



РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY

Медицинский научно-практический журнал

Основан в 2002 году

(Выходит один раз в два месяца)

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

Индекс 41225 в каталоге «Пресса России»

Совместное издание

Федеральное государственное учреждение

«Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава»

Федеральное государственное учреждение «Санкт-Петербургский

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

Российское общество оториноларингологов



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Журнал зарегистрирован Государственным комитетом РФ по печати.

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

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

Учредители:

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

Издатель:

ООО «Национальный регистр»

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. Попов

Адрес редакции:

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

Компьютерная верстка: И. В. Лютикова

Подписано в печать 30.09.2009 г.

Формат: 60х90^{1/8}, объем 21.47 усл. печ. л.
Тираж: 3000 экз. (1-й завод – 500 экз.)

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

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

© Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава, Москва.



УДК: 616. 216. 1–002–006. 5–031. 81:616. 12–008. 331. 1

**ХРОНИЧЕСКИЙ ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ
КАК ПРИЧИНА ПРЕПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ
НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА**

С. А. Артюшкин¹, Д. И. Святков²

**CHRONIC POLYPOSE RHINOSINUSINYSITIS AS THE REASON
FOR PREPATHOLOGICAL CHANGES OF PUMP FUNCTION OF THE HEART**
S. A. Artyushkin, D. I. Svyatov

¹ СПб ГУЗ «Городская Покровская больница», г. Санкт-Петербург
(Главный врач – М. Н. Бахолдина)

² ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»
(Начальник – проф. А. Б. Белевитин)

Для анализа показателей системного кровообращения и их взаимоотношений, обследовали больных с хроническим полипозным риносинуситом, не страдающих гипертонической болезнью и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, и практически здоровых лиц. Для оценки состояния системного кровообращения использовали компьютерную модификацию интегральной реографии тела, регистрировали величины показателей частоты сердечных сокращений, минутного объема кровообращения, ударного и сердечного индексов.

Установлено, что хронический полипозный риносинусит является причиной нарушений гемодинамики, а также детерминации системного кровообращения, характерных для доклинической формы первичной артериальной гипертензии и представляет собой нетрадиционный фактор риска развития гипертонической болезни.

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, регуляция, состояние и реактивность системы кровообращения, вариабельность ритма сердца, частота сердечных сокращений, ударный индекс, сердечный индекс, удельное общее периферическое сопротивление сосудов, среднее артериальное давление, гипертоническая болезнь.

Библиография: 12 источников.

For the analysis of parameters of a systemic circulation and their mutual relations, we examined patients with chronic polypose rhinosinusitis, not suffering from idiopathic hypertension and other diseases of cardiovascular system, and practically healthy persons. For an estimation of a condition of a systemic circulation we used computer updating an integrated rheography of a body, recorded parameters of frequency of cardiac reductions, minute volume of a circulation, shock and cardiac indexes.

It was fixed, that chronic polypose rhinosinusitis is the reason of infringements of a hemodynamics, and also a determination of a systemic circulation, characteristic for prepathological forms of an initial arterial hypertension and represents a nonconventional risk factor of development of an idiopathic hypertension.

Key words: chronic polypose rhinosinusitis, regulation, condition and a reactivity of system of blood circulation, variability of heart rhythm of, frequency of cardiac reductions, a shock index, a cardiac index, specific general peripheric resistance of vessels, arterial pressure, idiopathic hypertension.

Bibliography: 12 sources.



УДК:612. 22–008. 5–057–072. 7

**КЛИНИКО-АКУСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОЛОСА
ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ У ЛИЦ РЕЧЕВОЙ
И ПЕВЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ С СОПРЯЖЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ**

З. И. Аникеева, И. В. Плешков

**CLINIC-ACOUSTIC CHARACTERISTICS OF A VOICE AT FUNCTIONAL
INFRINGEMENTS AT PERSONS OF A SPEECH AND SINGING TRADE
WITH THE INTERFACED PATHOLOGY OF AN INTERNAL AND SYSTEMS**

Z. I. Anikeeva, I. V. Pleshkov

ФГУ Научно-клинический центр отоларингологии ФМБА
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Функциональные нарушения голоса встречаются среди певцов и лиц речевой профессии довольно часто. Среди соматически здоровых лиц в 21,1% случаев увеличиваясь в 2 и более раз при заболеваниях сердечно-сосудистой и нервной систем. Возникновению нарушений голоса способствуют стрессы, несовершенная голосовая техника, разговор и пение в больном состоянии. Клинически они проявляются в виде гипотонусной, гипертонусной дисфонии, фонастении, афонии. В амбулаторной практике ЛОР-врача-фоноатра для диагностики голосовых нарушений используются определение функции внешнего дыхания, длительности фонационного выдоха, характера опоры дыхания, измерение различных акустических параметров голоса. Их применение способствует выявлению нарушений резонативного звучания голоса на ранних стадиях заболевания и своевременному их устранению.

Ключевые слова: нарушения голоса, дисфонии, фонационный выдох, сила голоса, стробоскопия.

Библиография: 12 источников.

Functional vocal disorders can often be found in singers and vocal professionals. Such disorders make up 22,1% in healthy population, but in people with the nervous system and heart disease the percentage is more than twice as high. Functional vocal disorders are caused by nervous breakdowns and low vocal techniques. Their clinical symptoms are hypotonic, hypertonic dysphonia, fonasthenia, aphonia.

External respiration function, length of phonation expiration, types of expiration identified by the otolaryngologist in outpatients, measuring acoustic vocal parameters facilitate early identification of resonance voice sound disorders and their timely treatment.

Key words: vocal disorders, dysphonias, phonation expiration, voice sound intensity, stroboscopy.

Bibliography: 12 sources.

Многочисленными авторами доказано, что полноценный голос может быть сформирован лишь при скоординированной работе всех частей, составляющих голосовой аппарат. Патологическое состояние любого из них может отрицательно влиять на качество голоса. Недооценка последнего обстоятельства может затруднить понимание и объяснение причин нарушения голосовой функции у лиц, которые не жалуются на состояние гортани и ларингологическая картина которых в пределах нормы. Многие хронические заболевания органов и систем, не входящих в состав голосового аппарата, могут обуславливать неполноценность функции последнего при отсутствии каких-либо изменений в гортани. К системам, заболевания которых могут от-



7. Кожлаев О. М., Бутусов А. Ю. Определение голосового поля вокалистов при заболеваниях гортани. //Вест. оторинолар. – 1983. – №2. – С. 55
8. Максимов И. Фониатрия. М., «Медицина», 1987. – 282 с.
9. Плешков И. В., Аникеева З. И. Заболевания голосового аппарата у вокалистов и представителей речевой профессии (диагностика, лечение, реабилитация). М., «ГЭОТАР-МЕД» – 2003, – 166 с.
10. Совершенствование поликлинической помощи больным с патологией ЛОР-органов /С. З. Пискунов [и др.]. III Рос. конф. оторинолар. «Наука и практика в отоларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 38–39.
11. Тринос В. А. Материалы и физиологическое обоснование рационального развития детей – участников хоровых коллективов: автореф. дис. ...канд. мед. наук. Киев, 1969. – 16 с.
12. Тринос В. А. Дисфонии, их лечение у лиц голосовых профессий: автореф. дис. ...докт. мед. наук. Киев, 1981 – 28 с.

УДК: 616. 28 – 008. 14:577. 125

СОСТОЯНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

С. Г. Бойко^{1,2}, В. Д. Шадрина³, Н. Н. Потолицина³,
А. М. Канева³, В. Е. Ларина², Т. Ф. Семенова², Е. Р. Бойко^{2,3}, Ю. К. Янов⁴

ANTIOXIDANT SYSTEM COMPONENTS IN NON-INFLAMMATION HEARING LOSS PATIENTS

S. G. Boiko^{1,2}, V. D. Shadrina³, N. N. Potolitsyna³,
A. M. Kaneva³, V. E. Larina², T. F. Semenova², E. R. Boiko^{2,3}, You. K. Yanov⁴

1 – Центр хорошего слуха ООО «Исток Аудио Трейдинг», г. Сыктывкар
(Директор – канд. мед. наук С. Г. Бойко)

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

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

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

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

Изучено состояние элементов антиоксидантной системы организма (АОС) у 97 пациентов с сенсоневральной тугоухостью, имеющих различный уровень регуляторного сывороточного апопротеина Е. Показано, что эти лица характеризуются плохими показателями обеспеченности организма витаминами А и Е – ключевыми метаболитами не ферментативного звена АОС у человека, исследование активности ферментов супероксиддисмутазы и глутатионпероксидазы – ключевых энзимов ферментативного звена АОС – имеет невысокую клинико-диагностическую значимость. Рекомендовано использовать определение уровня жирорастворимых витаминов А и Е у пациентов с тугоухостью при терапии этих пациентов, а также проведении профилактики.

Ключевые слова: антиоксидантная система, сенсоневральная тугоухость, аполипопротеин Е.

Библиография: 17 источников.

It was been examined the condition of antioxidant system in 97 patients with non-inflammation hearing loss having different level of serum «apolipoprotein E». It was detected that most of examined patients showed the low level of antioxidant vitamins – α -tocopherol and retinol. In the same time the antioxidant enzymes no diagnostical importance for clinical purposes: glutathione peroxidase (kf. 1. 11. 1. 9) demonstrate no differences compare to healthy peoples and superoxidedismutaze (kf. 1. 15. 1. 1.) activities depend from the antioxidant vitamins levels.

Key words: antioxidant system, hearing loss, apolipoprotein E.

Bibliography: 17 sources.



