



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*

Для физических лиц индекс 41225 в каталоге «Пресса России»

Для юридических лиц индекс 42305 в каталоге «Пресса России»

Совместное издание

Федеральное государственное учреждение

«Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

Федеральное государственное учреждение «Санкт-Петербургский

научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи

Минздравсоцразвития России»

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

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
ФМБА России»

Федеральное государственное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России»

Издатель:

ООО «Национальный регистр»

Все права на данное издание зарегистрированы. Перепечатка отдельных статей и журнала в целом без разрешения Издателя запрещена.

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. Попова

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 10.12.2010 г.
Формат: 60х90^{1/8}, объем 20,5 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 Минздрава России.

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва.



УДК: 616-006. 488

**О РЕЦИДИВИРОВАНИИ ГЛОМУСНОЙ ОПУХОЛИ
(ПАРААНГЛИОМЫ) УХА****И. А. Аникин, М. В. Комаров****OF THE RECURRENCE OF GLOMUS TUMOR (PARAGANGLIOMA)
OF THE EAR****I. A. Anikin, M. V. Komarov**

*ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России»
(Директор – засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф. Ю. К. Янов)*

В работе представлен наш опыт хирургического лечения рецидивов гломусной опухоли за период с 2003 г. по 2010 г. В исследуемую группу были включены 13 пациентов с рецидивами опухоли из общего числа (33), прооперированных за этот период. 11 были прооперированы до госпитализации в других клиниках, 4 пациента имели рецидив опухоли после оперативного лечения в нашей клинике. Период послеоперационного наблюдения составил от 6 месяцев до 7 лет. Проведен анализ возможных причин возникновения рецидивов и пути их предотвращения: основные из которых, это адекватная диагностика, качественная предоперационная подготовка пациента и профессионализм отохирурга.

Ключевые слова: гломусная опухоль, параанглиома, рецидив гломусной опухоли.

Библиография: 29 источников

This article presents our experience of surgical treatment of recurrent glomus tumors in the period from 2003 to 2010. In the study group included 13 patients with recurrent tumors from a total of 33 who had surgery during this period. 11 were operated before hospitalization in other hospitals, 4 patients had tumor recurrence after surgical treatment in our clinic. Period of postoperative observation ranged from 6 months to 7 years. Possible causes of recurrence and them analysed. The main ways to prevent are an adequate diagnosis, high-quality preoperative preparation and professional skills of the otosurgeon.

Key words: glomus tumor, paraganglioma, glomus tumor recurrence.

Bibliography: 29 resources.

Гломусные опухоли (параанглиомы) уха составляют 0,6% [12] всех новообразований головы и, как правило, носят спорадический характер [6]. Они являются наиболее часто встречающимися опухолями среднего уха, а в числе опухолей височной кости уступают только шванномам VIII пары черепно-мозговых нервов [24, 26]. Женщины болеют чаще мужчин – примерное соотношение – 3:1, а дебют заболевания обычно выпадает на пятую и шестую декады жизни [3, 8].

Эти опухоли высоко васкуляризованны и развиваются из клеток параанглиев в адвентиции яремной луковичи, барабанного нерва и ушной ветви блуждающего нерва [3, 12, 14]. Редко такие опухоли малигнизируются и дают метастазы [1, 4], но они обладают агрессивным инфильтрирующим ростом, поражая окружающие костные структуры, сосуды и нервы [21, 22].

В литературе эта патология может встречаться под другими названиями – хемодектома, гломангиома, гломусангиома, гломическая опухоль, гломероцитом, рецептома [14, 29], что вызвано обилием дискуссии по поводу их гистологического происхождения.



24. Portmann M., Portmann D.. Otologic surgery: Manual of Oto-surgical Techniques. San Diego-London: Singular Publishing Group, 1997. 286 p.
25. Sanna M., DeDonato G., Piazza P. Revision Glomus Tumor Surgery // Otolaryngol Clin N Am. – 2006. – Vol. 39. – P. 763–782.
26. Semaan M. T., Megerian C. A. Current assessment and management of glomus tumors // Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery. – 2008. – Vol. 16. – P. 420–426.
27. Tos M. Manual of middle ear surgery: Mastoid surgery and reconstructive procedures. Stuttgart: Thieme, 1995. 403 p.
28. Transjugular craniotomy for the management of jugular foramen tumors with intracranial extension / Oghalai JS [et al.] // Otolaryngology & Neurotology. – 2004. – Vol. 25. – P. 570–579.
29. Wigand M. E. Restitutive surgery of the ear and temporal bone. Stuttgart: Thieme, 2001. 353 p.

Аникин Игорь Анатольевич – д. м. н. заведующий отделом патофизиологии уха СПб НИИ уха горла носа и речи; 190013, СПб, ул. Бронницкая, д. 9, 8-911-2636-903, e-mail: 7_line@mail.ru; **Комаров** Михаил Владимирович – клинический ординатор СПб НИИ уха горла носа и речи. 190013, СПб, ул. Бронницкая, д. 9, 8-905-2122-251, e-mail: mikhaillkomaroff@yahoo.com

УДК: 616. 28-008: 577. 125

**ДИСЛИПИДЕМИЯ, АУДИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
И БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРОЦЕССОВ
СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ
СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ**

**С. Г. Бойко^{1, 2}, А. М. Канева³, Н. Н. Потолицина³, Н. А. Вахнина³,
В. Д. Шадрина³, О. И. Паршукова³, А. А. Панюков¹,
О. В. Рябинина¹, Е. Р. Бойко^{1, 3}, Ю. К. Янов⁴**

**DISLIPIDAEMIA, AUDIOGRAM AND FREE OXIDATION PROCESS
INDICES IN PATIENTS WITH ACUTE HEARING LOSS**

S. G. Boiko, A. M. Kaneva, N. N. Potolitsyna, E. R. Bojko, Yu. K. Yanov

*1 – Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»
в г. Сыктывкаре*

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

*2 – ГУЗ «Консультативно-диагностический центр Республики Коми,
г. Сыктывкар*

(Директор – М. И. Ткаченко)

*3 – Учреждение РАН Институт физиологии Коми НЦ УрО РАН, г. Сыктывкар
(Директор – академик РАН Ю. С. Оводов)*

*4 – ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ ЛОР Минздравсоцразвития России»
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

Проведено исследование липидного профиля и биохимических маркеров, характеризующих интенсивность процессов свободнорадикального окисления, а также антиоксидантной системы организма у 17 пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью в возрасте от 17 до 69 лет. Таким образом, у пациентов с ОСНТ на фоне более частой односторонней локализации процесса отмечается в целом невысокое содержание холЛПВП и апоА. Для более чем 83% этих больных присущ дефицит α -токоферола и глубокий недостаток витамина В2, повышенный уровень молекулярных продуктов СРО

Ключевые слова: острая СНТ, свободнорадикальные процессы, витамины А, Е, апопротеин Е.

Библиография: 8 источников.



3. Метаболическое обеспечение годового цикла адаптивных реакций сердечно-сосудистой и дыхательной систем у военнослужащих в условиях Севера /под. ред. Е. Р. Бойко /коллектив авторов. – Сыктывкар, 2007. – 264 с.
4. Пальчун В. Т., Сагалович Б. М. Острая и внезапная нейросенсорная тугоухость // Вестн. оторинолар. 1994. №5–6. С. 5–12.
5. Пальчун В. Т., Петухова Н. А. Коррекция нарушений метаболизма печени при СНТ методом квантовой гемотерапии // Там же. 2001. №4. С. 4–9.
6. Пальчун В. Т., Кунельская Н. Л., Полякова Т. С. Лечение острой нейросенсорной тугоухости // Там же. 2006. №3. С. 45–48.
7. Состояние элементов антиоксидантной системы организма у пациентов с сенсоневральной тугоухостью / С. Г. Бойко [и др.] // Рос. оторинолар. 2009. Т. 40. №5. С. 16–20.
8. Таварткиладзе Г. А. Современные возможности и перспективы электроакустической коррекции слуха // Рос. медиц. журн. 1999. №1. С. 22–25.

Бойко Евгений Рафаилович – докт. мед. наук, профессор, зав. отделом экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; тел/факс: 8-8212-44-78-90; erbojko@physiol.komisc.ru; **Канева** Анастасия Михайловна – канд. биол. наук, ст. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; факс: 8-8212-44-78-90; amkaneva@mail.ru; **Потолицына** Наталья Николаевна – канд. биол. наук, ст. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; факс: (8212) 44-78-90; potol_nata@list.ru; **Вахнина** Надежда Алексеевна – канд. биол. наук, ст. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; факс: (8212) 44-78-90 erbojko@physiol.komisc.ru; **Шадрина** Вера Дмитриевна – мл. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; факс: (8212) 44-78-90 erbojko@physiol.komisc.ru; **Паршукова** Ольга Ивановна – канд. биол. наук, мл. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74; факс: (8212) 44-78-90 erbojko@physiol.komisc.ru; **Панюков** Антон Алексеевич – студент 5 курса лечебного факультета Коми филиала ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» в г. Сыктывкаре 167000, г. Сыктывкар, ул. Бабушкина, 11; **Рябинина** Ольга Васильевна – студентка 5 курса лечебного факультета Коми филиала ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» в г. Сыктывкаре 167000, г. Сыктывкар, ул. Бабушкина, 11; **Янов** Юрий Константинович – профессор, директор СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9. тел. 8-812-316-22-56, э/п: lorobchestvo@bk.ru

УДК: 616. 921. 5–022. 6–08–039. 73

МОНОТЕРАПИЯ АЭРОЗОЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА 2 (ИНТЕРАЛЬ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

З. С. Гуломов, А. С. Симбирцев, Ю. К. Янов

MONOTHERAPY AEROZOL FORM OF INTERFERON ALPHA 2 (INTERAL) THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS

Z. S. Gulomov, A. S. Simbirtsev, J. K. Yanov

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

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

ГНИ «Санкт-Петербургский НИИ особо чистых биопрепаратов»

(Директор проф. А. С. Симбирцев)

В результатах работы представлена клиническая эффективность применения аэрозольной формы препарата интерферона альфа 2бета. Оценивая динамику картины острых респираторных вирусных инфекций при лечении данным препаратом, отмечено достоверное купирование общих и местных проявлений интоксикации, синдрома системного воспаления.



Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, интерферона альфа 2бета, интераль, лечение.

Библиография: 10 источников.

In the results of the presented clinical efficacy of the aerosol form of the drug interferon alpha 2beta. Estimating the dynamics of the picture of acute respiratory viral infections in the treatment of the drug, demonstrated significant relief of general and local manifestations of intoxication, a syndrome of systemic inflammation.

Key words: acute respiratory viral infections, interferon alpha 2beta, interal, treatment.

Bibliography: 10 source.

По данным Всемирной организации здравоохранения, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются самым распространенным заболеванием, составляя до 8090% в общей структуре инфекционной заболеваемости [2, 4]. ОРВИ относятся к повсеместно распространенным болезням, ведущая роль среди них принадлежит, бесспорно, гриппу различных серотипов. Вирусы гриппа вызывают эпидемии и пандемии, поражая людей всех возрастов. [1, 5].

Ежегодно в России ОРВИ переносят порядка 50 млн. человек. Столь высокий уровень заболеваемости определяет значительный экономический ущерб — на долю данной патологии приходится до 40% от общей временной нетрудоспособности населения. Только в Москве ежегодные расходы на лечение ОРВИ составляют до 20 млн. рублей [5].

Заболеть можно и в случае когда организм не располагает достаточными силами сопротивляться инфекции, т. е. при недостаточном иммунном ответе. Дело в том, что здоровый человек хорошо защищен от вирусных инфекций своей иммунной системой, и, прежде всего, системой интерферона [1, 9]. Своевременная терапия ОРВИ способствует более быстрому выздоровлению и предупреждает развитие осложнений. Безусловно, лечение ОРВИ должно быть комплексным и строиться индивидуально в каждом конкретном случае [2, 5, 6, 10]. Один из путей повышения эффективности комплексной терапии ОРВИ предусматривает использование иммуномодулирующих препаратов, в частности, препаратов интерферона [4, 5, 8].

Интерфероны — это вырабатываемые организмом вещества белковой природы для защиты от различных инфекций. Снижение их синтеза, например при переохлаждении, приводит к развитию инфекционных заболеваний. Интерфероны были впервые обнаружены как защитные факторы, синтезируемые в клетках, инфицированных вирусами. Их главным свойством является нарушение репликации вирусов. За это они получили свое название от английского *Interfere with* мешать (вирусам осуществлять синтез своей РНК и белков) [1, 3, 5].

Рекомбинантный ИНФ-а 2 (интераль) производится в ГНЦ «ГосНИИ Особо Чистых Биопрепаратов» ФМБА России. Препарат производится под постоянным контролем и с непосредственным участием специалистов, обладающих значительным научно-практическим опытом в области биотехнологий и создания высокоэффективных сорбентов для выделения и очистки рекомбинантных белков. Производство осуществляется и организовано по международным стандартам, продукция полностью соответствует требованиям Британской фармакопеи. Рекомбинантный ИНФ-а 2 (интераль) сравним по эффективности и безопасности с лучшими мировыми аналогами и значительно превосходит их по фармакоэкономическим показателям [3, 7, 8].

В нашей клинике в течение последних двух лет изучена клиническая эффективность монотерапии аэрозольной формой ИНФ-а2 (интераль) при ОРВИ.

Цель исследования, Изучить клинический эффект монотерапии аэрозольной формой ИНФ-а 2 (интераль) при ОРВИ.

Пациенты и методы. Проведено исследование, включавшее клинический анализ данных о 150 больных основной группы с ОРВИ в возрасте от 20 до 70 лет, из которых большинство их них составляет мужчины (61%). Всем пациентам, назначалась аэрозольная форма ИНФ-а 2 .

Контрольную группу составили 90 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет с теми же клиническими проявлениями, но лечившиеся гриппфероном.



3. Кетлинский С. А., Симбирцев А. С., Воробьев А. А. Эндогенные иммуномодуляторы. СПб.: Гиппократ, 1992. 256 с.
4. Крюков А. И., Туровский А. Б. Симптоматическая терапия при острых респираторных заболеваниях. Справочник поликлинического врача. 2005. № 4. Т. 4.
5. Лечение острых респираторных инфекций у военнослужащих / А. А. Зайцев [и др.] // Военно-медиц. журн. 2007. – № 11. – Т. 328. – С. 1519.
6. Морозова С. В. Лечение острых инфекций верхних дыхательных путей // Рус. медиц. журн. 2005. – № 26. – Т. 13. – С. 1748–1751.
7. Симбирцев А. С. Биология семейства интерлейкина-1 человека // Иммунология. – 1998. – № 3. – С. 9–17.
8. Симбирцев А. С. Справочник по иммунотерапии. СПб.: Диалог, 2002. – 478. с.
9. Эпидемиологические особенности гриппа последних лет / Д. К. Львов. [др.] // Вопр. вирусологии. 1998. №2 С. 59–62.
10. Gwaltney J. M. Jr., Druce H. M. Efficacy of brompheniramine maleate treatment for rhinovirus colds // Clin. Inf. Dis. 1997; 25: 1188–1194.

Гуломов Зафарходжа Саидбекович докторант Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования РФ. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кировная, 41. Тел: +7-952-368-23-81 Э/п: gulomov_zafar@mail.ru.
Симбирцев Андрей Семёнович профессор, директор Санкт-Петербургского НИИ особо чистых биопрепаратов. Санкт-Петербург, ул. Пудожская, 7. тел. 8-812-235-12-25. **Янов** Юрий Константинович докт. мед. наук, профессор, директор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, СПб.: ул. Бронницкая, 9. тел. 8-812-316-29-32, э/п: lor_obchestvo@bk.ru

УДК: 616. 22-007. 271-089. 844

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННИХ ПАРАЛИЧЕЙ ГОРТАНИ

С. С. Решульский, А. Л. Клочихин, В. В. Виноградов, Т. А. Галкина

CLINICAL ASPECTS OF APPLICATION AUTOGRAFT FROM THE HYPOGLOSSAL BONE OF TREATMENT OF BILATERAL PARALYSES OF THE THROAT

S. S. Reshylsky, A. L. Klochihin, V. V. Vinogradov, T. A. Galkina

*ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

Проблема лечения больных с паралитическими стенозами гортани остается актуальной на данный момент. Число данной патологии растет. Мы хотим предложить методику лечения паралитических стенозов гортани с применением аутотрансплантата из тела подъязычной кости. Отличием данного метода от остальных является то, что не нарушается целостность внутренних мышц и слизистой оболочки гортани. В работе представлены результаты лечения тридцати двух больных. Семи из них выполнена операция с применением аутотрансплантата из тела подъязычной кости, двадцати пяти эндоларингеальные операции: восемнадцать хордотомий, пять хордэктомий, три хордаритиноидэктомии. Мы пришли к выводу, что метод лечения паралитических стенозов гортани с применением аутотрансплантата из тела подъязычной кости дает неплохой результат и может быть применим.

Ключевые слова: гортань, стеноз, подъязычная кость, аутотрансплантат.

Библиография: – 7 источников.

The problem of treatment of patients with paralytic stenosis of a throat remains actual at present. The number of the given pathology grows. We wish to offer a technique of treatment of paralytic stenosis of a throat with application autograft from a body of a hypoglossal bone. Difference of the given method from the others is that integrity of internal muscles and a mucous membrane of a throat is not broken. In work results of treatment of thirty two patients are presented. Seven of them operation with



application autograft from a body of the hypoglossal bone, twenty five endolaryngeal operations is executed: eighteen cordotomy, five cordoectomy, three aryteanoidcordoectomy. We have come to conclusion, that the method of treatment of paralytic stenosis of a throat with application autograft from a body of a hypoglossal bone gives quite good result and can be apply.

Keywords: throat, stenosis, hypoglossal bone, autograft.

Bibliography: 7 sources.

Больные со стенозами полых органов шеи составляют 3% от всех оториноларингологических больных. По данным отечественных и зарубежных авторов, в 75–95% случаев причиной стенозирования гортани и трахеи являются:

- интубация,
- искусственная вентиляция легких,
- трахеостомия,
- поражение блуждающего нерва и его ветвей. Стенозы этих органов выявляются у 20–25% больных, перенесших интубацию, ИВЛ, трахеостомию, тотальную или частичную резекцию щитовидной железы [2].

Несмотря на значительные успехи современной клинической медицины и базовых дисциплин, многие проблемы диагностического и терапевтического плана не приобрели окончательного решения. Это в полной мере относится к некоторым вопросам ларингологии. В этом плане не является исключением проблема лечения расстройств функции внутренних мышц гортани, причиной которых, в подавляющем числе случаев, является нарушение иннервации гортани как следствие травматизации возвратного гортанного нерва и наружной ветви верхнего гортанного нерва при операциях на щитовидной железе. В части случаев они характеризуются не только тяжестью, но и необратимостью последствий [3, 4].

Несмотря на положительное влияние многообразия методов хирургического вмешательства на щитовидной железе, парезы и параличи, вызванные травмой возвратного нерва после первичных операций на щитовидной железе достигают 15%, при повторных вмешательствах доходят до 30% [1].

Описано и разработано множество вариантов лечения данной патологии. Основным методом лечения этих больных при односторонней неподвижности и атонии голосовой складки сводится к её медиализации и восстановлению тонуса, а при двустороннем поражении, обуславливающим паралитический стеноз гортани, к её латерофиксации [1, 7].

Также для больных с двусторонними параличами гортани разработаны способы одноэтапной реконструкции просвета. Известна методика операции при двустороннем паралитическом стенозе с помощью применения реберного хряща [2], аутоотрансплантатом из тела подъязычной кости на питающей ножке, применяемый в хирургии рубцовых стенозов и атрезии гортани у детей [6].

