые методы, когда использовали косвенные ответы, например, при звуковой стимуляции определяли тугоухость и реакцию зрачка (кохлеопупиллярный рефлекс), мигание (кохлеопальпепбральный рефлекс) и даже использовали болевую реакцию при электрическом раздражении. В качестве источника звука применяли дробь различной величины и веса в сосуде, полагая, что она издает звук различной частоты. Значительным шагом вперед стала разработка метода исследования слуха с помощью предварительной выработки условного рефлекса. Вначале подавали сильный звук, который ребенок должен был обязательно услышать, а затем этот звук сочетали с каким-то интересным для ребенка занятием, например, демонстрировали мультфильм или запускали детскую железную до-

рогу, которая приводилась в действие нажатием на кнопку только тогда, когда звук был услышан. Таким образом, вырабатывалась зависимость между действием ребенка и его слухом. Это была очень трудоемкая работа, выработка условного рефлекса занимала иногда более 2-х недель, да и результаты были не точными. В настоящее время все эти методы исследования слуха имеют только исторический интерес.

Как же обстоит дело сейчас?

В течении последних десятилетий в практику ЛОР учреждений прочно вошел метод исследования слуха у детей любого возраста, который получил название компьютерной аудиометрии. Принцип компьютерной аудиометрии основан на данных электроэнцефалографии, изучении электрических потенциалов в ответ на звуковой стимул (щелчок). О том, что такой потенциал образуется в ответ на звук было, конечно, известно довольно давно, но зафиксировать его, как бы вытащить из спонтанной активности мозга альфа и бета волн, было не возможно из-за малой величины. Сделать это удалось лишь с помощью использования памяти при компьютерном исследовании, когда подается большое количество импульсов, затем их незначительные амплитуды накапливаются и на экране появится суммарный потенциал, если, конечно, ребенок слышит.





Естественно, я привел только схему, принцип исследования, главное в нем – это объективный ответ, не зависящий от сознания ребенка. Таким образом, компьютерная аудиометрия решила вопрос выявления тугоухости и глухоты у детей в любом возрасте. В настоящее время разработаны и внедрены в практику отиатрии и более простые способы, позволяющие дифференцировать характер тугоухости, решить связана она со средним или внутренним ухом (акустическая импедансометрия).

К объективным методам исследования слуха относятся и исследование обратной акустической эмиссии. Эта методика технически легко доступно, даже для педиатров и позволяет провести скрининговое аудиометрическое тестовое исследование ушей в роддоме или в ближайшие месяцы после рождения.





Ну а дальше возникает вопрос, а для чего вообще нужно выяснить слышит ли ребенок в таком раннем возрасте, может быть, вполне достаточно подождать до 3-4 лет? В действительности, ранняя диагностика тугоухости и глухоты в значительной степени решает дальнейшую его судьбу, т.к. связана с развитием речи. Если ребенок не слышит, он не научится разговаривать и станет глухонемым, такова цена вопроса. У здорового ребенка речь начинает формироваться, приблизительно к годовалому возрасту и именно с этого времени, как сейчас установлено, нужно начинать решать вопрос реабилитации слуха у детей.

Какие же возможности для этого существуют?

К сожалению, во многих ситуациях мы не можем улучшить слух ребенку и, прежде всего тогда, когда потеря носит нейро-сенсорный характер, однако, и в этих случаях, ребенок тоже не остается без нашей помощи, а совместная работа сурдопедагога, аудиолога и отоларинголога, начатая в раннем возрасте с помощью специальных методов, достигает главной цели – ребенок воспринимает речь и начинает разговаривать.



