



РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY

Медицинский научно-практический журнал

Основан в 2002 году

(Выходит один раз в два месяца)

*Решением Президиума ВАК издание включено в перечень
рецензируемых журналов, входящих в бюллетень ВАК*

Индекс 41225 в каталоге «Пресса России»

Совместное издание

Федеральное государственное учреждение

«Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава»

Федеральное государственное учреждение «Санкт-Петербургский

научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий»

Российское общество оториноларингологов



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. К. Янов — *главный редактор*
Н. А. Дайхес — *зам. главного редактора*
С. В. Рязанцев — *зам. главного редактора*
В. Н. Тулкин — *технический редактор*

И.А. Аникин (*Санкт-Петербург*)
В.Ф. Антонив (*Москва*)
Х. Ш. Давудов (*Москва*)
А.С. Киселёв (*Санкт-Петербург*)
В. С. Козлов (*Москва*)
О.И. Коноплёв (*Санкт-Петербург*)
С. М. Куян (*Москва*)
В.И. Линьков (*Санкт-Петербург*)
Г.С. Мальцева (*Санкт-Петербург*)
Я. А. Накатис (*Санкт-Петербург*)
Н.Н. Науменко (*Санкт-Петербург*)
Е. В. Осипенко (*Москва*)
И. В. Плешков (*Москва*)
В.М. Свистушкин (*Москва*)
Ю.Е. Степанова (*Санкт-Петербург*)
Э. А. Цветков (*Санкт-Петербург*)
А. С. Юнусов (*Москва*)
С.В. Яблонский (*Москва*)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абабий И. И. (Кишинев, Молдавия)	Калинин М. А. (Архангельск)	Портенко Г. М. (Тверь)
Абдулкеримов Х. Т. (Екатеринбург)	Клемент П. (Брюссель, Бельгия)	Портнов В. Г. (Ленинградская обл.)
Алиметов Х. А. (Казань)	Клочихин А.Л. (Ярославль)	Проскурин А. И. (Астрахань)
Анютин Р. Г. (Москва)	Кофанов Р. В. (Челябинск)	Рымша М. А. (Новосибирск)
Арефьева Н. А. (Уфа)	Кочеровец В. И. (Москва)	Семенов Ф. В. (Краснодар)
Бабияк В. И. (С.-Петербург)	Кошель В. И. (Ставрополь)	Сергеев М. М. (Краснодар)
Богомильский М. Р. (Москва)	Кравчук А. П. (Ижевск)	Сергеев С. В. (Пенза)
Бойко Н. В. (Ростов)	Кржечковская Г. К. (Ставрополь)	Староха А. В. (Томск)
Борзов Е. В. (Иваново)	Кротов Ю. А. (Омск)	Таварткиладзе Г. А. (Москва)
Бурмистрова В. П. (Москва)	Крюков А. И. (Москва)	Тальшинский А. М. (Баку, Азербайджан)
Быкова В. П. (Москва)	Лиленко С. В. (С.-Петербург)	Тарасова Г. Д. (Москва)
Вахрушев С. Г. (Красноярск)	Лопатин А. С. (Москва)	Тимен Г. Е. (Киев, Украина)
Вишняков В. В. (Москва)	Мельников Ю. Д. (Череповец)	Тулебаев Р. К. (Астана, Казахстан)
Виницкий М. Е. (Ростов)	Макарина-Кибак Л. Е. (Минск, Беларусь)	Фанта И. В. (Санкт-Петербург)
Волик А. К. (Краснодар)	Мареев О. В. (Саратов)	Фейгин Г. А. (Бишкек, Киргизия)
Волков А. Г. (Ростов)	Матёла И. И. (Москва)	Хакимов А. М. (Ташкент, Узбекистан)
Гаджимирзаев Г. А. (Махачкала)	Мингалев Н. В. (Новокузнецк)	Ханамирян Р. М. (Ереван, Армения)
Гарашенко Т. И. (Москва)	Назарочкин Ю. В. (Астрахань)	Храбриков А. Н. (Киров)
Георгиади Г. А. (Владикавказ)	Носуля Е. В. (Москва)	Храпко Н. С. (Самара)
Говорун М. И. (С.-Петербург)	Николаев М. П. (Москва)	Хоров О. Г. (Гродно, Белоруссия)
Григорьев Г. М. (Екатеринбург)	Овчинников Ю. М. (Москва)	Худиев А. М. (Баку, Азербайджан)
Гусейнов Н. М. (Баку, Азербайджан)	Орлова О. С. (Москва)	Чайко В. К. (Петропавловск-Камчатский)
Гюсан А. О. (Черкесск)	Орлова О. С. (Москва)	Шантуров А. Г. (Иркутск)
Джапаридзе Ш. В. (Тбилиси, Грузия)	Павленко С. А. (Кемерово)	Шахов В. Ю. (Нижегород)
Егоров В. И. (Москва)	Пальчун В. Т. (Москва)	Шахова Е. Г. (Волгоград)
Енин И. П. (Ставрополь)	Пассали Д. (Сиена, Италия)	Шукурян А. К. (Ереван)
Ерёмина Н. В. (Самара)	Панин В. И. (Рязань)	Шульга И. А. (Оренбург)
Забириев Р. А. (Оренбург)	Панкова В. Б. (Москва)	
Заболотный Д. И. (Киев, Украина)	Пашкова А. В. (Москва)	
Зеленкин Е. М. (Москва)	Пашинин А. Н. (С.-Петербург)	
Иванченко Г. Ф. (Москва)	Петрова Л. Г. (Минск, Белоруссия)	
Извин А. И. (Тюмень)	Пискунов Г. З. (Москва)	
	Пискунов С. З. (Курск)	

Журнал зарегистрирован Государственным комитетом РФ по печати.

Регистрационное свидетельство ПИ №77-13147 от 15 июля 2002 г.

Журнал издается по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Российской Академией медицинских наук.

Учредители:

Федеральное государственное учреждение
«Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава»
Федеральное государственное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий»

Издатель:

ООО «Национальный регистр»

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Ссылка на журнал «Российская оториноларингология» обязательна.

Редакция и издатель журнала не несут ответственности за содержание и достоверность рекламной информации.

Ответственные за выпуск: С. В. Рязанцев, В. Н. Тулкин, В. И. Попов

Адрес редакции:

190013, Россия, С.-Петербург,
ул. Бронницкая, д. 9,
Тел./факс: (812) 316-29-32
E-mail: tulkin19@mail.ru, tulkin@nregistr.ru

Компьютерная верстка: И. В. Лютикова

Подписано в печать 21.05.2009 г.

Формат: 60x90^{1/8}, объем 19.13 усл. печ. л.
Тираж: 3000 экз. (1-й завод – 500 экз.)

Отпечатано с готовых диапозитивов
в тип. ООО «Политехника-сервис»
С.-Петербург, ул. Инженерная, д. 6.
Лицензия ПЛД № 69 291 от 19.10.1998 г.
Зак. тип. 2354

© СПб НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий.

© Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава, Москва.



ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала «Российская оториноларингология» возобновляет практику публикации дискуссионных статей. Каждый имеет право на страницах журнала высказать своё мнение (в виде развёрнутой статьи или кратких замечаний) по поводу опубликованного дискуссионного материала. К разряду дискуссионных статей относятся публикации, содержащие принципиальные предложения по новым классификациям нашей специальности, по изменению взглядов на этиопатогенез и тактику лечения заболеваний ЛОР-органов, новые гипотезы.

Сегодня Вашему вниманию предлагается статья безвременно скончавшегося в июле 2008 года профессора Владимира Степановича Дергачева. В. С. Дергачев возглавлял проблемную комиссию «Патофизиология лимфоглоточного кольца» Научного совета по оториноларингологии РАМН. Большинство его научных трудов было посвящено проблемам хронического тонзиллита. В 2002 году в Белокурихе В. С. Дергачев организовал Всероссийскую конференцию по проблемам лимфоглоточного кольца.

Классификация хронического тонзиллита, предложенная академиком Игорем Борисовичем Солдатовым в 70-х годах прошлого века, была принята Всесоюзным съездом оториноларингологов и с тех пор не пересматривалась. Целью развёртываемой на страницах журнала дискуссии является обмен мнениями ведущих оториноларингологов страны по проблемам классификации хронического тонзиллита. Результаты дискуссии будут вынесены на XVIII съезд оториноларингологов России.

Материалы публикуемой статьи подготовлены вдовой профессора Дергачева В. С. профессором, доктором медицинских наук Татьяной Ивановной Дергачевой по личному архиву супруга, за что редакция журнала выражает ей глубокую благодарность.

*Заместитель главного редактора
журнала «Российская оториноларингология»,
профессор С. В. Рязанцев*



УДК: 616. 322–002. 2:005

К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА**В. С. Дергачёв, Т. И. Дергачёва**

Хронический тонзиллит имеет существенное значение в общей патологии человека и характеризуется как многофакторный иммунопатологический процесс, который сопутствует развитию системных осложнений и отягощает их патогенез. Остается актуальным вопрос лечения хронического тонзиллита и профилактики его осложнений. Для выбора метода лечения необходимо оценить степень поражения, как на местном, так и организменном уровне.

И. Б. Солдатовым предложена диагностика и классификация хронического тонзиллита по наличию двух и более местных признаков. Им выделено две формы хронического тонзиллита: компенсированная и декомпенсированная. При компенсированной форме хронического тонзиллита имеются лишь местные признаки хронического воспаления миндалин, барьерная функция которых и реактивность организма не нарушены. Декомпенсированную форму хронического тонзиллита им предлагается подразделять на:

1. Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма – рецидивы ангин.
2. Хронический декомпенсированный тонзиллит – субфебрильная температура.
3. Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма – рецидивы ангин, тиреотоксикоз.

Декомпенсированная форма характеризуется не только местными признаками хронического воспаления миндалин, но и проявлениями декомпенсации в виде рецидивирующих острых тонзиллитов (ангин), паратонзиллитов, паратонзиллярных абсцессов, различных патологических реакций, заболеваний отдаленных органов и систем. При декомпенсированной форме хронического тонзиллита миндалины подлежат удалению (Солдатов И. Б., 1986). Однако миндалины участвуют в формировании системного и местного иммунитета, мукозассоциированной лимфоидной ткани, поэтому необходимо четко знать, когда они являются пусковым механизмом развития аутоиммунного и других патологических процессов в организме. В то же время многие врачи, видя небольшие миндалины, гладкие, без патологического отделяемого, не смотря на изменения в отдаленных органах и системах, не назначают должного лечения, либо проводят местную терапию в недостаточном объеме. Но, учитывая клинический опыт, остается вопрос: какое течение воспаления миндалин можно отнести к компенсированной форме хронического тонзиллита?

Нами были проведены экспериментальные исследования по распространению и поражению органов при тонзиллогенной инфекции на кошках в разные возрастные периоды (1, 5, 8, 12, 36 мес.). При введении 0,4% водного раствора кармида в небные миндалины под наркозом при вскрытой грудной клетки и брюшной полости живым животным практически сразу окрашивались все органы в синий цвет и в течении 3–5 мин. синька была в мочевом пузыре. Тогда, чтобы исключить гематогенный путь распространения красящего вещества, были проведены серии экспериментов на умерщвленных животных методом обескровливания. Через 60 мин. после смерти животного в ткань небных миндалин вводили профильтрованную китайскую тушь в разведении 1:5 на желатиноле. При введении туши в левую миндалину удалось проследить ее ход в капсулу щитовидной железы, в глубокие шейные лимфатические узлы, от которых шел налитой тушью лимфатический сосуд к паратрахеальным лимфоузлам, от нижнего паратрахеального узла шел сосуд к верхнему тимическому лимфатическому узлу и в капсулу тимуса и лимфоузел переднего средостения. От глубоких шейных лимфатических узлов был виден ход налитых тушью сосудов к подчелюстным лимфоузлам, а от них отходил сосуд к переднесредостенному лимфатическому узлу. Далее по межреберным лимфатическим сосудам тушь доходила до органов брюшной полости, мезентериальным лимфатическим узлам, а также к нижнему параортальному лимфоузлу, от которого отходили 1–2 сосуда к левому яичнику и фимбриальному отделу маточных рогов, параметральной и паравезикальной клетчатке.



УДК: 616. 056. 3-12-036-08. 059: 616. 248-053. 2-07

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СЕЗОННОЙ ФОРМОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

С. С. Арифов, В. Ш. Алиева*

ANALYSIS OF TREATMENT RESULTS IN A PATIENTS WITH A SEASONAL FORM OF ALLERGIC RHINITIS

S. S. Arifov, V. Sh. Alieva

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан
(Ректор – проф. Д. М. Сабиров)

Республиканский научно-специализированный аллергологический Центр
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан*,
(Директор – проф. А. А. Назаров)

Проведен анализ эффективности фармакотерапии 54 больных сезонной формы аллергического ринита (САР) в фазе обострения с учетом наличия у них наследственной предрасположенности к атопии. У 23 (42,6%) наблюдалось легкое и 31 (57,4%) среднетяжелое течение САР. На основании анализа генеалогической карты выявления различных комбинаций мутаций в генах участвующих в формировании САР у 24 (%) пациентов установлен о наличии наследственной предрасположенности к развития атопии. Было установлено, что у больных легким течением САР с наследственной предрасположенностью заболеванию, динамика изучаемых показателей были более инертными проводимой терапии, по сравнению с лицами у которых генетическая предрасположенность не было выявлено, хотя различие результатов между ними были статистически недостоверными. У больных среднетяжелой степенью течения САР показатели имели статистически значимые различия по сравниваемым критериям.

Ключевые слова: сезонный аллергический ринит, гены-кандидаты атопии, ступенчатая фармакотерапия.

Библиография: 6 названий.

Conducted efficiency analysis of pharmacotherapy on 54 patients with a seasonal form of allergic rhinitis in intensification phase taking account their inherited predisposition to atopy. On 23 (42, 6%) observed lung form and 31 (57, 4%) medium-weight flow of seasonal form of allergic rhinitis. On a basis of analysis of genealogical map revealed different combination of mutations in a participating genes on a formation of seasonal form of allergic rhinitis on a 24 (%) patients determined about availability of inherited predisposition to improvement of atopy.

It was revealed that on patients with lung form of a seasonal form of allergic rhinitis with inherited predisposition to illness, dynamics of studied rates were more inalter on carried therapy, on contrast with a people whom genetic predisposition was not revealed, although distinction of results between them were statistically unauthentic. On patients with a medium-weight flow of seasonal form of allergic rhinitis, rates had statistically meaningful difference on compared criterion.

Key words: seasonal form of allergic rhinitis, genes' candidates of atopy, stepped pharmacotherapy.

Bibliography: 6 sources.

По данным Республиканского аллергологического Центра аллергический ринит (АР) в Узбекистане наблюдается у 32,7% всех больных с аллергическими заболеваниями [3]. Однако, официальная статистика о распространенности аллергического ринита, основанная на по-



числе изменению метаболизма дезлоратадина и мометазон фууроата в организме данного контингента больных, возможно снижению их активности. С другой стороны, при мутациях генов TNF-а, RANTES, CTLA4 отмечаются более выраженные патологические изменения, характерные для атопии, которые способствуют более упорному проявлению клинических проявлений заболевания. Данный аспект проблемы остается недостаточно изученным. На наш взгляд для более детальной оценки влияния полиморфизма генов-кандидатов на формирование, клиническое течение, лечение САР необходимо увеличить количество больных и более длительный период наблюдения за ними.

Выводы:

1. У больных САР выявлена взаимосвязь между наличием наследственную предрасположенность развитию заболевания и эффективностью проводимой фармакотерапии.
2. Наличие наследственной предрасположенности развитию САР неблагоприятно отражается на результатах фармакотерапии данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильина Н. И. Аллергический ринит /Н. И. Ильина //Аллергия, астма и клиническая иммунология. – 1997. – №4. – С. 3–16.
2. Лусс Л. В. Аллергический ринит, проблемы, диагностика, терапия / Л. В. Лусс // Лечащий врач. – 2002. – №4. – С. 24–28
3. Назаров А. А. Аллергический ринит /А. А. Назаров – Ташкент: Фан, 1998. – 22 с.
4. Пузырев В. П. Генетика мультифакториальных заболеваний: между прошлым и будущим / В. П. Пузырев // Мед. генетика. – 2003. – Т. 2, №12. – С. 498–508.
5. Сепиашвили Р. И. Лечение аллергического ринита и его влияние на астму: Карманное руководство / Р. И. Сепиашвили. – М.: Медицина, 2003. – 24 с.
6. Хузина А. Х. Молекулярно-генетические аспекты аллергического ринита / А. Х. Хузина, А. С. Карунас, Э. К. Хуснутдинова // Медицинская генетика. – 2007. – Т. 6, N 6. – С. 9–16.