Проблема лечения осложняется рядом факторов, порою требующих индивидуального и оригинального решения. К их числу можно отнести и генез, и особенности организма пациента, и проводимое ранее лечение [5, 6]. Учитывая отмеченное можно считать, что актуальность проблемы отбора больных и их лечения при расстройствах фонаторной и дыхательной функций, связанных соответственно с паралитическими стенозами гортани разной этиологии не вызывает сомнений.

Цель. Улучшение функциональных и эстетических результатов лечения больных с паралитическими стенозами гортани.

Задачи. Для достижения указанной цели нами поставлены задачи:

1. Оценить возможность применения перемещенного сложного аутоотрансплантата из тела подъязычной кости на питающей ножке, из подподъязычных мышц для расширения просвета гортани при одностороннем и двустороннем паралитическом стенозе.
2. Модифицировать методику применения сложного аутоотрансплантата из тела подъязычной кости на питающей ножке, из подподъязычных мышц для расширения просвета гортани при одностороннем и двустороннем паралитическом стенозе.



УДК: 616.21+152.3

ПСИХОЛОГИЯ ВРАЧЕВАНИЯ

В. И. Бабияк

PSYCHOLOGY OF DOCTORYNG

V. I. Babiyak

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа
и речи Минздравсоцразвития России»
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

В статье, обращенной к участникам конференции молодых ученых 2011 года, поднимаются вопросы психологических отношений в системе «врач – пациент», а также значения роли подсознательного и интуитивного мышления в деятельности врача на начальных этапах его постдипломной деятельности

Ключевые слова: подсознание, интуиция, духовность, сострадание

Библиография: 12 источников

In clause turned to participants of conference of young scientists of 2011, questions of psychological attitudes in system «the doctor – the patient», and also values of a role of subconscious and intuitive thinking in activity of the doctor at the initial stages of its post degree activity rise

Key words: subconscious ness, intuition, spirituality, compassion

Bibliography: 12 sources

Здоровье для человека естественно, болезнь – неестественна.
Здоровье приемлет его телом как нечто само собой понятное,
так же, как воздух легкими, свет глазами, не заявляя о себе,
живёт оно и растёт в нём вместе с общим его жизнеощущением.
А болезнь – она проникает внезапно, как что-то чуждое,
она нечаянно набрасывается на объятую страхом душу
и бередит в ней множество вопросов.
Ибо если откуда-то со стороны явился он, злой враг,
то кто же наслал его? Останется он или отойдёт?
Доступен он заклятию, мольбе, преодолению?
Жесткими своими когтями извлекает болезнь из сердца
противоречивейшие чувства: страх, веру, надежду,
обреченность, проклятие, смирение, отчаяние.
Она научает больного спрашивать, думать и молиться,
поднимать полный испуга взор в пустоту
и обретать там существо,
к которому можно поведать о своем страхе.
Стефан Цвейг

Не правда ли, мой молодой друг, странная затея автора этого эссе рассказывать тебе о роли психологического подхода в деле лечения больного? Ещё более странным может показаться тебе тезис о том, что «подсознательное» может оптимизировать результаты лечения или, напротив, ухудшать его. Помнится, психоанализ как учение о подсознательном,



гическими особенностями и таковыми больных вырабатывать свои формы общения с больными, столь разными, но объединенными лишь страданием.

Примером индивидуального «образа врача» является психиатр Зигмунд Фрейд, о методах общения которого с больными засвидетельствовал в своей трилогии «Врачевание и психика» австрийский писатель Стефан Цвейг [11]: «Сорок лет подряд Фрейд проделывает восемь, девять, десять, иной раз одиннадцать анализов¹ в день, иначе говоря, девять, десять, одиннадцать раз сосредоточивается он, по целому часу, с крайним напряжением, можно сказать, с трепетом, на чужой личности, подстерегает и взвешивает каждое слово; и в то же время его память, никогда ему не изменяющая, сопоставляет данные этого анализа с результатами всех предыдущих. Он, таким образом, полностью сживается с этой чужой личностью, в то же время, наблюдая ее извне, как психодиагност. И в один миг он должен, по истечении этого часа, переселиться из этого своего пациента в другого, следующего, восемь, девять раз в день и, таким образом, хранить в себе обособленно, без всяких записей и мнемонических приемов, сотни судеб, наблюдая каждую в тончайших ее ответвлениях». Это описание работы гениального психиатра есть образец высшего служения делу врачевания в те времена, когда не существовали компьютеры и Интернет. Эти инструменты даны современному врачу в облегчение его труда, но они не могут заменить то человеческое в отношениях с пациентом, которое носит название духовности, ключевым фактором которой является сострадание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П. К. Системогенез как общая закономерность эволюционного процесса // Бюлл. экспер. биол. и мед. – 1948. – № 8. с. 81.
2. Декарт Р. Избранные произведения. М.: Наука. С. 86.
3. Зиглер Д. Теории личности. СПб, 1999. 187 с.
4. Спиркин А. Г. Основы философии. Учебн. пособие для вузов. – М.: Политиздат, 1988. – 592 с.
5. Спиркин А. Г. Интуиция. М.: БСЭ, 3 изд., т. 10, С. 343.
6. О положении в биологической науке / Стенографический отчет Сессии Всесоюзной академии сельскохозяйственных наук им. В. И. Ленина / 31 июля – 7 августа 1948 г. – М.: ОГИЗ–СЕЛЬХОЗГИЗ, 1948. 536 с.
7. «Психология индивидуальных различий. Тесты». Хрестоматия. М, 1982. 245 с.
8. Робертсон Р. Введение в психологию Юнга. Ростов-на-Дону, 1999. 197 с.
9. Фрейд З Психология бессознательного. Пер. с нем. – М, 1990. 223 с
10. Хьелл Л., Холл К., Линдсей Г. Теории личности. Пер. с англ. – М, 1997. 317 с
11. Цвейг С. Врачевание и психика (Ф. Месмер, М. Беки-Эдди, З. Фрейд) / Пер. с нем. – СПб.: ТсОО «Гамма», 1988. 240 с.
12. Юнг К. Г. Аналитическая психология. Прошлое и настоящее. Пер. с нем. – М, 1995. 224 с.

Бабияк Вячеслав Иванович – профессор НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, дом 9.
E-mail: vbabiyak@mail.lanck.net

УДК: 616. 833 009. 11-079. 208

АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Е. М. Бачегова

SENSORINEURAL DEAFNESS ANTIHOLINESTERASE THERAPY

E. Bacheгова

ГОУ ВПО Санкт-Петербургский медицинский университет

им. акад. И. П. Павлова

(Зав каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В статье проанализированы данные комплексного лечения пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью. Было выделено две группы больных. В первую группу вошли 70 пациен-

¹ – Цвейг имеет в виду применение метода психоанализа (В.Б.).



тов, которые получали лечение с учетом реципрокного взаимодействия М- и Н-холинергических механизмов. В группу сравнения вошли 40 пациентов, которые не получали антихолинэстеразной терапии. В первой группе больных выздоровление достигнуто у 70% больных. В контрольной группе выздоровление достигнуто у 53% больных. Анализ показал, что антихолинэстеразная терапия в комплексном лечении острой сенсоневральной тугоухости имеет существенное значение, позволяя добиваться более эффективной реабилитации больных.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, антихолинэстеразная терапия

Библиография: 7 источников

In this article are analysed the complex treatment datas of patients with acute sensorineural deafness. There were two groups of patients. The first group consisted of 70 patients, who were treated with underlying interaction M- and N-cholinergic mechanisms. The second group for to compare was of 40 patients, who didn't recieve anticholinesterase therapy. In the first group of patients the recovery was reached by 70% patients.

In the test group the recovery was reached by 53% patients.

According to this experiment, anticholinesterase therapy, with complex treatment the acute sensorineural deafness, plays an important role in getting more effective patients' rehabilitation.

Keywords: sensorineural deafness, anticholinesterase therapy

Bibliography: 7 sources

Одной из основных проблем современной оториноларингологии является острая сенсоневральная тугоухость. По данным мировой и отечественной литературы до 6 % населения планеты страдает нарушениями слуха, до 80% из которых связаны с поражением звуковоспринимающего аппарата (1,2,3. 7). По данным В. Ф. Воронкина и Л. А. Лазаревой сенсоневральная тугоухость является главной проблемой современной клинической аудиологии и занимает среди заболеваний ЛОР-органов от 7,8 до 12. 1% [2]. Более 50% пациентов, страдающих сенсоневральной тугоухостью, находятся в трудоспособном возрасте – от 20 до 50 лет (3). Согласно данным ВОЗ в России насчитывается около 12 млн. больных с нарушениями слуха, в том числе подростков и детей более 600 тысяч. В последние годы отмечается постепенный рост уровня заболеваемости (4, 6).

Среди пациентов с поражением звуковоспринимающего аппарата особого внимания заслуживают больные с острой и внезапной сенсоневральной тугоухостью, как более перспективные в получении хороших клинических результатов в процессе лечения. Недостаточность в изучении патогенеза кохлеарных невритов объясняет эмпирический подход к лечению заболевания и его недостаточную эффективность. Терапия острой сенсоневральной тугоухости должна быть направлена как на устранение причины заболевания, так и на улучшение функционального состояния слухового рецептора. Успех терапии зависит от степени сохранности воспринимающих элементов рецептора и нервной проводимости слухового нерва. При лечении сенсоневральной тугоухости в основном используется комплексный подход с учетом всех возможных звеньев патогенеза. Терапия сенсоневральной тугоухости должна быть направлена как на устранение причины заболевания, так и на улучшение функционального состояния звуковоспринимающего аппарата.

При назначении лекарственных препаратов необходимо учитывать особенности их проникновения через структуры гематолабиринтного барьера, особенности их действия на чувствительные структуры внутреннего уха, а также синаптическую передачу импульсов в вышележащие отделы слухового анализатора.

Пациенты и методы. За период с 2005 г. по 2009 г. в клинике ЛОР-болезней СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и ЛОР-отделении Ленинградской областной клинической больницы обследовано 110 больных с острым невритом слухового нерва в возрасте от 20 до 66 лет. Среди обследованных было 58 мужчин и 52 женщины. Инфекционный фактор прослеживался у 56 больных, акустическая травма – у 4, механическая травма – у 7, сосудистый фактор – у 30, а у оставшихся больных диагностирован идиопатический неврит слухового нерва. Одностороннее поражение выявлено у 96 больных, у 14 – двустороннее. Длительность



УДК: 616. 216. 1-002-008. 6

СИНДРОМ НЕМОГО СИНУСА**Я. Г. Беляева****SILENT SINUS SYNDROME****Y. G. Belyaeva***ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»**(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)*

Синдром немого синуса также известный, как хронический ателектаз верхнечелюстной пазухи, заключается в безболезненном экзофтальме и ретракции вовнутрь стенок ипсилатеральной верхнечелюстной пазухи. Связанное с этим уменьшение объема верхнечелюстной пазухи идет за счет расширения глазницы и экзофтальма. Появление обструкции соустья верхнечелюстной пазухи играет ведущую роль в развитии синдрома немого синуса. Причины, ведущие к ретракции стенок обтурированной пазухи, не совсем ясны. По результатам КТ ОНП выявляется тотальное затенение верхнечелюстной пазухи. Лечение обычно оперативное – эндоскопическая хирургия околоносовых пазух, направленная на восстановление дренажа и аэрации верхнечелюстной пазухи. Нижняя глазничная стенка может быть восстановлена одновременно.

Ключевые слова: синдром немого синуса, односторонний прогрессирующий безболезненный экзофтальм, КТ ОНП.

Библиография: 7 источников.

The silent sinus syndrome, also known as chronic maxillary sinus atelectasis, consists of findings of painless exophthalmos and inward retraction of the ipsilateral maxillary sinus walls. The resultant volume loss in the maxillary sinus accounts for orbital enlargement and exophthalmos. Obstruction of the maxillary ostium appears to play a critical role in the development of silent sinus syndrome. Events leading to retraction of the walls of the obstructed sinus are not clearly understood. Usually coronal CT images demonstrate complete opacification of the maxillary sinus. Treatment is often by functional endoscopic sinus surgery to remove obstruction and restore sinus pressure. The orbital floor can be repaired during the same operation.

Key words: silent sinus syndrome, painless progressive exophthalmos, computer tomography of the paranasal sinuses

Bibliography: 7 sources.

Синдром немого (молчащего) синуса – патологическое состояние, недостаточно известное широкому кругу отоларингологов. Характеризуется спонтанным безболезненным прогрессирующим односторонним экзофтальмом и асимметрией лица, тотальным затенением верхнечелюстной пазухи с ипсилатеральной стороны на рентгенограммах околоносовых пазух (ОНП), отсутствием ринологических жалоб. Больные обычно обращаются к офтальмологу для обследования по поводу асимметрии лица, которая может быть интерпретирована как экзофтальм или птоз пораженного глаза или иногда ошибочно, как экзофтальм контралатерального глаза [1, 2, 5, 7]. Нередко пациенты в течение длительного времени обследуются по поводу одностороннего экзофтальма или экзофтальма у офтальмолога, эндокринолога, невролога, челюстно-лицевого хирурга. После того, как будут исключены метаболические, глазные и неврологические причины необходимо обратить внимание на анатомию. Больного направляют на консультацию к отоларингологу, который назначает компьютерную томографию ОНП (КТ ОНП) с целью оценки состояния полости носа и околоносовых пазух.

На компьютерных томограммах ОНП и глазниц выявляются следующие изменения, характерные для синдрома немого синуса:

- затенение верхнечелюстной пазухи,
- обструкция её естественного соустья [3,7],
- уменьшение размеров пазухи вследствие ретракции стенок вовнутрь,



ЛИТЕРАТУРА

1. С. З. Пискунов, Ф. Н. Завьялов, Н. М. Солодилова. Два случая синдрома молчащего синуса // Рос. ринология. – 2009. – С. 29–31.
2. A case of unilateral enophthalmos / H. D. Roach [et al.] // British Journal of Radiology. – 2003. – Vol. 76, P. 577–578.
3. Silent sinus syndrome / A. Annino [et al.] // Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery. – 2008. – Vol. 16, P. 22–25.
4. Silent Sinus Syndrome / A. Illner [et al.] // American Journal of Roentgenology. – 2002. – Vol. 178, P. 503–506.
5. Silent Sinus Syndrome: An Acquired Condition / R. Hourany [et al.] // American Journal of Neuroradiology. – 2005. – Vol. 26, P. 2390–2392.
6. Silent sinus syndrome: a case presentation and comprehensive review of all 84 reported cases / W. A. Numa [et al.] // Annals of otology, rhinology, and laryngology. – 2005. – Vol. 114, P. 688–694.
7. The silent sinus syndrome: a case series and literature review / B. Joseph [et al.] // Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111, № 6, P. 975–978.

Беляева Янина Геннадьевна. Контактный телефон 499–71–76; e-mail: yanigma@rambler.ru

УДК: 616. 28-072: 616. 283. 1-089. 843

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

О. А. Бреева

CAUSES AND MECHANISMS OF DISFUNCTION
OF THE EUSTACHIAN TUBE

О. А. Breeva

Российская медицинская академия последипломного образования

Дисфункция слуховой трубы (СТ) играет важную роль в патогенезе заболеваний среднего уха.

Вместе с тем, несмотря на большое количество исследований, существуют определенные противоречия в оценке роли и значения различных факторов в развитии функциональных нарушений и патологии СТ. В первую очередь это касается исследований влияния назальной обструкции, нарушений мукоцилиарного транспорта на функциональное состояние СТ

Все это свидетельствует о целесообразности дальнейшего изучения причин дисфункции СТ, разработки критериев, позволяющих прогнозировать влияние носовой обструкции на функциональное состояние СТ, объективно оценить взаимосвязь патологии носа и СТ с целью повышения эффективности диагностики и лечения заболеваний верхних дыхательных путей и среднего уха.

Ключевые слова: слуховая труба, дисфункция слуховой трубы, носовая обструкция, слизистая оболочка, устье слуховой трубы

Библиография: 56 источников.

Eustachian tube dysfunction plays very important role in middle ear disease pathogenesis.

In spite of big number of researches, there exist some certain contradictions

in evaluating role and value of different factors which influence the development of middle ear functional impairment and pathology. First of all this can be referred to researches concentrated on nasal obstruction and mucociliary transport influence on function of middle ear.

All this shows the necessity of further researches on middle ear dysfunction origins, development of criteria which will help to forecast nasal obstruction influence on middle ear function and will show objective correlation between nose pathology and middle ear in order to increase diagnostic efficiency and treatment of upper air passages and middle ear diseases.

Key words: Eustachian tube dysfunction, mucous membrane.

Bibliography: 56 sources.



2. Максимальное количество случаев восстановления подвижности голосовых складок (ПГС) наблюдалось в течение 1 месяца (48,5%). При доброкачественных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ) за 2 месяца восстановилась ПГС в 80% случаях, при раке ЩЖ – в 62,5%.
3. По истечении 6 месяцев после операции восстановления ПГС не наблюдалось.
4. При резекции доли ЩЖ восстановление ПГС у всех больных произошло в течение 2 месяцев, при удалении доли ЩЖ за это время восстановление ПГС происходило практически у половины пациентов (45,8%).
5. При шейно-загрудинной локализации (ШЗЛ) ЩЖ 0–2 степени восстановление ПГС наблюдалось также в основном через 2 месяца (76,2%), при 3 и 4 степени – через 3 месяца (50%).
6. Факторами риска развития паралича гортани являются: шейно-загрудинное распространение ЩЖ 3–4 степени, компрессия и девиация трахеи увеличенной долей ЩЖ, ретротрахеальное распространение ткани ЩЖ, реоперация по поводу рака ЩЖ с выделением ВГН из рубцов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косивцов О. А. Узловые образования щитовидной железы: дифференцированный подход к хирургическому лечению и качество жизни больных после операции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2007. 23 с.
2. Обоснование показаний и опыт хирургического лечения больных с патологией щитовидной железы / М. П. Черенько [и др.] // Клиническая хирургия. – 1987. – № 5. – С. 76.
3. Парезы и параличи гортани у детей: особенности развития и течения, методы диагностики и лечения / Э. О. Вязьменов [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2007. – № 2. – С. 63–67.
4. Романчишен А. Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. СПб: ИПК «Вести», 2009. 647 с.
5. Affleck B. D., Swartz K., Brennan J. Surgical consideration and controversies in thyroid and parathyroid surgery // Otolaryngol Clin North Am. – 2003. – Vol. 36. – P. 159–187.
6. Chung-Yau Lo, Ka-Fai Kwok, Po-Wing Yuen. A prospective evaluation of recurrent laryngeal nerve paralysis during thyroidectomy // Arch Surg. – 2000. – Vol. 135, N2. – P. 204–207.
7. Duren E., Duren M. Recurrent thyroid cancer. Textbook of endocrine surgery (Eds. Clark O. H., Duh Q.-Y.). – Philadelphia etc.: W. B. Saunders. – 1997. – P. 141–146.
8. Yamada M., Hirano M., Onkubo H. Recurrent laryngeal nerve paralysis: a 10-year review of 564 patients // Z Auris Nasus Larynx. – 1983. – 10 (Suppl): 1–15.

Готовяхина Татьяна Васильевна – очный аспирант медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета. Мариинская больница. 191104, СПб.: Литейный пр. 56. тел. 8-960-283-28-93, 8-812- 364 13 05.