УДК:616. 22-006. 6

ЛИМФОГЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ: МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ**П. В. Васильев¹, А. Л. Юдин²****LYMPHATIC METASTASES IN CARCINOMA OF THE LARYNX AND HYPOPHARYNX: PATHOGENESIS AND THE DIAGNOSTIC CONTRIBUTION OF THE CONTRAST ENHANCED X-RAY COMPUTED TOMOGRAPHY****P. V. Vassiliev¹, A. L. Yudin²**

1 – Онкологический клинический диспансер № 1 ДЗ г. Москвы
(Главный врач – проф. А. М. Сдвижков)

2 – ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет Росздрава,
г. Москва
(Зав. каф. лучевой диагностики и лучевой терапии – проф. А. Л. Юдин)

В работе изложены механизмы лимфогенного метастазирования при раке гортани и гортаноглотки. Освящено диагностическое значение мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии с внутривенным контрастированием для выявления метастатически измененных лимфатических узлов при раке гортани или гортаноглотки в зависимости от локализации и протяженности опухолевого поражения. Описаны и представлены на иллюстративном материале симптомы характерные для метастатического поражения лимфатических узлов: 1) активное накопление контрастного препарата в периферических отделах лимфатического узла; 2) наличие центральной гиподенсивной части; 3) нечеткий наружный контур лимфатического узла; 4) уплотнение окружающей клетчатки. В работе отражено значение компьютерной томографии с внутривенным контрастированием для определения локализации пораженных лимфатических узлов, их взаимоотношения с близлежащими магистральными кровеносными сосудами, щитовидной железой, мышцами шеи и другими органами. Освещены возможности компьютерной томографии для выявления и оценки распространенности опухолевого инфильтрата, окружающего пораженные лимфатические узлы.

Ключевые слова: рак гортани; рак гортаноглотки; компьютерная томография; лимфогенное метастазирование; метастатическое поражение лимфатических узлов.

Библиография: 21 источник.

This article outlines various mechanisms of lymphatic metastases in laryngeal and hypopharyngeal cancer. Diagnostic abilities of contrast enhanced computed tomography in detection metastatic lymph nodes, depending on the location and extent of tumor invasion are discussed. The signs of metastatic lymph nodes are described and presented in illustrative material: 1) hypervascularization of the peripheral part of lymph nodes; 2) central necrosis; 3) capsular enhancement and irregular borders; 4) infiltration of the surrounding tissue. The paper outlines high diagnostic value of computed tomography in determining the condition of blood vessels, thyroid gland, muscles and other organs which place closely to affected lymphatic nodes. Abilities of computerized tomography for the detection and evaluation of tumor infiltration surrounding affected lymph nodes are described in the article.

Key words: carcinoma of larynx; carcinoma of the hypopharynx; computed tomography; lymphatic metastases; metastatic lymph nodes.

Bibliography: 21 sources.

Рак гортани и гортаноглотки относятся к наиболее частым злокачественным новообразованиям области головы и шеи, встречающиеся с частотой 4–6 % [1–5, 7]. За последние годы информативность инструментального обследования пациентов, страдающих раком гортани



УДК: 616. 216. 1–001–006. 5–031. 81:612. 017. 1

**ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРОЖДЁННОГО ИММУНИТЕТА
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭОЗИНОФИЛИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ
ПРИ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТАХ****Б. Х. Давудова, М. З. Саидов, Н. А. Дайхес,
С. В. Климова, А. С. Будихина, И. И. Нажмудинов****EOSINOPHILIA IN PERIPHERAL BLOOD AT POLYPOUS RHINOSINUSITIS.
CHANGES OF CHARACTERISTICS OF INHERENT IMMUNITY DEPENDING ON****B. Kh. Davudova, M. Z. Saidov, N. A. Daikhes, S. V. Klimova,
A. S. Budikhina, I. I. Nazhmudinov***ФГУ Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава, г. Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)**Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала
(Зав. каф. патологической физиологии – проф. М. З. Саидов)**ГНИ – Институт иммунологии ФМБА России, г. Москва
(Директор – академик РАН и РАМН, проф. Р. М. Хаитов)*

Многочисленные исследования по проблеме полипозного риносинусита (ПРС) не привели до настоящего времени к принципиальным изменениям во взглядах на этиологию и патогенез этого заболевания. С учётом патогенетического значения эозинофилии в периферической крови и роли механизмов врождённого иммунитета в патогенезе ПРС, были изучены изменения показателей врождённого иммунитета *in situ* в системной циркуляции в группах прооперированных больных ПРС с наличием и отсутствием эозинофилии в периферической крови. Использовались иммуногистохимический метод исследования, а также метод проточной лазерной цитометрии. Результаты: 1. В составе клеточного воспалительного инфильтрата в носовых полипах при ПРС определяются клетки, позитивные с Toll-1 по Toll-10-рецепторы. 2. Между эозинофилией в периферической крови и экспрессией Toll-рецепторов определяется достоверная взаимосвязь, имеющая несомненное патогенетическое значение. 3. В группе больных ПРС с эозинофилией до 150 кл/мкл определяется достоверное усиление Toll-3 и Toll-9-рецепторов на моноцитах, Toll-2, Toll-3, Toll-5, Toll-9-рецепторов на гранулоцитах и Toll-3, Toll-5-рецепторов на лимфоцитах периферической крови. 4. В группе больных ПРС с эозинофилией свыше 150 кл/мкл определяется достоверное усиление Toll-1, Toll-2-рецепторов на моноцитах, Toll-4-рецептора на гранулоцитах и Toll-3, Toll-4, Toll-5-рецепторов на лимфоцитах периферической крови.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, эозинофилия, Toll-рецепторы, метод проточной лазерной цитометрии, иммуногистохимический метод, врожденный иммунитет

Библиография: 12 источников.

*By the present, multiple investigations on the issue of polypous rhinosinusitis (PRS) have not led to principle changes of views on the disease etiology and pathogenesis. Taking in account pathogenetic significance of eosinophilia in peripheral blood and the role of inherent immunity mechanisms in PRS pathogenesis, changes of characteristics of inherent immunity *in situ* in the systemic circulation in groups of patients with PRS that underwent surgical intervention either at presence or absence of eosinophilia in peripheral blood have been studied. Immunohistochemical investigation technique as well as the method of laser flow cytometry has been used. Results: 1. At PRS, in the composition of cell inflammation infiltrate in nasal polyps, cells positive from To11-1 to Toll-10-receptors were revealed. 2. There has been discovered reliable relation of doubtless pathogenetic significance between eosinophilia in peripheral blood and Toll-receptors expression. 3. In the group of PRS patients with eosinophilia less than 150 cells/j l, the reliable increase of To11-3 and To11-9-receptors on monocytes, Toll-2, Toll-3, Toll-5, Toll-9-receptors on granulocytes and Toll-3, Toll-5-receptors on peripheral blood lymphocytes was seen. 4. In the group of*



PRS patients with eosinophilia above 150 cells/j l, the reliable increase of Toll-1, Toll-2-receptors on monocytes, Toll-4-receptor on granulocytes and Toll-3, Toll-4, Toll-5-receptors on peripheral blood lymphocytes was detected.

Key words: *polypous rhinosinusitis, eosinophilia, Toll-receptors, method of laser flow cytometry, immunohistochemical investigation technique, inherent immunity*

Bibliography: 12 sources.

Многочисленные исследования по проблеме полипозного риносинусита (ПРС) не привели до настоящего времени к принципиальным изменениям во взглядах на этиологию и патогенез этого заболевания. Результаты регулярно проводимых международных консенсусных конференций по этой проблеме лишь подтверждают недостаточную изученность и понимание этой проблемы [2, 7, 9]. Ни один из применяемых на сегодняшний день методов терапии, включая топическую стероидную терапию, не позволяет контролировать симптомы, рецидивы и течение ПРС [3].

С учётом результатов клинико-иммунологических исследований многие авторы рассматривают ПРС как «астму носа» и относят ПРС к системным иммунозависимым заболеваниям [2, 4, 9]. Действительно, данные последних работ в этой области позволяют отнести ПРС к Th-2-зависимому эозинофильному воспалению слизистой оболочки носа, приводящему к нарушению коллагенового каркаса и, как следствие, к ремоделированию слизистой оболочки носа [11, 12]. Воспаление носит комплексный характер, но доминирующими элементами этого процесса являются следующие: превалирование эозинофилов в воспалительном инфильтрате, наличие в нём активированных форм Т- и В-лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+ и CD20+ клеток), клеток макрофагально-моноцитарного ряда (CD35+, CD68+клеток), гиперпродукция провоспалительных цитокинов (TNF- ζ , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10, ИФ- γ и др.), хемокинов (RANTES, eotaxin-1), адгезионных молекул (ICAM-1, VCAM-1, E-selectin, P-selectin), трансформирующих факторов роста (TGF ζ/η) и др. [3, 6, 7, 9, 11, 12]. Кроме этого необходимо упомянуть последние данные о том, что активированные формы эозинофилов в условиях продуктивного воспаления *in situ* приобретают свойства антиген(АГ)-презентирующих клеток, способных представлять растворимые АГ CD4+клеткам с последующей пролиферацией и «поляризацией» в Th2+популяцию Т-лимфоцитов [6].

Очевидно, что представленные данные отражают весьма существенные изменения состояния местного иммунитета носовой полости у больных ПРС, имеющие несомненное патогенетическое значение. Эти изменения ассоциированы с одновременной модуляцией показателей системного адаптивного иммунитета. Однако, доминирующая роль эозинофилов в генезе ПРС очевидна. Не менее очевидна и связь морфогенеза носовых полипов с эозинофилией периферической крови. Эта связь тем более актуальна, что известное на сегодняшний день значение эозинофилии в генезе системных аллергических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит), гельминтозов, заболеваний желудочно-кишечного тракта и др. дополняет известные схемы патогенеза ПРС и открывает возможности для специфической диагностики и лечения этого заболевания.