УДК: 612. 886

**РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА
В ВОСПРИЯТИИ ПРОСТРАНСТВА**

(СООБЩЕНИЕ 1)

В. И. Бабияк, А. Н. Пащинин, Ю. К. Янов

**ROLE AND VALUE OF VESTIBULAR ANAKYZER IN SPACE PERCEPTION
(MESSAGE FIRST)**

V. I. Babiyak, U. K. Yanov, A. N. Pachtchinin

Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, и речи

(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия

им. И. И. Мечникова

(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Данным сообщением начинается публикация серии из четырех статей, в которых рассматривается проблемы роли и значения вестибулярного анализатора в восприятии пространства в философских, физиологических, психофизиологических и прикладных аспектах. Постулируется положение, согласно которому вестибулярный анализатор как орган специфического пространственного чувства имеет к этой проблеме прямое отношение. В первом сообщении это отношение рассматривается с общетеоретических позиций, касающихся эволюции биологичес-



ких систем, в которой дефиниции «пространство», «время», «движение» являются атрибутивными категориями, определяющими сущность материи, вне которых невозможна сама эволюция, как и существование самой материи.

Ключевые слова: статокINETическая система.

Библиография: 22 источника.

This report is the first in the series of publications consisting of four articles in which the problems of a role and value of the vestibular analyzer in space perception are considered in philosophical physiological, psycho-physiological and applied aspects. The preposition according to which the vestibular analyzer as the body of specific spatial feeling has the direct relationship to this problem is postulated. In the first report this relationship is considered from the general theoretic propositions concerning the evolution of biological systems in which such definitions as "space", "time", "movement" are the attributive categories defining the essence of matter and outside of which not only the evolution is impossible but also the existence of matter itself.

Key words: statokinetic system.

Bibliography: 22 sources.

Общие положения

Проблема восприятия человеком пространства касается не только сугубо физиологических вопросов, но и клинических, профессиональных и философских.

Особое отношение к этой проблеме имеет вестибулярный анализатор, как орган специфического «пространственного чувства». Однако данная проблема в аспектах учения о вестибулярной системе не рассматривалась с позиций теоретического анализа категории «пространство», и лишь в трудах крупного болгарского ученого А. Н. Кехайова [19, 20] мы находим применение к вестибулярной системе таких понятий, как *пространство, время, движение*. В этом континууме категорий время и движение суть атрибутами пространства [8].

Другая сторона проблемы заключается в корректности применения к функции восприятия пространства термина «пространственное чувство» и в ответе на вопрос, насколько сопоставимы понятия «чувство» и «ощущение»? Ведь они хотя и близки в бытовом обиходе (даже среди ученых), но, по существу, в тонкостях своих обладают существенными различиями. И если не разобраться в этих тонкостях, то вряд ли мы сможем корректно рассмотреть проблему восприятия пространства, не оперируя знаниями из области психофизиологии сенсорных систем, а также положениями о пространственно-временных отношениях.

Пространство и время

Обобщая все понятийные категории дефиниции «пространство», как в историческом аспекте (от Эвклида, Демокрита, Эпикура и Лукреция до Ньютона), так и в аспектах современных представлений о пространстве (от Р. Римана и Ф. Дидро до Г. Лейбница, Г. Гегеля и Э. Канта), определяя его (пространство), как *объективную реальность*, отметим, что биологические объекты Земли в своем эволюционном развитии формировались в эвклидовом трехмерном пространстве, четвертым «измерением» которого было время. Именно в геологических условиях, в которых изначально доминировал фактор гравитации, единственно константный фактор, определивший пространственное развитие организмов, на основе которого были зачатые, получили свое дальнейшее развитие и завершили свое развитие те органы, которые впоследствии получили название анализаторов пространственных отношений (вестибулярный аппарат, зрительный и слуховой анализаторы, тактильная и проприоцептивная чувствительность) [4, 5].

По классическому определению, пространство и время представляют собой всеобщие формы существования материи, и вне материи их существование невозможно. Как известно, пространственными характеристиками являются: *положения* относительно других тел (координаты тел), *расстояние* между ними, *углы* между различными пространственными направлениями. В связи с этим следует заметить, что информация об указанных характеристиках пространства считывается вестибулярным аппаратом, строение, биомеханические и физиологические свойства которого играют основную роль в функции восприятием пространства и формировании соответствующих соматических и вегетативных реакций [2, 14].



УДК 616. 28-008: 577. 125

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С СНТ ПРЕПАРАТАМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ ТРАНСПОРТ ЖИРНЫХ КИСЛОТ

С. Г. Бойко^{1,2}, С. Г. Кетов³, Н. Н. Потолицина⁴, А. Ю. Людина⁴,
М. Б. Пономарев⁴, Т. Ф. Семенова², Е. Р. Бойко⁴, Ю. К. Янов⁵

1 – Центр хорошего слуха ООО «Исток Аудио Трейдинг», г. Сыктывкар

(Директор – канд. мед. наук С. Г. Бойко)

2 – Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»,
г. Сыктывкар

(Зав. курсом оториноларингологии – канд. мед. наук С. Г. Бойко)

3 – МУЗ «Центральная поликлиника г. Сыктывкара»

(Главный врач – С. С. Середа)

4 – Институт физиологии Коми НЦ УрО РАН, г. Сыктывкар

(Директор – академик РАН Ю. С. Оводов)

5 – ФГУ Санкт-Петербургский НИИ ЛОР Росмедтехнологий

(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Достаточно высокая распространенность сенсоневральной тугоухости (СНТ) среди населения индустриально развитых стран представляет собой существенную социальную проблему, требующую специфических мер профилактики и коррекции. Во многом неудовлетворительные результаты профилактики СНТ обусловлены тем, что эта патология считается полиэтиологическим заболеванием, среди основных причин которой такие распространенные в обществе факторы как сосудистая патология, токсические воздействия, травмы, шум [10, 19]. Особое значение в патогенезе СНТ имеют анатомические особенности кровоснабжения внутреннего уха и высокая чувствительность рецепторов к гипоксии, что способствует клинической реализации кратковременных нарушений микроциркуляции [14, 16, 17]. Существует мнение, что в целом гиперлипидемия коррелирует с нарушением слуховой функции, и, несмотря на то, что, эта дискуссия все еще продолжается, ведется поиск современных биохимических кардиомаркеров имеющих клинко-диагностическое значение в терапии СНТ [3, 7].

Считается, что одним из перспективных кардиомаркеров является «апопротеин Е» (апоЕ), который синтезируется многими тканями, и присутствующий во всех классах сывороточных липопротеидов [2]. Нами показано, что примерно у 50% пациентов с СНТ выявляются отклонения в содержании сывороточного уровня апоЕ [8, 9]. Кроме того, нами установлено, что среди работников, имеющих сильный (90дБ) производственный шум на рабочем месте, со средним возрастом по группе $34,26 \pm 7,17$ лет, более 73% обследованных имели отклонение в содержании апоЕ, причем у 62,5% отмечалось понижение уровня этого регуляторного белка ниже норматива [1].

Биологическое значение апоЕ определяется: его участием в активном переносе в клетки жирных кислот (ЖК) – важнейших энергетических субстратов; участием в транспорте холестерина в организме [5, 12]. Показано, что апоЕ синтезируется многими клетками, в том числе особенно интенсивно нервными клетками, а также макрофагами, в условиях повреждения нервной ткани [13]. Содержание апоЕ в крови человека в норме варьирует в пределах 2,7–4,5 мг/дл, и выход этого показателя за пределы норматива – повышение или понижение его содержания в периферической крови реализуется формированием гиперхолестеринемии, или гиперхолестеринемии сочетанной с гипертриглицеридемией [12].

Важное практическое значение с учетом изложенного может иметь оптимизация уровня сывороточного апоЕ как важнейшего элемента профилактики развития СНТ. Поскольку од-



ЛИТЕРАТУРА

1. Биологические маркеры риска развития сенсоневральной тугоухости у работников производств с уровнем шума на рабочем месте 90Дб/ Бойко С. Г., Канева А. М., Кузнецова Т. В. и др. // Рос. оторинолар. 2008. №6. С. 3–8.
2. Бойко Е. Р. Аполипопротеин Е и его значение в клинической физиологии /Е. Р. Бойко, А. М. Канева // Успехи физиол. наук. 2008. №3. С. 3–14.
3. Взаимосвязь показателей мочевой кислоты, Апо-С3 и Апо-Е у здоровых лиц, пациентов с ИБС и гипертонической болезнью /Е. Р. Бойко, А. М. Канева, А. О. Овечкин и др. // Клини. лаборат. диагн. 2007. №1. С. 16–18.
4. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза: Рек. экспертов Всерос. научн. общ. кардиологов (ВНОК). М., 2004.
5. Климов А. Н. Липиды, липопротеиды и атеросклероз / А. Н. Климов, Н. Г. Никульчева. СПб., Питер Пресс, 1995. 304 с.
6. Когтева Г. С. Ненасыщенные жирные кислоты как эндогенные биорегуляторы / Г. С. Когтева, В. В. Безуглов // Биохимия. – 1998. – Т. 63. – Вып. 1. – С. 6–16]
7. Корреляционная связь мочевой кислоты, апо-Е и апо-С3 в условиях нормо- и гиперлипидемии /Е. Р. Бойко, А. О. Овечкин, А. М. Канева и др. // Терапевтический архив. 2007. Т. 79. №12. С. 51–54.
8. Новые биологические маркеры в диагностике сенсоневральной тугоухости /С. Г. Бойко, А. М. Канева, Н. И. Иванов и др. // Рос. оторинолар. 2008. Прил. 1. С. 212–216.
9. Особенности метаболизма апопротеида Е и процессов свободнорадикального окисления в патогенезе развития сенсоневральной тугоухости /С. Г. Бойко, А. М. Канева, А. Д. Пчелинцева и др. // Рос. оторинолар. 2008. №2. С. 5–10.
10. Пальчун В. Т. Коррекция нарушений метаболизма печени при нейросенсорной тугоухости методом квантовой гемотерапии /В. Т. Пальчун, Н. А. Петухова // Вестн. оторинолар. 2001. №6. С. 20–23.
11. Регистр лекарственных средств в России РЛС Энциклопедия лекарств. – 15-й вып. /Гл. ред. Г. Л. Вышковский. – М.: «РЛС-2007», 2006. – С. 572–573.
12. Титов В. Н. Лабораторная диагностика и диетотерапия гиперлипидемий (биологические основы) / В. Н. Титов. М.: ИД Медпрактика-М, 2005. 328с.
13. Apolipoprotein E mRNA is abundant in the brain and adrenals, as well as in the liver, and is present in other peripheral tissues of rats and marmosets /N. Elshourbagy, W. Liao, R. Mahley et al. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1985. V. 82. №1. P. 203–207.
14. Erdem T. Exploration of the early auditory effects of hyperlipoproteinemia and diabetes mellitus using otoacoustic emissions /T. Erdem, O. Ozturan, M. C. Miman // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2003. V. 260. №. 2. P. 62–68.
15. Fatty acid oxidation and related gene expression in heart depleted of carnitine by mildronate treatment in the rat / P. Degrace, L. Demizieux, M. Tsoko et al. // Mol. Cell. Biochem. 2004. V. 258. №1–2. P. 171–182.
16. Interaction of mildronate with the mitochondrial carnitine/acylcarnitine transport protein /F. Oppedisano, D. Fanello, M. Calvani et al. // J. Biochem. Mol. Toxicol. 2008. V. 22. №1. P. 8–14.
17. Jones NC. A prospective case-control study of 50 consecutive patients presenting with hyperlipidemia /N. C. Jones, A. Davis // Clin. Otolaryngol. Allied Sci. 2001. V. 26. №. 3. P. 189–196.
18. Suzuki K. Influence of serum lipids on auditory function /K. Suzuki, M. Kaneko, K. Murai // Laryngoscope. 2000. V. 110. №10. Pt1. P. 1736–1744.
19. The effect of hyperlipidemia on hearing function /T. Karlidag, Y. Acik, I. Kaygusuz et al. // Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2002. V. 9 №2. P. 112–116.

УДК: 616. 231–089. 85: 616. 234–002: 616. 24

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАХЕОСТОМОЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н. Э. Бойкова, С. А. Польшер, К. Е. Ильина

ФГУ НКЦ оториноларингологии Росздрава, г. Москва

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

ГП ГНЦ Институт иммунологии ФМБА РФ, г. Москва

(Директор – акад. РАМН Р. М. Хаитов)

Хронический бронхит (ХБ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) являются серьезной медико-социальной проблемой, которая с годами становится все более актуальной. По уровню заболеваемости к началу XXI века ХОБЛ заняла место, равное туберкулезу в первой половине XX века [8, 10].



УДК: 616. 212. 2–001. 5+616. 831–001

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ КОСТЕЙ НОСА
И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА****Ш. А. Боймуратов****THE COMPARATIVE ANALYSIS OF RESULTS OF TREATMENT
OF PATIENTS WITH COMBINATION TRAUMAS OF BONES
OF A NOSE AND DAMAGE OF A BRAIN****S. A. Bojmuradov***Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан**(Зав. каф ЛОР болезней с курсом челюстно-лицевой хирургии и стоматологии –
проф. А. М. Хакимов)*

В статье проанализированы причинно-следственные отношения и сравнительный анализ результатов лечения больных с различными сочетанными травмами носа и головного мозга.

1-ю группу составили 22 больных с сочетанными травмами костей носа и повреждением головного мозга, причиной этих травм были автокатастрофы.

2-ю группу составили 17 больных с аналогичным диагнозом, причиной была бытовая травма.

В 3-ю группу вошли 15 больных, причиной травмы которых явилось падение с высоты. Анализ результатов показывает, что большее количество осложнений (45%) в виде дефектов и деформации костей носа встречается у 3 группы больных.

Ключевые слова: травма носа, травма головного мозга, рана.

Библиография: 6 источников.

In clauses cause and effect attitudes and the comparative analysis of results of treatment of patients with various combination traumas of a nose and a brain are analysed.

1-st group was made by 22 patients with combination traumas of bones of a nose and damage of a brain, the reason of these traumas were accidents.

2-nd group was made by 17 patients with the similar diagnosis, the reason was a household trauma.

3-rd group of 15 traumas sick by the reason was falling from height. The analysis of results shows, that a plenty of complication (45%) in the form of defects and deformations of bones of a nose meets at 3 groups of patients.

Key words: Traumas of bones of a nose, damage of a brain, wound.

Bibliography: 6 sources.

Травма челюстно-лицевой области продолжает оставаться актуальной в связи с неуклонным ростом травматизма, особенно бытового и транспортного. [1, 2] Челюстно-лицевая травма часто сопровождается тяжелыми повреждениями структур головного мозга. Сочетанная челюстно-лицевая и черепно-мозговая травма по данным различных авторов колеблется от 6 до 86%, при этом во всех случаях встречаются различные варианты травмы носа [2, 3]. По данным литературы часто сочетанная челюстно-лицевая и черепно-мозговая травма сопровождается нарушением целостности кожного покрова, дефектами мягких и костных тканей лица. Выявляется зависимость тяжести повреждения головного мозга от локализации травмы [2, 3, 5].

Наряду с увеличением числа пострадавших отмечается и высокий процент осложнений. Большое количество пострадавших пациентов составляют лица трудоспособного возраста. Очень часто больные после сочетанных травм теряют трудоспособность, поэтому эта проблема является не только медицинской, но и социально-экономической [3, 4, 5, 6].

Основной задачей врачей при оказании первой медицинской помощи больным с сочетанной травмой является остановка кровотечения, стабилизация показателей жизненно-важных органов. При этом восстановление анатомии и эстетики лица остаётся на втором плане. Вос-



УДК: 616. 286–002+616. 284–003. 2] – 072. 1–053. 2

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ И СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ ОТИТОМ

Т. И. Гаращенко, Р. В. Котов, М. М. Полунин

ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет, г. Москва
(Зав. каф болезней уха, горла и носа педиатрического факультета –
засл. деятель науки РФ, чл.-корр. РАМН, проф. М. Р. Богомилский)

Негнойные заболевания среднего уха не только одни из наиболее часто встречающихся оториноларингологических заболеваний у детей, но и основная причина тугоухости. В последние годы отмечается значительный подъем негнойных заболеваний среднего уха, в частности, экссудативный средний отит (ЭСО) по частоте встречаемости выходит на одно из первых мест среди пациентов детского возраста [3, 6]. Заболевание нередко остается незамеченным и приводит не только к нарушению функции слухового анализатора, но и является причиной плохой успеваемости детей в школе. Длительное существование ЭСО может вызвать вестибулярные расстройства [12]. При широком спектре методов консервативного лечения, для большинства больных с ЭСО и дисфункцией слуховой трубы необходимы хирургические методы лечения. Своевременное выполнение хирургических вмешательств является гарантом полного излечения среднего отита и восстановления слуховой функции [1, 7].