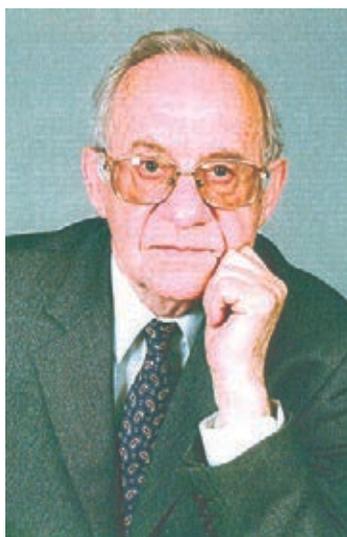
Следующие возможности реабилитации тугоухих детей – применение слуховых аппаратов, которые представляют собой усилители звука. Понятно, что они могут помочь только при частичной сохранности звуковоспринимающих клеток. До настоящего времени

проблема заключалась в том, что слуховые аппараты усиливали все звуки без разбора, а не только речи. Это приводило к дискомфорту. Например, резко усиливались звуки при прохождении транспорта и т.д. Дети не хотели носить аппарат, срывали их, и это обстоятельство значительно сдерживало распространение такого слухопротезирования. В настоящее время эти технологические проблемы в значительной степени решены с помощью специальных фильтров, отсекающих ненужные звуки, используются миниатюрные внутриушные приборы, бинауральное протезирование, цифровые методики.

Кохлеарная имплантация

Об этом направлении хирургической реабилитации мне хотелось бы рассказать особо, поскольку нам с А.Н. Ремизовым посчастливилось быть пионерами в разработке и внедрении метода «Искусственного уха» (как в 80е годы это называли) в нашей стране.

Неоценимая помощь здесь была нам оказана тогдашним ректором Юрием Михайловичем Лопухиным, благодаря которому была организована научно исследовательская лаборатория на базе ЦНИЛа, руководил которой и помогал нам Эммануил Маркович Коган.



Юрий Михайлович Лопухин

Суть кохлеарной имплантации заключается в том, что самый сложный процессор (аналог улитки) перекодирует электрические потенциалы в звуковые, иначе говоря, как бы заменяет улитку. Хирургическим путем его вводят в височную кость, а электроды – в лестницы улитки. Через какое-то время с помощью кохлеарного импланта начинается кропотливый процесс реабилитации с инженерами и сурдопедагогами, больной как бы вновь обучается речи.

Первые операции в нашей стране были проведены нами в 1982 году на взрослых глухих пациентах, сейчас эти операции успешно проводятся и в детском возрасте, уже начиная с годовалого возраста, в Специализированных крупных ЛОР центрах нашей страны, отработаны методики аудиологического обследования, показания и противопоказания к операции, послеоперационное тестирование. Однако дальнейшее развитие этого направления сдерживается в связи с высокой стоимостью зарубежных моделей, достигающих нескольких десятков тысяч долларов, а отечественного кохлеарного протеза в серийном производстве до сих пор нет. В развитии этого направления клиники связанного с вопросами аудиометрии большую роль сыграли Я.М. Сапожников, И.В. Рахманова, И.Н. Дьяконова и др.



В тоже время довольно успешно решаются вопросы тугоухости, связанной с разрушением звукопроводящего аппарата среднего уха, чаще всего в результате гнойного процесса. Различные типы хирургического вмешательства, в зависимости от степени разрушения, носят название тимпаноластики и широко применяются в детском возрасте, в том числе и в нашей клинике с неплохими результатами.



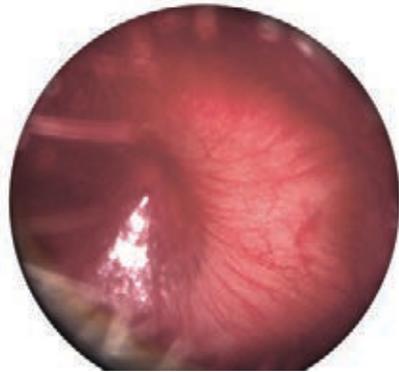
Несколько сложнее обстоит дело с хирургическим лечением при врожденных пороках, при заращении слухового прохода, отсутствии или недоразвитии слуховых косточек. Наша клиника традиционно

много лет занималась этими вопросами. Мои предшественники И.И. Щербатов, И.Л. Кручинина были прекрасными пластическими хирургами, много лет в нашей клинике таких больных оперировала Г.Л. Балясинская. Сейчас, к сожалению, во многом в связи с коммерческим интересом такие больные в основном оперируются в частных клиниках и не всегда с хорошими функциональными результатами.