В последнее время для объяснения иммунопатогенеза ПРС и других заболеваний привлекаются последние данные о роли врождённого иммунитета в индукции антиген(АГ)специфического иммунного ответа *in situ* [5, 8, 10]. Это обусловлено тем, что фундаментальные представления о механизмах индукции адаптивного иммунитета в настоящее время пересмотрены. Считается, что первым этапом индукции АГ-специфического адаптивного иммунного ответа является взаимодействие высококонсервативных компонентов микробной стенки со специфическим, генетически детерминированным рецепторным аппаратом, представленном на клетках врождённой иммунной системы (дендритные клетки, макрофаги, нейтрофилы и др.). Результатом этого взаимодействия является продукция провоспалительных цитокинов и активация АГ-специфических Т- и В-лимфоцитов. Представленная схема, разумеется, крайне упрощена, более детальная информация содержится, в частности, в обзорах [5, 10]. Наиболее изучены в этом отношении три класса рецепторов – Toll-подобные рецепторы, Nod-рецепторы



5. Хаитов Р. М., Пашенков М. В., Пинегин Б. В. Биология рецепторов врождённой иммунной системы. // Физиология и патология иммунной системы – 2008 – Т. 12 – N 6 – С. 3–28.
6. Blanchard C., Rothenberg M. Biology of the eosinophil. // Advances in Immunology – 2009 – V. 101 – P. 81–121.
7. Gevaert P., Gevaert H. Eosinophilic inflammation: causative factors, triggers and mechanisms. // International Consensus on Nasal Polyposis, Update 2006, цит. Рос. ринология – 2006 – N 2 – С. 29.
8. Involvement of Toll-like receptors in the immune response of nasal polyp epithelial cells / Wang J. [et al.]. // Clin. Immunol. – 2007 – V. 124 – N 3 – P. 345–352.
9. Korono Y. The role of cytokine in eosinophilic infiltration into nasal polyps. // International Consensus on Nasal Polyposis, Update 2006, цит. Рос. ринология – 2006 – N 2 – С. 31.
10. Medzhitov R. Recognition of microorganisms and activation of the immune response. // Nature – 2007 – V. 449 – N 18 – P. 819–826.
11. T-helper cell population and eosinophilia in nasal polyps / Cheng W. [et al.]. // J. Invest. Allergol. Clin. Immunol. – 2007 – V. 17 – N 5 – P. 297–301.
12. Th2 cytokines associated with chronic rhinosinusitis with polyps downregulate the antimicrobial immune function of human sinonasal epithelial cells. / Ramanathan M. J. [et al.]. // Am. J. Rhinol. – 2008 – V. 22 – N 2 – P. 115–121.

УДК:616. 323–007. 61:576. 8. 077. 3

ПРОДУКЦИЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ТКАНИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

М. В. Дроздова, А. С. Симбирцев, Е. А. Варюшина, Е. В. Тырнова

PRODUCTION OF PROINFLAMMATORY CYTOKINES BY NASOPHARYNGEAL TONSIL (ADENOID) TISSUE IN CHILDREN WITH CHRONIC LYMPH PROLIFERATIVE SYNDROME

М. V. Drozdova, A. S. Simbirtzev, E. A. Varushina, E. V. Tyrnova

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

ФГУП Гос. НИИ Особо чистых биопрепаратов ФМБА России, г. Санкт-Петербург
(Директор – проф. В. П. Добрица)

Исследована продукция ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-1бета, ИЛ-1альфа в ткани глоточной миндалины при хроническом лимфопролиферативном синдроме у детей 3–8 лет. Материал: 1–2 биоптата от 42 детей (32 аденотомии, 10 аденотонзиллотомии). Методы: непрямая иммуногистохимия с использованием системы экстравидин-биотин-щелочная фосфатаза, гистохимия нейтрофилов по миелопероксидазе с использованием диаминобензидина. У 16 детей ВЭБ, ЦМВ-инфекция (паст-инфекция, ПЦР+ ДНК ВЭБ, ЦМВ в соскобах со слизистой ротоглотки). У 15 детей АСЛ-О > 200 МЕ/мл. У 11 детей неясная этиология. Результаты: наличие продукции каждого ИЛ у 25–75% при герпетической инфекции, 91–100% при стрептококковой и неясной этиологии. Интенсивность продукции: ИЛ-1альфа 0,25, ИЛ-1бета 0,25, ИЛ-6 0,5, ИЛ-8 0,93 при ВЭБ, ЦМВ-инфекции; от 1,4 до 1,73 при стрептококковой инфекции. С возрастанием АСЛ-О продукция провоспалительных цитокинов повышалась, но не выше умеренного уровня. Заключение: механизм иммуносупрессии различен при герпесвирусной и стрептококковой этиологии.

Ключевые слова: иммуногистохимия, провоспалительные цитокины, глоточная миндалина.

Библиография: 16 источников.

Production of Il-6, Il-8, Il-1beta, and Il-1alpha by nasopharyngeal tonsil (adenoid) tissue is investigated in children of 3–8 years with chronic lymph proliferative syndrome. Material: 1–2 biopsies from 42 children (32 adenectomy, 10 adenotonsilectomy). Methods: indirect immunohistochemistry with the use of system of extravidin-biotin-alkaline phosphatase, the neutrophil myeloperoxidase histochemistry with the use of diaminobenzidine. At 16 children with VEB, CMV-infection (past-infection,



PCR+ DNA VEB, CMV in oral cavity mucous). At 15 children ASL-O > 200 ME/ml. At 11 children unknown etiology. Results: presence of production of everyone IL at 25–75 % at VEB, CMV-infection, 91–100 % at a streptococcal and unknown etiology. Intensity of production: Il-1alpha 0,25, Il-1beta 0,25, Il-6 0,5, Il-8 0,93 at VEB, CMV-infections; from 1,4 to 1,73 at a streptococcal infection. Production of proinflammatory cytokines rose with increase ASL-O, but not above moderate level. The conclusion: the mechanism of immunosuppression is distinguished at herpes viral and a streptococcal etiology.

Key words: immunohistochemistry, proinflammatory cytokines, nasopharyngeal tonsil (adenoid)

Bibliography: 16 sources.

Патогенетическое значение цитокинов и перспективы цитокиновой / антицитокиновой терапии рассматриваются в современной литературе [10]. Цитокины (cytos – клетка, kines – движение) представляют собой множество факторов, активирующих пролиферацию и дифференцировку клеток организма. Цитокины играют ведущую роль, как связующее звено между лейкоцитами различных классов в реакциях как общего, так и местного иммунитета. Биологически активные вещества, которые описаны как посредники межклеточной кооперации лейкоцитов, получили название «интерлейкины» (ИЛ). Механизм действия провоспалительных цитокинов связан с активацией естественных защитных реакций путем стимуляции, в первую очередь, неспецифических, а затем и специфических звеньев иммунитета [9].

Миндалины лимфоидного кольца Пирогова-Валдейера и слизистая-ассоциированная лимфоидная ткань верхних дыхательных путей расположены на границе дыхательного и пищеварительного трактов при непосредственном контакте с внешней средой, что и обуславливает их функции как органов, которые первыми подвергаются непосредственному воздействию экзогенного антигенного материала, определенным образом реагируют на него и подготавливают организм к наиболее оптимальным вариантам иммунного ответа. Лимфоидная ткань глоточной миндалины реагирует на антигенные раздражители в тесном взаимодействии с покровным эпителием, выстилающим лакуны и люминарную поверхность этого органа. В состоянии гипертрофии глоточная миндалина генерирует специфически реагирующие клоны лимфоидных клеток памяти и поставляет их в слизистую оболочку носа и околоносовых пазух, формируя иммунный барьер слизистых оболочек [1].

Наиболее активное воздействие на иммунную систему оказывают возбудители инфекционных заболеваний. Именно они чаще всего являются основным этиологическим фактором вторичных иммунодефицитных состояний. При этом дефицит различных подсистем иммунитета будет отличаться при действии различных возбудителей. Данные литературы свидетельствуют о полиморфизме вирусной и бактериальной микробиоты при воспалении миндалин лимфоидного кольца глотки. Вместе с тем, сложилось мнение о преобладающей роли бета-гемолитического стрептококка, согласно которому небные и глоточные миндалины становятся входными воротами для стрептококковой инфекции [4, 7].

В настоящее время дискутируется вопрос о значимости длительной персистенции вируса Эпштейна-Барра (ВЭБ) в развитии воспалительной патологии верхних дыхательных путей [2, 8]. По классификации Т. Schacker (1997) клинические формы заболеваний, обусловленные вирусом Эпштейна-Барра, отличаются при первичном инфицировании и при реактивации. При первичном инфицировании наиболее распространенной формой является инфекционный мононуклеоз. Геном ВЭБ после первичного инфицирования может сохраняться в В-лимфоцитах пожизненно. После получения соответствующего стимула (на фоне стрессов, эндокринных нарушений, у больных с первичными и вторичными иммунодефицитами, а также проходящих иммуносупрессорную терапию) ВЭБ может реактивироваться из латентного состояния. При реактивации возможно развитие такой клинической формы заболевания, как ВЭБ-ассоциированный лимфопролиферативный синдром [11]. Активная пролиферация вируса во всех органах, имеющих лимфоидную ткань, приводит к структурным изменениям, затрагивающим все звенья иммунной системы.

Механизмы функционирования воспалительных и провоспалительных цитокинов, участвующих в регуляции местной иммунной защиты, еще недостаточно изучены. В научной литературе имеются немногочисленные и противоречивые сведения об изучении показателей цито-



УДК: 616. 211–008. 8. 001. 8

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СТРУКТУР
ТВЕРДОЙ ФАЗЫ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
(СООБЩЕНИЕ 1)**

Г. П. Захарова, В. В. Шабалин, Ю. К. Янов

**THEORETICAL AND METHODOLOGICAL BASIS
OF MORPHOLOGIC RESEARCH OF BIOLOGICS FLUID
OF UPPER AIR PASSAGES MUCOSAES SOLID PHASE
(MESSAGE FIRST)**

G. P. Zakahrova, V. V. Shabalin, U. K. Yanov

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

Рост числа хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей обосновывает необходимость разработки новых технологий изучения их патогенеза, прогнозирования, ранней диагностики и лечения. Нарушение состава биологических жидкостей слизистой оболочки верхних дыхательных путей играет значительную роль в патогенезе их заболеваний. Одним из наиболее перспективных направлений исследования в медицине является «морфология биологических жидкостей человека». Это фундаментальное направление представляет принципиально новый подход к исследованию заболеваний, их диагностике и лечению.