Сложное анатомическое расположение слуховой трубы и различных лимфоидных структур носоглотки, ведет к поиску новых методов воздействия при дисфункции слуховой трубы, как на носоглотке, так и на среднем ухе, в том числе, с использованием лазерного излучения [2, 11]. Применение высокоэнергетического лазерного излучения обеспечивает выполнение бескровных манипуляций на различных тканях. Такие свойства лазерного излучения, как способность к абляции и термической коагуляции различных патологически измененных тканей, широко используются в хирургии. Изначально в хирургии ЛОР-органов использовалось излучение СО₂-лазеров (длина волны 10,6 мкм). В отечественной оториноларингологии И. Б. Солдатов использовал СО₂-лазер для проведения лазерной тимпанотомии. Однако применение таких лазеров имеет ряд ограничений как в показаниях к их применению, так и в технических возможностях выполнения операций [4, 10]. К примеру, невозможность трансляции излучения СО₂-лазера по гибким волоконным световодам, что не совсем удобно при проведении эндоскопических операций, в том числе операций на барабанной перепонке и в барабанной полости. Кроме того, при использовании СО₂-лазера для лазерной миринготомии отмечалось выраженное обугливание краев лазерной перфорации и в дальнейшем приводило к формированию стойкой перфорации. Все это ограничивает его применение в отохирургии [13].

Поиск наиболее эффективного вида лазерного излучения с максимальным биологическим эффектом в гидрофильных и кровенасыщенных тканях ЛОР-органов, способных реализовать максимальные хирургические эффекты в воде, гемоглобине, при этом иметь относительно небольшую глубину проникновения излучения в подлежащие биоткани с реализацией этих эффектов на низких мощностях излучения (от 1,5 до 7 Вт), способность транспортировать лазерную энергию по световодам, работать дистанционно и в контактном режиме, при этом сохранять возможность эффективно наблюдать за процессом хирургической операции, привели нас к новым полупроводниковым лазерным источникам, генерирующим длину волны 0,98 мкм, относящуюся к ближнему инфракрасному диапазону. Кроме того, важным фактором полупроводникового лазера является возможность регулирования мощности излучения и визуализации луча, а также использование современных световодов, что чрезвычайно значимо при операциях на таких трудно доступных анатомических областях, как барабанная перепонка, барабанная полость и носоглотка.

Одним из самых распространенных и общепризнанных способов лечения ЭСО является «шунтирование» барабанной полости [1, 6]. Однако остаются спорными пути снижения интра- и постоперационных осложнений «классического» шунтирования.



а сформированная тимпаностомы обеспечивает выполнение направленных эндоуральных лечебных процедур (до 6 недель) и эндоскопический контроль состояния барабанной полости в процессе лечения.

Кроме того, разработанные малоинвазивные комбинированные виды хирургических вмешательств с использованием топического муколитика (флуимуцил-антибиотик) являются высокоэффективными и позволяют добиться положительных результатов у большинства детей с ЭСО, а одномоментное выполнение лазерной тимпаностомии и эндоскопических оперативных вмешательств на структурах носоглотки позволяет не только полностью удалить экссудат, устранить большинство причин обструктивной тубарной дисфункции, но и добиться восстановления слуховой функции до социально нормальных значений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомилский М. Р. Детская оториноларингология. / М. Р. Богомилский, В. Р. Чистякова. – М.: Медицина, 2005. – Т. II. – С. 338–397.
2. Дмитриев Н. С. Хирургическое лечение больных экссудативным средним отитом. / Н. С. Дмитриев, Н. А. Милешина // Вестн. оторинолар. – 2003. – №6. – С. 49–51.
3. Евстигнеев А. Р. Применение полупроводниковых лазеров и светодиодов в медицине: Научно-метод. материал. / А. Р. Евстигнеев. – Калуга, 2000. – 15 с.
4. Лебедев Ю. А. Секреторный средний отит и его хирургическое лечение: Учебно-методическое пособие. / Ю. А. Лебедев. – Н. Новгород, – 2000. – 23 с.
5. Наседкин А. Н. Лазеры в оториноларингологии / А. Н. Наседкин, В. Г. Зенгер. – М.: Медицина, 2000. – 23 с.
6. Овчинников Ю. М. Лазерная миринготомия при лечении больных экссудативным отитом. / Ю. М. Овчинников, В. М. Свистушкин, В. Б. Мошняга. – М.: Медицина, 2002. – 65 с.
7. Преображенский Н. А. Экссудативный средний отит / Н. А. Преображенский, И. И. Гольдман. – М.: Медицина, 1987. – 91 с.
8. Семенов Ф. В. Лазерная хирургия среднего уха / Ф. В. Семенов. – Краснодар: Совет. Кубань, 2005. – 80 с.
9. Пат. 2288640 Российская Федерация, А 61 F 11/00. Способ контроля и динамического наблюдения за состоянием барабанной полости по предварительно выполненному отверстию / Гаращенко Т. И., Котов Р. В.; заявитель и патентообладатель РГМУ – №2005116504; заявл. 31. 05. 05; опубл. 10. 12. 06, Бюл. №34. – 6 с.
10. Alper C. M. Middle ear inflation for diagnosis and treatment of otitis with effusion. / C. M. Alper // Auris Nasus Larynx. – 1999. – Vol. 26, N4. – P. 479–486.
11. Brodsky L. Age effects on indications and outcomes for laser assisted tympanic membrane fenestration (UVTMF) in children with otitis media [abstract]. / L. Brodsky // Am Soc Pediatr Otolaryngol. – 1999; 16.
12. Bylander-Groth A. Eustachian tube function and otitis media in children. / A. Bylander-Groth. // Ear Nose Throat J. – 1998. – Vol. 77. – N9. – P. 762–764.
13. Williamson I. Otitis media with effusion. / I. Williamson. // Clinical evidence. – 2001. – N5. – P. 359–366.

УДК: 616. 28–009–08==039. 73

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ АНТИОКСИДАНТАМИ

Н. М. Гусейнов, Н. Ф. Мехтизаде, А. З. Эфендиев, И. Т. Ализаде, Я. М. Асади

*Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей
им. А. Алиева, г. Баку*

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Н. М. Гусейнов)

Целью исследования являлась разработка патогенетического способа ранней терапии у больных острой сенсоневральной тугоухостью сосудистого генеза с помощью антиоксидантов.

У 271 больного острой нейросенсорной тугоухостью (ОНТ), в возрасте от 21 до 60 лет, в комплексную терапию включали антиоксидант – 3-окси-2-метил-6-этилтиридина сукцинат. После проведенного лечения отмечен положительный клинический результат у 88,5% больных



острой сенсоневральной тугоухостью сосудистого генеза. Включение антиоксидантов в комплексное лечение ОНТ особенно патогенетически оправдано в ранних стадиях заболевания.

Ключевые слова: острая сенсоневральная тугоухость, антиоксидант, мексидол.

Библиография: 7 названий.

The purpose of the investigation was development of pathogenic method of early therapy in patients with acute sensorineural deafness of vascular genesis with the help of antioxidants. 271 patients in the age from 21 till 60 were under the care. Patients with acute sensorineural deafness of vascular etiology formed the most numerous group 117 men (43,2% of all patients). Antioxidant mexidol was included in the complex therapy of treatment. Effectiveness of conducted treatment was deduced upon 4 conditions: recovery, improvement, without changes, progressive process. Antioxidant assisted to liquidation or redaction of hypoxic condition in peripheric area of acoustic analyzer. In 88,5% of patients with acute sensorineural deafness of vascular genesis positive clinical results were observed after conducted treatment. Application of antioxidants in complex treatment of acute sensorineural deafness especially pathogenic absolved in early stages of disease.

Key words: acute sensorineural debness, antioxidant, mexidol.

Bibliography: 7 sources.

Острая нейросенсорная тугоухость (ОНТ) является полиэтиологическим заболеванием [1, 6, 7]. Накопленные в настоящее время теоретические, физиологические, экспериментальные и клинические данные позволяют предположить, что основным взаимозависимым патогенетическим механизмом развития ОНТ является развитие гипоксии в периферическом отделе слухового анализатора и как следствие, нарушение энергетического метаболизма на фоне расстройств общей и регионарной гемодинамики, интоксикации, воспаления, оттока структур внутреннего уха, нарушения нервной регуляции. Гипоксические состояния, возникающие в результате ограничения поступления кислорода в клетку, либо в связи с потерей способности последней утилизировать его в реакциях биологического окисления, играют чрезвычайно важную роль в патогенезе ОНТ, что, в конечном счете, определяет новый подход к терапии этого страдания.

ОНТ требует немедленного лечения, которое носит иногда этиологический, а чаще всего, эмпирический, полипрагматический характер. Это обусловлено тем, что несмотря на большое количество работ, посвященных вопросам этиологии, патогенеза, диагностики, характера и топике поражения в слуховой системе, отсутствуют патогенетические средства для лечения острой нейросенсорной тугоухости [2–5].

Целью исследования является разработать патогенетический способ ранней терапии для больных острой нейросенсорной тугоухостью сосудистого генеза с помощью антиоксидантов.

Пациенты и методы. За период с 2001 по 2007 год в ЛОР клинике под наблюдением находился 271 больной острой нейросенсорной тугоухостью в возрасте от 21 до 60 лет (наибольшее количество больных относилось к среднему работоспособному возрасту – 30–49 лет). Из них 169 (62,4%) мужчин и 102 (37,6%) женщины.

Больные ОНТ, развившейся на фоне сосудистых факторов, составили самую многочисленную группу – 117 человек (43,2% всех больных). В первые 10 дней от начала заболевания было госпитализировано и проведено лечения 67 больным, 27 – от 11 до 30 дня, а 23 больным – от 31 до 60 дня.

В эту группу вошли больные ОНТ, у которых была диагностирована гипертоническая болезнь (77 человек), вегето-сосудистая дистония (19 человек), остеохондроз шейного отдела позвоночника (21 человек), сочетающийся с нарушением внутричерепной гемодинамики, определенной реоэнцефалографически (РЭГ) или методом биомикроскопии сосудов бульбарной конъюнктивы (БСК).

Развитие острой нейросенсорной тугоухости у 84 из этих больных связывали с гипертоническим кризом, когда на высоте подъема артериального давления, сопровождающегося головной болью, головокружением, шумом в голове и ушах, тошноте, внезапно присоединилось понижение слуха. У части больных снижение слуха развилось через 4–5 дней после купирования гипертонического криза, на фоне умеренного повышения артериального давления. У 15 больных, у которых диагностирована гипертоническая болезнь I стадии, начало острой нейросен-



УДК: 616. 284-002.-053. 2-07

**ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ:
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ****А. П. Давыдова*, И. И. Голованов*, Е. И. Григоренко*,
Г. Г. Шурупова*, А. С. Водопьянов**, А. С. Хейгетян*******ACUTE MIDDLE OTITIS IN CHILDREN: PECULIARITIES OF FLOW AND DIAGNOSTICS****A. P. Davidova, I. I. Golovanov, E. I. Grigorenko,
G. G. Schurupova, A. S. Vodopjanov, A. S. Heygetjan****ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Росздрава
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)****РостНИПЧИ Роспотребнадзора РФ
(Директор – Ю. М. Ломов)*****МЛПУЗ ГБ №1 им. Н. А. Семашко, г. Ростов-на-Дону
(Директор – В. Г. Жданов)*

Острый средний отит (ОСО) занимает одно из первых мест в структуре заболеваемости детей, особенно дошкольного возраста. Изучение эпидемиологии ОСО, совершенствование диагностики является основой профилактики осложнений и неблагоприятных исходов. Во-первых, авторами на основании анализа архивной медицинской документации за последние 10 лет выявлен рост заболеваемости детей ОСО. В 2008 году пик заболеваемости отмечен в октябре-ноябре, с преобладанием негнойных форм отита. Во-вторых, авторами проведено клиническое исследование 130 больных ОСО, из них у 43 использован метод ПЦР-тестирования экссудата, полученного при парацентезе и мазков из носоглотки. Положительные результаты указывают на высокую активность стрептококков, вирусов и нетипичных внутриклеточных возбудителей в развитии ОСО. Быстрый и специфичный метод рекомендуется для широкого применения.

Ключевые слова: эпидемиология, заболевание, острый средний отит, парацентез, ПЦР-тест.

Библиография: 4 источника.

Acute otitis media (AOM) takes one of the first places in the structure of children's morbidity (especially for the children of preschool age). The study of AOM's epidemiology and the improvement of its diagnostics are the foundation of the prophylaxis of complications and unfavourable outcomes. Firstly, the authors revealed the growth of AOM's share in the children's sickness rate for the last ten years (on the basis of medical archives' analysis). In 2008 the peak of morbidity was observed in october and november (with the predominance of not purulent forms). Secondly, the clinical investigation was carried out by the authors: 130 patients with AOM-diagnosis were studied, 43 of them – using the method of the PCR-testing of exudate obtained by paracentesis and in the smears from rhinopharynx. The affirmative results indicate that there is a high level of streptococcic, viral and intracellular causative agents' activity in the AOM's extension. So, this quick and specialized method is worth widely applied.

Key words: epidemiology, acute otitis media, paracentes, PCR-test.

Bibliography: 4 sources.

Острый средний отит (ОСО) – наиболее часто регистрируемое заболевание ЛОР-органов у детей, особенно дошкольного возраста [1]. Заболевание, которое, несмотря на простоту и изученность, ставит перед современным отоларингологом ряд вопросов. Изменилась ли заболеваемость острым отитом за последние годы? Насколько самостоятельно это заболевание? Эпидемиология острого отита – правомочно ли такое понятие? Какова тактика в зависимости от этиологического фактора? Принципы диагностики: изменить ли традиции?

В этиологии отита первое место отводят *Haemophilus influenzae* (гемофильной палочке) и *Streptococcus pneumoniae* (пневмококку), определенную роль – вирусам и внутриклеточным возбудителям, значение которых изучается [1,2]; предлагаются новые методы диагностики [4].



УДК: 615. 847. 8: 616. 21

**ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ МАГНИТНЫХ НАНОЧАСТИЦ
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**

(ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

**К. Г. Добрецов¹, В. Ю. Афонькин¹, С. В. Столяр^{4,5}, В. П. Ладыгина³,
А. В. Сипкин¹, К. В. Пуртов², О. А. Баюков^{4,5}, А. С. Лопатин⁶****RESEARCH OF MAGNETIC NANOPARTICLES' PECULIARITIES
IN OTORHINOLARYNGOLOGY**

(EXPERIMENTAL RESEARCH)

**K. G. Dobretsov, V. YU. Afon'kin, S. V. Strolyar, V. P. Ladygin,
A. V. Sipkin, K. V. Purtov, O. A. Bayukov, A. S. Lopatin**¹Дорожная клиническая больница на станции Красноярск
(Директор – канд. мед. наук В. В. Саклакова)²Институт биофизики СО РАН, г. Красноярск
(Директор – член-корр. РАН А. Г. Дегерменджи;³Международный научный центр исследований экстремальных состояний
организма при Президиуме КНЦ СО РАН, Красноярск
(Исполнительный директор – проф. Р. Г. Хлебопрос;⁴Сибирский федеральный университет, г. Красноярск
(Ректор – академик РАН Е. А. Ваганов)⁵Институт физики СО РАН, г. Красноярск
(Директор – академик РАН В. Ф. Шабанов)⁶Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова
(Ректор – академик РАН и РАМН М. А. Пальцев)

Настоящее исследование посвящено изучению возможности целенаправленной доставки антибиотиков с помощью магнитных наночастиц. В результате 30 опытов на удаленной слизистой оболочке, хрящевой и костной тканях носа, 10 опытов на здоровых нейтрофилах человека и 10 опытов на обсемененных бактериями средах, было выявлено, что благодаря градиенту магнитного поля магнитные наночастицы проникают в толщу слизистой оболочки носа, хрящевой и костной тканей носа. Было доказано, что магнитные наночастицы не являются цитотоксичными, а комплекс наночастица-антибиотик является стабильным и обладает бактерицидными свойствами.

Ключевые слова: наночастицы, магнитное поле, цитотоксичность.