УДК: 616. 322-002. 2: 616. 981. 21: 615. 33

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

О. Н. Гринчук

THE EFFECTIVENESS OF SYSTEMIC ANTIBIOTIC THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS STREPTOCOCCAL ETIOLOGY

О. N. Grinchuk

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха горла носа
и речи Минздрава соцразвития России»
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Обследовано 90 больных хроническим тонзиллитом с хронической стрептококковой инфекцией. В статье проанализирована эффективность системного применения антибактериальных препаратов группы макролидов у данной категории больных в сравнении с традиционным промыванием лакун небных миндалин раствором мирамистина. Результаты исследования



свидетельствуют о выраженном положительном клиническом эффекте (у 70%), сопровождавшемся значительным улучшением лабораторных показателей (у 62 %) через 2–4 недели после лечения макролидами, что значительно выше, чем в группе сравнения. Полученные данные свидетельствуют о перспективности дальнейших исследований.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, стрептококковая инфекция, макролиды.

Библиография: 28 источников.

90 patients with chronic tonsillitis and chronic streptococcal infection were examined. The article analyzes the effectiveness of systemic macrolide antibiotic therapy in these patients compared with the traditional lavage of tonsils lacunae by miramistin solution. Studies have shown positive clinical effect (70%), accompanied by significant improvement of laboratory parameters (62%) 2–4 weeks after treatment with macrolides, which is significantly higher than in the comparison group. The findings suggest that the prospects for further research.

Key words: chronic tonsillitis, streptococcal infection, macrolide antibiotic.

Bibliography: 28 sources.

Хронический тонзиллит (ХТ) относится к группе инфекционно-аллергических заболеваний [19], то есть важную роль в его возникновении играет инфекция. В то же время данное заболевание полиэтиологично, то есть не один, а множество микроорганизмов могут вызвать ХТ. Среди патогенов при хроническом тонзиллите наиболее часто обнаруживают стафилококки, стрептококки, пневмококки, *Haemophilus infl.*, моракселлу, аденовирусы, вирус Эпштейн-Барра, коксакивирусы, вирус герпеса, различные анаэробы, микоплазмы, хламидии, грибы [18, 4, 2, 22, 21, 28, 24]. Однако, наиболее доказанной в этиологии ХТ является роль α -гемолитического стрептококка группы А (ГСА) [13, 9]. В настоящее время внимание оториноларингологов к стрептококковой инфекции заметно упало. В то же время в последнее десятилетие отмечен рост стрептококковых заболеваний и появление тяжелых инвазивных форм стрептококковых инфекций: некротического фасциита и миозита, синдрома токсического шока, первичного перитонита, сепсиса [1]. Учитывая, что первичной локализацией бета-гемолитического стрептококка группы А является слизистая оболочка глотки и небные миндалины, особую актуальность приобретают исследования по своевременному выявлению и лечению стрептококковой инфекции.

Частота обнаружения ГСА при хроническом тонзиллите по данным разных авторов колеблется от 15 до 50% [5, 6, 26, 25, 23].

По данным СПб НИИ ЛОР около 40% больных ХТ имеют хроническую стрептококковую инфекцию, подтвержденную результатами лабораторных исследований.

Авторадиографическими исследованиями В. Т. Пальчуна с соавт. [10, 12, 11] показано, что при ХТ имеется массивное проникновение живых микробов и их размножение в паренхиме, в стенках и в просвете сосудов миндалин. В паренхиме и сосудах небных миндалин здоровых добровольцев микроорганизмов не обнаружено. Эти данные свидетельствуют о постоянной инвазии микрофлоры в сосудистое русло организма человека при ХТ и в связи с этим постоянной интоксикации и угрозе возникновения тех или иных общих осложнений. Особенно этот процесс опасен при наличии в небных миндалинах ГСА, так как именно ГСА вызывает наиболее серьезные заболевания, такие как ревматическая болезнь, приводящие к инвалидизации пациентов.

Несмотря на высокую частоту стрептококковой инфекции при ХТ, у нас отсутствуют стандарты лечения данной патологии. Следует ли этой категории больных рекомендовать оперативное лечение или попытаться лечить консервативно – ответа на данный вопрос в доступной отечественной литературе мы не нашли. В стандартах лечения ХТ многих зарубежных стран больным с повышенным содержанием антистрептолизина-О (АСЛ-О) рекомендуют проводить неоднократные курсы системной антибактериальной терапии и только в случае их неэффективности производят тонзиллэктомию.

В последние годы в нашей стране большое внимание уделяется органосохраняющим методам лечения ХТ – это, в первую очередь, промывания лакун небных миндалин различными антисептическими растворами [7, 3, 8, 20]. Системная антибактериальная терапия при



25. Pichichero M. E. Sore throat after sore throat after sore throat. Are you asking the critical questions? // Postgrad Med. – 1997. – Vol. 101. – N. 1. – P. 205–218.
26. Solak S., Ergonul O. Short communication: clinical predictors of group A beta hemolytic streptococci isolation in upper respiratory tract infections // Mikrobiyol Bul. – 2005. – Vol. 39. – N. 3. – P. 333–340.
27. Uysal S., Sancak R., Sunbul M. A comparison of the efficacy of cefuroxime axetil and intramuscular benzathine penicillin for treating streptococcal tonsillopharyngitis // Ann Trop Paediatr. – 2000. – Vol. 20. – N. 3. – P. 199–202.
28. Wiech A. D., Lipinski L., Janicki K. A case of actinomycosis of the palatine tonsils—diagnostic difficulties // Otolaryngol Pol. – 2002. – Vol. 56. – N. 3. – P. 377–380.

Гринчук Оксана Николаевна – аспирант Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи; 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-01; e-mail: oksana.grinch@yandex.ru

УДК: 616.284-002.2-08

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ИСХОДЯ ИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

Н. Т. Джанашия

THE CHOICE OF TREATMENT STRATEGY IN PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA BASED ON CHARACTERISTICS OF ITS COURSE

N. T. Janashia

ГОУ ВПО Российский медицинский университет им. Н. Н. Пирогова

Минздравсоцразвития России, г. Москва

(Зав. каф. оториноларингологии лечебного факультета – проф. А. И. Крюков)

Проведена оценка результатов комбинированного лечения 68 больных хроническим гнойным средним отитом в стадии обострения. Изучен микробный пейзаж различных отделов среднего уха с исследованием чувствительности выделенной бактериальной флоры к различным антибактериальным химиопрепаратам. Исходя из полученных данных, метод и объем хирургического лечения должен быть дифференцированным в зависимости от выраженности деструктивных изменений в височной кости. Препаратами выбора для антибактериальной терапии хронического гнойного среднего отита должны являться, защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения.

Ключевые слова: *хронический гнойный средний отит, saniрующая операция, антибактериальная терапия.*

Библиография: *7 источников.*

The estimation results of combined treatment of 68 patients with chronic suppurative otitis media in the acute stage. Studied microbial landscape of the various divisions of the middle ear with the investigation of the sensitivity of isolated bacterial flora to various antibacterial chemotherapeutic drugs. The outcome of results, is the method and extent of surgical treatment should be differentiated depending on the severity of destructive changes in the temporal bone. Drugs of choice for antibiotic therapy of chronic purulent otitis media should be protected by penicillins, cephalosporins III generation.

Key words: *chronic purulent otitis media, sanifying surgery, antibiotic therapy.*

Bibliography: *7 sources.*

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) до настоящего времени является одним из самых распространенных заболеваний в отиатрической практике. [3, 5, 7] По данным литературы из общего числа больных с патологией ЛОР-органов 12–18% обращаются за медицинской помощью по поводу симптомов хронического воспаления среднего уха. [5]



УДК: 616. 22-007. 271-085. 849. 19

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ХОРДАРИТЕНОИДЭКТОМИИ ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗАХ ГОРТАНИ

О. И. Долгов

CONTACT LASER SURGERY EFFECTIVENESS IN PARALYTIC LARYNGEAL STENOSIS TREATMENT

О. I. Dolgov

ГОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В работе приведен опыт использования лазерной хордаритеноидэктомии как метода лечения двухсторонних паралитических стенозов гортани у 106 пациентов.

Описаны методика анестезии и техника операции. Проведен анализ результатов различных вариантов хирургических вмешательств, причины возникших осложнений, методы их предупреждения.

Авторы приходят к выводу, что описываемая в статье методика лазерной резекции, является более эффективной, в сравнении с хордэктомией и аритеноидэктомией.

Ключевые слова: хордаритеноидэктомия, лазерная хирургия, паралитический стеноз гортани.

Библиография: 5 источников.

The idea of the article is to describe experience of the laser chordarytenoidectomy, as a routine method of treatment for Paralytic Laryngeal Stenosis in I. P. Pavlov State University ENT Department.

Artical describes techniques of operation and methods of anesthesia. Different variants of surgical procedures, causes of complications and methods to preventing it, were discussed.

The main conclusion: this type of laser resection is the most effective in comparison with chordectomy and arytenoidectomy.

Key words: chordarytenoidectomy, Laser Surgery, Paralytic Laryngeal Stenosis.

Bibliography: 5 sources.

В течение 18 лет на кафедре оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова для лечения паралитических стенозов гортани используется метод лазерной хирургии в условиях опорной микроларингоскопии по Kleinsasser, с применением высокочастотной искусственной вентиляции легких (ВЧИВЛ). Традиционно проводимыми типами хирургических вмешательств при этой патологии являются аритеноидэктомия, хордэктомия, хордаритеноидэктомия.

Цель нашей работы. Мы посчитали необходимым изучить накопленный опыт, и оценить эффективность используемых нами техник лазерных вмешательств.

Пациенты и методы. Всего, в 1992 – 2010 г. г., с целью улучшения дыхательной функции при двухсторонних паралитических стенозах гортани, мы произвели 139 лазерных вмешательств. Хордэктомия выполнялась в 9 случаях, аритеноидэктомия в 13 случаях, хордаритеноидэктомия в 117 случаях (в том числе у 11 пациентов повторно с противоположной стороны).

Из 106 пациентов, которым выполнялась хордаритеноидэктомия, основной удельный вес составили женщины – 104 (98. 1%) человека, мужчин – 2 (1. 9%) человека, в возрасте от 34 до 74 лет. Значительное преобладание пациентов женского пола, вероятно, связано с тем, что у женщин чаще проводятся операции по поводу новообразований щитовидной железы, относительно более короткие голосовые складки и, следовательно, меньшие компенсаторные возможности дыхательной щели (табл.).



УДК: 616. 28 – 008. 28

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ**Н. В. Дубинская****CLINICAL SIGNIFICATION OF DETERMINATION OF CALCIUM IN PATIENTS WITH AUDITORY DISFUNCTION****N. V. Dubinskay***МЛПУЗ Городская больница №1 им. Н. А. Семашко, г. Ростов-на-Дону
(Главный врач – В. Г. Жданов)*

Увеличение числа больных с сенсоневральной тугоухостью диктует необходимость более глубокого изучения этой патологии. Нами проведено исследование слуховой функции у 40 больных с сенсоневральной тугоухостью в возрасте 21–60 лет. Им же проводили остеоденситометрическое исследование. Выявлены нарушения метаболизма кальция костной ткани, что может играть роль в развитии и прогрессировании сенсоневральной тугоухости.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, слуховая функция, метаболизм кальция, остеоденситометрия.

Библиография: 13 источников

The increase in number of patients suffering from sensorineural hearing loss demands a more intensive studying of this pathology. We have examined 40 patients's sense of hearing at the age of 21–60 years. It spent densitometric research of a bone fabric. Infringements of a metabolism of calcium of a bone fabric, that can play a role in development and progressing of sensorineural hearing loss.

Key words: sensorineural hearing loss, acoustical function, calcium metabolism, densitometric research of a bone fabric.

Bibliography: 13 sources

Проблема профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных, страдающих сенсоневральной тугоухостью, сохраняет актуальность в современной оториноларингологии [4].

В России число больных с социально значимыми дефектами слуха составляет от 2 до 10%, причем на долю сенсоневральной тугоухости приходится от 63 до 80% [3].

Расстройства слуховой функции относятся к тем видам социальной недостаточности, которые вызывают нарушения жизнедеятельности [2], что определяет необходимость проведения дальнейших исследований в области патогенеза и соответствующей коррекции при патологии слухового анализатора.

В последние годы пристальное внимание стали уделять изучению нарушений электролитного баланса в развитии тех или иных патологических состояний в организме, в частности, изучению роли кальций-фосфорного метаболизма как одного из основных механизмов, участвующих в регуляции гомеостаза [10].

Общеизвестна роль ионов кальция в механизмах, регулирующих тонус гладких мышц сосудов и кардиомиоцитов, а также они играют ключевую роль в инициации атерогенеза, завершающегося формированием атеросклеротического поражения [12]. Доказано повреждающее действие ионов кальция на эндотелий сосудов, участие в хемотаксисе, аккумуляции тромбоцитов на поврежденных участках эндотелия, проницаемости мембран, клеточной пролиферации [12, 13].

Известно, что система транспорта ионов кальция в мембранных структурах мозга обладает наиболее высокой чувствительностью к перекисному окислению липидов, развивающемуся, например, в острой фазе черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения. Даже незначительное накопление продуктов перекисного окисления липидов в нейрональной мембране приводит к выраженному ингибированию кальций-транспортирующей способности, перегрузке нейрона кальцием. Избыток кальция в цитоплазме нейрона может привести к активации внутриклеточных протеаз и вызвать некробиотические изменения в клетке и ее гибель [1, 7, 8].



6. Золотова Т. В., Панченко С. Н. Экспериментальная сенсоневральная тугоухость ототоксического генеза у животных: апоптотический путь гибели клеток спирального органа // Вестн. оторинолар. – 2010. – №4. – С. 29–32.
7. Зенков Н. К., Ланкин В. З., Менщикова Е. Б. Окислительный стресс. Биохимические и патофизиологические аспекты. М.: Медицина, 2001. 343 с.
8. Ланкин В. З., Тихадзе А. К., Беленков Ю. Н. Свободнорадикальные процессы в норме и при патологических состояниях: пособие для врачей. М.: Медицина, 2001. 78 с.
9. Райская-Качесова О. Н. Значение кальциевого обмена в патогенезе хронической тугоухости: автореф. дис.... канд. мед. наук. СПб, 2003. 24 с.
10. Рожинская Л. Я. Системный остеопороз. М.: Издатель Мокеев, 2000. 196 с.
11. Ханамрян Р. М. Патогенез и профилактика медикаментозного ототоксикоза: автореф. дис.... канд. мед. наук. СПб, 1985. 24 с.
12. Henry P. D. Atherogenesis calcium and Calcium antagonists // Am. J. Cardiol. – 1990. – № 66. – P. 31–61.
13. Rafflenbeul W. Anti-atherosclerotic properties of nifedipine. Benefit of early intervention to prevent. Cardio Vascular complications // Cardiology. – 1997. – № 88(suppl.). – P. 52–54.

Дубинская Наталья Викторовна – врач-оториноларинголог детского ЛОР отделения МЛПУЗ ГБ№1 им. Н. А. Семашко, 344000, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 105. Моб. тел. +7-903-402-58-26, E-mail: santa98@list.ru

УДК: 616. 28-089. 843

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕПАРАТА СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА НА КУЛЬТУРЕ ДЕРМАЛЬНЫХ ФИБРОБЛАСТОВ ЧЕЛОВЕКА

С. А. Еремин

INVESTIGATION OF THE DRUG GLASS-IONOMER CEMENT ON THE CULTURES OF HUMAN DERMAL FIBROBLASTS

S. A. Eremin

*ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла,
носа и речи Минздравсоцразвития России»*

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

Институт экспериментальной медицины и биотехнологий ГОУ ВПО

«Самарский государственный медицинский университет Росздрава»

(Директор института – проф. Л. Т. Волова

ректор университета – лауреат Гос. премии РФ, дважды лауреат премии

Правительства РФ, засл. деят. науки РФ, академик РАМН Г. П. Котельников)

Выполнена оценка биологической совместимости препарата стеклоиономерного цемента на культуре фибробластов человека in vitro. Изучено состояние клеток и их структур в течение первых суток после контакта препарата с клетками и по истечении 7 дней от начала эксперимента. В качестве группы сравнения (контрольная группа) выбрана культура дермальных фибробластов человека, помещённая в аналогичную среду, не содержащую стеклоиономерного цемента.

Выявлено, что препарат не оказывает значимого влияния на рост и качественный состав культуры клеток как непосредственно после нанесения, так и в ближайший период.

Ключевые слова: *стеклоиономерный цемент, фибробласты, культура клеток, in vitro, отоларингология.*

Библиография: *18 источников*

The evaluation of biocompatibility of the drug glass-ionomer cement on the culture of human fibroblasts in vitro. The state of the cells and their structures during the first days after exposure to the drug with the cells and after 7 days from the start of the experiment. As a comparison group (control group) were selected culture of human dermal fibroblasts, placed in a similar medium containing no glass-ionomer cement.



Revealed that the drug has no significant effect on the growth and quality of cell cultures both immediately after deposition and in the near term.

Keywords: glass ionomer cement, fibroblasts, cell culture, in vitro, otosurgery.

Bibliography: 18 resources.

В настоящее время медицина располагает большим количеством синтетических материалов, используемых в различных её отраслях как для применения в виде протезирования отдельных структур (протезы сосудов, клапанов сердца, костей, суставов), так и для временного использования (рассасывающиеся биоклеи, противоспаечные гели и др.). Это разнообразие материалов создаёт проблему их рационального выбора, решая которую врач должен руководствоваться не только экономическими и физическими характеристиками препаратов, но и наиболее важным критерием – оценкой биологической совместимости в ближайшем и отдалённом периодах.

Интерес для отохирургов представляют препараты стеклоиономерного цемента. Они активно используются в стоматологической практике с начала 70-х годов прошлого столетия [16, 18], однако распространение в оториноларингологии получили значительно позже. Так, за рубежом применять их при операциях на ухе впервые стали в начале 90-х годов XX века [1], а распространения в России они не получили до сих пор. По применению стеклоиономеров в стоматологической практике накоплено много лабораторных и клинических исследований [3, 5, 11, 12, 18], но они касаются преимущественно интеграции цемента в сплошном костном массиве. Число предлагаемых для отохирургии препаратов стеклоиономерного цемента значительно уступает широте выбора их же в стоматологии, а процесс приготовления препарата, готового к использованию в оториноларингологической практике, стандартизирован и автоматизирован. Это обуславливается значительной разницей в требованиях к биосовместимости препаратов в стоматологии и при операциях на ухе.

Важной особенностью применения в отохирургии является обязательный контакт стеклоиономерного цемента не только с костным массивом, но и с мягкими тканями [6, 8, 13]. Необходимость зачастую оставить препарат в «закрытой» полости среднего уха [4, 10], ограниченной в размерах, требует максимальной биосовместимости цемента с тканями организма во избежание фиброзирующих процессов [6], приводящих к дальнейшей потере слуха и усложняющих последующие хирургические вмешательства, если они окажутся необходимы.

Близость нахождения чувствительных структур (улитка, преддверие, полукружные каналы) и нервных волокон так же требует максимальной инертности препарата в окружающей среде, сведению реакций окружающих тканей к минимуму. Отмечены случаи, когда после хирургического вмешательства с применением стеклоиономерного цемента в послеоперационном периоде наблюдались негативные реакции со стороны нервных волокон [7] и мозговых оболочек [14, 15]. Предположительной причиной авторы считают токсическое воздействие препарата в момент его застывания и после, в течение некоторого времени. Однако, имеются наблюдения о том, что протезы, изготовленные из стеклоиономерного цемента, контактирующие с мягкими тканями спустя длительный срок после застывания не оказывают явного токсического влияния, в том числе могут использоваться для закрытия дефектов костей черепа [5]. Всё это требует от препарата стеклоиономерного цемента тщательности подбора ингредиентов, их соотношений и хорошей смешиваемости с минимальным количеством образующихся побочных продуктов и нежелательных (непредусмотренных) реакций.