Воспалительные заболевания уха

Острый средний отит – одно из самых распространенных заболеваний детского возраста. До 3-х лет 80-90% детей переносят это заболевание. Основные трудности, связанные с диагностикой среднего отита в грудном возрасте возникают из-за сложности обзора барабанной перепонки.

В.С. Минасяну удалось внедрить в практику работы клиники перспективную методику эндоскопии и видеосъемки движений барабанной перепонки, которая значительно улучшила и упростила диагностику острого процесса, состояния слуховой трубы и адгезивного (слипчивого) отита в раннем возрасте.

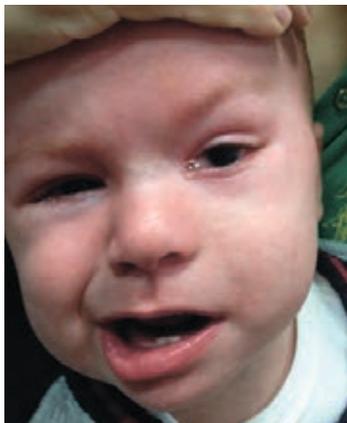


Хронические гнойные заболевания среднего уха до сих пор составляют около 8-10% всех ушных болезней и, к сожалению, имеют тенденцию к распространению. Это связано с различными причинами: резистентностью к антибиотикам при острых отитах, социальными и организационными вопросами и т.д. Две беды хронического



гнойного среднего отита: стойкая тугоухость и опасность развития тяжелых внутричерепных осложнений, таких как отогенный менингит, сепсис, абсцесс мозга и мозжечка, а так же отогенного паралича лицевого нерва и лабиринтита.

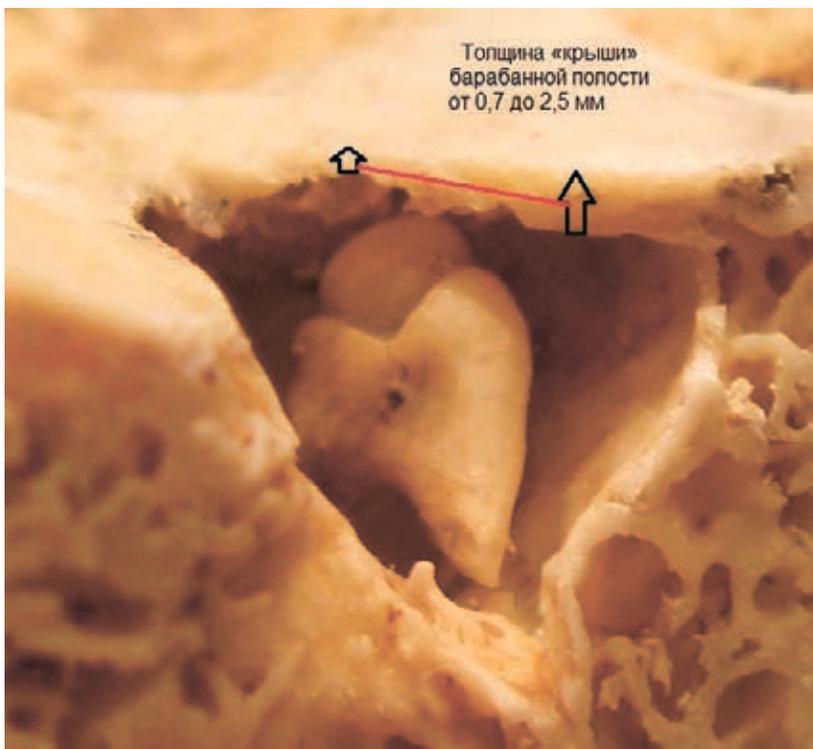
Нужно отметить, что в последние годы число осложнений не уменьшается, а возраст таких детей снижается. Нам приходилось оперировать таких детей уже в 2-3 года и во время хирургического вмешательства отмечались значительные разрушения височных костей. В тоже время оказалось, что хирургическая анатомия у детей такого возраста изучена явно недостаточно. Большим подспорьем для



детских отохирургов стали в этом отношении, послойные распилы детской височной кости (по Н.И. Пирогову) в сочетании с её компьютерной томографией предпринятые М.М. Полуниным совместно с Е.И. Зеликович (НЦЗД).