Библиография: 12 источников

We studied opportunities of targeted delivery of antibiotics by magnetic nanoparticles. The results of 30 experiments on extracted mucosa of cartilaginous and bone tissue, 10 experiments on healthy human neutrophils and 10 – environment occupied by bacteria showed that magnetic nanoparticles penetrate in mucosa of cartilaginous and bone tissue of nose due to gradient of magnetic field. It was proved that magnetic nanoparticles are not cytotoxic and complex of nanoparticle-antibiotic is a stable and has bacteriocidal properties.

Key words: nanoparticles, magnetic field, cytotoxicity.

Bibliography: 12 sources.

Первое упоминание о наночастицах относится к 1959г, когда о новых направлениях научно-технического развития высказался лауреат Нобелевской премии Ричард Фейнман в Калифорнийском технологическом институте [4]. Под термином «наночастицы» обычно понимают



УДК: 616. 261. 2.-002-07-08-039. 71

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ФРОНТИТА

С. В. Зуева, В. И. Егоров, А. В. Козаренко

Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого, г. Москва
(Начальник – засл. врач РФ, полковник медицин. службы,
канд. мед. наук С. А. Белякин)

Статья посвящена новым методам диагностики и лечения острого и хронического фронтита. При сравнении двух методов диагностики данного заболевания пункция лобных пазух признаётся наиболее эффективной, поскольку нижняя стенка лобной пазухи значительно тоньше передней, к тому же применение тонкой иглы минимизирует травматизацию тканей и, следовательно, исключает вероятность развития осложнений. В статье предлагается также новый алгоритм диагностики фронтита.

Для установления наиболее эффективного консервативного метода лечения было произведено распределение больных на две группы. В первой группе больных использовалось традиционное лечение, а во второй группе в лобную пазуху через тонкую иглу вводился монооксид азота. Терапия монооксидом азота позволила получить более быструю эффективность лечения, что сокращает время пребывания в стационаре, а в итоге обеспечивает экономический эффект и улучшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: лобная пазуха, фронтит, пункция, монооксид азота.

Библиография: 6 источников.

The article deals with new methods of diagnostics and treatment of acute and chronic frontitis. In comparison of two methods of diagnostics of this nosology the puncture of frontal sinus is admitted more effective as inferior wall of frontal sinus is considerably thinner than anterior one, in addition use of thin needle minimizes the traumatizing of tissues and therefore excludes the probability of complications. The article also suggests a new algorithm of diagnostics of frontitis.

Patients were divided into two groups due to determine more effective conservative method of treatment. In the first group patients received conventional treatment and in the second group nitrogen monoxide were introduced through the thin needle into the frontal sinus. Nitrogen monoxide therapy allowed to receive more rapid treatment efficacy, that decrease length of hospital stay and eventually yield an economic effect and improve quality of life.

Key words: sinus frontale, frontit, punction, nitrogen monooxide.

Bibliography: 4 sources.

Фронтит занимает 3 место в структуре воспалительных заболеваний околоносовых пазух, уступая верхнечелюстному синуситу и этмоидиту.

Несмотря на несомненные успехи в диагностике и лечении этого заболевания, число случаев тяжёлого течения фронтита не уменьшается: наблюдается хронизация воспалительного процесса, не так редки орбитальные и внутричерепные осложнения [1].

Указанные клинические сложности обусловлены анатомическими особенностями лобной пазухи, главными из которых являются: вариабельность лобно-носового канала (различия по ширине, протяжённости, степени выраженности естественного соустья его сужения на границе хрящевого и костного отделов), патологические изменения остиомалярного комплекса (различные варианты строения крючковидного отростка, решётчатой буллы и другие), влияющие на «реактивность» слизистой оболочки полости носа и, как следствие, на вентиляцию и дренирование лобной пазухи; расположение и выраженность клеток Оноди.

Уместно подчеркнуть, что лобная пазуха и лобный карман на сагиттальном разрезе представляют собой песочные часы, где наиболее узкой частью является лобное отверстие. Наличие большой воздушной полости с узким выводным протоком, который даже при небольшом



ЛИТЕРАТУРА

1. Антонив В. Ф. Повышение эффективности лечения больных с воспалительными заболеваниями лобных пазух и их профилактика. / В. Ф. Антонив. // Вестн. оторинолар. – 2002. – С. 42–43.
2. Волков А. Г. К вопросу о развитии метода трепанопункции лобных пазух. / А. Г. Волков // Рос. ринология. – 2002. – №2. – С. 35–38.
3. Ванин А. Ф. Оксид азота – универсальный регулятор биологических процессов. /А. Ф. Ванин. NO-терапия теоретические аспекты, клинический опыт и проблемы применения экзогенного оксида азота в медицине. – Мат. Науч.-практ. Конф. 2001. – С. 22–27.
4. Пальчун В. Т. Оториноларингология. Руководство для врачей. / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков М. – 2001. – С. 192–194.
5. Пискунов Г. З. Клиническая ринология. / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов – М. – 2002–390 с.
6. Устьянов Ю. А. Параназальные синуситы. / Устьянов Ю. А-м. 1972. – С. 65–73.

616. 216. 1-002-006. 5-053

**СТРУКТУРА ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ, КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ И ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ
POLYPOSIS RHINOSINUSITIS STRUCTURE DEPENDING ON AGE,
CLINICAL FORMS AND DISEASE PATHOGENESIS**

С. Ю. Калашникова, С. В. Сергеев**S. Yu. Kalashnikova, S. V. Sergeev**

*Пензенский государственный университет, медицинский институт
Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко*

Проведено ретроспективное исследование возрастной, половой структуры полипозных синуситов, частоты поражения околоносовых пазух полипозным процессом среди пациентов, пролеченных в ЛОР-отделении ПОКБ за 2005–2008 г. г. Выделено 4 группы пациентов в зависимости от наиболее предполагаемого причинного фактора (по Г. З. Пискунову). В каждой из групп определена преобладающая микрофлора полости носа, гистологическая структура полипозной ткани, а также клиническая форма воспаления околоносовых пазух. По результатам исследования определена возрастная подгруппа (пациенты до 20 лет), требующая особого внимания при определении основного патогенетического фактора развития полипоза. Именно в этой группе имеется наибольший рост числа полипозных процессов за исследуемый период, а также отмечено несоответствие гистологической структуры полипов, первоначально определенному патогенетическому механизму их развития.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, возрастная структура, клиническая форма полипозного риносинусита.

Библиография: 4 источника.

The age and sex structures of polyposis sinusitis, the rate of paranasal sinus damages by polyposis were retrospectively studied. The patients have been treated during 2005–2008 in Otolaryngology Department in Penza Regional Clinical Hospital. All patients have been divided into 4 groups depending on causal factor (by G. Z. Piskunov). In each group prevailing microflora of nasal cavity was defined. Histological structure of polyposis tissue and clinical form of paranasal sinus inflammation were defined as well. By the results special age group, patients under 20 years old, was determined. It is stated that it is necessary to define basic pathogenetic factor of polyposis in these patients. It is this group of patients that demonstrates the greatest growth of polyposis. The disparity between histological polyposis structure and the original pathogenetic mechanism of its development is noted as well.

Key words: polyposis sinusitis, age structures, clinical form of polyposis rhinosinusitis

Bibliography: 4 sources.



ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов Г. З. Дифференциальный подход в лечении хронического полипозного риносинусита/Г. З. Пискунов, Р. Г. Миракян. // Рос. ринология, 2008. №2. – С. 6–13
2. Полипы носа: эпидемиология, патогенез и лечение. /Под редакцией А. Guy M. D. Settipane, M. S., Valerie J. Lund et al(Перевод С. В. Коренченко, 2007).
3. Рязанцев С. В. Полипозные риносинуситы: этиология, патогенез, клиника и современные методы лечения. / С. В. Рязанцев, А. А. Марьяновский. Метод. рекомендации. СПб, РИА-АМИ. – 2006. – 28 с.
4. Larsen K. Clinical course of patients with primary nasal polyps. /K. Larsen, M. Tos. // Acta Otolaryngol (Stockh) 114, 1994.
5. Schenck N. L. Nasal polypectomy in the aspirin-sensitive asthmatic. /N. L. Schenck //Trans Am Acad Ophthalmol-Otolaryngol 78, 1974.

УДК: 616. 288: 616992. 282__08__039. 73

НАШ ОПЫТ ПРОТИВОГРИБКОВОЙ ТЕРАПИИ КАНДИДОЗОВ НАРУЖНОГО УХА

А. Б. Киселев, В. А. Чаукина*ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет**(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. М. А. Рымша)**МУЗ Городская клиническая больница №1 г. Новосибирска**(Главный врач – канд. мед. наук В. Ф. Коваленко)*

Распространенность микозов среди инфекционных воспалительных процессов возрастает ежегодно на протяжении последних десятилетий. Вариабельность клинического течения грибкового воспаления слизистых оболочек и кожи ЛОР органов, сочетание с бактериальной микрофлорой значительно затрудняют диагностику и лечение, требуют гибких схем назначения противомикробных препаратов, нередко отличающихся от рекомендаций фирм-производителей. При ведении больного микозом часто невозможно провести различие между колонизацией и инфекцией (главным образом именно при заражении *Candida*), посевы становятся положительными лишь в поздней стадии болезни, и на настоящий момент не имеется достоверных серологических техник для рутинной диагностики большинства грибковых инфекций.

Нарушенный иммунитет хозяина, недостаточно чувствительные методы диагностики и несовершенство лечения являются причинами того, что распространенность микозов неприемлемо высока. Рост заболеваемости микозами, инфицирование и суперинфицирование грибами нередко способствуют переходу острых воспалительных процессов в хронические, возникновению рецидивов и более тяжелому течению заболевания. Нерациональное лечение может привести к генерализации грибковой инфекции, протекающей особенно тяжело. В последнее время по многим причинам (стандарт времени приема, материально-технические возможности, реклама и т. д.) в амбулаторной сети отдают предпочтение системной противогрибковой терапии в ущерб местному лечению. В результате, все чаще приходится слышать мнение о малой эффективности системных противогрибковых препаратов отечественного производства, консультировать и лечить пациентов с упорным течением микоза, «не поддающегося лечению» в амбулаторной сети.

Кандидоз – микотическая инфекция, вызываемая дрожжеподобными грибами рода *Candida*, входящего в семейство *Cryptococcaceae*. К этому роду относятся бесспорные дрожжи, у которых псевдомицелий может быть хорошо развитым, рудиментарным или вовсе отсутствовать; некоторые виды образуют истинный мицелий. *Candida* не образуют каротиноидных пигментов и не формируют капсул. Род *Candida* включает 163 вида, но основную роль в патологии человека играют ограниченное число видов при резком доминировании *C. albicans*. *C. albicans* выделяет протеиназу, способную расщеплять кератин и роговой слой кожи. Локальные канди-



Следует отметить хорошую сочетаемость исследуемых препаратов с лекарственными средствами, используемыми в комплексном лечении грибковых инфекций ЛОР-органов, что позволило свободно комбинировать Ирунин и Флюмикон с другими лекарственными препаратами. Хорошая переносимость препаратов позволяет использовать их у лиц с разноплановой сопутствующей патологией, в том числе с патологией ЖКТ, обменными заболеваниями.

Учитывая анатомо-физиологические особенности области наружного слухового прохода, специфику течения кожного воспалительного процесса, необходимо помнить, что без проведения местной противогрибковой и противовоспалительной терапии назначение препарата внутрь не приносит удовлетворительного результата. Поскольку грибковое воспаление ЛОР-органов, как правило, является симптомом дизбактериоза, иммунодефицита (также – чаще вторичного) для успешного излечения необходимо воздействовать на все возможные причины заболевания, терапия только симптома стойкого эффекта не принесет. К сожалению, в отличие от испытания на лабораторных животных реальное клиническое исследование эффективности действия одного препарата на воспалительный процесс у пациента лишено «чистоты эксперимента», поскольку в практической медицине осуждается лечебная тактика в виде монотерапии. Данное положение сложно оспорить, поскольку любой пациент заинтересован в своем излечении, и врач обязан использовать все доступные средства для достижения этой цели.

Тем не менее, следует признать, что при адекватной местной терапии традиционно используемые противогрибковые средства ряда флюконазола и итраконазола сохраняют высокую клиническую эффективность. При этом противогрибковые средства отечественного производства демонстрируют высокую клиническую эффективность. «Затяжное», «упорное» течение кандидоза далеко не всегда обусловлено тяжелым течением сопутствующей патологии. Следует помнить, что, отдавая предпочтение системной противомикробной терапии в ущерб местной санации, следует ожидать существенного снижения эффективности лечения. Особенности строения и физиологии наружного уха при развитии в нем инфекционного воспаления для эффективного лечения обуславливают необходимость регулярной адекватной эвакуации патологического экссудата, содержащего в том числе грибковый мицелий.

УДК: 616. 28–07–08 (470+4)

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОТОЛОГИЮ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РОССИИ И ЕВРОПЕ

С. Я. Косяков, Ю. А. Рощектаева

*Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. З. Пискунов)*

Существует большое количество подходов и мнений среди специалистов-отохирургов в ходе проведения предоперационной подготовки, а также при осуществлении самого хирургического вмешательства. Большинство хирургов полагается на свой собственный опыт и мнение своих учителей. Именно поэтому возникают вопросы и разногласия среди последователей разных хирургических течений и школ. Данная ситуация не только отражается на работе конкретного специалиста, но и затрагивает интересы его пациента, и требует скорейшей стандартизации методов диагностики и лечения конкретных заболеваний уха.

Нужно отметить, что подобная тенденция прослеживается не только в России, но и в Европе.

Целью нашего исследования стало определение общего алгоритма диагностики и лечения заболеваний уха в России, а также сравнение полученных результатов с Европейскими стандартами (по данным опроса, проведенного и опубликованного в журнале *Otology & Neurotology*, Vol. 28, No. 6. 2007 в виде статьи «Results of European Survey on Current Controversies in Otology»).



УДК: 616. 28-008. 14-07: 629. 73

СОСТОЯНИЕ СТЕЛОМОЗГОВЫХ ОТДЕЛОВ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА ПО ДАННЫМ АКУСТИЧЕСКОЙ ИМПЕДАНСОМЕТРИИ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ДЛИТЕЛЬНОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ШУМА

Е. Ю. Куренева

BRAIN-STEM PART HEARING ANALYZER STATE FROM «NOISE-WORKERS» FOR THE ACOUSTIC IMPEDANSOMETRY INVESTIGATION RESULTS

К. J. Kureneva

ГУ Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко

АМН Украины, г. Киев

(Директор – чл.-корр. АМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)

Было проведено исследование показателей акустической импедансометрии у лиц, длительное время работавших в условиях производственного шума. Полученные результаты свидетельствуют о заинтересованности стеломозговых структур слухового анализатора у обследованных лиц на основании достоверного снижения амплитуды акустического рефлекса, а также удлинения временных характеристик акустического рефлекса по сравнению с данными контрольной группы здоровых лиц. Амплитудные и временные характеристики акустического рефлекса целесообразно использовать в качестве объективных критериев состояния стеломозгового отдела слухового анализатора, а также при проведении профессиональной экспертизы у лиц «шумовых» профессий.

Ключевые слова: лица «шумовых» профессий, акустическая импедансометрия, амплитуда акустического рефлекса временные параметры акустического рефлекса.

Библиография – 20 источников.

Patients, subjected of noise for a long time, were investigated by acoustic impedansometry. Authore elucidated, that «noise-workers» have disorders in brain-stem part of hearing analyser for the acoustic impedansometry investigation results. It was shown, that amplitude of the acoustic reflex of the «noise-workers» was lower in comparison with people from controle grope. It was also detected lengthening of all acoustic reflex time characteristics of the «noise-workers». The results of investigation can be used for professional hearing disorders diagnostics and for the professional expertise of the «noise-workers».

Key words: «noise-workers», acoustic impedansometry, amplitude of the acoustic reflex, acoustic reflex time characteristics.

Bibliography – 20 sources.

Научно-технический прогресс, к сожалению, сопровождается расширением контингента лиц, подвергающихся воздействию производственного шума и вибрации. Однако, в вопросах выяснения механизмов патогенеза сенсоневральной тугоухости (СНТ) «шумового» генеза еще не поставлена точка, несмотря на то, что изучению действия шума на слуховой анализатор посвящено немалое количество исследований как отечественных, так и зарубежных ученых. При этом СНТ «шумового» происхождения остается достаточно распространенным профессиональным заболеванием. Американский Национальный институт охраны здоровья и медицины труда включил профессиональные нарушения слуха в перечень десяти основных профессиональных заболеваний.