Ключевые слова: биологическая жидкость, верхние дыхательные пути, морфология биологической жидкости, клиновидная дегидратация, системная самоорганизация, структуризация, структура, твердая фаза.

Библиография: 36 источников.

The high incidence rate of chronic inflammatory upper air passages diseases asks for developing the of new pathogenesis, forecasting, early detection and treatment research technologies. Biologics fluids compositional disorder of upper air passages mucosaes plays a prominent part in the pathogenesis of this diseases. One of the most prospective development lines in medicine is «biologics fluid morphology». This fundamental line is a principally new approach in diseases research, detection and treatment.

Key words: biologics fluid, upper air passages, biologics fluid morphology, sphenoidal dehydration, system self-organization, structuring, structure, solid phase.

Bibliography: 36 sources.

Неуклонный рост заболеваемости, частота обострений и недостаточная эффективность лечения хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, в том числе хронического риносинусита обосновывают необходимость разработки и использования новых методологических технологий изучения их патогенеза, диагностики и лечения.

Особенно актуальной в настоящее время является разработка неинвазивных методов ранней диагностики на доклиническом этапе заболевания, позволяющих прогнозировать возникновение, развитие, хронизацию, рецидивирование и осложнение воспалительного процесса.

Известно, что нарушение состава биологических жидкостей слизистой оболочки носа и околоносовых пазух играет значительную роль в патогенезе хронического риносинусита [4, 15, 22]. Секрет полости носа и околоносовых пазух представляет один из самых информативных показателей состояния слизистой оболочки и рассматривается как индикатор патологических процессов верхних дыхательных путей [20, 35, 36].

Тем не менее, несмотря на значение секрета слизистой оболочки верхних дыхательных путей в защите и функционировании органов дыхания, а также сохранении гомеостаза внутрен-



УДК 616-008. 2+616. 28-002:616. 287-085

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОСТОПЕРАТИВНОЕ ТЕЧЕНИЕ И ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЦИДИВА ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Б. Зедльмайер, Л. Моравитц, М. Юма, Х. Шайхова, М. Тухтаев

FACTORS INFLUENCING TO POSTOPERATIVE COURSE AND APPEARING THE RELAPSE OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION IN CHILDREN

B. Sedlmaier, L. Morawietz, M. Jumah, H. Shaykhova, M. Tukhtaev

Университетская ЛОР клиника Шарите, Берлин

(Директор – Б. Зедльмайер)

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

(Ректор – академик Ш. И. Каримов)

Проводился ретроспективный анализ результатов операций, проведенных у детей в возрасте от 1 до 12 лет с диагнозом экссудативный средний отит. Для получения информации о послеоперационном течении и состоянии детей, родителям были разосланы вопросники. Несмотря на то, что заболеваемость ЭСО среди мальчиков оказалась выше, частота повторных жалоб и реопераций среди мальчиков и девочек были относительно одинаковыми. У детей с большими размерами аденоидов до операции, повторные жалобы в послеоперационном периоде возникали достоверно чаще, однако относительно реопераций такой зависимости не выявлено. Постоперативное течение и рецидив заболевания не зависели от времени года, в котором была проведена операция.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, постоперативное течение, рецидив заболевания.

Библиография: 25 источников

Carried out the retrospective analysis of the results of the operations, performed at the children at the age from 1 till 12 years with the diagnosis otitis media with effusion. To take an information about postoperative current and a condition of children, questionnaires have been sent to parents. In spite of the fact that disease OME among boys has appeared high, frequency of repeated complaints and reoperations among boys and girls were rather identical. At children with the big sizes of adenoids before operation, repeated complaints in the postoperational period arose authentically more often, however rather reoperations such dependence did not determined. Postoperative current and disease relapse did not depend from a season in which operation has been performed.

Keywords: Otitis media with effusion, postoperative current, disease relapse

Bibliography: 25 sources

Экссудативный средний отит (ЭСО) – наиболее частое хроническое заболевание детского возраста. В некоторых европейских странах приблизительно 80% детей в течение первых 4 лет жизни переносят ЭСО [9, 25].

Распространенность заболевания находится в пределах 5-25% [5, 18]. Причем пик заболеваемости приходится на возраст от 2 до 4 лет. ЭСО является наиболее частой причиной детской тугоухости [2, 17, 23]. Исследования показали, что тугоухость, которая развивается у детей в течение нескольких месяцев, приводит к значительному ухудшению их социальной адаптации и даже отражается на их умственном развитии [1, 16, 17, 21].

Диагностика ЭСО основывается на данных отоскопии, аудиометрии и тимпанометрии. Основным этиологическим моментом развития заболевания в большинстве случаев является дисфункция слуховой трубы. Определенную роль в возникновении дисфункции играет состояние верхних дыхательных путей: а именно, гипертрофия глоточной и небных миндалин, аллергия, ринит. В возникновении заболевания имеют значение такие факторы, как пол и возраст ребенка.



УДК: 616. 22-008. 5-072. 1

ЭЛЕКТРОЛАРИНГОСТРОБОСКОПИЯ И ИНДЕКС ВИБРАТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА**Е. М. Зеленкин *, И. Ю. Герасимова** Н. В., Мингалев***, О. С. Орлова*****ELECTROLARYNGOSTROBOSCOPY AND THE INDEX OF DIPOLE INSUFFICIENCY IN DIAGNOSTICS OF INFRINGEMENTS OF THE VOICE DISORDERS****E. M. Zelenkin, I. U. Gerasimova, N. V. Mingalev, O. S. Orlova***ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» Росздрав, г. Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)****МЛПУ «Городская клиническая больница №1» г. Новокузнецк
(Главный врач – Д. Г. Данцигер)*****Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
(Зав. каф. оториноларингологии им. проф. А. Н. Зимина – проф. Н. В. Мингалев)*

В статье представлена диагностика нарушений голоса с применением электроларингостробоскопии и индекса вибраторной недостаточности.

Обследовано 86 больных с функциональными и органическими заболеваниями гортани. Индекс вибраторной недостаточности (ИВН) вариативен и при различной патологии и может использоваться как диагностический и прогностический критерий. Нормализация ИВН – дополнительный диагностический критерий выздоровления пациента и оценки эффективности проведенного лечения.

Ключевые слова: нарушение голоса, диагностика, ларингоскопия.

Библиография: 6 источников.

Diagnostics of voice disorders with application electrolaryngostroboscopy and an index of dipole insufficiency is presented in the article. 86 patients with functional and organic diseases of a throat were observed. The index of dipole insufficiency variable and at various pathology both diagnostic and prognostic criterations may be used as well. Normalisation of IDI is additional diagnostic criterion of recover of the patient and estimation of efficiency of the spent treatment.

Keywords: Voice disorders. Diagnostics. Laryngoscopy.

Bibliography: 6 sources.

Диагностика нарушений голоса в условиях поликлинического оториноларингологического приема представляет определенные трудности. В настоящее время в отоларингологической (фониатрической) практике с целью дифференцированной диагностики нарушений голоса применяются различные объективные инструментальные методы: фонетография, глоттография, электромиография, видеоларингостробоскопия, которые достаточно информативны и могут использоваться не только для документации и как прогностические тесты, но в коррекционной работе для выработки самоконтроля как метод биологической обратной связи. [1, 4, 5, 6].

Однако, высокие затраты на применение данных методик ограничивают их распространение. Вместе с тем наиболее известной оценкой функционального состояния голосового аппарата гортани является электроларингостробоскопия – метод, который традиционно применяется для изучения функциональных показателей вибраторного цикла голосовых складок [1]. Вместе с тем, указанный метод имеет определенный субъективный характер, связанный с профессионализмом исследователя и сложностью проведения процедуры.

Для объективизации проводимого исследования Г. Ф. Иванченко (1992) предложил осуществлять количественно-качественный анализ показателей вибраторного цикла с использованием балльной оценки фонаторных колебаний голосовых складок и расчетом индекса вибраторной недостаточности (ИВН) [3]. Чаще всего этот критерий является основным для



УДК: 616. 216. 1–002–006. 5–073. 7

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ДЖОУЛЬМЕТРИИ
В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ
ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА****С. Ю. Калашникова, С. В. Сергеев, С. М. Геращенко****USAGE OF THE METHOD OF JOULEMETRIA IN THE DIAGNOSTICS
OF DIFFERENT FORMS OF POLYPOSIS RHINOSINUSITIS****S. Yu. Kalashnikova, S. V. Sergeev, S. M. . Gerachenko***Медицинский институт Пензенского государственного университета**(Зав. курсом ЛОР-болезней каф. стоматологии—проф. С. В. Сергеев,**зав. каф. медицинские аппараты и оборудование—проф. С. И. Геращенко)*

Основой дифференцированного подхода в лечении полипозных риносинуситов является оценка архитектоники полости носа, состава микрофлоры слизистой оболочки и гистологической структуры полипов. Совместно с сотрудниками МИ ПГУ нами разработан и внедрен в практику метод джоульметрии, а также диагностический датчик для измерения параметров биологических сред. С использованием данного датчика была выполнена серия исследований свойств полипозной ткани больным в условиях ЛОР-отделения ПОКБ. В результате исследований определена корреляция между электрохимическими свойствами полипозной ткани и ее гистологической структурой. Достоинством методики является возможность определения типа полипов полости носа неинвазивным способом, что дает возможность использовать ее в амбулаторных условиях и оптимизировать алгоритм лечения пациентов.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, джоульметрия, гистологическая структура, диагностический датчик.