Проведённые ранее опыты in vitro для изучения токсичности сертифицированных для отологической практики стеклоиономерных цемента использовали в качестве материала для наблюдения культуры клеток животных [2, 9]. Значительное внимание уделялось наиболее рациональному времени «выдержки» до контакта препарата с мягкими тканями непосредственно после его нанесения [15], (во время наибольшей токсичности) на костный массив. Опыты по исследованию реакций окружающих тканей на цемент в отдалённом периоде, проведённые на животных, показали хорошую «приживаемость» материала в большинстве случаев, однако оценка реакции окружающих тканей неоднозначна [14].



УДК: 616. 216: 615. 235

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПОЛОСТИ НОСА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ**Д. М. Ильясов****THE FEATURE FUNCTIONAL ACTIVITY VIBRATING EPITHELIUM OF NOSE CAVITY AT VICTIMS WITH SEVERE CONCOMITANT INJURY****D. M. Ilyasov***Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова**(Начальник каф. отоларингологии – проф. М. И. Говорун)*

Изучена функциональная активность мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой головы. Установлена взаимосвязь между тяжестью повреждения у пострадавших с функциональной активностью слизистой оболочки полости носа. Выявлены сроки формирования застойных явлений в полостях пазух носа у пострадавших, находящихся на искусственной вентиляции легких, с тяжелой сочетанной травмой головы. Исследование мукоцилиарного транспорта даёт представление о развитии застойных явлений в пазухах носа и совместно с термометрией ориентирует на возможное развитие вторичного очага инфекции в пазухах носа на 3–5 сутки.

Ключевые слова: *тяжелая сочетанная травма, синусит, функциональная активность мерцательного эпителия, искусственная вентиляция легких.*

Библиография: *13 источников.*

Established interrelation between damage heaviness at victims with functional activity of mucous nose cavity. Identified period of formation stagnations in nose sinuses cavity of victims with severe concomitant head injury which are on semi-lung ventilation. Investigation of mucociliary transport provides insight into the development of stagnation in the sinuses and together with a thermometer focuses on the possible development secondary focus of infection in the sinuses on 3–5 days.

Keywords: *severe concomitant injury, sinusitis, functional cilia activity, semi-lung ventilation.*

Bibliography: *13 sources.*

Мерцательный эпителий (МЭ) является одним из главных компонентов слизистой оболочки носа, входящих в первую линию защиты, которая осуществляет постоянное очищение от взвешенных в нем частиц, вирусов, бактерий. Ему отводится ведущая роль в поддержании гомеостаза верхних дыхательных путей и органов дыхания в целом. Возможность нормального функционирования МЭ полости носа и околоносовых пазух (ОНП) обеспечивается адекватной аэродинамикой в полости носа [11].

При черепно-лицевой травме повреждения ОНП встречаются в 29–43% случаев. Наряду с травмой стенок пазух, нередко повреждаются и их выводные протоки. Все это приводит к заполнению пазух кровью. В дальнейшем при нарушении эвакуации содержимого пазух создаются условия для перехода гемосинуса в пиосинус [1, 8].

У пострадавших, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), в связи с обтурацией трахеи интубационной трубкой, введенной через полость рта или трахеостому, движение воздуха в верхних дыхательных путях прекращается, перестает осуществляться воздухообмен пазух с полостью носа. В носоглотке, задних отделах полости носа и пазухах скапливается слизь, которая заполняет просвет синусов. В результате избытка слизи на поверхности слизистой оболочки носа, транспорт секрета ресничками мерцательного эпителия становится не эффективным, функциональная активность МЭ уменьшается. В связи с этим происходит застой секрета в пазухах носа, которому также способствуют нахождение человека в тяжелом состоянии, часто без сознания, горизонтальное положение и имеющие-



Выводы:

Предотвратить формирование возможного очага инфекции, сепсиса, который может длительно поддерживать синдром системного воспалительного ответа, возможно при ранней санации ОНП в период 3–5 суток.

Уход за пострадавшим, ежедневная санация полости носа с использованием деконгестантов, антибактериальная терапия, своевременная диагностика посттравматических синуситов, патологии пазух носа, ранняя санация ОНП позволяет добиться ликвидации очага инфекции, который в ранний посттравматический период активно участвует в формировании ССВО, сепсиса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунов В. А., Вахмянин А. П., Викторова Т. И. Гемосинус и тяжелая черепно-мозговая травма // Воен. -мед. журн. – 2001. – N 11. – С. 39–40.
2. Гуманенко Е. К. «Указание по военно-полевой хирургии». – СПб., 2000. – С. 380–395.
3. Едранов С. С. Структурные изменения слизистой оболочки верхнечелюстного синуса при его механической травме (экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Владивосток. – 2005. – 22 с.
4. Нимир Х., Шидловская Г. Н. Сочетанная травма придаточных пазух носа, орбиты, передней черепной ямки / / Здравоохран. Беларуси, 1995. – N 1. – 59 с.
5. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 560 с.
6. Пискунов И. С., Лопатин А. С. Изолированные поражения клиновидной пазухи у больных с черепно-мозговой травмой // Рос. ринология. – 1997. – № 1. – С. 38–39.
7. Пискунов С. З., Завьялов Ф. Н., Ерофеева Л. Н. – Исследование мукоцилиарной транспортной системы слизистой оболочки носа у здоровых лиц // Там же. – 1995. – № 3–4. – С. 60–62.
8. Посттравматические и нозокомиальные синуситы у пострадавших с политравмой. Особенности патогенеза и лечебной тактики/ Гофман В. Р. [и др.] // Рос. оторинолар. Приложение. – 2008. – №3. – С. 170–175.
9. Сагалович Б. М. Физиология и патофизиология верхних дыхательных путей. – М., 1967. – 327 с.
10. Слизистая оболочка носа. Механизмы гомеостаза и гомеокинеза. / Плужников М. С. [и др.] СПб.: 1995. – 104 с.
11. Солдатов И. Б., Гофман В. Р. Оториноларингология. – СПб., 2000. – С. 199–218.
12. Сысолятин П. Г., Сысолятин С. П. Повреждения верхнечелюстных пазух и их лечение // Рос. ринология. – 2000г. – № 4. – С. 71–73.
13. Sakakura Y. Nasal secretion from normal subject // Auris Nasus Larynx. – 1979. – Vol. 6, № 2. – P. 71–78.

Ильясов Денис Маратович – клинический ординатор ЛОР-клиники ВМА. 194044, СПб, ул. акад. Лебедева, тел.: 8-911-121-43-63, e-mail: ltybc.78@mail.ru

УДК: 616.284-002.2-08

ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИРОВАНИЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

В. С. Исаченко

CHARACTERISTICS OF TACTICIAN CHOICE DESIGN CHRONIC PURULENT OTITIS TREATMENT

V. S. Isachenko

*Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова
(Начальник каф. отоларингологии – профессор М. И. Говорун)*

В ходе настоящего исследования был разработан общий алгоритм выбора тактики хирургического лечения больных хроническим гнойным отитом на основе традиционных подходов к алгоритмизации и функциональному моделированию процессов.

Для создания табличного алгоритма была использована система кодирования выраженности того или иного симптома хронического гнойного среднего отита. Баллы, приведенной системы кодирования, могут быть легко трансформированы в значения условной вероятности



наступления благоприятного исхода при выбранной тактике хирургического лечения. Каждому симптому присваивалась определенная степень его выраженности для двух исследуемых тактик хирургического лечения (традиционного этапного и симультанного). Выбор тактики хирургического лечения определялся по сумме набранных баллов.

Разработанный алгоритм позволяет эффективно определять тактику хирургического лечения при хроническом гнойном среднем отите.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, симультанная хирургия, выбор тактики лечения.

Библиография: 7 источников.

During the present research the general algorithm of a choice of tactics of surgical treatment sick of a chronic purulent otitis on the basis of traditional approaches to algorithmization and functional modeling of processes has been developed.

For creation of tabular algorithm the system of coding of expressiveness of this or that symptom of a chronic purulent otitis has been used. The points, the resulted system of coding, can be easily transformed to values of conditional probability of approach of a favorable outcome at chosen tactics of surgical treatment. To each symptom certain degree of its expressiveness for two investigated tactics of surgical treatment (traditional stage-by-stage and simultaneous) was appropriated. The choice of tactics of surgical treatment was defined on the sum of the typed points.

The developed algorithm allows to define effectively tactics of surgical treatment at a chronic purulent otitis.

Key words: Chronic purulent otitis, simultaneous surgery, choice of tactics of treatment.

Bibliography: 7 sources.

Одной из актуальных проблем современной оториноларингологии продолжает оставаться проблема лечения и профилактики хронического гнойного среднего отита, который по-прежнему занимает значительный удельный вес, и не только приводит к снижению социальной и профессиональной активности, но и к ухудшению качества жизни больных [4, 5].

Анализ тенденции развития хирургических методов лечения хронического гнойного среднего отита в последние десятилетия показывает, что в настоящее время все больше отохирургов склоняются к совмещению санирующего и реконструктивного этапов после проведенного реконструктивного вмешательства на полости носа и околоносовых пазухах. В настоящее время разработан принципиально новый методологический подход к хирургическому лечению больных хроническим гнойным средним отитом, а именно – симультанная хирургия [3].

При выборе тактики хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом была разработана модель принятия решения лечащим врачом и табличный алгоритм. Схема включает анализ жалоб, анамнеза, клинической картины, дополнительных методов исследования и результатов обследования другим специалистами.

Как известно, табличные алгоритмы принятия решения, получившие наибольшее распространение в медицине, базируются на вычислениях с использованием таблиц [7]. Суммируя для наблюдаемых признаков числа, приведенные в столбцах этих таблиц, получают несколько сумм. Диагноз ставят, ориентируясь на наибольшую сумму [6, 7].

Достоинством табличных алгоритмов является их исключительная простота, позволяющая обходиться без ЭВМ. Недостаток – чувствительность к ситуациям, когда некоторые признаки не оцениваются по тем или иным причинам – может оказаться, что эти признаки как раз являются наиболее информативными [1, 2].

В значительной степени свободны от этого недостатка алгоритмы, использующие вероятностный подход к принятию решения. Вычисления при этом осуществляются по формуле Байеса. При вычислениях по формуле Байеса в качестве меры достоверности вывода о наличии той или иной патологии (или правильности выбора тактики лечения) используется условная вероятность $P(Y/X)$:



3. Симультанная ринотимпаноластика / В. В. Дворянчиков [и др.] Актуальные проблемы госпитальной медицины: сб. науч. тр. междунар. науч.-практ. конф. – Севастополь, 2004. С. 135–136.
4. Фанта И. В. ЛОР-заболеваемость по результатам обращаемости в лечебно-профилактические учреждения Санкт-Петербурга / Новости оторинолар. и логопатол. 2000. – № 4 (24). – С. 59–62.
5. Цыбин А. К. Современное здравоохранение и медицина. Теория и практика медицины: сб. науч. тр. – Мн., 1999. – Вып. 1. – С. 67–69.
6. Юнкеров В. И. Основы математико-статистического моделирования и применения вычислительной техники в научных исследованиях: Лекции для адъюнктов и аспирантов. – СПб, 2000. – 140 с.
7. Юнкеров В. И., Григорьев С. Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб.: ВМедА, 2002. – 266 с.

Исаченко Вадим Сергеевич – старший ординатор клиники отоларингологии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. тел 8-812- 292-33-42, эл. почта: isachen@yandex.ru

УДК: 616.216-002-08: 001.893

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМИ СИНУСИТАМИ

Е. И. Клёнкина

ANALYSIS OF MEDICAL TREATMENT RESULTS OF PATIENTS ODONTIC MAXILLITIS

E. I. Klyonkina

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

*(Начальник каф. челюстно-лицевой хирургии и стоматологии –
Засл. врач РФ, проф. Г. И. Прохвятилов)*

Произведенный анализ результатов лечения больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами за пятилетний период позволил определить частоту, структуру, особенности современной диагностики заболевания, оценить эффективность выбранных подходов в оперативном лечении и установить оптимальную, патогенетически обоснованную тактику ведения больных в зависимости от формы заболевания.

Ключевые слова: одонтогенный верхнечелюстной синусит, причинный зуб, ороантральная перфорация, радикальная операция Колдуэлл-Люка, микрогайморотомия, профилактика послеоперационных осложнений, естественное соустье верхнечелюстной пазухи.

Библиография: 20 источников.

There was made analysis of medical treatment of patients with odontic maxillitis for a last five years, therefore frequency, structure and peculiarity of modern diagnosis was defined, efficacy of surgical treatment methods was estimated and most advantageous approach of treatment in dependence of disease form was prepared.

Key words: odontic maxillitis, causative tooth, orosinus perforation, Caldwell-Luc's radical operation, micromaxillotomy, prophylaxis of postoperative complications, own ostium of maxillary sinus.

Bibliography: 20 sources.

В настоящее время верхнечелюстной синусит является одним из распространенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и представляет серьезную общемедицинскую и экономическую проблему, так как основную часть больных составляют лица молодого и среднего возраста, то есть трудоспособного населения [16]. Анатомо-топографическое расположение верхнечелюстной пазухи обуславливают особенности течения в них воспалительных процессов и возможные осложнения [6].



16. Устьянов Ю. А., Мышкин Е. Н. Подслизистая резекция носовой перегородки и ее значение в эндоназальной хирургии – В кн.: Актуальные вопросы оториноларингологии // под ред. В. С. Погосова. – Липецк, 1971. – с. 93–94.
17. Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. // М.: Медицина. – 1985 с. 268–284.
18. Уваров В. М. Одонтогенные гаймориты – Медгиз: Лен. отделение. – 1962.
19. Янков Н. И. К методике оперативного лечения хронических гайморитов. – ВМедЖ. – №1. – 1976. – с. 71–72.
20. Яшан Н. А., Масин А. Ф. Актуальные вопросы оториноларингологии. – Киев, 1967. – с. 146–147.

Клёнкина Елена Ивановна, начальник подвижного стоматологического кабинета в/ч 3726, 357500, г. Пятигорск, ул. Партизанская, д. 1; E-mail: klenkin.76@mail.ru, тел. +79283453080

УДК 616. 28-008. 1: 616. 831-005

СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ «ШУМОВОГО» ГЕНЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА РАБОТЫ В ШУМЕ

Ю. Н. Козак-Волошаненко, Е. В. Овсяник

CEREBRAL HEMODYNAMIS IN PATIENTS WITH NOISEINDUCED HEARING LOSS, WHICH DEPENDS OF JOB IN A NOISY ENVIRONMENT

Y. N. Kozak-Boloshanenko, K. V. Ovsyanik

*Д. У. «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко НАМН Украины»
(Директор – академик НАМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)*

В статье представлены исследования количественных и качественных показателей реоэнцефалографии у больных с сенсоневральной тугоухостью «шумового» генеза в зависимости от стажа работы в шуме. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о целесообразности использования данных реоэнцефалографии при диагностике и лечении больных сенсоневральной тугоухостью шумового генеза.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, реоэнцефалография, церебральная гемодинамика, диагностика, шум.

Библиография: 5 источников.

This thesis consist the results of characteristic features of reoncephalography of patients with noiseinduced hearing loss, which caused by job in a noisy environment. The results of the conducted researches it is set, that because of necessarily of realization of creteries of reoencephalography, which helps to develop recommendations of the diagnostics and treatment to patients with noiseinduced hearing loss.

Key words: sensoneural hearing loss, reoencefalography, cerebral hemodynamics, diagnostics, noise

Bibliography: 5 sources.

Проблема профессиональной сенсоневральной тугоухости (СНТ) остается чрезвычайно актуальной и в настоящее время, так как ее частота возрастает во всем мире. В работе Э. Л. Синевой [1] при проведении реоэнцефалографических (РЭГ) исследований у больных СНТ «шумового» генеза авторы выявили нарушение церебральной гемодинамики, как в артериальном так и венозном русле, которые проявляются снижением интенсивности пульсового кровенаполнения, повышением тонуса мозговых сосудов, затруднением венозного оттока и имеют четкую зависимость от стажа работы в шуме.

Т. В. Шидловская и соавт. [3, 4] отмечают, что сердечно-сосудистые нарушения, очевидно, предшествуют развитию СНП.

Значение РЭГ, которая позволяет объективно оценить состояние сосудов головного мозга, показано в ряде работ [2, 5].

Целью нашей работы было исследование количественных и качественных показателей реоэнцефалографии у больных с СНТ «шумового» генеза в зависимости от стажа работы в шуме.



нарушения слуховой функции, но и мозговой гемодинамики. При этом наиболее информативными показателями РЭГ были реографический (Ри), дикротический (ДКИ) и диастолический (ДСИ) индексы.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о целесообразности использования данных реоэнцефалографии при диагностике и лечении больных со СНТ шумового генеза, что будет способствовать патогенетически обоснованному проведению лечебно-профилактических мероприятий у таких больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Особенности формирования профессиональной тугоухости у рабочих «шумовых» профессий, занятых в экспериментальном машиностроении / Э. Л. Синева [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2009. – №6. – С. 10–13.
2. Стан церебральної гемодинаміки у хворих з початковою сенсоневральною приглухуватістю шумового генезу / Т. А. Шидловська [и др.] // Довкілля та здоров'я. – 2009. – № 3 (50). – С. 27–30.
3. Шидловська Т. В., Заболотний Д. И., Шидловська Т. А. Сенсоневральна тугоухість. – Киев, 2006. – 298 с.
4. Шидловська Т. В., Шидловська Т. А., Косаковский А. Л. Діагностика та лікування сенсоневральної приглухуватості. – Київ, 2008. – 430 с.
5. Яворівський О. П., Шидловська Т. В., Вертеленко М. В. Метод ранньої діагностики порушень слуху, що виникли під впливом виробничого шуму // Інформаційний лист. – 2009. – №17.

Ст. лаборант Ю. Н. Козак-Волошаненко, науч. сотр. Е. В. Овсяник Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко НАМН Украины ул. Зоологическая, 3. 03057 Киев amtc@kndio.kiev.ua, kholodenko@list.ru

УДК: 616.211-001-073.756.8

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ТРАВМ НОСА

А. С. Коношков, К. В. Летягин

DIAGNOSIS ABILITIES OF ACUTE NASAL TRAUMS

A. S. Konoshkov, K. V. Letyagin

ГОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В статье рассмотрены возможности использования компьютерной томографии с целью объективизации острой травмы.

Ключевые слова: острая травма носа, диагностика, компьютерная диагностика

Библиография: 8 источников.

The study concerns the using abilities of computer tomography with the aim of activities of the acute traumas.

Key words: acute nasal trauma, diagnosis, computer diagnosis.

Bibliography: 8 sources.

Эстетическая и функциональная значимость наружного носа придает особую актуальность вопросам лечения его повреждений. Социальная важность проблемы вызвана широкой распространенностью назосептальных травм, частотой развития серьезных посттравматических нарушений внешности и нормальной физиологии носа пациентов, неудовлетворительными результатами лечения этой патологии. Пирамида носа представляет собой наиболее уязвимую и хрупкую часть черепа, поэтому переломы костей носа составляют значительную долю от всех травм опорно-двигательного аппарата и занимает третье место среди общего количества переломов человеческого скелета, являются самыми распространенными среди экстренных состояний ЛОР-органов [4].