Достаточно информативной методикой исследования функции слухового анализатора является импедансная аудиометрия [7–10; 13; 16; 18–20]. С другой стороны, по мнению С. Mangham et al. (1983) [12] недостаточность сведений о самом естественном защитном механизме слухового анализатора от интенсивных звуковых нагрузок лишает возможности широкого его использования для предотвращения профессиональной тугоухости (цит. по Бутенко



УДК: 616. 216. 1–002: 576. 8. 077. 3: 612. 112. 3

О РОЛИ ФАГОЦИТОВ В НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ КЛЕТОЧНОМ ИММУНИТЕТЕ У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ РИНОСИНУСИТОМ**Г. В¹. Лавренова, А. С². Симбирцев, Е. Н¹. Тараканова****ON A ROLE OF PHAGOCYTES NONSPECIFIC CELLULAR IMMUNITY AT PATIENT PURULENT RHINOSINUSITIS****G. V. Lavrenova, A. S. Simbirzev, E. N. Tarakanova***¹ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Росздрава**(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)**² ФГУП Государственный НИИ особо чистых биопрепаратов ФМБА России, г. Санкт-Петербург**(Директор – докт. мед. наук В. П. Добрица)***Ключевые слова:** фагоцит, иммунитет, больной, гнойный риносинусит.**Библиография:** 14 источников.

Риносинусит – инфекционный воспалительный процесс бактериальной или вирусной этиологии слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Синусит относится к числу самых распространенных заболеваний, что признается практически во всех научных работах последнего десятилетия [5, 9, 10]. В настоящее время в России острый риносинусит ежегодно диагностируется у 10 млн человек [9,10], а удельный вес больных риносинуситом среди пациентов, госпитализированных по поводу патологии ЛОР-органов, составляет от 40 до 50% [9]. Похожие тенденции характерны и для других стран. Ежегодно риносинусит регистрируется у 16% взрослого населения США. По оценкам экспертов Американского национального бюро исследования здоровья, риносинуситы являются наиболее частой причиной посещений врача (141,3 на 1000 населения) [14].

В последние годы в литературе активно обсуждается иммунопатогенез данного заболевания и, в частности, роль провоспалительных цитокинов и несостоятельности факторов местной защиты в очаге воспаления [1]. Развитие представлений об иммунопатогенезе риносинуситов имеет первостепенное значение для лечения и, главное, профилактики острых и хронических форм заболевания, ответы на многие иммунологические вопросы откроют перед врачами возможности максимально раннего выявления патологии, ее прогнозирования и даже предотвращения. Внимание исследователей уже полтора десятилетия привлекает иммунофагоцитарная система. Представление о ней сформировалось в начале 90-х годов XX столетия и позволило рассматривать эту систему не только как центральное звено неспецифической защиты от инфекционных заболеваний, но и как иммунорегуляторную систему, направленную на стабилизацию внутренней среды организма [4, 8, 11].

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей фагоцитарной активности фагоцитов в процессе формирования гнойного синусита.

Для реализации поставленной цели были сформулированы следующие **задачи**.

1. Изучить особенности продукции IL - 8 у больных гнойным риносинуситом
2. Проанализировать зависимость фагоцитарной активности нейтрофилов у больных риносинуситом от продукции IL-8 и уровня экспрессии гена IL-1 η

IL-8 представляет собой олигопептид с молекулярной массой 8,8 кДа, как все интерлейкины является индуцибельным белком. Синтез его осуществляется под воздействием липополисахарида микробной стенки, IL-1, IL-3, TNF $\pm$ ζ , GM-CSF. В культуральной среде обнаруживается через 3 часа после индукции. Продуцируется IL-8 макрофагами, лимфоцитами, эпителиоцитами, эндотелиоцитами, синовиальными фибробластами. Основной функцией



УДК 616. 321–089. 844

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ФАРИНГОСТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕКТОРАЛЬНОГО ЛОСКУТА
EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE
PHARYNGOCUTANEOUS FISTULA WITH APPLICATION PECTORALIS
MAJOR MUSCLE FLAP**

Р. А. Ларин*, С. В. Судаков, *Е. Н. Писарев ** А. В. Шахов**

R. A. Larin *, S. V. Sudakov * E. N. Pisarev ** A. V. Shahov **

**ГУЗ Нижегородская областная клиническая больница им. Н. А Семашко
(Главный врач – Р. М. Зайцев)*

*** Нижегородская государственная медицинская академия
(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – докт. мед. наук А. В Шахов)*

В статье представлены непосредственные результаты лечения пациентов с фарингостомами. Для их устранения применялись различные методики, в том числе пекторальный лоскут. Показаны преимущества методики

Ключевые слова: рак гортани, глоточная фистула, лоскут.

Библиография: 12 источников.

In paper direct results of treatment of patients with pharyngocutaneous fistula are presented. For treatment various techniques are used, including pectoralis major muscle flap. Advantages of a technique are shown.

Keywords: laryngeal cancer, pharyngocutaneous fistula, flap.

Bibliography: 12 sources.

Проблема злокачественных новообразований головы и шеи, традиционно является актуальной в Нижегородской области. Рост уровня заболеваемости отражает общую тенденцию в онкологии к увеличению числа местно-распространенных и запущенных форм опухолей. [3] Анализ причин запущенности посвящено немало обзоров в литературе. Наиболее явными, с точки зрения доказанности этиологических факторов, выступают курение, алкоголь, профессиональные вредности.

Опухоли гортани занимают 9-е место в структуре общей онкологической заболеваемости и 1-е место в структуре опухолей головы и шеи. [1] Заболеваемость данной патологией в России составляет 12,6; во Франции – 15,6; в Португалии – 11,6; Италии – 10,1 на 100 тыс. населения. [7] Рак гортани ежегодно выявляется у 210 нижегородцев, причем треть из них умирает в течение первого года после постановки на учет.

Показатель запущенности на этапе первичного выявления составляет от 30 до 60%.. В настоящее время до 70% больных начинают лечение в III, а 10% – в IV стадии заболевания. Пятилетняя выживаемость при T3N0M0 составляет 58–71%, при T4–34 ± 10, 0%. [4] В целом, данные могут сильно варьировать в разных учреждениях, что обусловлено неоднородностью групп, недооценкой распространенности процесса в отсутствие МРТ, КТ диагностики, методик лучевой и химиотерапии и т. д. Особое место занимают опухоли гортаноглотки, которые характеризуются наиболее агрессивным, часто бессимптомным течением, ранним метастазированием; при этом анатомо-функциональное положение органа и отсутствие барьеров для распространения опухоли часто сводит на нет усилия по органосохраняющему лечению. Хирургическое лечение этих пациентов предусматривает проведение сложных реконструктивных операций (ларингфарингэктомия), зачастую проводимых как операция спасения (salvage surgery) после проведенного химиолучевого лечения. [12]

Основная проблема рака гортани, глотки и шейного отдела пищевода – это выраженное нарушение качества жизни при начальных стадиях и стойкая инвалидизация при местно-распространенных процессах. Страдает голосообразовательная, пищеварительная и разделитель-



УДК: 616. 281-008. 55

СЕНСОНЕВРАЛЬНЫЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.**Ю. В. Митин, А. Ю. Шидловский****SENSONEURAL AND HAEMODYNAMIC DISORDERS IN PATIENTS WITH INITIAL VERTEBRO-BASILAR INSUFFICIENCY****J. V. Mitin, A. J. Shidlovsky***Национальный медицинский университет им А. А. Богомольца, г. Киев**(Зав. каф. оториноларингологии – з. д. н. и. т. Украины, проф. Ю. В. Митин)**Гу «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченка АМН Украины», г. Киев**(Директор – чл. корр. АМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)*

Были изучены показатели тональной аудиометрии и реоэнцефалографии у пациентов с начальными проявлениями вертебро-базиллярной недостаточности. У пациентов были выявлены изменения параметров реоэнцефалографии, которые достоверно отличались от данных контрольной группы. Также было зарегистрировано повышение порогов восприятия слуха по данным пороговой тональной аудиометрии на высоких частотах. Полученные результаты могут быть использованы в качестве объективных критериев диагностики вертебро-базиллярной недостаточности, а также для ранней диагностики нарушений слуха при вертебро-базиллярной недостаточности.

Ключевые слова: пороговая тональная аудиометрия, реоэнцефалография, вертебро-базиллярная недостаточность.

Библиография: 12 источников.

Patients with initial vertebro-basilar insufficiency were investigated. Increasing of hearing thresholds on high frequencies of tone audiometry and disorders of parameters of reoencephalography took place. The results of investigation can be used as an objective criterias of vertebro-basilar insufficiency and early diagnosis of sensoneural disorders in patients with vertebro-basilar insufficiency.

Key words: thresholds tone audiometry, reoencephalography, vertebro-basilar insufficiency.

Bibliography: 9 sources.

Известно, что в последнее время отмечается тенденция к увеличению количества больных с сенсоневральной тугоухостью (СНТ) не только в пожилом, но также в молодом и среднем возрасте. Ю. В. Митин и соавторы [5] по данным УЗДГ сосудов головы и шеи больных с СНТ сосудистого генеза в 95% случаев наблюдали патологию магистральных сосудов вертебрально-базиллярного бассейна. Нарушение кровообращения в бассейне позвоночных артерий различной степени выраженности встречается в клинической практике довольно часто [1–4; 6–8].

Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения представляют собой компенсированную стадию латентно протекающей сосудистой патологии мозга. Компенсация дефицита кровоснабжения мозга при этом является неполноценной, так как она находится на критическом уровне и механизмы саморегуляции мозгового кровотока не всегда работают адекватно, что проявляется при функциональном повышении потребности мозга в притоке крови. Это приводит к определенным клиническим проявлениям выражающимся рядом субъективных признаков. Наиболее характерными являются головная боль, головокружение, шум в голове, ухудшения памяти, снижение умственной работоспособности и др. С другой стороны известно, что раннее выявление слуховых нарушений и своевременное лечение таких больных может способствовать предотвращению развития СНТ и ее прогрессированию. Поэтому представляет интерес рассмотрения состояния слуховой функции во взаимосвязи с церебральной гемодинамикой по данным реоэнцефалографии у больных с начальными проявлениями вертебрально-базиллярной недостаточности (ВБН).

Это и явилось **целью** данной работы.



УДК: 616. 284-002. /3-089. 003:355

**ХРОНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНАЛИЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Ю. В. Назарочкин, Х. Х. Долотказин, А. И. Проскурин,
А. Б. Федоренко, Н. И. Кабачек, А. И. Воробьев,
В. П. Шпотин, Н. Н. Разумейко, А. А. Саркисов**

**CHRONOLOGICAL ASPECTS OF THE ANALYSIS OF RESULTS OF
RENDERING OTORINOLARYNGOLOGICAL TREATMENT
IN VERSATILE CLINICAL HOSPITAL**

**J. V. Nazarochkin, H. H. Dolotkazin, A. I. Proskurin,
A. B. Fedorenko, N. I. Kabachek, A. I. Vorobjov,
V. P. Shpotin, N. N. Razumejko, A. A. Sarkisov**

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»

(Зав. каф. оториноларингологии – докт. мед. наук Ю. В. Назарочкин)

*ГУЗ Александрo-Мариинская областная клиническая больница, г. Астрахань
(Главный врач – Засл. врач РФ Н. И. Кабачек)*

С использованием программного алгоритма расчета функции Фурье проведен анализ деятельности 70-коечного ЛОР-отделения Александрo-Мариинской областной клинической больницы г. Астрахани по основным статистическим показателям. Дифференцированно проанализированы как традиционные показатели эффективности работы стационара для каждой нозологической группы, так и показатели, представляющие структуру заболеваний в виде временного ряда (амплитуда, период, максимальное, минимальное и средние значения). Оценка свойств составляющих временного ряда нозологических единиц (сезонность, цикличность, характеристики случайных компонентов) способствует формированию математической аргументации представлений о возможных значениях новых случаев заболеваний, улучшению планирования, организации и обеспечения лечебно-диагностического процесса.

Ключевые слова: Хирургическая активность, экстренная помощь, оборот койки, койко-день, работа стационара, периодическая функция Фурье, временный ряд, организация лечебно-диагностического процесса.

Библиография: 4 источника.

With use of program algorithm of account of function Furrier the activity of 70-bed ORL-clinic in the Alexander-Maries regional clinical hospital of Astrakhan was analyzed in conformity with the basic statistical parameters. There were differential analyzed as traditional parameters of an overall performance of the hospital for everyone nosologic group, and parameters representing structure of diseases as a temporary line (amplitude, period, maximal, minimal and average meanings). The analyze of properties of nosologic units, making a temporary line (seasonal and circle prevalence, characteristic of casual components) promotes formation of the mathematical argument of representations about possible importance of new cases of diseases, improvement of planning, organization and maintenance of the treatment-diagnostic process.

Key words: surgical activity, emergency help, bed- circle, bed-day, hospital work, periodic function Furrier, temporary line, organization of treatment-diagnostic process.

Bibliography: 4 sources.

Концепция развития оториноларингологической помощи, в соответствии с основными принципами организации современного здравоохранения, предполагает оперативное решение большого количества вопросов, связанных с распределением основных ресурсов, учетом по-



УДК 573. 6. 086. 83+577. 21

НОВЫЙ БИОПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ РЕГЕНЕРАЦИИ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ (ДАННЫЕ ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

¹А. А. Стадников, ¹Р. А. Забиров, ¹В. Н. Щетинин,²Р. Р. Рахматуллин, ³Л. В. Коваленко¹ ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава
(Ректор – проф. С. А. Павловичев)² ГОУ ВПО «Оренбургский государственный университет»
(Ректор – проф. В. П. Ковалевский)³ МУЗ «МГКБСМП №1»

(Главный врач – Засл. врач РФ А. К. Щетинин)

На современном этапе малоинвазивных методов эндоскопических и микрохирургических операций в оториноларингологии требуются пластические материалы с оптимальными регенераторными свойствами и тканевой архитектоникой. Этому требуют условия послеоперационного периода, который должен завершаться репарацией тканевых структур [1, 7, 8].

На сегодняшний день в качестве биотрансплантатов применяются: 1. культура аллофибробластов [3] 2. биосинтетические материалы – OrCel – matrix, Apligraf[®], HYAFF[®] [5, 6]. Однако вышеуказанные материалы малодоступны: требуются особые условия применения и отличаются высокой ценой даже для европейского уровня платёжеспособности.

Поэтому исследования по разработке новых биопластических материалов, обеспечивающих адекватный репаративный гистогенез актуальны в современной оториноларингологии.

Используя оригинальную методику экстракции протеогликанового комплекса с последующей его полимеризацией, нами получен новый биопластический материал [4].

У данного пластического материала нами установлены следующие положительные свойства, которые важны для применения его в клинике:

1. Доступность и дешевизна исходного материала.
2. Простота и дешевизна технологии производства трансплантата, она может быть осуществлена в любой лаборатории.
3. Трансплантат эластичен, он легко сгибается, может изменять и сохранять приданную форму.
4. Легко прокалывается иглой и режется скальпелем.
5. При смачивании биоматериала жидкостью, кровью объем его не увеличивается, что особенно важно при укладке биоматериала на дефект покровных тканей.
6. Поверхность трансплантата гладкая; он представляет собой прозрачную пленку, сквозь которую возможно визуально контролировать процесс укладки трансплантата на подготовленное ложе.
7. Трансплантат обладает высокими адгезионными свойствами, он после укладки буквально «прилипает» к тканям подготовленного ложа.

Целями настоящего исследования явились:

1. Изучить с помощью метода сканирующей электронной микроскопии поверхность разработанного биоматериала.
2. Осуществить ультраструктурный анализ биоматериала (на эпоновых полутонких и ультратонких срезах)

Для достижения поставленных целей ставились следующие задачи:

1. Адаптация метода сканирующей туннельной микроскопии для исследования биоматериала.
2. Изучить структуру поверхности биоматериала с помощью метода сканирующей туннельной микроскопии.
3. Исследовать структурную характеристику биоматериала в электронном микроскопе ЭМВ 100 АК при увеличениях $\times 8000$ – $\times 300000$.



УДК: 616. 312–008. 1–071

**ОРГАНЫ ВКУСА И ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ
ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ****В. Н. Тулкин, В. И. Бабияк****ORGANS OF TASTE AND DIAGNOSTICS OF INFRINGEMENTS
OF FLAVOURING SENSITIVITY****V. N. Tulkin, V. I. Babijak***ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росздрава»**(Директор – Засл. Врач РФ, проф Ю. К. Янов)**Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова**(Начальник каф. отоларингологии – Засл. врач РФ, проф. М. И. Говорун)*

Вкусовая чувствительность сформировалась в процессе эволюции. В статье представлено строение органа вкуса, физиология органа вкуса, указаны элементарные вкусовые ощущения, приведены наиболее распространённые теории вкуса, представлены методы исследования вкусовой чувствительности.