Библиография: 8 источников.

The base of the differentiated approach of treatment of polyposis rhinosinusitis is the assessment of the anatomy of nasal cavity, its microflora and histological polyposis structure. Together with the colleagues of Penza State University Medical Institute the method of joulemetria and diagnosticsbiophysical sensor were develop and implemented. A series of research of the structure of polyposis tissue to the patients in Otolaryngology Department in Penza Regional Clinical Hospital was fulfilled. During the research correlation between the electrochemical properties of poliposis tissue and its histological structure was defined. The main advantage of this method is the opportunity of defining polyps type of nasal cavity by noninvasive method and its gives the opportunity of using it in the outpatient setting and it helps to optimize the way of treatment.

Key words: polyposis rhinosinusitis, joulemetria, histological structure, diagnostic sensor.

Bibliography: 8 sources.

Проблема дифференцированного подхода к лечению полипозных риносинуситов на сегодняшний день является одной из актуальных проблем практической ринологии. [2, 4, 8]

Полипозный риносинусит – полиэтиологичное заболевание, характеризующееся появлением патологических образований, возвышающихся над поверхностью слизистой оболочки околоносовых пазух и полости носа. С гистологической точки зрения полипы носа и пазух представляют собой «раздутые» участки слизистой оболочки, которые представлены в четырех основных гистологических вариантах.

В зависимости от патогенеза полипообразования, Г. З. Пискуновым, С. В. Рязанцевым было выделено пять основных форм полипоза полости носа. [3, 6]

Неоднородность полипоза в патогенетическом и гистологическом аспектах требует различной тактики лечения различных групп пациентов, что было доказано Г. З. Пискуновым и соавт. в их исследовании. Опираясь на их выводы, можно сказать, что основой дифференциро-



УДК:616. 216. 1–002+617. 76

ОРБИТАЛЬНЫЕ РИНОСИНУСОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**Ф. Ф. Курбанов, В. М. Свистушкин, О. В. Перетягин,
Г. А. Голубовский, Д. М. Мустафаев, Е. А. Курбанова****ORBITAL RHINOSINUSAL COMPLICATIONS****Kurbanov F. F., Svistuschkin V. M., Peretjagin O. V.,
Golubovski G. A., Mustafaev D. M., Kurbanova E. A.***ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского**(Директор – з. д. н. РФ, член корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)*

Орбитальные риносинусогенные осложнения являются тяжелой патологией и требуют неотложной комплексной ЛОР-помощи. Лечение орбитальных осложнений воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух должно быть комплексным и проводиться с учетом особенностей первичного очага инфекции. Больные с гнойными формами риносинусогенных поражений орбиты оперируются в первые часы после поступления. Объем хирургического вмешательства определяется степенью поражения пазух и характером орбитального осложнения.

Ключевые слова: орбитальное риносинусогенное осложнение, хирургическое лечение.

Библиография: 17 источников.

Orbital rhinosinusal complications are a heavy pathology and demand the urgent complex ENT-aid. Treatment of the orbital complications of the inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses should be complex and be spent in view of features of the primary nidus of the infection. Patients with purulent forms of rhinosinusal affections of the orbit are operated at the first hours entering. The volume of the surgical intervention is defined by the extent of affection of the sinuses and the character of the orbital complication.

Key words: orbital rhinosinusal complication, surgery

Bibliography: 17 sources.

До настоящего времени орбитальные риносинусогенные осложнения остаются тяжелой патологией и требуют неотложной комплексной ЛОР помощи [1, 4, 6, 9]. По данным ряда авторов, заболевания околоносовых пазух (ОНП) осложняются вовлечением в патологический процесс орбиты в 0,5-25% случаев [8, 10], что обусловлено топографоанатомическими взаимоотношениями, особенностью кровоснабжения орбиты и пазух. Распространение инфекции из ОНП возможно как контактным путем, так и по многочисленным венозным анастомозам (гематогенный путь).

Венозный отток от вен лица и ОНП осуществляется по трем магистральным путям:

1. Через нижнюю и верхнюю лицевые вены и далее через общую лицевую вену, которая впадает во внутреннюю яремную вену;
2. Через клиновидно-небную вену в венозное сплетение крылонебной ямки и далее во внутреннюю яремную вену и кавернозный синус;
3. Через глазничные вены, которые впадают в кавернозный синус.

Клинически выделяют следующие формы орбитальных осложнений: 1. реактивный отёк век и клетчатки орбиты; 2. пресеptальный целлюлит - диффузное негнойное воспаление век и клетчатки орбиты; 3. остеоperiостит стенки орбиты; 4. субperiостальный абсцесс; 5. абсцесс века; 6. свищ века и глазничной стенки; 7. ретробульбарный абсцесс; 8. флегмона орбиты; 9. тромбоз орбитальных вен [1, 5, 3, 9]. Каждый вид вышеперечисленных осложнений характеризуется своим симптомокомплексом, так, реактивный отек век и клетчатки орбиты характеризуется развитием псевдоптоза, ткани в зоне припухания сохраняют свою мягкость.

Пресеptальный целлюлит развивается при распространении инфекции через стенку орбиты; при этом отек периорбитальных тканей является следствием нарушения оттока крови от



- риносинусогенными орбитальными осложнениями. // Вестн. оторинолар. – 1999. – №2. – С. 23–25.
7. Лучихин Л. А., Гилязетдинов К. С., Завгородний А. Э. Пре- и постсептальные орбитальные риносинусогенные осложнения. // Там же. – 2000. – №2. – С. 23–27.
 8. Нестерова К. И. Комплексное лечение больных негнойными синусогенными орбитальными осложнениями с применением низкочастотного ультразвука. // Рос. оторинолар. – 2004. – №2. – С. 80–83.
 9. Пальчун В. Т., Крюков А. И. Оториноларингология. М.: Медицина, 2001. – С. 173.
 10. Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Завгородний А. Э. Современные принципы диагностики и лечения орбитальных риносинусогенных осложнений. // Вестн. оторинолар. – 2001. – №2 – С. 4–7.
 11. Шишкин С. А., Бобров В. М., Молчанов Л. И. Применение УФ-облучения аутокрови в комплексной терапии гнойно-септических состояний в оториноларингологии. // Вестн. оторинолар. – 1989. – №4. – С. 90.
 12. Янюшкин С. П., Янюшкина Е. С. Риногенные воспалительные орбитальные осложнения в детской оториноларингологии. // Там же. – 2006. – №3. – С. 38–40.
 13. A case of invasive aspergillosis of paranasal sinuses with a feature of allergic aspergillus sinusitis / Y. Nakamaru [et al]. // Otolaryngol. Head and Neck Surgery. – 2002. – Vol. 126. – P. 204–209.
 14. Jabor M. A., Amedee R. G. Orbital complications of sinusitis / M. A. Jabor, R. G. Amedee // J. La State Med. Soc. – 1997. – Vol. 149, N4. – P. 105–108.
 15. Lance E., Clay J. Mc. Complications of Acute Sinusitis in children. // Otolaryngol. Head and Neck Surg. – 2005. – Vol. 133. – P. 32–39.
 16. Surgical treatment of subperiosteal abscess of the orbit: Sendai's ten year experience / K. Ikeda [et al]. Auris Nasus Larynx – 2003. – Vol. 30, pt. 3 – P. 259–62.
 17. Two cases of Aspergillus sinusitis with bone destruction / S. Miyab [et al]. // Auris Nasus Larynx – 2003. – Vol. 30, Suppl. 1. – P. 115–136.

УДК: 616. 22–008. 5:576. 8. 077. 3

СОСТОЯНИЕ ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И ОРГАНИЧЕСКИМИ ДИСФОНИЯМИ

Е. Е. Корень, Л. Л. Клячко, Ю. Е. Степанова

LOCAL AND GENERAL IMMUNITY CONDITION OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL AND ORGANIC DYSPHONIAS

Е. Е. Koren, L. L. Klyachko, G. E. Stepanova

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

Проведено исследование местного и общего звеньев иммунитета у 44 больных с органическими и функциональными дисфониями и 19 здоровых людей. Полученные данные свидетельствуют о нарушении местного звена иммунитета и снижении неспецифической резистентности у больных с органическими дисфониями.

Ключевые слова: местный иммунитет, общий иммунитет, органические и функциональные дисфонии, небные миндалины.

Библиография: 16 источников.

There was made the analysis of the local and general immunity status of 44 patients with organic and functional dysphonias and 19 healthy people. The results show that patients with organic dysphonias have changes of the local link of immunity and have reduction of nonspecific resistance.

Key words: local immunity, general immunity, organic and functional dysphonias, palatine tonsils.

Bibliography: 16 sources.