ЛИТЕРАТУРА

1. Бешапочный С. Б. Разработка и теоретическое обоснование методов диагностики и лечения переломов костей носа и стенок околоносовых пазух: автореф. дис... докт. мед. наук – Киев, 1984. 36 с.
2. Кислова Н. М. Структура ургентной патологии и оказание неотложной помощи больным в ЛОР –стационаре: автореф. дис... канд. мед. наук – М., 2002. 18 с.
3. Покатило В. Э. Возможности использования компьютерной томографии для объективизации травмы лица при проведении судебно-медицинских экспертиз. // Междунар. медиц. журн. 2010. – №2. – С. 17–19.
4. Русецкий Ю. Ю. Функциональные и эстетические аспекты диагностики и реконструктивного хирургического лечения свежих травм наружного носа: автореф. дис... докт. мед. наук. – М.: 2009. 36 с.
5. Рыбалкин С. В. Современные методы диагностики и особенности тактики хирургического лечения переломов костей носа у детей: автореф. дис... докт. мед. наук – М.: 2005. 40 с.
6. Рыбалкин С. В. Маслов Э. Ю.. Редкое осложнение открытого перелома перегородки носа // Вестн. оторинолар. – 2003. – № 2. – С. 44.
7. Суриков Е. В., Иванец И. В.. Клинико-анатомическая характеристика травм носа // Вестн. оторинолар. 2009. № – 5. С. 30–32.
8. Waldron J., Mitchell D. B., Ford G. Reduction of nasal fractures under local anaesthesia: an acceptable practice / Clin Otolaryngol 1989, 14: 357–359.

Коношков Александр Сергеевич, клинический ординатор каф. оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, СПб.: ул. Льва Толстого 6/8. тел. 8-921-596 29 74, e-mail: konoshkov@mail.ru;
Летягин Константин Владимирович – врач оториноларинголог высшей категории каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022. СПб.: ул. Льва Толстого, 6/8, тел.: 8-921-305-41-13, э/почта: Kletyagin@mail.ru

УДК: 616. 281: 616-009. 2

НАРУШЕНИЯ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНОМ УРОВНЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА

А. В. Кутина

VIOLATIONS OF MOTOR COORDINATION AT DIFFERENT LEVELS OF DESTRUCTION OF THE VESTIBULAR APPARATUS

A. V. Kutina

ГОУ ВПО Санкт-Петербургский медицинский университет имени академика И. П. Павлова

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

Головокружение и атаксия являются очень частыми жалобами пациентов различных возрастных групп. Чаще всего они беспокоят лиц пожилого и зрелого возраста, однако встречается и среди молодых лиц, подростков и детей. Поэтому вышеперечисленные симптомы возникают у больного при раздражении не только периферического отдела вестибулярного анализатора, но и его проводящих путей и центрального отдела в коре больших полушарий. Сходные симптомы бывают и при поражении мозжечка.

В связи с этим исключительно важно определение локализации патологического процесса в вестибулярном анализаторе. Поэтому основным направлением работы стало выявление нарушений координации движений при различном уровне поражения вестибулярного анализатора.

Ключевые слова: головокружение, атаксия, вестибулярный аппарат.

Библиография: 7 источников.

Dizziness and ataxia are very frequent complaints of patients of different age groups. Most often they are worried about elderly and middle age, but occurs among young adults, adolescents and children. Therefore, the above symptoms occur in a patient with stimulation not only of peripheral vestibular system, but its pathways and the central segment in the cerebral cortex. Similar symptoms are and the defeat of the cerebellum. In this regard, it is essential definition of the localization of the pathological



process in the vestibular analyzer. Therefore, the main area of work was to identify violations of motor coordination at different levels of destruction of the vestibular system.

Key words: *dizziness, ataxia, vestibular system.*

Bibliography: *7 sources.*

На протяжении жизни походка человека претерпевает значительные изменения. Интересно вспомнить загадку из греческой мифологии: «Кто имеет четыре ноги утром, две днем, три вечером, и бывает самым слабым, когда имеет больше всего ног?» Ответ таков: это человек. В младенческом возрасте он ползает, в расцвете сил он ходит на двух ногах, а в старости опирается на трость. Поэтому, когда человек обнаруживает потерю контроля над этой, одной из основных своих функций, у него возникает беспокойство.

Для целесообразного выполнения любого двигательного акта необходима согласованная совместная работа многих мышечных групп. Контролирует эту работу сложно организованная многозвеньевая система, осуществляющая содружественную и высокоавтоматизированную деятельность нескольких отделов ЦНС. Эта система включает: корковые центры, экстрапирамидную систему, вестибулярный и зрительный анализаторы, проводники глубокой мышечно-суставной чувствительности и мозжечка, который является центральным органом координации движений. Мозжечок осуществляет интеграцию всех звеньев координаторного аппарата посредством своих афферентных и эфферентных связей.

При нарушениях в тех или иных отделах ЦНС могут возникать различные двигательные расстройства: шаркающая походка, резкие толчкообразные движения (при нарушении экстрапирамидной системы), атаксия. Определенная роль в возникновении этих расстройств принадлежит зрению, внутреннему уху, проприоцептивной чувствительности.

Атаксия (греч. Ataxia – отсутствие порядка, беспорядочность; синоним инкоординация) – нарушение координации (согласованности действия) различных мышц, проявляющееся расстройством статических функций и целенаправленных движений.

Отсутствие координирования деятельности мышц-синергистов и антагонистов вызывает изменения качества движения с утратой его точности и соразмерности. Движения становятся чрезмерными, неловкими, теряют плавность, приобретают прерывистый характер. Затрудняется переход от одного движения к другому, особенно чередование противоположных движений (например, сгибание – разгибание). Подобная дискоординация движений называется динамической, или локомоторной атаксией. В то же время рассогласованность мышечных сокращений, утрата необходимых синергий приводит и к потере чувства равновесия тела в покое и при ходьбе. Нарушение равновесия, возникающее при фиксировании больным тела или части его в определенном положении, называется статической атаксией. Атаксия может распространяться одновременно на туловище и конечности, может ограничиваться одной конечностью или частью ее. Координаторные нарушения, выявляющиеся в одной половине тела, в конечностях с одной стороны, называют гемиатаксией.

Клинические особенности координаторных расстройств, возникающих при поражении различных отделов ЦНС позволяют различать несколько видов атаксий: мозжечковую, сенситивную, или заднестолбовую (нарушение проводников мышечно-суставной чувствительности), вестибулярную, корковую (поражение коры лобной или височно-затылочной области).

Мозжечковая атаксия. Больной ходит, широко расставляя ноги и пошатываясь. В тяжелых случаях больной не может сидеть и стоять, в положении стоя падает вперед (поражение передней части червя мозжечка) или назад (поражение задней части червя мозжечка), плохо удерживает голову. При поражении полушария мозжечка возникает динамическая атаксия, преобладает атаксия конечностей. Движения конечностей становятся неловкими, размашистыми, утрачивается их точность и плавность. Замедление и дискоординация движений преимущественно выражены на стороне поражения.

Сенситивная атаксия. Резко расстраивается походка больного, которая приобретает «штампующий характер». При ходьбе нога чрезмерно сгибается в коленном и тазобедренном суставах и с избыточной силой опускается на пол. У больного возникают ощущения «проваливания», «ходьбы по вате».



УДК: 616. 22-006. 327

РОЛЬ ФАРИНГОЛАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В ТЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РЕСПИРАТОРНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА**Л. Р. Кучерова****THE ROLE OF PHARYNGOLARYNGEAL REFLUX IN RECURRENT RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS****L. R. Kucherova***ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский медицинский университет**им. акад. И. П. Павлова»**(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)*

Рецидивирующий респираторный папилломатоз это индуцированное вирусом папилломы человека (ВПЧ) доброкачественное заболевание. Факторы, приводящие, к активации вируса многочисленны и до конца не установлены. Одним из таких триггеров может быть экстраэзофагальный рефлюкс. В статье рассматривается роль фаринголарингеального рефлюкса (ФЛР) на течение рецидивирующего папилломатоза гортани. Обследованы 21 пациент: 7 больных с ювенильной формой заболевания, 14 больных с взрослой формой. При проведении фиброларингоскопии у 18 больных были выявлены признаки ФЛР. Приводятся клинические наблюдения рецидива заболевания на фоне рефлюкс-синдрома.

Ключевые слова: папилломатоз гортани, фаринголарингеальный рефлюкс, ГЭРБ.

Библиография: 12 источников.

Recurrent respiratory papillomatosis (RRP) is a benign infectious disease which is caused by the human papilloma virus (HPV). The factors which lead to virus activation have not been identified, however, gastroesophageal reflux disease (GERD) has been suggested as one of these factors. The article examines the role of pharyngolaryngeal reflux in recurrent respiratory papillomatosis progress. 21 patients were examined: 7 patients with juvenile onset disease, 14 patients with adult-onset disease. Symptoms of pharyngolaryngeal reflux were found in 18 patients during fibrolaryngoscopy.

Key words: laryngeal papillomatosis, pharyngolaryngeal reflux, GERD.

Bibliography: 12 sources.

Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) остается сложной проблемой практической ларингологии. Несмотря на то, что папилломы являются доброкачественными образованиями, РРП относится к потенциально смертельным заболеваниям из-за возможности дыхательной обструкции и риска малигнизации папиллом. Наиболее часто в патологический процесс вовлекается гортань [7]. Папилломатоз гортани может дебютировать в любом возрасте, от периода новорожденности до глубокой старости. Ювенильный папилломатоз наиболее часто возникает в возрасте от 2 до 5 лет, а папилломатоз взрослых – от 20 до 40 лет [3]. Течение заболевания очень вариабельно; в одних случаях наблюдается спонтанная ремиссия, в других агрессивный рост папиллом с частыми рецидивами и многочисленными оперативными вмешательствами. Рецидивирование папиллом связывают с присутствием вируса в морфологически здоровом эпителии. А факторы, приводящие, к активизации вируса до конца не выяснены. Особую роль в частоте рецидивирования, тяжести течения заболевания и развитии послеоперационных осложнений играет рефлюкс-синдром.

В настоящее время ЛОР-общественностью широко дискутируются проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), что связано с клинической значимостью и распространенностью этой патологии по всему миру. Среди жителей различных регионов России распространенность ГЭРБ составляет до 40–60% [6].

Под термином «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» понимают клинический симптомокомплекс, возникающий в результате заброса содержимого желудка в пищевод, вне зависимости от того, возникают при этом морфологические изменения дистального отдела пищевода или нет [5].



5. Садиков И. С., Лопатин А. С. Фаринго-ларингеальный рефлюкс. [Электронный ресурс] // Конспект врача – № 75 (1166), 25.11.2005. <http://www.chtfoms.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=24341&Itemid=24> (27.10.2010)
6. Солдатский Ю. Л. Отоларингологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Болезни органов пищеварения. – 2007. – Том 9. – № 2. – с. 42–47.
7. Derkay C. S. Recurrent respiratory papillomatosis // Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111. – P. 57–69.
8. El-Serag H. B., Sonnenberg A. comorbid occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States military veterans // Gastroenterology. – 1997. – V. 113. – P. 755–760.
9. Gastroesophageal reflux in patients with recurrent laryngeal papillomatosis / S. S. Pignatari [et al.] // Rev. Bras. Otorrinolaringol. – 2007. – vol. 73, №. 2. – P. 210–214.
10. Koufmann J. A., Amin M. R., Panetti M. 2000 Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders // Otolaryngol-Head Neck-Surgery 123: 385–388.
11. Laryngopharyngeal reflux and laryngeal web formation in patients with pediatric recurrent respiratory papillomas / B. W. Holland [et al.] // Laryngoscope. – 2002. – Vol. 112. – P. 1926–1929
12. Sataloff R. T. Laryngopharyngeal reflux and voice disorders: an overview on disease mechanisms, treatments, and research // Advances Discovery Medicine – 2010. – 10(52). – P. 213–224.

Кучерова Любовь Рустемовна – очный аспирант кафедры оториноларингологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова. 197022, СПб.: ул. Льва Толстого 6/8, телефон 8-921-310-36-88

УДК: 616. 283. 1–089. 843: 614. 2

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛОР ЦЕНТРОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С. В. Левин, С. Б. Сугарова, В. Е. Кузовков

COOPERATION OF ENT CENTERS PROVIDING HIGH-TECHNOLOGY MEDICAL AID

S. V. Levin, S. B. Sugarova, V. E. Kuzovkov

*ФГУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

В работе показано применение на практике взаимодействия между СПб НИИ ЛОР и Красноярским медицинским университетом. Предлагается концепция удаленной долговременной поддержки пациентов с кохлеарными имплантами. Для решения проблемы удаленности пациентов от центров кохлеарной имплантации и увеличивающегося числа пациентов применены телемедицинские технологии. Приводятся схемы проведения удаленного отбора пациентов, интраоперационного тестирования кохлеарных имплантов, удаленной настройки пациентов, программно-аппаратного обеспечения, а также опыт проведения телеконференций для специалистов и родителей пациентов.

Ключевые слова: удаленная поддержка, кохлеарная имплантация, удаленная настройка, телемедицина, телеконференция.

Библиография: 7 источников.

This article highlights cases of practical cooperation of St. Petersburg ENT and Speech Research Institute and Krasnoyarsk Medical University. The concept of remote long-term support of the patients with cochlear implants consists of remote candidacy; remote intraoperative support, including implant telemetry, the electrical stapedial reflex testing (eSRT), auditory response telemetry (ART) and surgical on-line consultation; and postoperative follow up: remote fitting, remote speech therapy and on-line workshops for the specialists and/or parents. The use of telemedicine interactive technologies allowed to overcome the problem of increasing number of patients and long distance from the CI centre. Soft and hardware aspects are discussed.



Keywords: *remote support, cochlear implantation, telemedicine, teleconference, remote fitting.*

Bibliography: 7 sources.

Кохлеарная имплантация (КИ), как известно, является эффективным методом лечения пациентов с выраженным снижением слуха и глухотой. В Российской Федерации (РФ) проведение КИ осуществляется в рамках оказания гражданам высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). С 1997 года КИ выполняется в Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи. На настоящий момент в институте прооперировано более 1000 пациентов, страдающих тугоухостью высокой степени и/или глухотой. Принимая во внимание высокую потребность населения в КИ, Министерство здравоохранения и социального развития (МЗСР) РФ из года в год увеличивает объем ВМП по данному виду.

Для КИ в РФ в современных условиях характерны удаленность в большом числе случаев пациента от места оказания помощи и централизация КИ в единичных крупных центрах. Для реализации решения проблемы могут использоваться телекоммуникационные или телемедицинские технологии.

Наиболее информативное и представляющее для нас интерес направление – интерактивная телемедицина, в основе которой лежит проведение телеконференций и телетрансляций посредством линий высокоскоростной связи в режиме реального времени. Основным отличием телемедицины от обычных телеконференций является наличие периферических устройств (приборов) со стороны пациента. Периферические устройства в ЛОР практике могут включать видеоотоскоп, микроскоп, эндоскоп, интерфейс для настройки кохлеарных имплантов.

Анализ современной литературы дает основание утверждать, что и в области кохлеарной имплантации также применяются телекоммуникационные технологии [3, 4, 5, 6, 7]. Обращает на себя внимание отсутствие в статьях системного подхода к выбору оборудования для проведения телеконференций и каналов передачи данных. Некоторые авторы используют программу Skype [6], что, по нашему мнению, неприемлемо для передачи медицинской информации. W. Shapiro с соавт. (2008) вводят в практику удаленный интраоперационный мониторинг кохлеарного импланта, что является наиболее интересным аспектом изучаемой проблемы [4], однако целью этих исследований является лишь экономия времени специалиста-аудиолога.

Опыт Санкт-Петербургского НИИ ЛОР в использовании телекоммуникационных технологий, тенденция современного развития здравоохранения [2], тесное многолетнее взаимодействие с ЛОР кафедрой Красноярского медицинского университета позволили нам предложить концепцию **долговременной удаленной поддержки пациентов с кохлеарными имплантами**, которая включает:

1. **Удаленный отбор пациентов для проведения КИ:** телеконсультирование, теледиагностика, определение показаний к проведению кохлеарной имплантации.
 2. **Удаленная поддержка во время операции:**
 - телетрансляция операции, контроль хода оперативного вмешательства и консультирование в реальном времени;
 - удаленное интраоперационное тестирование импланта: телеметрия импланта, определение порогов электрически вызванного стапедияльного рефлекса, телеметрия ответа слухового нерва;
 3. **Удаленная долговременная реабилитационная поддержка:**
 - удаленная настройка речевого процессора кохлеарного импланта;
 - телеметрия импланта, телеметрия ответа слухового нерва;
 - он-лайн занятия и семинары специалистов СПб НИИ ЛОР с пациентами и родителями;
- Цель работы**

Совершенствование оказания ВМП по виду «кохлеарная имплантация» путем взаимодействия федерального и регионального ЛОР центров.

Пациенты, материалы и методы

Исследование проводится на базе Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи и ЛОР центра Красноярского ГМУ с 2009 г. по настоящее время.



УДК: 616. 28 – 008. 28: 656. 2

НАРУШЕНИЯ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ШУМОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Е. В. Лобзина

AUDITORY DISFUNCTION AT NOISE EXPOSURE IN RAILWAYMEN

E. V. Lobzina

НУЗ Дорожная клиническая больница станции Ростов-Главный ОАО «РЖД»,
поликлиника №3, г. Ростов-на-Дону
(Главный врач больницы – О. И. Нахрацкая)

Увеличение числа больных с сенсоневральной тугоухостью диктует необходимость более глубокого изучения этой патологии. Нами проведено исследование слуховой функции у 100 работников железнодорожного транспорта, в том числе оценено влияние таких факторов как возраст, длительность работы в шуме, характер акутравмы. Рекомендовано проведение профилактических мероприятий с применением антиоксидантов, включая витамины и селен-содержащие препараты, с целью предотвращения прогрессирования сенсоневральной тугоухости.

Ключевые слова: профессиональная тугоухость, сенсоневральная тугоухость, акутравма, антиоксидантные препараты.

Библиография: 11 источников

The growing number of the patients suffering from sensorineural hearing loss demands a more intensive study of the named pathology depending. We have examined 100 railwaymen's sense of hearing in its correlation with factors, e. g. their age, the acoustic trauma nature. Defined have been the essential measures with the application of antioxidants, including vitamins and selenium containing medications, with the aim of preventing sensorineural hearing loss progression.

Key words: occupational hearing loss, sensorineural hearing loss, acoustic trauma, anti-oxidation medications.

Bibliography: 11 sources

Неуклонный рост числа больных с патологией слухового анализатора в современных условиях продолжается, несмотря на определённые успехи, достигнутые в диагностике и реабилитации больных, страдающих сенсоневральной тугоухостью. Данная тенденция сохраняется, как по всей России, так и по Ростовскому региону [1]. Немалую долю в структуре заболеваний органа слуха составляет профессиональная тугоухость, обусловленная воздействием шума. Работающее население, занятое в таких отраслях как транспорт, связь, строительство, производство электроэнергии на работах с повышенным уровнем шума, инфразвука и ультразвука составляет свыше 2,6 млн. человек [3, 8]. Статистические данные свидетельствуют о возникновении сенсоневральной тугоухости от воздействия шума и вибрации в 42,6% случаев среди первичных форм профессиональной патологии, ежегодно регистрируемых в России, причём значительная её доля обнаруживается на предприятиях транспорта и связи – 29,7% [6,7]. Хроническая профессиональная тугоухость развивается постепенно, медленно вследствие длительного отрицательного действия превышающего предельно допустимый уровень (ПДУ) производственного шума. Результаты аттестации рабочих мест по условиям труда на железнодорожном транспорте более, чем в 50% случаев показали повышенный уровень шума, воздействию которого подвергался каждый третий работник [7]. Особенностью условий развития сенсоневральной тугоухости у работников железнодорожников является невозможность в большинстве случаев устранить или уменьшить шумовое воздействие, так как рабочее состояние транспорта, в частности локомотивов, сопровождается шумом, и основная составляющая общего уровня шума обусловлена процессом взаимодействия колеса и пути. На электровозах старых серий уровни шума превышают предельно допустимый уровень (ПДУ) на 12–15 дБ, на новых электровозах пара-



9. Состояние слухового и вестибулярного анализаторов у работников шумовибрационных производств / В. В. Митрофанов [и др.]: Учебное пособие для врачей. СПбГМА им. И. И. Мечникова, 2001. 32 с.
10. Сигалёва Е. Э. Функциональное состояние слуховой системы космонавтов после воздействия шума в космическом полёте: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2010. 48 с.
11. Шестаков В. А. Социобиология человека. Физиологические аспекты. М.: РИОЗАО «АВИР ВВЦ», 1997. 104 с.