Ключевые слова: эволюция, анатомия, физиология, вкус, ощущение, теория, методы исследования.

Библиография: 12 названий.

Flavouring sensitivity was generated in the course of evolution. In article the structure of an organ of taste, physiology of an organ of taste is presented, elementary flavouring sensations are specified, the most widespread theories of taste are resulted, methods of research of flavouring sensitivity are presented.

Keywords: Evolution, anatomy, taste physiology, sensation, the theory, research methods.

Bibliography: 12 sources.

Вкусовая чувствительность (ВкЧ) сформировалась в процессе эволюции, как функция отбора полезных питательных веществ и защиты от несъедобных и ядовитых продуктов растительного мира. Великий врач и философ раннего средневековья Абу Али ибн Сина в своем труде «Канон медицины» писал: «Следует есть только вкусную и не тяжелую пищу с аппетитом, а также не сдерживать аппетита, но нет ничего хуже, чем переесть».

Полезные пищевые продукты всегда обладают приятным вкусом и запахом, а вредные – нередко горьки, неприятно пахнут и вызывают отвращение при их пробовании. Выступая первоначально, как механизм защиты и отбора, ВкЧ для человека со временем превратилась в фактор искусственной стимуляции *аппетита* – важнейшего безусловного чувства, проявляющегося в крайнем своем выражении ощущением *голода*. ВкЧ играет огромную роль в стимулировании физиологических процессов пищеварения, в том числе выделения слюны, желудочного и кишечных соков, содержащихся в них пищеварительных ферментов, а также в мобилизации центральных процессов регулирования пищеварения. ВкЧ побуждает организм к совершению не только энергетически затратной, но и весьма приятной «работы», каковой является прием пищи и само пищеварение. Чувство насыщения приходит в след чувству голода, между ними лежит период «вкусовой нирваны». И, наконец, в цивилизованном обществе служение вкусной и здоровой пище есть часть культуры этого общества [7].

Строение органов вкуса

С точки зрения физиологии, вкус – это специфическое ощущение, возникающее в результате стимуляции специальных вкусовых хеморецепторов полости рта при соприкосновении их с продуктами питания, напитками и иными веществами, обладающими химическими валентностями, активаторами которых является слюна и содержащиеся в ней ферменты.

Вкусовые ощущения, как отмечено выше, появляются при контакте химически активных веществ с вкусовыми рецепторами, терминалы которых представлены так называемыми *вку-*



УДК: 616. 833. 17 (048. 8)

**ТРАВМАТИЧЕСКИЕ И НЕТРАВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЛИЦЕВОГО НЕРВА – СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

В. И. Линьков, И. В. Пошивалов

**TRAUMATIC AND NONTRAUMATIC FACIAL NERVE'S DISEASES –
PROBLEM'S CURRENT STATE (REVIEW)**

V. I. Linkov, I. V. Poshivalov

*ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования»*

*(Зав. каф. оториноларингологии с курсом детской оториноларингологии –
Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

This article reviews the current state of facial nerve's diseases management with special attention to clinical presentations, diagnostic workup, including radiographic evaluation and electrodiagnostic testing. Discussion of surgical treatment approaches address management of immediate and delayed complications.

Ключевые слова: *лицевой, невралгия, электронейромиография, декомпрессия*

Библиография: *180 источников.*

Актуальность проблемы

Широкое распространение различных форм заболеваний лицевого нерва (ЛН) общеизвестно. По распространенности синдром дисфункции ЛН занимает второе место среди заболеваний периферической нервной системы и первое среди поражений черепных нервов. В различных регионах мира заболеваемость на 100 000 населения составляет 16–25 случаев. Выздоровление и значительное улучшение наступают только у 60–75 % больных. Стойкий дефект мимических мышц (ММ) формируется у каждого четвертого–пятого пациента, у каждого седьмого из выздоровевших больных впоследствии наблюдается рецидив заболевания [14, 40, 56, 68, 126, 140].

По выражению И. П. Павлова: «нервная система есть невыразимо сложнейший и тончайший инструмент сношений, связи многочисленных частей организма между собой и организма как сложнейшей системы с бесконечным числом внешних влияний». Трудно переоценить значение ЛН в этой системе. Его функции не ограничиваются обеспечением секреторной и вкусовой функций, участием в адаптации звукопроводящего аппарата среднего уха. Обслуживая коммуникативные потребности индивидуума, ЛН обеспечивает благообразие лица, отражает эмоционально-психическое состояние человека.

Наиболее ярким клиническим симптомом периферического поражения ЛН является парез или паралич ММ соответствующей половины лица. Неврологический дефицит нарушает акты жевания, глотания, фонации и артикуляции. Неполное закрытие веком глазного яблока и нарушение слезоотделения приводит к обезвоживанию роговицы, развитию нейропаралитического кератита, иногда, к потере глаза. Субъективное восприятие таких неблагоприятных последствий погружает больного в атмосферу отрицательных психо-травмирующих переживаний, нередко приводит к депрессии. Заболевания ЛН имеют большое социальное значение: они часто приводят к длительной временной нетрудоспособности, к потере общественного статуса и проблемам в профессиональной реализации [20, 34, 48, 131].



УДК: 616. 21 (091)

**К ИСТОРИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ
(ПРОДОЛЖЕНИЕ)****В. И. Бабияк, В. Н. Тулкин***Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова**(Начальник каф. отоларингологии – проф. М. И. Говорун**Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, носа, горла и речи**(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)***HISTORY OF OTORINOLARYNGOLOGY
(CONTINUATION)****V. I. Babiyak, V. N. Tulkin**

Ранее (*Рос. оторинолар.* №1. – 2009. – С. – 26–33.) был опубликован перевод части статьи известных бразильских ученых, касающейся истории отиатрии, в которой изложены основные этапы развития оториноларингологии. В общем-то, для российского читателя эти сведения не представляются чем-то новым, тем более что в отечественной энциклопедической и исторической медицинской литературе существуют более подробные и научно мотивированные сведения по данной проблеме. Однако данная статья показалась нам интересной по ряду причин. Во-первых, своим лаконичным характером, преследующим определенные дидактические цели в отношении молодых специалистов, во-вторых, эта статья в известной степени отражает знания наших коллег из развивающихся латиноамериканских стран о базисных исторических этапах развития оториноларингологии, что для нас не может быть безразличным, учитывая крепнущие экономические и научные связи России с этими странами. И, наконец, изложенные в этой статье сведения могут указать путь нашим отечественным историографам в направлении переосмысления роли России, Советского Союза и Российской Федерации в развитии мировой оториноларингологии, значение которой трудно переоценить, и побудить их смелее использовать свои возможности для освещения этой роли в иностранных журналах. И последнее: преамбула к этой статье, помещенная в предыдущем журнале, нацеливает молодых ученых на глубокое изучение иностранных языков, чтобы, публикуя свои труды в зарубежных изданиях, не казаться «отдыхающими» на обочине прогресса. Ведь у нас есть что показать западному ученому миру.

* * *

Д. Ф. Н. Юниор, Д. Р. Германн, Р. Р. Америко, Ю. С. Б. Фильхо, А. Е. К. Стамм, С. С. Т. Пигнатари.

(Joao Flavio Nogueira Junior; Diego Rodrigo Hermann; Ronaldo dos Reis Americo; Iulo Sergio Barauna Filho; Aldo Eden Cassol Stamm; Shirley Shizuo Nagata Pignatar)

Ларингология**Ранние годы**

Сведения о гортани и хирургических вмешательствах в области, а также о их консервативном лечении приводятся в древних манускриптах египетских, индусских и греческих врачей. Самая старая справочная информация о гортани представляет собой рисунок, найденный в могиле египетского врача, датированной приблизительно 3 600 лет до н. э. Изображение на данном рисунке напоминает трахеостомию. В Индии, медицинские документы, получившие



УДК: 616. 21 (092)

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА А. Ф. ИВАНОВА*Академик РАМН Ю. М. Овчинников, г. Москва*

Вряд ли можно найти проблему или тему в период становления и развития отечественной оториноларингологии, в решении которых не принимали бы активного участия сотрудники ЛОР-клиники Московского Императорского университета – 1-го МОЛМИ– ММА им. Сеченова. Можно с уверенностью сказать, что достижения и позиции, пропагандируемые коллективом клиники, как при научных поисках, совершенствовании методов преподавания специальности, так и внедрении научных достижений в практику, всегда были передовыми, востребованными и актуальными!

Не забываема роль и значение одного из авторитетнейших оториноларингологов России, директора клиники в период с 1914 по 1934 г. г., профессора А. Ф. Иванова, 140 лет со дня рождения которого мы можем отметить сегодня! Он был не только высококвалифицированным практиком, учёным и преподавателем, но и активно участвовал в общественной жизни по становлению и совершенствованию нашей специальности. Так, например, он принимал активнейшее участие в проведении 1-го Всероссийского Съезда оториноларингологов в 1908 году в С-Петербурге, где решались судьба и перспективы развития нашей специальности.

Им был сделан, можно сказать, стержневой доклад съезда – «Задачи Отоларингологических Съездов». Положения доклада были использованы при выработке первого Устава ЛОР-общества. Он был председателем Оргкомитета 2-го съезда русских отоларингологов в Москве в 1910 году, где он дал оценку развивающейся в России нашей специальности: «Отделившись не так давно от общей медицины, специальность наша стала на твердый научный путь, опираясь, в своих теоретических построениях, на собственные анатомические изыскания, а в практических мероприятиях следуя наиболее верным хирургическим приемам»

А. Ф. Иванов и в дальнейшем принимал активное участие в организации и проведении как Всероссийских, так и Всесоюзных съездов, разработке передовых, не утративших и сейчас методов хирургического лечения лор-больных с различной патологией. Так его рекомендации по борьбе со стенозами гортани различной этиологии до настоящего времени не утратили значения и лишь добавлялись элементы хирургического или терапевтического воздействия на рану. В своём докладе на 1-м Всероссийском съезде им сделан доклад на актуальнейшую тему – «Ларингостомия при перихондритах гортани», где он обосновал тактику лечения этой тяжелой группы больных, важной и в наше время. Целый ряд оперативных вмешательств до сих пор носит имя А. Ф. Иванова:

- доступ к луковиче яремной вены,
- подход к челюстной пазухе,
- операции при хронических рубцовых стенозах гортани.

Из школы А. Ф. Иванова вышли многие выдающиеся профессора – И. Н. Александров, М. И. Вольфович, Н. Н. Усольцев, И. И. Цыпкин, Л. Д. Работнов, А. Г. Лихачев, К. А. Орлеанский и др.

Александр Федорович был соавтором первого, именно студенческого, учебника по оториноларингологии, что стало традицией – в последующем каждый заведующий кафедрой при-





УДК: 616. 921. 5 - 022. 6 – 08 - 039. 73

ИНТЕРАЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

З. С. Гуломов

INTERAL IN THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS

Z. S. Gulomov

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования

(Зав. каф. высоких технологий в оториноларингологии и логопатологии –
засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Использование иммуномодулятора Интераль в лечении острых респираторных вирусных инфекций привело к значительному уменьшению клинических симптомов в течение первых суток от начала заболевания.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, иммуномодулятор, лечение.

Библиография: Пять названий.

Using Inter al immunomodulator in the treatment of acute respiratory viral infections has led to the disappearance of clinical symptoms during the first days of onset.

Key words: acute respiratory viral infections, an immunomodulator, treatment.

Bibliography: Five sources.

Актуальность проблемы иммунокорригирующей терапии инфекционной патологии обусловлена бурным ростом возбудителей, обладающих множественной резистентностью к антибактериальным средствам, а также усилением агрессивности условно патогенной флоры [1, 3].

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) в настоящее время являются как никогда актуальной проблемой в оториноларингологии. По данным ВОЗ ежегодно ОРВИ болеет каждый третий житель планеты [3]. В последние годы наблюдается неуклонный рост хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Значительное внимание уделяется вопросам рациональной терапии заболеваний верхних дыхательных путей и острых респираторных вирусных инфекций [4].

В настоящее время каждый врач оториноларинголог должен уметь определить клинические проявления вторичного иммунодефицита при инфекционно-воспалительных заболеваниях ЛОР-органов и обосновать показания к иммуномодулирующей терапии [2]. В настоящее время установлено, что иммунологические отклонения играют существенную роль в патогенезе многих заболеваний верхних дыхательных путей. Учитывая эти обстоятельства, для лечения заболеваний верхних дыхательных путей на фармацевтические рынки поступают новые препараты, обладающие иммунокорригирующими свойствами.

Для лечения острых вирусных заболеваний высокоэффективным иммунопрепаратом является препарат «Интераль» на основе рекомбинантного интерферона альфа 2b человека (ГосНИИ особо чистых биопрепаратов, Санкт-Петербург, Россия). При этом весьма перспективным является использование местных лекарственных форм препарата, обеспечивающих адресную доставку, в частности, аэрозольной формы. [1, 5]



динамического сопротивления, повышение функции мукоцилиарного клиренса, уменьшение выраженности симптомов интоксикации.

Выводы:

Интераль за счет комплексного противовирусного и противовоспалительного действия при терапии заболеваний верхних дыхательных путей уменьшает отек, гиперсекрецию, а также ускоряет клиническое выздоровление пациента с острым респираторным вирусным заболеванием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Н. Н. Влияние Бестима и Беталейкина на иммунный статус больных с вторичными иммунодефицитными состояниями при вакцинации против вирусного гепатита В. / Н. Н. Абрамова, А. С. Симбирцев, И. И. Долгушин. // Цитокины и воспаление. – 2004. – Т. 3. – №4. – С. 29–35
2. Волков А. Г. Клинические проявления вторичного иммунодефицита при заболеваниях ЛОР-органов / А. Г. Волков, С. Л. Трофименко. – М.: Джангар, 2007. – 174 с.
3. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / Т. М. Зубик, К. С. Иванов, А. П. Казанцев и др. – СПб.: Медицина, 1991. – 331 с.
4. Захарова Г. П. Нарушения мукоцилиарной системы у больных хроническим риносинуситом и их коррекция: Автореф. дис.... докт. мед. наук / Г. П. Захарова. – СПб., 2007. – 42 с.
5. Изучение иммуномодулирующей активности нового пептидного соединения бестима. / Н. В. Пигарева, А. С. Симбирцев, А. А. Колобов и др. // Иммунология. – 2000. – №1. – С. 33–35.

УДК: 616. 322–002. 2–08. 039. 73

**СИСТЕМНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ**

Г. С. Мальцева, С. В. Рязанцев

*ФГУ Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

Хронический тонзиллит (ХТ) – это хроническое воспаление небных миндалин со всеми присущими ему патофизиологическими и морфологическими признаками, состоящими в угнетении неспецифических факторов естественной резистентности организма, нарушении гуморального и клеточного звеньев иммунитета [18]. Возникновение ХТ обычно связывают с перенесенными ангинами. [3]. Однако развитию хронического тонзиллита может предшествовать всего одна ангина, а иногда ангины в анамнезе могут и вовсе отсутствовать [21].

В последние десятилетия в клинической картине ХТ, как и многих других хронических заболеваний, произошли изменения.

Анализ историй болезни 806 больных ХТ, обратившихся в наш институт за консультацией, показал (рис. 1), что только 1/5 больных (20,8%) имели в анамнезе ангины, причем больше 2-х раз в году ангины встречались у 106 больных (13,2% от общего числа больных ХТ), у 56 (6,9%) ангины были 1–2 раза в год и у 6 (0,7%) больных ангины были менее 1 раза в год. Зато намного чаще пациентов ХТ беспокоили неприятные ощущения в горле без температуры (37,7%). В эту группу жалоб мы объединили ощущение боли, неловкости в горле, ощущение инородного тела, покалывания и т. п. Также часто больные жаловались на выделение лакунарных пробок с неприятным запахом (50,9%). Достаточно часто имелись жалобы на боли в суставах (20,8%). В основном это были коленные и локтевые суставы, только у 6 пациентов болели мелкие суставы кистей рук. Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) имели место у 118 (14,6%) больных ХТ, причем у 77 – это были боли в сердце, у 28 – тахикардия, у 4 – аритмия, у 5 – были дистрофические изменения в миокарде, 4 – перенесли миокардит после ангины. Паратонзиллярные абсцессы встречались редко – всего у 3,7%. Очевидно, выбор метода лечения больных с паратонзиллярными абсцессами реже встречает затруднения и, соответственно, такие больные реже обращаются для дополнительного обследования в ЛОРНИИ.