Эти исследования оказались важными потому, что впервые определили соотношение ряда фрагментов детской височной кости, которые легко могут быть повреждены во время хирургического вмешательства, например, лицевой нерв, горизонтальный полукружный канал, крыша барабанной полости, костная стенка прилегающего сигмовидного синуса и т.д. Внедрение КТ и МРТ заставило по новому относиться и к показаниям к санирующим операциям на ухе в детском возрасте.

Напомню, что хроническое гнойное воспаление среднего уха может протекать доброкачественно с вовлечением в процесс только слизистой оболочки (мезотимпанит) и злокачественно с образованием холестеатомы и грануляций и опасных тяжелых осложнений-эпитимпанит. Основным диагностическим дифференциальным признаком считалось расположение перфорации – центральное – при



мезо и краевая- при эптитимпанитах. Исследования (О.В. Карнеева, М.М. Полунин) на основании компьютерных и других данных показали, что в 10-15% случаев при мезотимпанитах так же имеет место деструктивный процесс, что заставляет нас более настороженно относиться к такому рода процессам.



Ринология (болезни носа и носоглотки)

Проблемы детского возраста, связанные с носоглоткой заключаются в основном в затруднении носового дыхания из-за аденоидов, гипертрофии миндалин или искривления перегородки носа. Хорошее носовое дыхание очень важно для развития ребенка, не только физического, но и умственного.



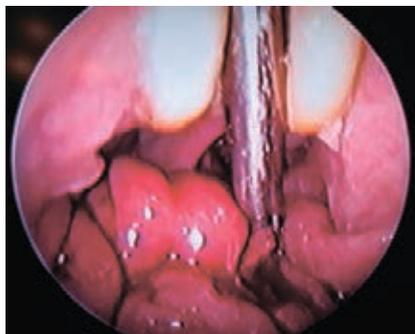
Прежде всего, остановлюсь на таком тяжелом заболевании, как юношеская ангиофиброма носоглотки. Это доброкачественная, по своему гистологическому строению, опухоль, растущая из глоточно-основной фасции на основании черепа. Направление дальнейшего роста различно, чаще всего – это околоносовые пазухи, крылонебная ямка реже, в запущенных случаях, – это полость черепа. Опухоль встречается только у мальчиков после 13-14 лет. Рост ее сопровождается обильными носовыми кровотечениями и сдавлением продолговатого мозга, что делает операцию неизбежной. Хирургическое вмешательство очень опасно, поскольку сопровождается сильным кровотечением, а остановка затруднительна из-за труднодоступной локализации. До последнего времени летальность при удалении опухоли достигала 30-40%, больной терял 3-4 литра крови, одновременно с операцией шло прямое переливание. В нашей клинике, к настоящему времени, произведено более 300 таких операций. Основным достижением в этой проблеме было внедрение дооперационной эндоваскулярной окклюзии, где нам очень помогли детские хирурги. Внедрение этого метода позволило не только уменьшить кровотечение во время операции, но и дать возможность оперировать больных с прорастанием в полость черепа, которая раньше считалась неоперабельной.

Атрезия хоан

Довольно часто встречается у новорожденных, при двухсторонней атрезии абсолютным показанием является операция, которая так же очень опасна, т.к. раньше проводилось в слепую в непосредственной близости к основанию черепа.



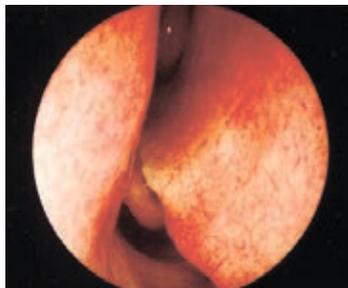
Внедрение эндоскопии носоглотки позволило провести около 100 успешных операций новорожденным и детям грудного возраста под зрительным контролем (Е.Н. Котова).