Лобзина Елена Валерьевна – ЛОР врач НУЗ Дорожная клиническая больница, на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД», поликлиника №3. 344000 г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, 92. Моб. тел. +7-928-900-95-01, E-mail: serdjvas@yandex.ru

УДК: 616.22+616.321]-006.6+616.834.3

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ

М. Г. Марченко, Е. И. Трофимов, В. В. Виноградов

MODERN METHODS DIAGNOSTICS OF METASTASES OF LARYNGEAL AND HYPOPHARYNGEAL CANCER IN NECK LYMPH NODES

M. G. Marchenko, E. I. Trofimov, V. V. Vinogradov

ФГУ НКЦ «Оториноларингологии» ФМБА РФ, г. Москва

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

В статье описана комплексная методика диагностики метастазирования рака гортани и гортаноглотки в шейные лимфатические узлы. Определены критерии дифференциальной диагностики пальпируемых и непальпируемых образований шеи. Рекомендовано проведение гарпунной чрескожной биопсии «подозрительных» лимфатических узлов шеи малых размеров с последующим морфологическим, иммуногистохимическим исследованием биопсийного материала для уточнения морфологического диагноза.

Ключевые слова: рак гортани и гортаноглотки, диагностика метастазов, биопсия лимфатических узлов шеи.

Библиография: 7 источников.

In article is described the complex technique for identify metastases of laryngeal and hypopharyngeal cancer in cervical lymph nodes. Are defined the criteries of differential diagnostics of palpated and not palpated neck formations. Is recommended carrying out harpoons percutaneous biopsy of «suspicious» small sizes neck lymph nodes with the subsequent morphological, immunohistochemical research for specification of the morphological diagnosis.

Keywords: laryngeal and hypopharyngeal cancer, diagnostics of metastases, a biopsy of neck lymph nodes.

Bibliography: 7sources.

Рак гортани составляет 1–4% в общей структуре заболеваемости населения злокачественными новообразованиями. Среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей его встречают наиболее часто (65–70%), и в последние годы отмечается тенденция к неуклонному росту числа больных с этой патологией. Согласно статистическим исследованиям за последние 10 лет заболеваемость раком гортани в России увеличилась на 20%. Причем при первичном обращении у 60–70% диагностируются местно-распространенные формы заболевания, и только в 30–40% – ограниченные опухолевые поражения [Пачес А. И., 2000].

На частоту и активность метастазирования рака гортани и гортаноглотки влияет гистологическая форма опухоли, ее локализация, индивидуальная напряженность противоопухолевого иммунитета, неоднократные биопсии, ошибочное применение физиотерапии.

Своевременная диагностика регионарных метастазов определяет тактику лечения. Наиболее распространенными методами диагностики регионарных метастазов являются паль-



С 2006 года для диагностики метастатического поражения малых лимфоузлов (до 0,6 см) мы используем наружную чрескожную биопсию с помощью автоматического прибора для тканевой биопсии (Германия) под контролем УЗИ. В зависимости от анатомического расположения «подозрительного» лимфатического узла на аппарате устанавливается длина выходящей части – «гарпуна». После обработки операционного поля под местной инфильтрационной анестезией выполняем чрескожную пункцию. Глубина и направление продвижения гарпунного стилета контролируется с помощью УЗИ. Нажатием на рычаг устройства срезается фрагмент ткани из толщи лимфоузла, после чего стилет извлекается наружу. Полученный столбик биопсийного материала (диаметром до 0,2 см) достаточен для выполнения даже экспресс цитологического, гистологического и иммуногистохимического исследования.

Выводы:

1. Только комбинация пальпаторных, ультразвуковых, рентгенологических, гистологических и иммуногистохимических методов обследования больных раком гортани и гортаноглотки позволяет установить точный онкологический диагноз.
2. Выполнение гарпунной чрескожной биопсии «подозрительных» непальпируемых лимфоузлов размером до 0,6 см с проведением полного гистологического и иммуногисто-химического исследования способствует избежать необоснованных профилактических лимфодиссекций, улучшив качество жизни пациентов без ущерба для онкологического прогноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина. 2000. 480 с.
2. Сравнительная оценка визуальных возможностей / А. В. Важенин [и др.]. Матер. VII Всерос. науч. фор. Радиология. М., 2006.
3. Braams J. W., et al. Detection of lymph node metastases of squamous-cell cancer of the head and neck with FDG-PET and MPT // J. Nucl. Med. 1995. N 36. P. 211-216.
4. Cheng Y., et al. Significance of sentinel lymph node detection for cN0 laryngeal carcinoma // Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2009 N 31(7). P. 532-535.
5. Deliisky T., et al. Subdermal laterocranial mapping of sentinel lymph nodes in breast cancer as an alternative to the peritumoral mapping // J. BUON. 2008. N 13(3). P. 391-393.
6. Garcha Callejo F. J., et al. Use of imaging criteria to identify cervical metastases using CT scans in head and neck tumours // Acta Otorrinolaringol Esp. 2008. N 59(6). P. 257-262.
7. Razfar A., et al. Positron emission tomography-computed tomography adds to the management of salivary gland malignancies // Laryngoscope. 2010. N 120(4). P. 734-738.

Марченко Марина Геннадьевна – очный аспирант ФГУ НКЦ «Оториноларингологии» ФМБА России, г. Москва. Конт. тел. +7 (919) 411-67-07 e-mail: marchenkomg@mail.ru

УДК 616. 285-089. 853: 612. 017. 1

**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТИМПАНОСКЛЕРОЗЕ**

Р. Р. Миниахметова

**CLINICO-IMMUNOLOGICAL SUBSTANTIATION OF SURGICAL TACTICS
IN TYMPANOSCLEROSIS**

R. R. Miniakhmetova

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи»

Минздравсоцразвития России

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

Проведено определение сывороточных концентраций маркеров костного обмена: - CrossLaps, TR1NP, остеокальцина, паратгормона и 25-гидроксивитамина D3 – и провоспали-



тельных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-1, ИЛ-8 у больных хроническим средним отитом с тимпаносклерозом и без тимпаносклеротических изменений и у практически здоровых лиц и уровней ИЛ-1, ИЛ-1, ИЛ-8 в смывах со слизистой оболочки среднего уха и экстрактах тимпаносклеротических масс больных хроническим средним отитом. Выполнено гистологическое исследование очагов тимпаносклероза. Продемонстрированы незавершенность воспалительного процесса при тимпаносклерозе и роль эктопической кальцификации в формировании очагов тимпаносклероза. Показана эффективность применения пленок кальций-связывающего препарата карбоксиметилцеллюлозы (КМЦ) во время тимпанопластики при тимпаносклерозе.

Ключевые слова: тимпаносклероз, карбоксиметилцеллюлоза.

Библиография: 15 источников.

The concentration of IL-1, IL-1, IL-8 and the following bone turnover markers was measured during the research: I-CrossLaps, TP1NP, osteocalcin, parathormone, 25-hydroxyvitamin D3 in the patient's blood serum with chronic otitis media with tympanosclerosis and without tympanosclerotic changes and also the same markers were identified in the serum of practically healthy people. Also the level of IL-1, IL-1, IL-8 was measured in the patient's middle ear mucous washouts and extracts of tympanosclerotic plaques. Histological examination of tympanosclerotic plaques is executed. Incompleteness of inflammatory process and a role of ectopic calcification in tympanosclerosis are confirmed. Efficacy of calcium-connecting carboxymethyl cellulose application during tympanoplasty in tympanosclerosis is shown.

Key words: tympanosclerosis, carboxymethyl cellulose.

Bibliography: 15 sources.

Одной из причин неудовлетворительных результатов лечения хронического среднего отита является развитие или прогрессирование тимпаносклероза – патологического процесса, характеризующегося образованием плотных конгломератов в толще слизистой оболочки среднего уха и/или барабанной перепонки [1, 3, 13, 15]. Тимпаносклеротическая или рубцовая фиксация элементов звукопроводящей цепи, мобилизованных при предшествующих хирургических вмешательствах, обуславливает необходимость повторных операций на среднем ухе. Таким образом, проблема профилактики фиксации/рефиксации структур среднего уха, в том числе тимпаносклеротическими массами, в послеоперационном периоде является весьма актуальной [1, 3, 5, 12]. Кроме того, в настоящее время спорной представляется необходимость максимально полного удаления тимпаносклеротических очагов из среднего уха [4, 9, 13, 14]. Указанные проблемы связаны с сохраняющейся неясностью в вопросах патогенеза тимпаносклеротического процесса [10, 11].

Цель. Разработка и оценка эффективности патогенетически обоснованной хирургической тактики при хроническом среднем отите с тимпаносклерозом на основании изучения сывороточных маркеров костного метаболизма и провоспалительных цитокинов на местном и системном уровнях у больных с указанной патологией.

Пациенты и методы. Выполнено клинико-лабораторное обследование 116 пациентов с хроническим средним отитом (таб. 1) и 15 здоровых людей.

Таблица 1

Распределение пациентов с хроническим средним отитом в зависимости от наличия патологических изменений в полостях среднего уха

Характер патологических изменений в полостях среднего уха у больных хроническим средним отитом	Число пациентов
Изолированный тимпаносклероз	44 человека
Сочетание тимпаносклероза с холестеатомой, кариесом, полипозным и/или грануляционным процессами	30 человек
Холестеатома, кариес, полипозный и/или грануляционный процессы без тимпаносклероза	21 человек
Перфорация барабанной перепонки без патологических образований в полостях среднего уха	21 человек



УДК: 616. 216. 2-002-07

ИНФРАКРАСНАЯ СПЕКТРОМЕТРИЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ФРОНТИТЕ

М. А. Оспанова

INFRARED SPECTROMETRY OF BLOOD PLASMA IN ACUTE PURULENT FRONTITIS

М. А. Ospanova

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
г. Шымкент, Республика Казахстан*

(Зав. курсом оториноларингологии – проф. С. А. Оспанова)

21 пациенту острым гнойным фронтитом произведена инфракрасная спектрометрия плазмы крови в динамике лечения.

Метод инфракрасной спектрометрии позволяет объективно оценить на уровне клетки биохимические и биофизические изменения при острых фронтитах.

Ключевые слова: инфракрасная спектрометрия, плазма крови, острый гнойный фронтит.

Библиография: 4 источника.

21 patients acute purulent frontitis made infrared spectroscopy of blood plasma in the dynamics of treatment.

The method of infrared spectroscopy allows to estimate at the cellular level the biochemical and biophysical changes in acute frontitis.

Key words: infrared spectroscopy, blood plasma, acute frontitis.

Bibliography: 4 sources

Фронтит занимает третье место в структуре воспалительных заболеваний околоносовых пазух, уступая верхнечелюстному синуситу и этмоидиту. Несмотря на несомненные успехи в диагностике и лечении этого заболевания, число случаев тяжело течения фронтита не уменьшается: наблюдается хронизация воспалительного процесса, не так редки орбитальные и внутричерепные осложнения [1].

Вместе с тем, анализ данных литературы показал, что практически не проводилось исследование вопросов патогенеза фронтита методом инфракрасной спектроскопии (ИКС). ИКС позволяет качественно и количественно контролировать совокупность основных химических связей, принимающих участие в образовании липидных и белковых молекул, обладает высокой чувствительностью при заданном 100% уровне специфичности [4].

ИКС используется благодаря ее универсальности, возможности прямого и независимого определения ряда важных функциональных групп и структурных фрагментов в небольших количествах исследуемого вещества при любом его агрегатном состоянии и без ограничения физико-химических свойств.

Анализ образцов по ИК-спектрам сводится в настоящее время к отысканию характеристических полос поглощения и их отнесению к соответствующим структурным элементам с учетом численных значений частот максимумов поглощения, контура (формы) и интенсивности полос.

Наиболее важные и надежно интерпретируемые характеристические полосы поглощения располагаются в коротковолновой (высокочастотной) области частот основных колебаний молекул от 2,5 до 7 мкм. Эта область имеет первостепенное значение для структурного анализа. Длинноволновая часть ИК-спектра обычно гораздо более сложна и содержит наряду с характеристическими полосами большое число интенсивных полос поглощения, положение и контур которых сугубо индивидуальны для каждой сложной молекулы. Поэтому длинноволновая часть ИК-спектра исключительно важна для идентификации (отождествления) органических препаратов, а участок спектра с длиной волны меньше 7 мкм получил в связи с этим название «области отпечатков пальцев» (контур спектра в этой области столь



УДК: 616. 22 - 007. 271: 615. 211

СТЕНОЗЫ ГОРТАНИ КАК АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МИКРОХИРУРГИИ

В. Е. Павлов, Л. В. Колотилов

LARYNGEAL STENOSIS LIKE A ANESTHESIOLOGY PROBLEM OF ENDOLARYNGEAL MICROSURGERY

V. E. Pavlov, L. V. Kolotilov

ГОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В статье представлены результаты клинического исследования при проведении струйной высокочастотной вентиляции легких при стенозах гортани. Описаны основные принципы безопасного и адекватного поддержания газообмена.

Ключевые слова: струйная высокочастотная вентиляция легких, стенозы гортани.

Библиография: 9 источников.

The article presents the results of a clinical research of in conducting high-frequency jet ventilation with stenosis of the larynx. Describes the basic principles of safe and adequate maintenance of gas exchange.

Key words: high-frequency jet ventilation, stenosis of the larynx.

Bibliography: 9 sources.

Основными особенностями эндоскопических операций на гортани являются работа оториноларинголога и анестезиолога в одной анатомической зоне и невозможность использования стандартного анестезиологического оборудования [1, 3, 6]. Наилучшие условия для выполнения вмешательств обычно обеспечивают методы струйной вентиляции легких (СВЛ), которые не требуют герметизации дыхательного контура [2, 9]. Однако использование данных методов вентиляции легких сопровождается повышенным риском баротравматических осложнений, неадекватного газообмена и гемодинамических расстройств. Рекомендации по обеспечению вентиляции и газообмена противоречивы, так как в настоящее время отсутствуют национальные и международные рекомендации по использованию СВЛ. Существующий подход к анестезиологическому обеспечению эндоскопических вмешательств на гортани носит преимущественно эмпирический характер, а выбор режимов СВЛ основывается на предпочтениях врача и оснащения клиники. Наличие большого количества методов анестезиологического обеспечения эндоларингеальных вмешательств свидетельствует об отсутствии наилучшего способа доставки дыхательной смеси в легкие. Для повышения безопасности выполнения эндоскопических вмешательств в гортани необходима оптимизация их анестезиологического обеспечения. Важную роль в этом играет разработка принципов эффективного взаимодействия хирурга и анестезиолога при выборе анестезиологического обеспечения эндоскопических операций на гортани [4, 7, 8]. Крайне необходимо знание физических законов газодинамики, технических возможностей аппаратов для СВЛ при различных режимах и способах вентиляции применительно к потребностям эндоларингеальной хирургии, а также знание особенностей клинического использования методов респираторной поддержки во время вмешательств такого рода [5, 7]. Предметом неутраченных дебатов остается проблема безопасности анестезиологического обеспечения при стенозах гортани, а оценка их тяжести носит анатомический или физиологический характер.

Цель исследования – повышение безопасности анестезиологического обеспечения эндохирургических операций у больных со стенозами гортани.



УДК: 616. 283. 1–089. 843: 616. 831. 9–002

**ДОСТУП К ВНУТРЕННЕМУ УХУ ПРИ ОССИФИКАЦИИ УЛИТКИ
У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МЕНИНГИТ****О. А. Пащинина, Х. Диаб, В. Е. Кузовков****APPROACH TO THE INNER EAR AT THE SURGICAL STAGE
OF COCHLEAR IMPLANTATION IN PATIENTS
WITH COCHLEAR OSSIFICATION AFTER MENINGITIS****O. A. Pashchinina, H. Diab, V. E. Kuzovkov***ФГУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

Случаи кохлеарной оссификации представляют собой основную сложность при проведении хирургического этапа КИ из-за наличия участков оссификации в просвете барабанной лестницы. В данной работе рассматривается тактика введения электрода у 55 пациентов с наличием оссификации улитки различной степени. Предложен доступ к барабанной лестнице улитки при значительной оссификации улитки (более одного завитка) с применением комбинированного подхода и сохранением задней ножки стремени, прикрепленного к ней сухожилия стремени мышцы, что позволяет зафиксировать акустические рефлексы последней.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, оссификация улитки, кохлеарный имплант, менингит, хирургическая тактика при оссифицированной улитке, комбинированный доступ.

Библиография: 16 источников.

The cochlear ossification is the main surgical pitfall in cochlear implantation. The study presents retrospective review of 55 patients with profound sensorineural hearing loss after bacterial meningitis who underwent cochlear implantation. The surgical technique for total ossification is presented with implementation of combined approach and preservation of stapedial tendon and posterior crus for the electrical acoustic reflexes measurement.

Keywords: sensorineural hearing loss, cochlear ossificans, cochlear implant, meningitis, surgical technique in ossified cochlear, combined approach.

Bibliography: 16 sources.

Кохлеарная имплантация (КИ) – высокотехнологичный метод реабилитации лиц с выраженной степенью тугоухости и полной глухотой.

Менингит является частой причиной развития сенсоневральной тугоухости высокой степени и сопровождается оссификацией структур внутреннего уха – улитки и полукружных каналов [3, 11].

Считается, что снижение слуха происходит в ранней стадии заболевания и, быстро развиваясь, достигает своего пика в течение 48 часов от начала болезни [5]. У 80 % пациентов, перенесших бактериальный гнойный менингит, потеря слуха сопровождается оссификацией структур внутреннего уха [14]. Оссификация лабиринта является патологическим формированием новой кости в просвете капсулы лабиринта.

По данным различных авторов, основные патологические изменения во внутреннем ухе, приводящие к костной облитерации улитки, начинаются в течение двух месяцев после перенесенного заболевания [2]. Соответственно, у лиц, перенесших менингит, КИ следует проводить в течение 8 недель после бактериального менингита.

До 1988 года наличие кохлеарной оссификации считалось противопоказанием к проведению имплантации [15]. В 1988 году безопасность и эффективность кохлеарной имплантации при наличии частичной оссификации были продемонстрированы Т. Balkany [4].

В. Gantz с соавторами предложил полное высверливание основного завитка (circummodiolar drill-out technique), чтобы облегчить введение электрода в оссифицированную улитку [9]. Несколько авторов сообщили об успешных результатах применения данной методики [16, 12].