48. Pichichero M. E. Group A beta-hemolytic streptococcal infections / M. E. Pichichero // *Pediatr Rev.* – 1998. – Vol. 19. – N. 9. – P. 291–302.
49. Pichichero M. E. Sore throat after sore throat after sore throat. Are you asking the critical questions? / M. E. Pichichero // *Postgrad Med.* – 1997. – Vol. 101. – N. 1. – P. 205–218.
50. Skorek A. Severe regional and distant complication of tonsillitis. Case report / A. Skorek, D. Stodulski, C. Stankiewicz // *Otolaryngol Pol.* – 2004. – Vol. 58. – N. 5. – P. 999–1003.
51. Solak S. Short communication: clinical predictors of group A beta hemolytic streptococci isolation in upper respiratory tract infections / S. Solak, O. Ergonul // *Mikrobiyol Bul.* – 2005. – Vol. 39. – N. 3. – P. 333–340.
52. Wiech A. D. A case of actinomycosis of the palatine tonsils—diagnostic difficulties / A. D. Wiech, L. Lipinski, K. Janicki // *Otolaryngol Pol.* – 2002. – Vol. 56. – N. 3. – P. 377–380.
53. Scaglione F., Demartini G., Frascini F. Distribution of clarithromycin to intracellular and extracellular sites of infection: an overview. In: *New Macrolides, Azalides, and Streptogramins in Clinical Practice.* Neu H. C., Young L. S., Zinner S. H., Acar J. F. (Eds.). New York, etc., 1995: 380–385
54. Hoiby N. *Thorax* 1994;49: 531–2. Nagai H, et al. *Respiration* 1991;58: 145–9.
55. Sakito O, et al. *Respiration* 1996;63: 42–8. Fujii T, et al. *Thorax* 1995;50: 1246–52.
56. G. Zhanel Infectious Disease Express Report. Efficacy of Macrolide of Acute Bacterial Sinusitis in a Era of increased Macrolides Resistance, 2005
57. Morikawa K. et al. *Inetnat J Antimicrob Agents*, 2002, 191: 53–9.
58. Карпов О. И. Кларитромицин замедленного высвобождения: фармакоэпидемиологическая парадигма. *Consillium medicum*, #10, 2005
59. John E. Conte et al., *Antimicrob Ag and Chemot*, Jul 2006, 1617–1622
60. U. Kastner, J. P. Guggenbichler. Influence of Macrolide Antibiotics on Promotion of Resistance in the Oral Flora of Children, *Infection* 29 – 2001 – No.

УДК: 616. 284–002+616. 284–002. 2+616. 288. 1] – 08. 039. 73

ПРИМЕНЕНИЕ УШНЫХ КАПЕЛЬ, СОДЕРЖАЩИХ ЦИПРОФЛОКСАЦИН, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УХА

С. В. Рязанцев, И. А. Аникин, Б. А. Заварзин

*Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

В лечении острых и хронических заболеваний уха в стадии обострения основной задачей являются, как правило, остановка гноетечения (или иных выделений из слухового прохода), купирование болевого синдрома, а также восстановление слуха (или, по крайней мере, улучшение его до возможного уровня). Эти задачи можно успешно решить только при комбинированном подходе к лечению патологии уха. Одно из ведущих значений в комплексе лекарственных средств играют препараты местного применения, то есть ушные капли.

В настоящее время фармакологический рынок России предлагает широкий спектр препаратов под общим названием «ушные капли». Данная группа лекарств весьма разнообразна. В нее входят и местные анестетики, и ненаркотические анальгетики, включая нестероидные противовоспалительные средства, и антисептики, и дезинфицирующие средства, и противомикробные средства, и глюкокортикостероиды. Кроме того, в группе представлены специфические средства для лечения грибковых поражений уха.

Предлагаемые ушные капли предназначены для лечения совершенно разных патофизиологических форм отитов. Непонимание этого может привести к ошибочному назначению препарата и ятрогенным осложнениям, в числе которых самым грозным является антибиотиковая тугоухость. Причиной антибиотиковой тугоухости является проникновение антибиотика аминогликозидного ряда, содержащегося во многих ушных каплях, через внутреннее ухо к рецепторам слухового нерва, на которые данный антибиотик оказывает сильное токсическое воздействие. Гибель рецепторов в таких случаях носит, как правило, необратимый характер, приводя к тяжелым формам сенсоневральной тугоухости и к полной глухоте. В то же время, именно



УДК: 616. 216. 1–002–089. 87

НАШ ВАРИАНТ ЩАДЯЩЕЙ МИКРОМАКСИЛЛОТОМИИ**В. М. Бобров, Н. М. Коробейникова***МУЗ Городская клиническая больница №8 им. И. Б. Однопозова, г. Ижевск**(Главный врач – А. А. Есипов)*

Авторами предложен оригинальный щадящий вариант микромаксиллотомии. Данная методика вскрытия (высверливания) передней стенки верхнечелюстной пазухи выполняется (осуществляется) стандартным набором отечественных оториноларингологических инструментов: желобоватая стаместка Воячека шириной режущей кромки 9 мм, двух ранорасширителей, набор ушных воронок 2–3 шт под наружный диаметр в 5, 6, 7 мм. Наш вариант щадящей микромаксиллотомии позволяет использовать как самофиксирующуюся воронку предложенную нами с резьбовым витком в 2 оборота так и использовать стандартные ушные воронки при операциях на ВЧП.

Библиография: 5 названий.

Целью микромаксиллотомии является диагностическая эндоскопия пазухи для выявления самых ранних симптомов патологических изменений слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи для максимального использования возможностей мало инвазивной микрохирургии, позволяющей сохранить слизистую оболочку и ее структуры [5]. В 1982 г. Г. К. Задорожников [2] предложил для эндоскопии челюстной пазухи через клыковую ямку троакар, представляющий собой ушную воронку с наружным диаметром 3,5 мм, в которую введен стилет. В последующем В. С. Козлов в 1997 [3, 4], В. Н. Красножен в 2005 г [5] усовершенствовали инструмент и методику хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе.

С 2001 года на начальном этапе работы при операциях на верхнечелюстной пазухе пользовались методикой В. С. Козлова (1997) [3, 4]. С приобретением опыта поняли, что и она не лишена недостатков, хотя, безусловно, является щадящей. Мы согласны с М. П. Ашмариним (1999), что при повторных вскрытиях верхнечелюстных пазух (ВЧП) наружным доступом после вскрытия по методу В. С. Козлова обнаружили трещины и большие фрагменты кости, смещенные в полость пазухи [1]. Кроме того, троакар проникает в пазуху с повреждением слизистой оболочки ВЧП и/или повреждает оболочку кисты ВЧП. При толстой кости передней стенки ВЧП необходимо прикладывать значительное физическое усилие на ручку троакара. Главный же недостаток этого метода заключается в том, что в передней стенке пазухи создается маленькое отверстие величиной 5 мм, через которое невозможно одновременно провести эндоскоп и щипцы [1]. С учетом этого мы предлагаем свой вариант щадящего вскрытия ВЧП.

Техника операции. Хирургическое вмешательство в области клыковой ямки начинали под местной анестезией. Слизистую оболочку разрезали под верхней губой по переходной складке по линии между 4 и 5 зубами длиной 1,0 см, распатором отслаивали мягкие ткани с надкостницей, освобождая площадку в зоне наивысшей точки клыковой ямки. Мягкие ткани разводили 2-я ранорасширителями. Желобоватая стаместка Воячека шириной режущей кромки 0,9 см устанавливается перпендикулярно клыковой ямки. Сверлящими движениями 180° по часовой стрелке и 180° против часовой стрелки высверливаем в передней стенке верхнечелюстной пазухи отверстие диаметром 0,5 см или 0,7 см а при необходимости 0,9 см (на ширину стаместки). Так как стаместка Воячека (ее дистальная часть) заточена полукругло – а радиус заточки составляет половину ширины стаместки 4,5 см, то это позволяет данным инструментом выс-



УДК: 616. 231-089. 85:615. 324:638. 163

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХРЯЩА, КОНСЕРВИРОВАННОГО В НАТУРАЛЬНОМ ПЧЕЛИНОМ МЁДЕ, ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ЛАРИНГОТРАХЕОСТОМЫ

Е. И. Воротынцева

*Курский государственный медицинский университет
(Зав. каф. оториноларингологии—проф. С. З. Пискунов)*

Восстановительная хирургия гортани и трахеи является одним из сложных разделов пластической хирургии. Значительные трудности возникают при частичном или субтотальном отсутствии хрящевого скелета и шейного отделов трахеи, возникающем вследствие воспалительного процесса после оперативного вмешательства и в результате травматических повреждений. В этих случаях возникает необходимость создания нового скелета гортани и трахеи, способного обеспечить стойкость просвета дыхательных путей.

С целью восстановления утраченного скелета гортани и трахеи используют пластические материалы: ауто-, гомо-, гетеро- и аллотрансплантаты. Наиболее часто пользуются сетчатыми трансплантатами из капрона, лавсана, марлекса, тefлона [1–4].

Для удлинения передней стенки гортани и трахеи нами у 15 больных с большими ларинготрахеостомами применялась имплантация хряща, консервированного в натуральном пчелином меде. Забор хрящевой ткани для консервации производили во время выполнения операций по поводу искривления перегородки носа. Подбор доноров осуществляли из числа лиц, не болевших ранее инфекционными, венерическими и злокачественными заболеваниями. Заготовку хрящевой ткани производили в условиях тщательного соблюдения всех правил асептики. Удаленный хрящ отмывали от крови в физиологическом растворе в течение 10 минут, после чего погружали в стерильный стеклянный флакон с пчелиным медом, плотно закрывали и хранили в холодильнике при температуре 4–5°C без смены консерванта.

В числе оперированных было 11 пациентов после резекции гортани по поводу злокачественных образований, 4 – после пластики ее просвета по поводу рубцового постинтубационного стеноза.

Операция закрытия ларинготрахеостомы выполнялась под местной инфильтрационной анестезией по следующей методике. Делался разрез по краю ларинготрахеостомы с таким расчетом, чтобы лоскуты кожи и слизистой оболочки, из которых формируется внутренняя выстилка трахеи и гортани, ушивались без натяжения. После формирования внутренней выстилки над ней укладываются хрящевые пластинки, количество и размеры которых зависят от величины дефекта. Предпочтительно, чтобы пластинки формировались из изогнутого хряща. Концы их подшиваются кетгутовыми лигатурами к внутренней выстилке. Затем после отсеповки краев кожи формируется наружная выстилка, закрывающая ларинготрахеостому. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной Л., 57 лет, и/б №7031/446, поступил в клинику 15.02.96 года; год назад ему была проведена правосторонняя резекция гортани по поводу плазмоцитомы. В связи с отсутствием рецидива, достаточно широким просветом дыхательных путей решено произвести пластическое закрытие ларинготрахеостомы (рис. 1 а, б). Под местной инфильтрационной анестезией отсепованы края ларинготрахеостомы, сформирована внутренняя выстилка. На нее уложено и фиксировано две пластинки хряща, консервированного в пчелином меде. Наложены швы на кожу.

Через 10 дней рана зажила первичным натяжением. Сняты швы. Больной выписан домой с адекватным дыханием через гортань. Приживление имплантируемого хряща отмечено и у остальных больных, где заживление послеоперационной раны произошло первичным натяжением.

Таким образом, хрящ, консервированный в пчелином меде, может успешно использоваться для пластики ларинготрахеостом в качестве опорного материала, укрепляющего переднюю стенку трахеи и гортани и предохраняющего ее от втяжения при вдохе.

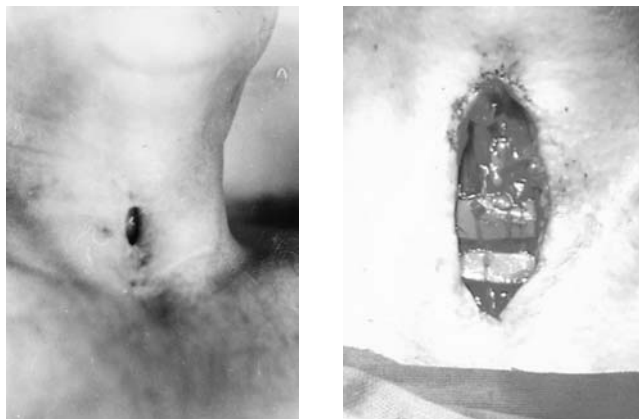


Рис. 1 а,б. Пластика ларинготрахеостомы у больного Б.

Примечание: а) ларинготрахеостома после гемиларингоэктомии по поводу плазмоцитомы;
б) сформирована внутренняя выстилка, уложено две пластинки хряща.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллотрансплантация трахеи в эксперименте. /А. В. Король, Г. Г. Автонденов, В. В. Ключников и др. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1990. – №10. – С. 44–47.
2. Микрохирургическая аутопластика обширных дефектов трахеи /Н. О. Миланов, Л. М. Гудовский, В. Д. Паршин и др. // В журнале пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 1998. – №2. – С. 9–17.
3. Первичная и отсроченная комбинированная пластика фарингоэзофагостом у больных раком гортаноглотки. /Е. Т. Мотякин, В. С. Алферов, Р. И. Ахедов и др. // Вестн. оторинолар. – 1996. – №1. – С. 39–41.
4. Пластика окончатых дефектов трахеи. /М. Г. Сачек, В. В. Аничкин, А. С. Коринцкий и др. // Там же. – 1993. – №1. – С. 38–41.

616. 22+616. 231–089. 844–089. 166–06

О ЖИЗНЕННО ОПАСНЫХ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПРИ ЛАРИНГОТРАХЕОПЛАСТИКЕ

Г. А. Гаджимирзаев

*ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)*

Согласно многочисленным публикациям количество больных со стойкими стенозами гортани и трахеи в современных условиях увеличивается [2, 5, 7]. Это обусловлено широким применением в клинической практике пролонгированной интубации и трахеостомии; увеличением числа больных с последствиями бытовых, автодорожных, производственных и огнестрельных травм органов шеи; ростом различного вида операций на щитовидной железе и органах грудной полости, после которых развивается стеноз паралитического генеза [3, 15, 16].

За последние 15 лет под нашим наблюдением находилось 58 больных с хроническими рубцовыми стенозами и дефектами гортани и трахеи. Причинами стенозов были интубация трахеи и ИВЛ – у 7 больных; продленная интубация – у 3; трахеостомия – у 8; повреждение возвратного нерва – у 3; бытовая, производственная, автодорожная и огнестрельная травма органов шеи – у 20; рубцовые стенозы и дефекты гортани и трахеи после органосохраняющих операций по поводу рака гортани – у 17 больных.

Постинтубационные стенозы гортани и трахеи у наших больных возникали в основном из-за несоответствия размера трубки и возраста пациента, травмы слизистой оболочки гортани и трахеи в период смены трубок, длительного пребывания интубационной трубки в гортани и трахее, несоблюдения сроков переинтубации и правил асептики.



13. Тумарцев И. Н. Кровотечение из плече-головного ствола после нижней трахеостомии / И. Н. Тумарцев // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1971. №6. – С 99–100.
14. Успенская Е. П. Экспериментальная терпия бронхоспазма и изыскание лекарственных средств для лечения бронхиальной астмы. Автореф. дис...канд. мед. наук / Е. П. Успанская. Л., 1954. – 12 с.
15. Хасанов У. С. Этиология и патогенез постинтубационных рубцовых стенозов гортани и трахеи / У. С. Хасанов // Вестн. оторинолар. – 2005. – №4. – С 56–57
16. Чайковский В. В. Применение стентов различных типов при лечении хронических стенозов гортани и трахеи / В. В. Чайковский, С. Н. Моради // Вестн. оторинолар. – 2003. №2. – С. 235–236.

УДК: 616.288.1-003.6: 616.715.28+616.316.5

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА, ПРОНИКАЮЩЕЕ В КРЫЛОНЕБНУЮ ЯМКУ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. В. Зеленов

*МУЗ «Подольская городская клиническая больница», Московская область
(Главный врач – В. В. Громов)*

Инородные тела уха в доступной нам литературе [1–4] чаще всего описываются как ино-родные тела наружного слухового прохода, значительно реже как инородные тела, проникшие в полость среднего уха. Предлагаем вашему вниманию случай инородного тела с анатомически сложным необычным расположением: с проникновением в крылонебную ямку и повреждающим околоушную слюнную железу.

Приводим наш клинический случай.