Диагностика и лечение заболеваний гортани является не только важной оториноларингологической, но и социальной проблемой, так как нарушение голосообразования затрудняет общение и полноценное выполнение профессиональных обязанностей. Слизистая оболочка верхних дыхательных путей в силу своего топографического положения обладают неспецифической и специфической (иммунной) защитой, обеспечивающей в большинстве случаев



7. Лебедева К. А., Понякина И. Д. Иммунограмма в клинической практике. М.: Наука – 1990. – 233с.
8. О месте иммунокоррекции в программе комплексной реабилитации детей с нарушениями голоса / Ю. Е. Степанова [и др.]. Мат. XVII съезда оториноларингологов России. – СПб.: РИА – АМИ, 2006. – С. 487–488.
9. Осипенко Е. В., Державина Н. А., Герасименко М. Ю. Комплексное лечение хронического тонзиллита у профессионалов голоса. Мат. конф. «Приоритетные вопросы оториноларингологии» – Новокузнецк, 2008. – С. 73.
10. Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Крюков А. И. Воспалительные заболевания глотки. М.: «ГЭОТАР-Медиа». – 2007. – 288 с.
11. Рудин Л. Б. Влияние хронического тонзиллита на функциональное состояние голосовых складок и его значение для возникновения дисфоний. II Конгресс Рос. общественной академии голоса «Голос: междисциплинарные проблемы. Теория и практика»: Сб. науч. тр. – М.: Граница, 2009. – С. 124–127.
12. Рязанцев С. В., Полевщиков А. И., Дроздова М. В. Иммунологические реакции слизистых оболочек: современное состояние проблемы. Мат. XVI съезда оториноларингологов РФ. – СПб.: РИА – АМИ. – 2001. – С. 407–410.
13. Степанова Ю. Е. Этиологические, патогенетические и клинические основы нарушений голоса у детей.: автореф. ... дис...докт. мед. наук. – СПб., 2005. – С. 39.
14. Хрусталева Е. В. Сравнительный анализ иммунного статуса при раке гортани и хроническом гиперпластическом ларингите // Вестн. оторинолар. – 2005. – №2 – С. 25–27
15. Шамшева Т. Е. Значение хронического тонзиллита в патогенезе заболевания голосового аппарата у профессионалов голоса. Крат. тез. докл. конф. – Красноярск. – Л., 1972. – С. 85–87.
16. Brandtzaeg P. Immynocompetent cells of the airway: functions in normal and disease mucosa // Eur. Arch. Otorhinolaryng. – 1995. – Vol. 252, №1, Suppl. 1 – P. 8–21.

УДК: 614. 212. 001. 5:616. 21 – 089

АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ ПО ДАННЫМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛОРОРГАНОВ

И. Г. Макаревич, А. А. Корнеев

ANALYSIS OF NECESSITY IN SURGERY AMBULATORY AID UNDER THE OTORHINOLARYNGOLOGIC ORGANS MORBIDITY DATA

I. G. Makarevich, A. A. Korniyenkov

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа Росмедтехнологий»

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

В настоящее время не имеется достоверных данных о состоянии заболеваемости ЛОР-органов по Российской Федерации, что существенно затрудняет определение потребности в коечном фонде для дневных стационаров и отделений амбулаторной ЛОР хирургии (предложенные нормативные данные не соответствуют расчетным).

Ключевые слова: заболеваемость, стационар, дневной стационар, расчёты, потребность

Библиография: 16 источников.

There are no reliable data about otorhinolaryngologic organ morbidity in Russian Federation at present time. It is a cause of difficulty in account of in-patient resources requirements value for day hospital and ambulatory otorhinolaryngologic surgery department (the recommended data not conform to receipt data).

Key words: morbidity, hospital, day hospital, account, requirement.

Bibliography: 16 sources.

Социально-экономический кризис в стране отразился на сфере здравоохранения. Кризисное состояние в здравоохранении усугубляется крайне низкой эффективностью использования ресурсной базы. Одним из основных направлений реформы здравоохранения (ЗО), определённым «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации», 1997 – внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих (СЗ) форм оказания медицинской помощи.



7. Об организации деятельности дневных стационаров лечебно-профилактических учреждений: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09/12/99 №438 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – Послед. обновление 16.01.2007
8. О путях совершенствования организации хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях: Решение Коллегии Министерства Здравоохранения СССР. Протокол №3-1 от 13 февраля 1991 г. // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – Послед. обновление 16.01.2007.
9. Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению: Методические рекомендации N165: Утверждены Первым зам. министра 04.11. 2002 N2002/106 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – Послед. обновление 16.01.2007.
10. О ходе реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачах на 2001–2005 годы и на период до 2010 года: Решение коллегии Минздрава России 20–21 марта 2001 г. №6 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – Послед. обновление 16.01.2007.
11. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология – М.: «Миклош», 2002. – 184 с.
12. Показатели заболеваемости и качества оказания амбулаторной ЛОР помощи больным с патологией уха и верхних дыхательных путей / А. И. Крюков [и др.] // Рос. оторинолар. приложение №1. – 2008. – С. 117–120.
13. Современные аспекты хирургического лечения вазомоторного ринита / Л. Ю. Мусатенко [и др.] // Рос. оторинолар. приложение №2. – 2009. – С. 233–236.
14. Стационарозамещающие формы медицинской помощи в Тверской области и их экономический эффект / Калининская А. А. [и др.] // Здравоохранение. – 2000. – №3. – с. 73–75.
15. Фанта И. В. Научное обоснование организации специализированной амбулаторно-поликлинической оториноларингологической помощи взрослому населению крупного населенного промышленного города в современных условиях: автореф. дис... канд. мед. наук, СПб., 2000. 18 с.
16. Экономика и управление здравоохранением Р. А. Тлеперишев [и др.] – Ростов-на-Дону: «Феникс». – 2009 – 414 с.

УДК: 616. 284. 1:587. 368:616. 28-008. 1-085

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОНАЗОАУРИКУЛЯРНОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ АДГЕЗИВНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ

Х. М. Маткулиев, Е. К. Ким

EFFECT OF ENDONOSEAURIKULAR ELECTROPHORESIS AND CONVENTIONAL THERAPY OF ADHESIVE MIDDLE OTITIS

Kh. M. Matkhuliev, E. K. Kim

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

(Зав. каф. ЛОР болезней – проф. А. М. Хакимов)

Проведено комплексное обследование 50 больным с адгезивным средним отитом неперфоративной формы, с целью определения степени тугоухости и выраженности патологических изменений трансформационной системы среднего уха. Предложен метод эндоназоаурикулярного электрофореза. Проведена консервативная терапия, которая включала: традиционную терапию (меатотимпанальная блокада, катетеризация слуховой трубы с введением р-ра лидазы). В результате консервативной терапии отмечено, что наиболее эффективно, наряду с традиционной терапией, применение эндоназоаурикулярного электрофореза с раствором хонсурида. При этом отмечено улучшение слуха на 10–20 дБ. по всей тон шкале.

Ключевые слова: лекарственный электрофорез, средний отит, лекарственный препарат, слух.

Библиография: 6 источников.

Grade of hearing disturbances and pathology of transformation system of middle ear were studied in 50 patients with nonperforative adhesive middle otitis. Was offered endonoseaurikular electrophoresis as additional method with conventional therapy including myatotomy blockage, catheterization of Eustachian tube with lidasa. Maximal effect of treatment (improvement of hearing on 10–20 dBell) was founded in group of additional use of endonoseauricular electrophoresis with chonsurid with conventional therapy.

Key words: Medicine electrophoresis, middle otitis, medicine, hearing.

Bibliography: 6 sources.



Результаты аудиологического исследования показали, что у больных 1 группы, которые получили традиционное лечение, отмечено незначительное улучшение слуха на частотах 250–1000 Гц на 5–10 дБ у 8 больных (16%). Во 2 группе, получивших, наряду с традиционным лечением, эндоназоаурикулярный электрофорез с раствором хонсурида отмечена положительная динамика у 19 больных (38%) на 10–20 дБ по всей тон шкале. Это связано с непосредственным воздействием лекарственного препарата, как на барабанную перепонку и барабанную полость, так и на евстахиеву трубу.

Выводы:

1. При АСО неперфоративной формы характерно нарушение слуха по типу звукопроводения и при длительном течении заболевания, а так же при выраженной степени тугоухости наблюдается сенсоневральный компонент нарушения слуха.
2. В результате консервативной терапии было отмечено, что наиболее эффективным, наряду с традиционной терапией, является применение эндоназоаурикулярного электрофореза с хонсуридом. При этом достоверно отмечено улучшение слуха на 10–20 дБ по всей тон шкале.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зеликович Е. И. КТ височной кости в диагностике адгезивного среднего отита. // Вестн. оторинолар. 2005. – №2. – С. 39–46.
2. Кузнецов В. С. Тенденции закономерности в распространении патологии среднего уха среди городского населения. Мат. Рос. респ. нуч.-практ. ЛОР конф. М. 1976: С. 29–30.
3. Овчинников Ю. М. О роли и месте тимпаносклероза (отоза) в патологии среднего уха. // Вестн. оторинолар. 1975, – №2. С. 8–17.
4. Отвагин И. В. Характеристика нарушения слуха у лиц трудоспособного возраста в ЦФО. // Там же. 2004. №5. – С. 47–49.
5. Пятакина О. К., Гаров Е. В., Дондитов А. Ц. Тимпаносклероз: Клиника, диагностика, причины, патогенез, лечение. Мат. VIII науч.-практ. конф. оториноларингологов Москвы. 1998.: С. 79–80.
6. Радугин К. Б., Овчинников Ю. М. Адгезивный средний отит. М. Медицина, 1972. – 127 с.

УДК: 616. 213. 6–006. 487

**ЭСТЕЗИОНЕЙРОБЛАСТОМА ПОЛОСТИ НОСА
(ОЛЬФАКТОРНАЯ НЕЙРОБЛАСТОМА)**

**Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, В. И. Самбулов,
С. Б. Цагадаева, О. А. Носова, А. В. Ратова, П. С. Ершов**

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского

(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Авторы описывают клинический случай 25-летнего больного с диагнозом эстезионейробластома, у которого рецидив опухоли обнаружен через 10 лет. Данное наблюдение ещё раз подчеркивает необходимость динамического наблюдения больных, страдающих злокачественными опухолями, на предмет выявления рецидивов, регионарных и отдаленных метастазов.

Ключевые слова: эстезионейробластома, хирургическое лечение, лучевая терапия, иммуногистохимия.

Библиография: 14 источников.

The authors represent a clinical case of the patient 25 years of age with the diagnosis esthesioneuroblastoma, at whom relapse of the tumour is revealed after 10 years. The given supervision still time emphasizes necessity of the dynamic supervision of the patients suffering of malignant tumours, for revealing relapses, the regional and distant metastasises.

Key words: esthesioneuroblastoma, surgery, radiotherapy, immunohistochemistry.

Bibliography: 14 sources.