В настоящее время в большинстве современных клиник, в том числе и нашей, аденомотомия проводится под наркозом и зрительным контролем, инструментом, напоминающим бритву (дебрайдером). Такая методика снижает риск возможность кровотечений, а главное позволяет произвести частичное удаление аденоидной ткани, когда это нужно по показаниям, например, только снижения слуха из-за гипертрофии лимфоидной ткани в области устья слуховой (евстахиевой) трубы и нарушении ее вентиляции.

Не вдаваясь в дискуссию в отношении роли аденоидов, укажем лишь на позиции некоторых педиатров придающих этой лимфоидной ткани значительную роль в иммунитете.

Искривление носовой перегородки у детей – частая патология. Проблема заключается в том, что при общепринятой операции – подслизистой резекции искривленной части, удалялись так же зоны ее роста. Это приводило у детей к нарушению развития лицевого скелета.



Операция по этой причине откладывалась до 14-15 лет, и ребенок был вынужден жить с плохим носовым дыханием, что, конечно отрицательно сказывалось на его развитии. А.С. Юнусовым были, в связи с этим, разработаны принципиально новые, щадящие хирургические методы, позволяющие улучшить носовое дыхание при одновременном сохранении важнейших для роста зон носовой перегородки.

Ларингология (болезни гортани и трахеи)

Современная ларингоскопия оказала колоссальное влияние на процессы диагностики и лечения ряда заболеваний детской гортани. Всем известно, как проводится прямая ларингоскопия (другого способа осмотра гортани у ребёнка не было). Это сложная и довольно опасная процедура, иногда вызывающая ларингоспазм, приводящая к повреждению зубов, неприменимая в амбулаторных условиях. Поэтому осмотр гортани у маленьких детей не был доступен не только педиатрам, но и многим отоларингологам. Такое положение приводило к поздней диагностике при патологии гортани, например, папилломатозе, ложном крупе, стридоре и т.д.

Фиброскопия резко изменила положение. Работы Т.И. Гаращенко, Ю.Л. Солдатского по папилломатозу гортани, врождённым мембранам с применением современной эндоскопии значительно упростили и улучшили функциональные результаты. Большое практическое значе-



ние имеют работы Е.Ю.Радциг по эндоскопии гортани новорожденных, в том числе недоношенных, с использованием различных оптических систем, при которых установлен ряд особенностей вмешательства, довольно опасного из-за угрозы ларингоспазма.

Предложенная ею методика покадровой эндоскопии позволила не только оценить картину гортани, но и детально изучить ее в спокойной обстановке после окончания процедуры.



Такие современные методы как видеостробоскопия, видеоэндоскопия, запись голоса у детей раннего возраста в сочетании с его компьютерной обработкой (Е.И.Радциг), электрофизиологические методы исследования- электроглоттография сыграли важную роль в выявлении голосовой дисфункции, что ранее практически оставалось вне поля зрения ларингологов и логопедов.

Эндоскопическая техника в клинике широко применяются и при такой тяжёлой патологии как рубцовые стенозы гортани и трахеи (С.Ю.Водолазов, З.А.Вязьминов). Использование эндоскопической техники, ряда новых методических приёмов операций позволили улучшить функциональные результаты и сократить сроки реабилитации.



Патология уха, горла и носа у новорожденных (в т.ч. недоношенных) детей

Направление, которое мы активно развиваем последние годы связано с изучением патологии ЛОР-органов у новорожденных, и в первую очередь, недоношенных детей. Это направление имеет государственное значение в связи с общей демографической ситуацией в стране.