ЛИТЕРАТУРА

1. Особенности хирургического этапа кохлеарной имплантации у лиц, перенесших менингит / О. А. Пашнина [и др.] // Рос. оторинолар. – 2010. – №1 – С. 100–106.
2. Advancement in post-meningitis lateral semicircular canal labyrinthitis ossificans / C. C. Chan [et al.] // J. Laryngol. Otol. – 2007. – Vol. 121, №2. – P. 105–109.
3. Aminpour S., Tinling S. P., Brodie H. A. Role of tumornecrosis factor-alfa in sensoneural hearing loss after bacterial meningitis // Otolaryngol. – 2005. – Vol. 26, №4 – P. 602–609
4. Balkany T., Gantz B. J., Nadol J. B. Multi-channel cochlear implants in partially ossified cochleas // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1988. – №97, Supp. 135 – P. 3–7.
5. Cochlear implantation after bacterial meningitis: the dangers of delay / A. Dodds [et al.] // Arch. Dis. Child. – 1997. – Vol. 76 – P. 139–140.
6. Cochlear implants in children with congenital inner ear malformations / M. Luntz [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1997. – Vol. 123, №9. – P. 974 – 977.
7. Cohen N. L., Waltzman S. Partial insertion on the nucleus multichannel cochlear implant: technique and result // Am. J. Otol. – 1993. – №14 – P. 357–61.
8. CT of postmeningitic deafness: observations and predictive value for cochlear implants in children / M. H. Johnson [et al.] // Am. J. Neuroradiol. – 1995. – Vol. 16 – P. 103–109.
9. Gantz B. J., McCabe B. F., Tyler R. S. Use of multi-channel cochlear implants in obstructed and obliterated cochleas // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1988. – Vol. 98, № 1 – P. 72–81.
10. Labyrinthine ossification after meningitis: its implications for cochlear / M. A. Novak [et al.] // Otolaryngol Head Neck Surg. – 1990. – Vol. 103 – P. 351–356.
11. Nadol J. B., Jr Hearing loss as a sequel of meningitis // Laryngoscope – 1978. – Vol. 88, №5. – P. 739–935
12. Nucleus 22 cochlear implantation results in post meningitis deafness / S. D. Rauch [et al.] // Laryngoscope – 1997. – № 107 – P. 1606–1609.
13. Nucleus double electrode array: a new approach for ossified cochlea / T. Lenarz [et al.] // Am. J. Otol. – 1997. – №18(suppl.) – P. 42–43.
14. Steenerson R. F., Gary L. B. Multichannel cochlear implantation in Children with Cochlear ossification // Am. J. Otol. – 1999. – № 20 – P. 442–444.
15. Surgical techniques for implantation of the totally ossified cochlea / Balkany T. [et al.] // Laryngoscope – 1998. – Vol. 108, №7 – P. 988–992.
16. Weissman J. L., Kamerer D. B. Labyrinthitis ossificans // Am. J. Otolaryngol. – 1993. – Vol. 14 – P. 363–365.

Пашнина Ольга Александровна – очный аспирант Санкт-Петербургского НИИ уха, горла и речи. 190013, СПб.: ул. Бронницкая, 9. 8-812-316-25-01, lor-obhestvo@bk.ru; **Диаб** Хасан – к. м. н., научный сотрудник СПб НИИ ЛОР. 190013, СПб.: ул. Бронницкая, 9. 8-812-316-25-01, lor-obhestvo@bk.ru; **Кузовков** Владислав Евгеньевич – к. м. н., научный сотрудник СПб НИИ ЛОР. 190013, СПб.: ул. Бронницкая, 9. 8-812-316-25-01, lor-obhestvo@bk.ru

УДК: 616. 24-008. 444;616-01

НАБЛЮДЕНИЯ СИМПТОМА СОННОГО АПНОЭ И ХРАПА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

О. Н. Сопко

THE CASES OF SLEEP APNEA SYNDROME AND SNORING IN PATIENTS WITH SYSTEMIC DISEASE

O. N. Sopko

ГОУ ВПО Санкт-Петербургский медицинский университет

им. акад. И. П. Павлова

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В работе проводится анализ жалоб пациентов с системной патологией на храп и сонное апноэ. Показана высокая информативность методов полисомнографии и кардиореспираторного мониторинга в установлении диагноза сонного апноэ. Типичные жалобы на храп и сонное апноэ могут быть проявлением системных заболеваний.

Ключевые слова: храп, синдром сонного апноэ, кардиореспираторное мониторирование, полисомнография.

**Библиография:** 5 источников.

In our work the analysis of studying of the snoring and sleep apnea syndrome of patients with systemic disease is represent. High informative methods of polysomnography and cardiorespiratory monitoring in diagnosis of sleep apnea are shown. Typical complaints of snoring and sleep apnea may be a manifestation of systemic disease.

Keywords: snoring, sleep apnea syndrome, cardiorespiratory monitoring, polysomnography

Bibliography: 5sources.

В последнее время в практике врача-оториноларинголога широкое распространение получила проблема сонного апноэ и храпа [1]. Сталкиваясь с данным видом патологии дыхания во сне, необходимо помнить о диагностических возможностях, позволяющих с высокой долей достоверности установить диагноз и степень патологического состояния, что позволяет определить тактику лечения больного [4].

Ведущим методом в комплексной диагностике парасомний – патологических изменений в системах организма, возникающих во время сна, является полисомнографическое исследование [5]. Однако, полисомнография, как «золотой стандарт» диагностики, все еще является дорогостоящей и трудоемкой методикой. На данном этапе в практике широкое применение находят кардиореспираторное мониторирование и ночная пульсоксиметрия [2]. Диагностические возможности ночного мониторирования состояния дыхания и сердечной деятельности достаточно высоки и позволяют определять расстройства дыхания во сне различной этиологии. Оценивая полученные данные: носоротовой воздушный поток, экскурсию грудной клетки и брюшной стенки, специалист может делать выводы о наличии препятствия дыханию – обструктивного апноэ, либо о дыхательном расстройстве центрального генеза. Обструктивные нарушения характеризуются отсутствием носоротового воздушного потока и сохраненными движениями грудной клетки и брюшной стенки, тогда как при центральных нарушениях на фоне нормального дыхания «выпадают» отдельные дыхательные циклы [3].

В клинической практике доля центрального апноэ невысока и составляет около 10 % [2, 3] и сопровождается тяжелой неврологической патологией, в основном доктора сталкиваются с проявлениями сонного апноэ обструктивного характера.

Установить диагноз сонного апноэ в большинстве случаев достаточно просто, основываясь на жалобах на храп и остановки дыхания во сне, предъявляемые как пациентом, так и его родственниками [1].

Клинический пример 1. Пациент 3-й, 73 лет находился на стационарном лечении в клинике терапии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова в декабре 2007 года по поводу хронической обструктивной болезни легких, гипертонической болезни III ст.

Жалоб со стороны ЛОР-органов активно не предъявлял. Со слов родственников, в течение длительного времени отмечается храп с остановками дыхания во сне. Периодически возникают «подрагивания» на фоне остановки дыхания, а восстановление нормально сна происходит с шумным вдохом.

Данная картина укладывается в состояние обструктивного апноэ сна, при котором происходит обструкция верхних дыхательных путей, преодолеть которую удается только при пробуждении больного, что часто выражается в повышенной двигательной активности.

С целью определения влияния состояния ЛОР-органов на возникновение храпа, пациент был осмотрен оториноларингологом.

ЛОР-статус: передняя риноскопия – слизистая оболочка полости носа розовая, умеренно влажная, перегородка носа искривлена незначительно в нижних отделах, носовое дыхание удовлетворительное с обеих сторон.

Фарингоскопия – зев симметричный, слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, умеренно влажная, небные миндалины за дужками, с ними не спаяны, без патологического содержимого в лакунах, налетов нет, язычок увеличен в размере до 1,8х2,6см., при фонации мягкое небо подвижно.



УДК: 616. 98: 578. 831. 1] – 0. 36. 15 – 053. 2: 616. 246

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Н. А. Суханова

FEATURES OF INDICATORS OF IMMUNITY AT CHILDREN WITH A BRONCHIAL ASTHMA

N. A. Sukhanova

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Э. А. Цветков)

Дети, проходящие лечение по поводу бронхиальной астмы, были обследованы по показателям иммунного статуса. Производился подсчет субпопуляций лимфоцитов, интерферонов, иммуноглобулинов. Изменения были более значимы у пациентов со среднетяжелой и тяжелой степенями бронхиальной астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, иммуноглобулины, субпопуляции лимфоцитов, дети.

Библиография: 10 источников.

Children undergoing treatment for asthma, were examined for indicators of immune status. Subpopulations of lymphocytes, interferons, immunoglobulins were analuzed. The changes were more significant in patients with moderate to severe asthma.

Keywords: bronchial asthma, immunoglobulins, lymphocyte subpopulations, and children.

Bibliography: 10 sources.

Бронхиальная астма является одним из самых частых заболеваний в детском возрасте. Распространенность данного заболевания колеблется от 0 до 30% в различных популяциях и странах. В России распространенность данного заболевания составляет от 5. 6 до 12. 1% у детей по данным разных авторов [8]. В виду широкого развития как лекарственной терапии, так и немедикаментозных методов лечения, а так же увеличения аллергизации населения за последние годы возникла необходимость попытки более разностороннего обследования детей с данной патологией.

Выделение фенотипов бронхиальной астмы (в первую очередь атопической формы и инфекционно-зависимой) важно как с этиологической точки зрения, так и с диагностической и лечебной, что дает возможность врачу прогнозировать течение и исход заболевания [5].

Патогенез инфекционно-зависимой бронхиальной астмы имеет несколько теорий происхождения. Доказательств IgE-обусловленной аллергии на бактерии и вирусы не получено. Высказаны предположения адреноблокирующего действия ряда вирусов и бактерий, а кроме того вагусного бронхоконстрикторного рефлекса при поражении вирусом афферентных зон [9]. Выявлено, что лимфоциты пациентов с бронхиальной астмой выделяют в повышенных количествах вещество, способное вызвать дегрануляцию тучных клеток и высвобождение гистамина и, возможно, других медиаторов из базофилов и тучных клеток. Микроорганизмы, находящиеся в дыхательных путях пациентов, стимулируют выделение этого вещества лимфоцитами больных инфекционно-зависимой бронхиальной астмой [9].

У детей с бронхиальной астмой при исследовании иммунного статуса имеются некоторые особенности. В. И. Офицеров (2009 год) описывает при исследовании гуморального иммунного ответа на антигены домашней пыли, что специфические антитела у них в основном представлены IgE, IgG1 и IgG2. Кроме этого, им выявлена хорошая корреляция интенсивности аллергических реакций и концентрации аллергенспецифических антител в крови больных детей. У больных с атопией В-лимфоциты могут избирательно продуцировать аллергенспецифические антитела, относящиеся либо к IgE, либо к IgG4. При этом аллергенспецифические IgG4 могут препятствовать эффективному связыванию IgE с аллергеном. Таким образом, соотношение между специфическими IgE и IgG4 в крови аллергического



УДК: 616.321-006.6: 535.37-08-039.73

**ВОЗМОЖНОСТИ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ
И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ГЛОТКИ****М. Ю. Улупов****POTENTIAL OF FLUORESCENT DIAGNOSTICS AND PHOTODYNAMIC
THERAPY IN TREATMENT OF PHARYNGEAL CANCER****М. J. Ulupov***ФГУ ВПО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова**(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)*

Флуоресцентная диагностика основана на регистрации различий во флуоресценции между опухолевой и здоровой тканями. Если источником флуоресценции является эндогенный флюорофор (например, коллаген, НАДН и т. д.), то такая диагностика называется автофлуоресцентной, если экзогенный (например, порфирины, хлорины и т. д.) – фотодинамической. При фотодинамической терапии производится световое воздействие на опухолевые клетки, после предварительного введения фотосенсибилизирующего вещества. В статье представлено наблюдение флуоресцентной диагностики и фотодинамической терапии рецидива рака среднего отдела глотки.

Ключевые слова: фотодинамическая терапия, флуоресцентная диагностика, рак глотки.

Библиография: 3 источника.

Fluorescent diagnostics is based on registration of difference in fluorescence between normal tissues and tumor. The diagnostics is called autofluorescent if an endogenous fluorophore is used and photodynamic – if exogenous is. In photodynamic therapy tumor is irradiated with red light after systemic or topical introduction of photosensitizer. A case of fluorescent diagnostics and photodynamic therapy for recurrent pharyngeal cancer is presented in this paper.

Key words: photodynamic therapy, fluorescent diagnostics, pharyngeal cancer

Bibliography: 3 sources.

Флуоресцентная диагностика значительно расширяет возможности эндоскопии в диагностике опухолей различных локализаций. Одной из важных областей применения этого метода является диагностика опухолей головы и шеи. Метод флуоресцентной диагностики основан на различии во флуоресценции между опухолевой и здоровой тканями. Под флуоресценцией понимают способность вещества под воздействием возбуждающего света определенной длины волны излучать свет меньшей интенсивности с другой длиной волны. В организме человека существует группа веществ с такими свойствами – эндогенные флюорофоры, основными из которых являются ФАД, НАДН, кератин, коллаген, эластин и порфирины (промежуточные продукты синтеза гемоглобина). Различное содержание эндогенных флюорофоров, а также различная глубина их расположения относительно поверхности слизистой оболочки, приводит к различиям в автофлуоресценции опухолевой ткани и неизмененной слизистой оболочки. На этом принципе основана автофлуоресцентная диагностика. В качестве возбуждающего излучения обычно используется свет ближнего ультрафиолетового диапазона. ФАД, НАДН, кератин, коллаген и эластин флуоресцируют в фиолетовой – зеленой частях спектра (380–565 нм). Порфирины – в красной части (620–650 нм). Так как возбуждающее излучение во много раз по интенсивности превосходит флуоресценцию, то для наблюдения последней необходимо с помощью фильтров практически полностью отсеять ультрафиолетовую и фиолетовую части спектра [3].

Более сильной флуоресценции можно добиться при введении экзогенных флюорофоров. С этой целью можно использовать большинство известных фотосенсибилизаторов из групп порфиринов, хлоринов, фталоцианинов, для которых характерно избирательное на-



УДК: 616.211-008.4-073

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ
НОСОВОГО ДЫХАНИЯ****Н. М. Черных****THE FUNCTIONAL DIAGNOSTIC OF DEGREE
OF OBSTRUCTED NASAL BREATHING****N. M. Chernich***ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет
(Ректор – проф. И. В. Малов)*

Статья посвящена оценке носового дыхания, так как это вопрос измерения и интерпретации полученных результатов. Объективное исследование и лечение пациентов с нарушением носового дыхания может быть достигнуто только точным методом с количественным и дифференцированным подходом к определению степени назальной обструкции с использованием передней активной риноманометрии.

Ключевые слова: носовое дыхание, передняя активная риноманометрия, носовое сопротивление, объемный воздушный поток.

Библиография: 8 источников.

Article is dedicated to the assessment of nasal breathing because is a question of measurement and interpretation of results. The objective investigation and treatment of patients with disorder of nasal breathing can be achieved only by the precise quantification and differentiation of nasal obstruction with the aid of anterior active rhinomanometry.

Key words: nasal breathing, anterior active rhinomanometry, nasal resistance, volume air flow.

Bibliography: 8 sources.

Носовое дыхание является одним из важнейших условий нормального функционирования респираторной системы и представляет собой активный физиологический процесс, существенно влияющий на объем и скорость инспираторных и экспираторных воздушных потоков, обеспечивающий кондиционирование и поступление в альвеолы воздуха, реализацию многочисленных риновисцеральных рефлексов. Назальная обструкция оказывает выраженное отрицательное влияние на функциональное состояние различных систем организма и негативно отражается на качестве жизни пациентов [4, 5, 6].

Объективизация показателей носового дыхания необходима для определения показаний к хирургическим вмешательствам, эффективности консервативного и оперативного лечения, понимания нормы и патологии носовой полости, а также при проведении назальных провокационных проб с аллергенами. Большинство методов регистрации вентиляционной функции носа имеют существенные недостатки, обусловленные субъективностью оценки, малой информативностью и техническим несовершенством аппаратуры. Идеальный метод регистрации дыхательной функции носа должен быть простым, неинвазивным, достаточно точным и чувствительным. Передняя активная риноманометрия (ПАРМ), с помощью которой измеряется носовое сопротивление (НС) на основе количественной оценки носового воздушного потока и давления, является классическим методом для определения дыхательной функции носа [1; 2; 3].

Существующие подходы дифференциации выраженности нарушений дыхательной функции носа основываются преимущественно на субъективных ощущениях, что не позволяет дать количественную оценку глубины изменений носового дыхания.

Цель работы. Совершенствование диагностики нарушения носового дыхания по данным ПАРМ.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленными задачами, было проанализировано 1176 ринограмм, полученных при исследовании носового дыхания с использованием риноманометра РС 300 «ATMOS». В соответствии с существующими реко-



УДК: 616. 831-073. 97: 616. 28-008. 14

ПОКАЗАТЕЛИ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ НА ФОНЕ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А. Ю. Шидловский, Г. Б. Гончаренко

INDEXES OF RHEOENCEPHALOGRAPHY AT A SENSONEURAL HEARING LOSS ON A BACKGROUND OF VERTEBRO-BASILARY VASCULAR INSUFFICIENCY

A. U. Shidlovsky, G. B. Goncharenko

Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, г. Киев, Украина
(Зав. каф. оториноларингологии –

Засл. деятель науки и техники Украины, проф. Ю. В. Митин)

ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко АМН Украины»,
г. Киев, Украина

(Директор – академик НАМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)

Обследовано 119 больных с сенсоневральной тугоухостью (СНТ) в сочетании с различной степенью выраженности вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности (ВБСН), а также 15 здоровых нормальнослышающих лиц без ВБСН. Показано, что еще с начальными проявлениями ВБСН имеет место нарушение слуха в области 12,5; 14 и 16 кГц, которое составило соответственно: $(29,1 \pm 2,8; 32,4 \pm 3,3$ и $27,1 \pm 3,8)$ дБ. По мере выраженности СНТ в вертебрально-базиллярном бассейне наблюдалось увеличение снижения пульсового кровенаполнения, о чем свидетельствовали показатели R_i , составившие в 1, 2 и 3 группах соответственно: $0,79 \pm 0,03; 0,62 \pm 0,02$ и $0,51 \pm 0,02$ при норме $1,13 \pm 0,03$. Полученные данные важны при диагностике и лечении таких больных.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, вертебрально-базиллярная сосудистая недостаточность, аудиометрия (обычный (0,125–8) кГц и расширенный (9–16) кГц диапазоны частот, реоэнцефалография.

Библиография: 3 источника.

119 is inspected patients with a sensorineural hearing loss in combination with vertebro-basilar vascular insufficiency, and also 15 healthy persons without vertebro-basilar vascular insufficiency. It is rotined that yet with the initial displays of vertebro-basilar vascular insufficiency violation of ear takes place in area of 12,5; 14 and 16 кГц, which made accordingly: $(29,1 \pm 2,8; 32,4 \pm 3,3$ that $27,1 \pm 3,8)$ дБ. As far as shown of sensorineural hearing loss there was an increase of decline of pulse blood fill in a vertebro-basilar pool, what the indexes of R_i , making in 1, 2 and 3 groups accordingly: $0,79 \pm 0,03; 0,62 \pm 0,02$ and $0,51 \pm 0,02$ at a norm $1,13 \pm 0,03$. Findings are important at diagnostics and treatment of such patients.

Keywords: sensorineural hearing loss, vertebro-basilar vascular insufficiency, audiometry (ordinary (0,123–8 kHz) and extended (9–16 kHz) range of frequencies), rheoencephalography.

Bibliography: 3 sources.

С. Т. Ветрилэ, С. В. Колесов [1] отмечают, что метод реоэнцефалографии (РЭГ) позволяет оценить объемные изменения пульсового кровенаполнения, тонус сосудистой стенки и степень компенсации сосудистого русла с использованием функциональных проб. Многолетний опыт авторов показал, что РЭГ хорошо характеризирует состояние венозной системы в вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ). При этом регистрируется наличие или отсутствие дисфункции венозного тонуса, затруднение венозного оттока из полости черепа.