УДК: 612. 886. 001. 6

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

(СООБЩЕНИЕ ТРЕТЬЕ)

А. Н. ПАЩИНИН, В. И. БАБИЯК, Ю. К. ЯНОВ**ROLE AND VALUE OF THE VESTIBULAR ANALYZER
IN SPACE PERCEPTION**

(MESSAGE THIRD)

A. N. Patschinin, V. I. Babiyak, Yr. Janov*ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И. И. Мечникова**(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)**ФГУ Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

В контексте рассматриваемой проблемы исследован в эксперименте на животных вопрос о физиологической (функциональной) «трансформации» вестибулярной системы при том или ином экстремальном воздействии на гравирецепторный аппарат с последующим его морфологическим контролем. В качестве экстремальных воздействий были применены общая вибрация тела, положение на неустойчивой опоре, падение с высоты и др., а в качестве критерия оценки функциональной трансформации вестибулярной системы – способность животных ориентироваться в пространстве при воздействии указанных экстремальных факторов в гравитационном поле и невесомости. На основании результатов морфологического исследования было установлено, что именно дезорганизация структуры гравирецептора определяет нарушение функции восприятия пространства, ориентирования в нем и реализации адекватного положения тела.

Ключевые слова: *статокINETическая система***Библиография:** *15 источников*

In a context of a problem considered, the issue of the physiological (functional) «transformation» of vestibular system is investigated in an experiment on animals at any extreme influence on gravireceptor apparatus with its subsequent morphological control. The general vibration of a body, position on an unstable support, falling from height, etc. were applied as the extreme influences, and as the criterion of an estimation of functional transformation of vestibular system the ability of animals to orientate themselves in space under influence of the mentioned extreme factors in a gravitation field and weightlessness was employed. On the basis of the morphological research results it has been established, that it is the disorganization of the gravireceptor structure that defines the impairment of the function of space perception, orientation in it and realizations of adequate position of a body.

Key words: *statokINETic system***Bibliography:** *15 sources*

В предыдущих сообщениях на заявленную тему (Рос. оторинолар. 2009. – №3. – С. 13–21; №4. – С. 14–26) нами были обоснованы и сформулированы положения, согласно которым гравирецептор изначально, в периоде эволюции различных видов животных, обитающих как на суше, так и в водной среде, играл ведущую роль в развитии системы восприятия пространства и ориентации в нем. Данное определение постулировалось тем фактом, что на заре эволюционного развития живых существ единственным константным источником информации о координатах пространства была гравитация и ее вектор, которые сформировали первичные органы ориентации в пространстве у простейших [11] и послужили стимулирующим фактором для дальнейшего развития рецепторного аппарата преддверия ушного лабиринта. В связи с этим, определенный интерес представляла проблема *физиологической трансформации* вестибуляр-



УДК: 616. 216. 1-002-053. 5-08-039. 73

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТА
ВИЛЬПРАФЕН СОЛЮТАБ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ СИНУСИТОМ****С. В. Рязанцев*, В. И. Кочеровец**, А. А. Корнеевков*, М. В. Молчанова*****

* – ГУ СПбНИИЛОР Росмедтехнологий

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

** – Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

(Ректор – акад. РАМН и РАН, проф. М. А. Пальцев)

*** – ГОУ ДПО СПб МАПО Росздрава

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

Проведено исследование эффективности и безопасности препарата Вильпрафен Солютаб у детей с острым гнойным синуситом. Обследовано и пролечено 30 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет. Вильпрафен Солютаб показал себя эффективным и безопасным препаратом.

Ключевые слова: дети, синусит, лечение, джозамицин.**Библиография:** 11 источников

An open prospective uncontrolled nesravnitelnoe study the efficacy and safety of drug Vilprafen Solyutab in children with acute purulent sinusitis. We examined 30 patients aged 6 to 17 years. A clinical, microbiological, laboratory and instrumental examination of patients. As a result of the studies proved that Vilprafen Solyutab is an effective and safe drug in the treatment of acute purulent sinusitis in children.

Key words: children, sinusitis, treatment, dzhozamitsin.**Bibliography:** 11 sources.

Острый риносинусит является одним из самых распространенных заболеваний ЛОР-органов во всех возрастных группах и занимает 5-е место среди всех заболеваний по числу назначаемых антибиотиков. [6, 7]

В последние годы, в связи с широкой доступностью и нередко необоснованным назначением антибактериальных препаратов, увеличивается количество антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, что, в свою очередь, приводит к увеличению процента хронизации острого бактериального синусита [8]. В случае отсроченной антибактериальной терапии, возможно развитие орбитальных и внутричерепных осложнений, причем в педиатрической практике они встречаются чаще, чем во взрослой [10]. Таким образом, адекватность антибактериальной терапии является весьма актуальной задачей.

В патогенезе острого синусита существенную роль отводят бактериальной флоре. Несмотря на значительное количество исследований по этому вопросу обобщающих выводов сделать нельзя. Во-первых, имеются значительные региональные различия в видовой структуре микрофлоры, выделенной у больных с острым гнойным синуситом. Во-вторых, наблюдается изменение уровня и спектра антибиотикорезистентности микроорганизмов. Поэтому вопросы, касающиеся особенностей микрофлоры при синуситах, требуют постоянного мониторинга.

Так, по данным Т. И. Гаращенко и М. И. Богомилевского (г. Москва) среди возбудителей острого синусита у детей первое место занимает – *Streptococcus pneumoniae* – 36%, далее следует *Haemophilus influenzae* – 23%, *Moraxella catharrhalis* – 20% [2] Это согласуется с данными I. Brook (New York), который также ведущую роль в развитии острых риносинуситов в детском возрасте отводит трем патогенам – *Streptococcus pneumoniae* 35–42%, *Haemophilus influenzae* 21–28%, *Moraxella catharrhalis* – 21–28% [9]. В то же время, по данным Г. И. Марушкиной и Н. В. Малюжинской (г. Волгоград) среди возбудителей синусита у детей на первом месте – *Staphylococcus aureus* – 28,2%, далее *Mycoplasma pneumoniae* – 26,1%, затем – *Haemophilus influenzae* 17,4%. [3].

Видовой состав и антибиотикорезистентность микроорганизмов в регионе влияет на выбор того или иного антибактериального препарата [1, 5]

Помимо оценки эффективности должное внимание уделяется переносимости антибактериального препарата. [4] Наиболее часто нежелательные эффекты отмечают со стороны желу-



УДК: 616. 21-001-053. 2-08

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛОРОРГАНОВ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ

М. М. Сергеев¹, Б. Б. Мусельян², П. В. Смирнов², Т. П. Россейкина²

TRAUMATIC INJURIES OF ENT AREA AND THEIR TREATMENT IN CHILDREN

М. М. Sergeev, B. B. Muselyan, P. V. Smirnov, T. P. Rosseykina (Krsanodar)

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

(И. о. ректора – проф. А. Н. Редько)¹,

Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар

(Главный врач – докт. мед. наук Е. И. Клещенко)²

Проанализированы 332 истории болезни детей с различными ЛОР-травмами. На первом месте была уличная травма (47%), далее следует бытовой травматизм (37%) и повреждения, полученные в дошкольных, спортивных и образовательных учреждениях (16%). В структуре ЛОР патологии травмы носа, околоносовых пазух диагностированы у 269 (81%) больных. У остальных 63 (19%) детей были установлены повреждения глотки, гортани, уха и пищевода. Оперативная помощь оказана в 77% случаев, остальные лечились консервативно (23%). Общее обезболивание применено в 92% наблюдений. Оказанная в первые часы неотложная помощь позволила добиться у большинства детей хороших функциональных и косметических результатов.

Ключевые слова: ЛОР-травма, повреждения носа и околоносовых пазух, оперативная помощь, медикаментозное лечение.

Библиография: 7 источников.

We analyzed 332 cases of children with different traumatic injuries of ENT area. The most frequent cause was a street accident (47%), then home trauma (37%), and then injuries which happened in preschool, sport and educational institutions (16%).

In our group trauma of nose and sinuses were diagnosed in 269 (81%) patients. In other 63 (19%) children we diagnosed injuries of pharynx, larynx, ear and esophagus.

The surgical intervention was done in 77% of the cases, the others were treated with medications (23%). The general anesthesia was used in 92%.

The urgent intervention in the first hours after injury allowed us to get good functional and cosmetic results in the most of the children.

Key words: ENT trauma, injuries of nose and paranasal sinuses, surgical treatment, medical treatment.

Bibliography: 7 sources

Среди патологических процессов, требующих оказания неотложной помощи, следует называть ЛОР – травмы и их последствия.

Повреждения ЛОР-органов являются результатом воздействия на них самых разнообразных факторов, среди которых наиболее частыми являются механические, химические и термические, а также при попадании различных инородных тел. Причем количество травматических повреждений лицевого скелета не имеет тенденции к уменьшению [1, 6].

С. В. Рыбалкин (2004) приводит статистические данные о частоте и методах лечения при травмах носа у 645 детей в возрасте от 5 месяцев до 15 лет. Им установлено, что перелом костей носа диагностирован у 38,3% пациентов, перелом перегородки носа – у 25,8%, ушиб и гематома наружного носа у – 22,5%, абсцесс носовой перегородки – у 11,8%, переломы стенок околоносовых пазух и травматические синуситы у 1,6% больных. Хирургическое лечение анализируемой патологии автор определяет как раннее (1–7 сутки после травмы), осложненное (через 8–14 суток) и плановое (через 6 месяцев и более после повреждения) [3].