Больной Н., 1962 г. р., житель г. Подольска, 25.09.02г. самостоятельно обратился в приемное отделение Подольской городской клинической больницы с жалобами на головную боль, головокружение, общую слабость, гноетечение из правого уха.

Со слов, был избит неизвестными 22.09.02г., обстоятельств травмы достоверно не помнит.

В день травмы обращался в травмпункт ПГКБ, произведена обработка ссадин лица, ушибленных ран (3) волосистой части головы. В связи с подозрением на ЧМТ предлагалась госпитализация, от которой больной отказался.

25.09.02г. госпитализирован в нейрохирургическое отделение, ИБ №Х14410-2002.

При поступлении: по органам и системам без грубой патологии. АД 120 и 90 мм рт. ст. Неврологический статус: сознание ясное, в месте и времени ориентирован. Язык по средней линии. Отмечалась однократная рвота. Очаговых, менингеальных симптомов не выявлено. Оживление сухожильных рефлексов слева. Эхо-ЭГ: смещения срединных структур нет. Люмбальная пункция: ликвор в первой порции мутный, в последующих прозрачный, бесцветный, вытекает под давлением 160 мм водн. ст.

При ЛОР-осмотре: ушная раковина справа и заушная область не изменены. В наружном слуховом проходе обильное (до 5–6 ватников) жидкое гнойное отделяемое без запаха. Надавливание на козелок болезненно. После очистки наружного слухового прохода в глубине его видно инородное тело (кусочек стекла), неподвижное. Барабанная перепонка необозрима. В остальном ЛОР-органы без видимой патологии.

Диагноз при поступлении: сотрясение головного мозга. Инородное тело (стекло) правого наружного слухового прохода. Госпитализирован для наблюдения в отделение нейрохирургии, назначены седативные, десенсибилизирующие средства, антибактериальная терапия.

Проведено обследование.

На серии рентгенограмм в различных проекциях определяется слабой интенсивности ино-родное тело размерами 8,0 Δ 0,5 см, идущее от уровня правого наружного слухового прохода медиально и несколько книзу от правого височно-нижнечелюстного сустава.



УДК: 616. 32—006

НАБЛЮДЕНИЕ НЕВРИЛЕММОМЫ ГЛОТКИ**В. И. Попадюк, В. М. Аксенов, И. С. Пушкарь***Российский университет дружбы народов, г. Москва**(Зав. каф. оториноларингологии – проф. В. И. Попадюк)**Городская клиническая больница №4 ДЗ г. Москвы*

Неврилеммома (невринома, шваннома) доброкачественная опухоль, связанная со шванновской оболочкой нервов. Локализуется в мягких тканях по ходу периферических нервных стволов, черепных нервов, реже в стенках полых внутренних органов. Нейрофиброма развивается из элементов эндо- и эпинеурия. Локализуется в глубине мягких тканей по ходу нервов, в подкожной клетчатке, в корешках спинного мозга, в средостении, коже. Множественные, связанные с нервными стволами узлы нейрофибромы характерны для нейрофиброматоза. При этом заболевании нередко встречаются двусторонние опухоли II и VIII пары черепных нервов [1, 2, 4].

Название невриномы (нейриномы) дал J. Verocay, который в 1908–1910 г. г. описал своеобразную опухоль, связанную с нервным стволом. Невриномы бывают единичными, когда они представлены изолированной опухолью, связанной с ветвью симпатического или парасимпатического нерва. Иногда невриномы наблюдаются как системное заболевание. Это так называемый нейрофиброматоз (в литературе это заболевание известно также под названием болезни Реклингаузена) [3, 5, 7]. По данным Р. Е. Тарасовой (1953), было сделано 12 сообщений о невринах глотки [8]. Однако в настоящее время известно значительно большее количество такого рода наблюдений. К. К. Чиркина (1956) описала невриному, исходившую из задней стенки ротоглотки [9]. Большую невриному заглоточного пространства, исходившую из мелкой веточки симпатического нерва, наблюдал И. Я. Рабинович (1952). Размер опухоли после её удаления оказался 4,9 x 3,5 x 3 см, а вес – 29,5 г. И. Т. Батюнин (1980) описал невриному верхних дыхательных путей и заглоточного пространства [1].

Гистологически невринома представляет собой опухоль, состоящую из нервной ткани. Она может получить своё развитие, как от основного ствола нерва, так и от очень мелких нервных ветвей.

Неврилеммома встречается в любом возрасте. Опухоль имеет вид ограниченного узла любых размеров, плотной консистенции.

Нейрогенные опухоли в пределах ЛОР-органов встречаются сравнительно редко [4, 10], тем более в области нёбных дужек.

Приводим наше наблюдение. *Больная X., 22 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие опухолевидного образования в глотке, ощущение инородного тела в глотке, гнусавость.*

При осмотре в области левой половины глотки определяется новообразование, исходящее из задней нёбной дужки, прикрывающее левую нёбную миндалину, округлой формы, размером 3,0 x 2,0 x 2,0 см, розового цвета с выраженным сосудистым рисунком. Опухоль медиально достигала язычка. Миндалины за нёбными дужками, в лакунах скопление казеозных масс. Имеются спайки между нёбными дужками и миндалинами. Зачелюстные лимфатические узлы не пальпируются.

В раннем детстве перенесла коревую краснуху, ветряную оспу, корь. Отмечает частые простудные заболевания, ангины.

В 10-летнем возрасте при обращении к ЛОР-врачу по поводу ангины, выявлено новообразование размером 0,5 x 0,5 x 0,5 см, исходящее из задней нёбной дужки. Через 5 лет опухоль увеличилась в 2 раза. В конце января 2006 года консультирована в ЛОР-клинике РУДН, где было принято решение удалить новообразование, поскольку оно заметно увеличилось, появилась гнусавость, жидкая пища стала временами при глотании попадать в полость носа.

29 января 2006 года под местной анестезией 1 % раствором новокаина с помощью радиоволнового ножа Сургитрон, опухоль была вместе с подлежащей слизистой оболочкой отделена от боковой стенки глотки с частью задней нёбной дужки удалена. Во время операции и в послеопе-



рациональном периоде кровотечения не отмечено. При гистологическом исследовании верифицирована невринома.

Больная осмотрена через 6 месяцев и через год. Признаков рецидива опухоли нет. Гнусавость и нарушение акта глотания прекратились.

Особенностью наблюдения является редко встречающаяся локализация новообразования. В доступной нам литературе мы не нашли описания экзофитно растущей невриномы, исходящей из толщи задней нёбной дужки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батюнин И. Т. Невринома верхних дыхательных путей и заглоточного пространства. / И. Т. Батюнин – М., Медицина, 1980. – 100 с.
2. Геккер Я. И. Два наблюдения невриномы глотки. / Я. И. Геккер. // Вестник оториноларингологии. – 1954. – №2. – С. 80–81.
3. Лопатин Б. С. Нейрофиброма гортаноглотки и наружного кольца гортани / Б. С. Лопатин. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. 1964. – №4. – С. 71–72.
4. Невриномы и церуиномы уха. / В. Ф. Антонив., Н. В. Колодий., В. И. Попадюк и др // Мат. Крымской респуб. науч.-практ. конф. оториноларингологов. – г. Евпатория, 18–19 мая 1995. – Симферополь. – 1995. – С. 64–65.
5. Оловянные И. А. Два наблюдения нейрофиброматоза парафарингеальной области. / И. А. Оловянные, А. А. Черемных // Вестн. оторинолар. 1968. – №3. – С. 98–99.
6. Потапов И. И. Доброкачественные опухоли глотки. / И. И. Потапов. М., Медгиз, 1960. – 181 с.
7. Рабинович И. Я. Случай невриномы заглоточного пространства. / И. Я. Рабинович. // Вестн. оторинолар. 1952. – №2. – С. 83–84.
8. Тарасова Р. Е. Невринома глотки. / Р. Е. Тарасова. // Тр. науч.-исследов. института уха, горла и носа. М., 1953. – в. 3. – С. 105–109.
9. Чиркина К. К. Невринома глотки. / К. К. Чиркина // Вестн. оторинолар. 1956. – №5. – С. 129.
10. Эстезионейробластома и невринома полости носа и околоносовых пазух (клиника, диагностика, лечение). Современные методы диагностики и лечения. / Д. Ю. Кралин, И. П. Кралина, Сынебогов С. В. и др. // Тез. докл. науч.-практ. конф. Главного военно-медицинского управления службы авиационной и космической медицины ВВС. – 7 Центральный военный научно-исследовательский авиационный госпиталь МО РФ. М.: – 1996. – С. 131 – 132.

УДК: (616. 31:616. 371)-007. 271-02:616. 322-089. 87-06-053. 4

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭЛЕКТРОПЛАЗМЕННОЙ ВАПОРИЗАЦИИ МИНДАЛИН В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

А. С. Юнусов, С. В. Рыбалкин, А. З. Абдулсаламов

ФГУ НКЦО оториноларингологии Росздрава

(Директор – проф. Н. П. Дайхес)

Рубцовый стеноз гортани и (или) ротоглотки – самое грозное послеоперационное осложнение в оториноларингологии, сужение просвета воздухоносных путей, приводящее к затруднению прохождения воздуха при дыхании. Хронический стеноз, возникающий после длительной интубации, травмы, папилломатозе гортани, характеризуется медленным развитием симптомов и отличается стойкостью. Организм до определённого предела сравнительно хорошо приспосабливается к уменьшенному поступлению воздуха, если сужение просвета гортани формируется постепенно и медленно. Если стеноз развивается в течение короткого времени, то наступает угрожающее для жизни состояние, при котором требуется принятие самых неотложных мер с целью восстановления нарушенного дыхания [1, 2].

В детской оториноларингологии чаще сталкиваются с острыми стенозами ротоглотки и гортани, причины которого весьма разнообразны. В первую очередь, это отёки, как не воспалительного характера (аллергический отёк), так и воспалительные. Воспалительные отёки сопровождают ангину, флегмонозный ларингит, абсцесс надгортанника, нагноительные процессы

Содержание

Дискуссионные статьи

В. С. Дергачёв, Т. И. Дергачёва

К вопросу классификации хронического тонзиллита 4

Научные статьи

С. С. Арифов, В. Ш. Алиева

Анализ результатов лечения больных сезонной формой аллергического ринита 9

В. И. Бабияк, А. Н. Пащинин, Ю. К. Янов

Роль и значение вестибулярного анализатора в восприятии пространства
(Сообщение 1) 13

С. Г. Бойко, С. Г. Кетов, Н. Н. Потолицина, А. Ю. Людина,

М. Б. Пономарев, Т. Ф. Семенова, Е. Р. Бойко, Ю. К. Янов

Коррекция метаболического статуса у пациентов с СНТ препаратами,
влияющими на внутриклеточный транспорт жирных кислот 22

Н. Э. Бойкова, С. А. Польшер, К. Е. Ильина

Особенности ведения пациентов с трахеостомой
и сопутствующей бронхо-легочной патологией 26

Ш. А. Боймуратов

Сравнительный анализ результатов лечения больных
с сочетанными травмами костей носа и повреждениями головного мозга 31

Т. И. Гаращенко, Р. В. Котов, М. М. Полунин

Эндоскопическая хирургия слуховой трубы и среднего уха
у детей с экссудативным отитом 34

Н. М. Гусейнов, Н. Ф. Мехтизаде, А. З. Эфендиев,

И. Т. Ализаде, Я. М. Асади

Результаты лечения больных острой нейросенсорной тугоухостью антиоксидантами 41

А. П. Давыдова, И. И. Голованов, Е. И. Григоренко,

Г. Г. Шурупова, А. С. Водопьянов, А. С. Хейгетян

Острый средний отит у детей: особенности течения и диагностики 45

К. Г. Добрецов, В. Ю. Афонькин, С. В. Столяр, В. П. Ладыгина,

А. В. Сипкин, К. В. Пуртов, О. А. Баюков, А. С. Лопатин

Изучение свойств магнитных наночастиц в оториноларингологии
(экспериментальное исследование) 51

С. В. Зуева, В. И. Егоров, А. В. Козаренко

О совершенствовании диагностики и лечебной тактики
острого и хронического фронтита 57

С. Ю. Калашникова, С. В. Сергеев

Структура полипозных риносинуситов с учетом возраста пациентов,
клинической формы и патогенеза заболевания 61

А. Б. Киселев, В. А. Чаукина

Наш опыт противогрибковой терапии кандидозов наружного уха 64

С. Я. Косяков, Ю. А. Рощектаева

Современный взгляд на отологию через призму сравнительного анализа
диагностических и лечебных мероприятий в России и Европе 67

Е. Ю. Куренева

Состояние стволомозговых отделов слухового анализатора
по данным акустической импедансометрии
у лиц, подвергшихся длительному воздействию шума 71

Г. В. Лавренова, А. С. Симбирцев, Е. Н. Тараканова

О роли фагоцитов в неспецифическом клеточном иммунитете
у больных гнойным риносинуситом 76

Р. А. Ларин, С. В. Судаков, Е. Н. Писарев, А. В. Шахов

Опыт хирургического лечения послеоперационных фарингостом
с применением пекторального лоскута 81

Ю. В. Митин, А. Ю. Шидловский

Сенсоневральные и гемодинамические нарушения
при начальных проявлениях вертебрально-базиллярной недостаточности. 86

Ю. В. Назарочкин, Х. Х. Долотказин, А. И. Проскурин, А. Б. Федоренко, Н. И. Кабачек, А. И. Воробьев, В. П. Шпотин, Н. Н. Разумейко, А. А. Саркисов

Хронологические аспекты анализа результатов оказания
оториноларингологической помощи в многопрофильном стационаре. 91

А. А. Стадников, Р. А. Забиров, В. Н. Щетинин,

Р. Р. Рахматуллин, Л. В. Коваленко

Новый биопластический материал для регенерации покровных тканей
(данные электронно-микроскопических исследований) 100

В. Н. Тулкин, В. И. Бабияк

Органы вкуса и диагностика нарушений вкусовой чувствительности 103

Обзор

В. И. Линьков, И. В. Пошивалов

Травматические и нетравматические заболевания лицевого нерва –
современное состояние проблемы (обзор литературы) 113

Исторический

В. И. Бабияк, В. Н. Тулкин

К истории оториноларингологии (Продолжение) 140

Ю. М. Овчинников

Памяти профессора А. Ф. Иванова 144

Школа фармакотерапии

З. С. Гуломов

Интерваль в лечении острых респираторных вирусных инфекций 146

Г. С. Мальцева, С. В. Рязанцев

Системная антибактериальная терапия при хроническом тонзиллите 149

С. В. Рязанцев, И. А. Аникин, Б. А. Заварзин

Применение ушных капель, содержащих ципрофлоксацин,
при лечении острых и хронических воспалительных заболеваний уха 156

Из практики

В. М. Бобров, Н. М. Коробейникова

Наш вариант щадящей микромаксиллотомии 160

Е. И. Воротынцева

Использование хряща, консервированного в натуральном пчелинном меде,
для закрытия ларинготрахеостомы 164

Г. А. Гаджимирзаев

О жизненноопасных интраоперационных осложнениях при ларинготрахеопластике 165

А. В. Зеленов

Инородное тело наружного слухового прохода, проникающее
в крылонебную ямку с повреждением околоушной слюнной железы 170

В. И. Попадюк, В. М. Аксенов, И. С. Пушкарь

Наблюдение неврилемомы глотки..... 174

А. С. Юнусов, С. В. Рыбалкин, А. З. Абдулсаламов

Клиническое наблюдение осложнений электроплазменной вапоризации миндалин
в детской практике 175

Юбилей

Юбилей Хасана Шахмановича Давудова 178

Рецензия

Рецензия на монографию «Клинико-морфологическая оценка эффективности
тканево-коллаген-хитозановой трансплантации в реконструктивной отохирургии»,
подготовленную авторами: Е. Л. Куренков, Р. В. Кофанов, И. Д. Дубинец 180

Рецензия на монографию «Клинико-морфологическая оценка эффективности
тканево-коллаген-хитозановой трансплантации в реконструктивной отохирургии»,
подготовленную авторами: Е. Л. Куренков, Р. В. Кофанов, И. Д. Дубинец 181

Рецензия на монографию «Клинико-морфологическая характеристика хронического
тонзиллита в фазе ремиссии при консервативном лечении с применением аппарата
аэрозольной терапии и ультразвуковой кавитации»,
подготовленную авторами Е. Л. Куренковым, Р. В. Кофановым, К. С. Зыряновой 182

Рецензия на монографию Извина А. И. «Осложнения в оториноларингологии» 183

Некролог

Памяти Ю. А. Долины... 184

К сведению авторов 186