Е. В. Ходякова, Н. А. Шульга [2] изучали качественные и количественные показатели РЭГ при беременности у женщин с идиопатическим нарушением носового дыхания. Авторы также отмечают важность реоэнцефалографического обследования больных и подчерки-



Почти аналогичные нарушения наблюдались и в ВББ, но они были более выраженными. Однако, в ВББ таких больных с СНТ выявлено достоверное снижение показателя Ри во всех 3 группах. Так, в 1 группе больных с начальными проявлениями ВБСН Ри составил $0,79 \pm 0,03$; во 2 и 3 группах, соответственно с умеренной и выраженной ВБСН – $0,62 \pm 0,02$ и $0,51 \pm 0,02$, при норме – $1,13 \pm 0,03$. У больных 2 и 3 групп была более выражена и СНТ.

Выводы:

1. Больных с начальными проявлениями вертебрально-базилярной сосудистой недостаточностью следует отнести к группе «риска» и своевременно проводить им лечебно-профилактические мероприятия, предупреждая тем самым развитие сенсонеральной тугоухости.
2. Реоэнцефалография является объективным неинвазивным методом по оценке состояния сосудов головного мозга у больных с СНТ в сочетании с ВБСН и будет способствовать целенаправленному их лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветрилэ С. Т., Колесов С. В. Краниовертебральная патология. – М.: Медицина, 2007. – 317 с.
2. Худякова Е. В., Шульга Н. А. Характеристика качественных показателей реоэнцефалографии у женщин с идиопатическим нарушением носового дыхания // Рос. оторинолар. 2010 – №3 (46) С. 155–159
3. Шуба М. Ф., Гонкина И. П., Гурковская А. В. Механизмы возбуждения и сокращения гладких мышц мозговых сосудов. – К.: 1991. – 167 с.

Шидловский Анатолий Юрьевич – ст. лаборант каф. оториноларингологии Национального медицинского университета им. А. А. Богомольца. Украина. 01607, г. Киев, бул. Т. Шевченко, 13. тел.: +044-235-20-96; **Гончаренко** Галина Борисовна - студентка Национального медицинского университета им. А. А. Богомольца. Украина. 01607, г. Киев, бул. Т. Шевченко 13. тел.: +044-235-20-96

УДК: 616. 22-066. 52-085

**БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ
И РАДИОВОЛНОВОЙ АППАРАТУРЫ
(ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

Н. А. Шумилова

**BIOLOGICAL EFFECT OF LASER AND RADIO-FREQUENCY KNIFE
(EXPERIMENTAL INVESTIGATION)**

N. A. Schumilova

ФГУ ВПО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени акад. И. П. Павлова

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

Изучены биологические эффекты полупроводниковых лазеров с длиной волны 810 и 970 нм и радиочастотного прибора на биологические ткани с различными оптическими свойствами путем измерения ширины зоны абляции и боковой зоны коагуляции после нанесения линейных разрезов, а также путем взвешивания образцов ткани после нанесения точечных воздействий. Показано, что излучение полупроводникового лазера с длиной волны 970 нм по сравнению лазером, работающим на длине волны 870 нм, приводит к формированию более широкой боковой зоны коагуляции и менее выраженной зоны абляции, что имеет свои преимущества при работе на биологических тканях с хорошим кровоснабжением.

Ключевые слова: лазер, радиочастотный прибор, биологический эффект.

Библиография: 8 источников.



Biological effects of lasers with 810 and 970 nanometers wavelengths and radio-frequency knife on biological tissues with different optical properties were studied. Width of ablation and coagulation zones after linear incision, and weight of tissue samples after LITT were measured. 970 nm laser caused wider coagulation zone and narrower ablation zone than 870 nm laser did, which can be an advantage for dissection of well-vascularized tissues.

Key words: laser, radio-frequency knife, biological effect.

Bibliography: 8 sources.

Стремительное развитие лазерных технологий и создание новых медицинских лазерных аппаратов побуждает к изучению их биологических эффектов и поиску оптимальных режимов воздействия на различные биологические ткани.

Характер воздействия лазерной аппаратуры на биологические ткани определяется оптическими свойствами тканей, степенью энергетического воздействия, характеризующегося плотностью мощности, дозой излучения и экспозицией, и спектральными характеристиками лазерного излучения, определяющими степень его поглощения тканями. [6, 7].

Биологические эффекты излучения полупроводникового лазера с длиной волны 810 нм, широко используемого при выполнении различных оперативных вмешательств в оториноларингологии, при различной мощности и скорости нанесения воздействия подробно изучены на фантоме живой ткани [3, 4, 5, 8]. Однако разные биологические ткани обладают оптическими свойствами, отличными от фантома живой ткани, что будет вызывать формирование других биологических эффектов при воздействии лазерного излучения.

В последние годы в оториноларингологии для выполнения оперативных вмешательств применяется излучение полупроводникового лазера с длиной волны 970 нм [2, 5]. Изучение биологических эффектов лазерного излучения с указанной длиной волны на биологические ткани с различными оптическими свойствами не проводилось, а режим работы лазерного аппарата подбирается эмпирически, что обуславливает необходимость проведения экспериментальных исследований.

Представляет собой интерес сравнительный анализ биологических эффектов лазерного излучения с воздействием радиоволновой аппаратуры, являющейся альтернативой лазерной медицины и используемой для выполнения целого ряда оперативных вмешательств в ЛОР-практике [1, 5, 8].

Цель. Разработать в эксперименте оптимальные режимы воздействия на биологические ткани с различными оптическими свойствами полупроводниковых лазеров с длиной волны 810 и 970 нм и радиочастотной петли, работающей на частоте 4 МГц.

Материалы и методы. Исследование воздействия радиочастотной петли (4,0 МГц) и полупроводниковых лазеров с длиной волны 810 и 970 нм в разных режимах проводилось на удаленных полипах полости носа, говяжьей печени, мышечной ткани курицы, удаленном хряще перегородки носа.

Моделирование воздействия производилось путем нанесения линейного разреза на участок ткани торцом лазерного волокна и игольчатым электродом радиочастотного аппарата, с последующим измерением абляционного дефекта и боковой зоны коагуляции в условиях микроскопии с помощью окуляр-микрометра.

Стандартизация скорости воздействия осуществлялась посредством подвижной равномерно двигающейся ленты самописца. При нанесении радиочастотных и лазерных воздействий на ткани применялся скоростной режим 2 мм/сек, как наиболее часто используемый в клинических условиях.

С целью оценки степени вапоризации полипозной ткани при воздействии полупроводниковых лазеров с различной длиной волны и радиоволновой аппаратуры в эксперименте производилось взвешивание удаленных полипов до и после выполнения точечного воздействия в различных режимах в течение 5 секунд. Включение лазерной установки в эксперименте осуществлялось после введения конца световода и игольчатого электрода в толщу биологической ткани.



К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал «Российская оториноларингология»

Индекс в объединенном каталоге Российских газет и журналов «Пресса России» 41225,

Адрес редакции: НИИ ЛОР, ул. Бронницкая, дом 9. Санкт-Петербург 190013, Россия

Тел./факс (812) 316-29-32 E-mail tulkin19@mail.ru; tulkin@nregistr.ru

1. Представляемая статья должна быть с направлением учреждения, в котором она выполнена, с визой научного руководителя, подписью руководителя учреждения, заверенной печатью. В конце работы обязательно должна быть подпись автора (авторов) с указанием телефона и адреса для переписки. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

ОБРАЗЕЦ:

УДК: 616.28-072:616.283.1-089.843

Восприятие частоты стимулов при тестировании кандидатов на кохлеарную имплантацию

С. М. Петров

Perception frequency stimulus by test candidates of cochlear implants

S. M. Petrov

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха горла носа и речи Росмедтехнологий»

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

2. Название статьи и фамилии автора (авторов) должны быть указаны на русском и английском языках. Каждая статья должна иметь аннотацию (резюме) на русском и английском языках объемом 8–12 строк (в зависимости от объема статьи), должно быть указано количество литературных источников, ключевые слова. Статья должна быть предоставлена в электронном виде – 3,5" дискета, компакт-диск (CD), или передана по internet (e-mail, ftp://).
3. Каждая статья должна быть представлена в виде одного файла (Microsoft Word). Дискета, CD должны быть подписаны: фамилия автора, название статьи, название файла. Переданные по internet статьи должны сопровождаться информационным письмом (фамилия автора, название статьи, названия приложенных файлов).
4. Статья должна быть представлена в напечатанном виде (в одном экземпляре), через полтора интервала, 12 кегль, шрифт Times, на одной стороне листа A4 (210x297 см) с полями 2,5 см, объемом (без списка литературы) не менее 4-6-ти страниц.
5. Статья должна быть тщательно отредактирована (как научно, так и стилистически научным руководителем и автором). Целесообразно формулировать цель и задачи работы, а также в конце помещать основные выводы.
6. Нельзя применять сокращения в названии статьи. В тексте следует использовать стандартные термины и сокращения (аббревиатуры). Полный термин, вместо которого вводится сокращение, должен предшествовать первому применению этого сокращения в тексте (если только это не стандартная единица измерения).
7. Если в статье используются символы из символьных шрифтов (формулы, греческие символы « » « » « » « » и т. п.), то в напечатанном виде эти символы должны быть подчеркнуты цветным маркером.
8. Иллюстрации, используемые в текстовом документе, обязательно должны быть приложены к статье в виде файлов оригинального формата (*.TIF, *.EPS, *.PSD, *.BMP, *.PCX).
9. Иллюстрации должны быть четкими, контрастными, размером 9x12 или 13x18 см, пронумерованы, на обратной стороне фотографии следует указать её порядковый номер, фамилию автора, обозначить «верх» и «низ». Фотографии не наклеивают, а вкладывают в конверт, на котором пишут фамилию автора и название статьи. На отдельном листе прилагают текст подписей к фотографиям. Рекомендуется не более 3 рисунков.
10. Каждая таблица должна иметь точный краткий заголовок; каждая графа должна быть кратко озаглавлена, сокращения слов не допускаются. Рекомендуется не более 3 таблиц (фото таблицы не принимаются).
11. К статье прилагается список литературы, в котором необходимо привести все работы, упомянутые в статье. Каждый источник приводится с новой строки, необходимо соблюдать возрастающий хронологический порядок расположения ссылок (год выхода работы в свет).
12. В списке литературы: источники указываются строго в алфавитном порядке, причем вначале перечисляются русские, а затем иностранные авторы; автор может указать не более 3-х своих предыдущих работ. Ссылки на рукописи (диссертации) не допускаются.



13. Для периодических и продолжающихся изданий необходимо указывать автора, название работы, полное название источника, год, том (при необходимости), номер (выпуск), страницы от и до; для монографий, метод. рекомендаций – указывать общее количество страниц.
14. В тексте статьи следует приводить порядковый номер списка литературы [в квадратных скобках].
15. Вопрос о публикации статьи, носящей рекламный характер, решается после согласования с соответствующей фирмой.
16. В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора (авторов).
17. Публикация статьи осуществляется только после заключения Лицензионного договора между редакцией и автором/авторами статьи. Образец договора на сайте www.nregistr.ru или www.lornii.ru

Образцы библиографического написания литературы (ГОСТ Р 7.0.5–2008. Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления. М.: Стандартинформ. – 2008. – 19с.)

Книги:

С одним автором

1. Воячек В. И. Основы оториноларингологии. Л.: Медгиз, 1963. 348 с.

С двумя авторами

2. Блоцкий А. А., Плужников М.С. Феномен храпа и синдром обструктивного сонного апноэ. СПб.: Спец. Лит., 2002. 176 с.

С тремя авторами

3. Преображенский Б. С., Тёмкин Я.С., Лихачёв А.Г. Болезни уха, горла и носа. М.: Медицина, 1968. 495 с.

Авторов больше трех

4. Основы аудиологии и слухопротезирования / В. Г. Базаров [и др.]. М.: Медицина, 1984. 252 с.

Статьи из журналов:

С одним автором

5. Борзов Е. В. Роль перинатальных факторов в формировании патологии глоточной миндалины. // Новости оторинолар. и логопатол. – 2002. – № 2. – С. 7–10.

С двумя авторами

6. Ковалева Л. М., Мефедовская Е.К. Этиология и патогенез сфеноидитов у детей. // Новости оторинолар. и логопатол. – 2002. – № 2. – С. 20 – 24.

Авторов больше трех

7. Vocal cord injection with autogenous fat: A long-term magnetic resonance imaging evaluation / J. H. Brandenburg [et al]. // Laryngoscope. – 1996. – Vol. 106, N 2, pt. 1. – P. 174–180.

По тому же принципу цитируются статьи из сборников трудов и/или тезисов докладов.

Статьи из сборников:

8. Коробков Г. А. Темп речи. Современные проблемы физиологии и патологии речи: Сб. тр. Моск. НИИ уха, горла и носа; Ленингр. НИИ уха, горла, носа и речи. М., 1989. Т. 23. С. 107–111.

Тезисы докладов:

9. Бабий А. И., Левашов М.М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). 3 съезд оторинолар. Респ. Беларусь: Тез. докл. Мн., 1992. С. 68–70.

Авторефераты:

10. Петров С. М. Время реакции и слуховая адаптация в норме и при периферических поражениях слуха: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1993. 24 с.

Методические рекомендации:

11. Кузьмин Ю. И., Коробков Г.А. Оценка жестости речевых нарушений при заикании: метод. рек. Л., 1991. 14 с.

Патентные документы:

12. Пат. 2187888 Российская Федерация, МПК7 Н 04 В 1/38, Н 04 J 13/00. Приемопередающее устройство / Чугаева В. И.; заявитель и патентообладатель Воронеж, науч.-исслед. ин-т связи — № 2000131736/09; заявл. 18.12.00; опубл. 20.08.02, Бюл. № 23 (Пч.). – 3 с.
13. Заявка 1095735 Российская Федерация, МПК7 В 64 G 1/00. Одноразовая ракета-носитель / Тернет Э. В. (США); заявитель Спейс Системз / Лорал, инк.; пат. поверенный Егорова Г. Б. – № 2000108705/28; заявл. 07.04.00; опубл. 10.03.01, Бюл. № 7 (1 ч.); приоритет 09.04.99, № 09/289, 037 (США). – 5 с.
14. А. с. 1007970 СССР, МПКЗ В 25 J 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей типа валов / В. С. Ваулин, В. Г. Кемайкин (СССР). – № 3360585/25–08; заявл. 23.11.81; опубл. 30.03.83, Бюл. № 12. – 2 с.

Уважаемые коллеги! Редакция имеет право сокращать статьи.

Право окончательного решения вопроса об отклонении, переработке или принятии рукописи статьи остается за редакционной коллегией.

При нарушении указанных правил, редакция не принимает статьи к рассмотрению.

Контактный тел./факс редакции: 8(812) 316–29–32

Содержание

Научные статьи

И. А. Аникин, М. В. Комаров

О рецидивировании гломусной опухоли (параганглиомы) уха 3

С. Г. Бойко, А. М. Канева, Н. Н. Потолицина, Н. А. Вахнина,

В. Д. Шадрина, О. И. Паршукова, А. А. Панюков,

О. В. Рябина, Е. Р. Бойко, Ю. К. Янов

Дислипидемия, аудиологические особенности

и биологические маркеры процессов свободнорадикального окисления

у пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью 12

З. С. Гуломов, А. С. Симбирцев, Ю. К. Янов

Монотерапия аэрозольной формой интерферона альфа 2 (интераль)

при лечении острых респираторных вирусных инфекций 17

С. С. Решульский, А. Л. Ключихин, В. В. Виноградов, Т. А. Галкина

Клинические аспекты применения аутотрансплантат

из подъязычной кости при лечении двусторонних параличей гортани 21

58-ая конференция молодых ученых-оториноларингологов

В. И. Бабияк

Психология врачевания 25

Е. М. Бачегова

Антихолинэстеразная терапия при острой сенсоневральной тугоухости 31

Я. Г. Беляева

Синдром немого синуса 35

О. А. Бреева

Причины и механизмы дисфункции слуховой трубы 40

Т. В. Готовяхина

Критерии восстановления подвижности голосовых складок

после операций на щитовидной железе 46

О. Н. Гринчук

Эффективность системной антибактериальной терапии

у больных хроническим тонзиллитом стрептококковой этиологии 50

Н. Т. Джанашия

Выбор тактики лечения больных хроническим гнойным средним отитом

исходя из особенностей его течения 56

О. И. Долгов

Эффективность лазерной хордаритеноидэктомии

при паралитических стенозах гортани 61

Н. В. Дубинская

Клиническое значение определения метаболизма кальция

у больных с нарушением слуховой функции 66

С. А. Еремин

Исследование препарата стеклоиономерного цемента

на культуре дермальных фибробластов человека 69

Д. М. Ильясов	
Особенности функциональной активности мерцательного эпителия полости носа у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой головы	75
В. С. Исаченко	
Особенности моделирования выбора тактики лечения хронического гнойного среднего отита	79
Е. И. Клёнкина	
Анализ результатов лечения больных одонтогенными верхнечелюстными синуситами	84
Ю. Н. Козак-Волошаненко, Е. В. Овсяник	
Состояние церебральной гемодинамики у больных сенсоневральной тугоухостью «шумового» генеза в зависимости от стажа работы в шуме	89
А. С. Коношков, К. В. Летягин	
Возможности диагностики острых травм носа	92
А. В. Кутина	
Нарушения координации движений при различном уровне поражения вестибулярного анализатора	96
Л. Р. Кучерова	
Роль фаринголарингеального рефлюкса в течение рецидивирующего респираторного папилломатоза	101
С. В. Левин, С. Б. Сугарова, В. Е. Кузовков	
Взаимодействие ЛОР-центров при оказании высокотехнологичной медицинской помощи	105
Е. В. Лобзина	
Нарушения слуховой функции при шумовом воздействии у работников железнодорожного транспорта	110
М. Г. Марченко, Е. И. Трофимов, В. В. Виноградов	
Современные методы выявления метастазов рака гортани и гортаноглотки в лимфатические узлы шеи	114
Р. Р. Миниахметова	
Клинико-иммунологическое обоснование хирургической тактики при тимпаносклерозе	117
М. А. Оспанова	
Инфракрасная спектрометрия плазмы крови при остром гнойном фронтите	123
В. Е. Павлов, Л. В. Колотилов	
Стенозы гортани как анестезиологическая проблема эндоларингеальной микрохирургии	126
О. А. Пащинина, Х. Диаб, В. Е. Кузовков	
Доступ к внутреннему уху при оссификации улитки у лиц, перенесших менингит	129
О. Н. Сопко	
Наблюдения симптома сонного апноэ и храпа у больных системной патологией	134
Н. А. Суханова	
Особенности показателей иммунитета у детей с бронхиальной астмой	138

М. Ю. Улупов

Возможности флуоресцентной диагностики и фотодинамической терапии в лечении рака глотки	143
--	-----

Н. М. Черных

Функциональная диагностика степени нарушения носового дыхания	146
---	-----

А. Ю. Шидловский, Г. Б. Гончаренко

Показатели реоэнцефалографии при сенсоневральной тугоухости на фоне вертебрально-базилярной сосудистой недостаточности	148
---	-----

Н. А. Шумилова

Биологические эффекты лазерного излучения и радиоволновой аппаратуры (экспериментальное исследование)	150
--	-----

Информационный раздел

Постановление №64	156
-------------------------	-----

Постановление № 239	163
---------------------------	-----

К сведению авторов	177
--------------------------	-----