В развитие перинатологии вкладываются значительные средства, позволяющие серьезно улучшить выживаемость, даже маловесных недоношенных. Однако одновременно появилась и другая проблема, связанная с профилактикой их инвалидизации. Оказалось, что наших знаний, а тем более опыта в области лор-патологии явно недостаточно. В связи с этим сотрудники лаборатории клинической и экспериментальной оториноларингологии подключились к решению ряда вопросов. Прежде всего - это состояние и перспективы слуховой функции у недоношенных, лор-патология у детей, родившихся с врождёнными пороками развития гортани, особенности течения острых средних отитов и т. д.

Некоторые работы носили прямой прикладной характер. Например, перинатологи столкнулись с такой проблемой: недоношенные дети в течение длительного срока иногда нескольких месяцев находятся на управляемом дыхании (СРАР - сипап), без этого жить они не могут. Газовая смесь в дыхательные пути



подаётся через нос с помощью раздвоенной трубки, которая опирается на переднюю часть перегородки носа. У недоношенных она ещё не сформирована окончательно, мягкая, нежная и при длительном давлении легко воспаляется. Такое воспаление в последующем приводит к деформации перегородки, а в некоторых случаях к некротическим изменениям с расплавлением хряща. В одном случае всё это привело даже к риногенному сепсису. Сотрудниками лаборатории был разработан специальный протектор из особых материалов, позволяющий избежать такого рода осложнения.

Конечно, я не смог остановиться на всех проблемах, которые связаны с ЛОР-педиатрией, аллергией, пульмонологией, неврологией и т.д. Занимаемся мы и детской ЛОР-онкологией – В.Г. Поляков, хотя, таким пациентам помощь, естественно, оказывается в специализированных учреждениях. В то же время вопросы ранней диа-

гностики по-прежнему находятся в компетенции ЛОР-специалистов, в связи с чем очень важным остается образование в этой области для студентов и молодых врачей. Но основные нерешенные проблемы, хотелось бы отметить, и, полагаю, на них следует сосредоточить наши усилия в ближайшем будущем:

- 1) Нейро сенсорная тугоухость: лечение.
- 2) Внутрочерепные отогенные и риногенные осложнения.
- 3) Рецидивирующий папилломатоз гортани.
- 4) Профилактика инвалидизации новорожденных (недоношенных детей) и патологии ЛОР-органов.

Некоторые формальные данные и итоги

Кадровый состав кафедры

Зав.кафедрой	Должности			Всего
	Профессор	Доцент	Ассистент	
1,0	4,5	2,0	1,5	9

- Богомильский М.Р. член-корреспондент РАН
заслуженный деятель науки РФ – 1,0
- Минасян В.С. профессор – 1,0
- Рдциг Е.Ю. профессор – 1,0
- Полунин М.М. профессор – 1,0
- Солдатский Ю.Л. профессор – 0,5
- Поляков В.Г. академик РАН – 0,25
- Рахманова И.В. профессор – 0,5
- Ивойлов А.Ю. профессор – 0,25
- Котова Е.Н. доцент – 1,0
- Фениксова Л.В. доцент – 1,0
- Вязьминов Э.А. ассистент – 1,0
- Асманов А.И. ассистент – 0,25
- Пивнева Н.Н. ассистент – 0,25

Кадровый состав лаборатории

- Рахманова И.В. профессор – 1,0
- Котов Р.В. ведущий научный сотрудник – 1,0
- Ишанова Ю.С. старший научный сотрудник – 1,0
- Лебедева С.Ю. научный сотрудник – 1,0
- Матроскин А.Г. научный сотрудник – 1,0

-
- Количество защищенных диссертаций – 78
 - Докторов наук – 11
 - Кандидатов наук – 67
 - Количество учебников, монографий и руководств – 23
-

Клинические базы для студентов, ординаторов и аспирантов

- Морозовская детская клиническая больница (гл. врач, заслуженный врач РФ, профессор И.Е. Колтунов)
- Российская клиническая детская больница (гл. врач, заслуженный врач РФ, профессор Н.Н. Ваганов)
- Детская клиническая больница им. Сперанского (гл. врач, заслуженный врач РФ, профессор А.А. Корсунский)
- Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова (директор института, д.м.н., профессор М.А. Школьников)

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России