УДК: 616. 211. 5-089. 844

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКУСТИЧЕСКОЙ РИНОМЕТРИИ
И ПЕРЕДНЕЙ АКТИВНОЙ РИНОМАНОМЕТРИИ
ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЙ
ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР ПРИ НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ**

¹А. Г. Хамидов, ²М. В. Лекишвили, ¹В. Д. Меланьин,
¹И. Ю. Серебрякова, ¹М. Р. Ширалиев

**USE ACOUSTIC RINOMETRII AND THE FRONT ACTIVE RINOMANOMETRII
FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF PATHOLOGIES
OF INTRANASAL STRUCTURES AT NAZAL OBSTRUCTIONS**

¹A. G. Khamidov, ²M. V. Lekishvili, ¹V. D. Melan'in,
¹I. U. Serebryakova, ¹M. R. Shiraliev

¹ФГУ «НКЦ оториноларингологии Росздрава», г. Москва
(Директор – д. м. н., проф. Н. А. Дайхес)

²ФГУ Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова,
г. Москва
(Директор – академик РАН и РАМН, проф. С. П. Миронов)

Для дифференциальной диагностики патологии носового клапана, носовых раковин и перегородки носа использовался прибор «Rhinometrik» (Дания). При помощи данного прибора проводились передняя активная риноманометрия (ПАРМ) и акустическая ринометрия (АР) с одновременным применением пробы Cottle и пробы на введение интраназального вазоконстрикторного препарата (ИВП). Исследование проводилось в три этапа, все этапы проводились в определенной последовательности. Первым этапом больным проводились АР и ПАРМ. Вторым этапом проводилась АР и ПАРМ с предварительным введением (ИВП). Третьим этапом проводилась АР и ПАРМ с пробой Cottle, после введения (ИВП). Данный метод исследования позволяет провести диагностику патологий носового клапана, носовых раковин и перегородки носа и достоверно указать причину назальной обструкции.

Ключевые слова: передняя активная риноманометрия, акустическая ринометрия, клапан носа, перегородка носа.

Библиография: 8 источников.

For differential diagnostics of a pathology of the nasal valve, nasal bowels and a nose partition device «Rhinometrik» (Denmark) was used. By means of the given device were spent forward active rinomanometrii (PARM) and acoustic rinometrii (AR) with simultaneous application of test Cottle and tests on introduction vasoconstrictive preparation. Research were spent to three stages, all stages were spent in certain sequence. By the first stage the patient were spent AR and PARM. By the second stage it was spent AR and PARM with preliminary vasoconstrictive preparation. The third stage it was spent AR and PARM c by test Cottle, after introduction vasoconstrictive preparation. The given method of research allows to carry out diagnostics of pathologies of the nasal valve, nasal bowels and a partition of a nose and authentically to specify the reason of difficulty of nasal breath.

Keywords: front active rinomanometriya, acoustic rymometriya, nasal valve, nasal septum.

Bibliography – 8 sources

Одной из частых жалоб больных при обращении к ЛОР врачу является затруднение носового дыхания, возникающее в результате нарушения анатомо-физиологического строения полости носа. В большинстве случаев в ринохирургии для устранения носовой обструкции проводят хирургическую коррекцию перегородки носа (ПН) и нижних носовых раковин, не



ЛИТЕРАТУРА

1. Попова О. И. Клинико-диагностическая значимость акустической ринометрии и передней активной риноманометрии в выборе тактики и объема хирургического вмешательства при искривлениях перегородки носа у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / О. П. Попова. – М., 2008. – 19 с.
2. Юджин Б. Керн. Хирургия носового клапана / Б. Керн. Юджин, Д. Уонг. Том // Росс. Ринология. – 1995. – №1. – С. 3–30.
3. Cole P. The Four Componets of the Nasal Valve Cells / P. Cole // American Jornal of Rhinology. – 2003. – Vol. 17, №2. – P. 107–110.
4. Howard B. Understanding the nasal airway: principles and practice / B. Howard, R. Rohrich // Plast. Reconstr. Surg. – 2002. – Vol. 109. – P. 1128–1146.
5. Kalan A. Treatment of external nasal valve (alar rim) collapse with an alar stryt / A. Kalan, G. Kenyon, T. Seemungal // Journal of Laringology. Otology. – 2001. – Vol. 115, №10. – P. 788–791.
6. Paniello R. Nasal valve suspensions. An effective treatment for nasal valve collapse / R. Paniello // Arch. Otolaryngol Head Neck Surg. – 1996. – Vol. 122, №12. – P. 235–239.
7. Ricci E. Role of Nasal Valve in the Surgically Corrected Nasal Respiratory Obstruction: Evaluation Througy Rhinomanometri / E Ricci, F. Palonta // American Journal of Rhinology. – 2001. – Vol. 15, №5. – P. 307–310.
8. Sulsenti G. The nasal valve area: structure, function, clinical aspects and treatment. Sulsenti's techic for cjrrection of valve deformities / G. Sulsenti, P. Palma // Acta Otorhinolaryngol. Ital. – 1989. – Vol. 22. – P. 1–2.

УДК:616. 281–005–08–039. 73

**ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ
КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ;
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ****Н. С. Храппо****CAUSATIVE FACTORS, PATHOGENESIS, CLASSIFICATION
OF CLINICAL TYPES OF VESTIBULAR DYSFUNCTION;
MAIN PRINCIPLES OF TREATMENT****N. S. Khrappo**

*ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Росздрава
(Зав. каф. оториноларингологии им. академика И. Б. Солдатова –
проф. Н. В. Ерёмина)*

Vestibular dysfunction that is primarily characterized by dizziness and balance impairmen, is a relatively common illness affecting 5–7% of all ENT (ears-nose-throat) and neurological out-patients. Multiple causes of vestibular disorders and its complex pathogenesis make the diagnosis challenging as well as present a difficult decision on whether a patient should be treated at an ENT or a neurological clinic. Diagnosis should include detection of impairment level – peripheral or central followed by identification of a clinical entity and appropriate treatment strategy.

Key words: dizziness, balance disorders, classification of clinical types of vestibular dysfunction, peripheral and central vestibular syndrome, diagnosis, treatment

Bibliography : 19 source

Ряд патологических состояний организма может вызывать расстройства функции вестибулярного анализатора. Эти расстройства проявляются как острая или хроническая вестибулярная дисфункция.

Вестибулярная дисфункция – понятие достаточно конкретное и определенное, хотя в известной мере и собирательное. Как правило, под ним, в первую очередь, подразумеваются головокружение и расстройство равновесия. Головокружение может быть эпизодическим, кратковременным, но очень сильным, в виде тяжелого приступа, длящегося несколько минут, часов,



УДК: 616. 211-002: 616. 714/716-001

УРОВЕНЬ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И НАЗАЛЬНОМ СЕКРЕТЕ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ И ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТАХ

Н. Н. Цыбиков, Е. В. Егорова, Е. В. Пруткина

NEUROSPECIFIC ENOLASE LEVEL IN BLOOD SERUM AND NASAL EXCRETE IN CEREBRAL CRANIAL TRAUMA AND CHRONIC RHINITIS

N. N. Tsybikov, E. V. Egorova, E. V. Prutkina

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава

(Ректор – Засл. врач РФ, проф. А. В. Говорин)

У пациентов с ушибами головного мозга, больных хроническими ринитами и здоровых лиц методом ИФА параллельно исследован уровень нейроспецифической енолазы (NSE) в носовом секрете и сыворотке крови. Обнаружено, что NSE определяется как в сыворотке, так и назальном секрете здоровых, причем в назальных смывах – в следовых концентрациях. При ушибах головного мозга в сыворотке уровень NSE возрастает в два раза, в назальном секрете – в 60 раз. При хронических ринитах концентрация NSE более значительно нарастает в сыворотке крови. Высказано предположение о возможности использования определения уровня NSE в качестве маркера состояния гематоэнцефалического барьера не только в сыворотке крови, но и смывах из носовой полости.

Ключевые слова: нейроспецифическая енолаза, ушиб головного мозга, вазомоторный ринит, хронический гипертрофический ринит.

Библиография: 8 источников.

Levels of neurospecific enolase (NSE) in nasal excretion and blood serum were studied simultaneously by ELISA method in patients with brain contusion ill, with chronic rhinitis and healthy persons. NSE was found to be determined both in serum and nasal excretion of healthy subjects moreover in nasal washouts it was established in vestigia concentrations. In brain contusion in serum NSE increase was 2 times, in nasal excretion it was 60 times. In chronic rhinitis NSE concentration increased more significantly in blood serum. We supposed the possibility to use NSE level determination as a marker of haematoencephalitic barrier condition not only in blood serum but in washouts from nasal cavity.

Key words: neurospecific enolase, brain contusion, vasomotor rhinitis, chronic hypertrophic rhinitis.

Bibliography: 8 sources.

Известно, что нейроспецифическая енолаза (NSE) является специфическим маркером повреждения как периферической, так и центральной нервной системы [4]. Согласно другим источникам, NSE в значимых количествах регистрируется в сыворотке крови при злокачественных опухолях, патологии поджелудочной железы, ишемическом инсульте, инфаркте миокарда и экспериментальном зобе [2]. Установлено, что NSE – гликолитический фермент, существующий в различных вариантах димеров, состоящих из трех иммунологически различающихся субъединиц: а, b и g. При этом ζ# – субъединица енолазы выявляется в различных тканях, η – субъединица – только в сердце и поперечнополосатой мускулатуре. Изоформы енолазы ζ4 v и v4v, которые обозначаются как NSE или v – енолаза, были первоначально выявлены в высоких концентрациях в нейронах и эндокринных клетках, а так же в опухолях, происходящих из этих клеток [1].

Вместе с тем высказано предположение, что одним из путей оттока ликвора являются микроканалы решетчатой кости, откуда он попадает в периневральные пространства обонятельного тракта, а оттуда – в слизистую оболочку полости носа. Этот факт был доказан при изучении распределения и кинетики меченного ¹³¹I человеческого сывороточного альбумина, введенного в желудочки мозга новорожденным ягнятам. Причем установлено, что скорость перемещения ликвора в слизистую оболочку носа достигает 1,9 мл/ч [5, 6, 8]. Аналогичные



ЛИТЕРАТУРА

1. Баканов М. И., Алатырцев В. В., Гончарова О. В. Клинико-диагностическое значение енолазы и основного белка миелина у новорожденных с перинатальным гипоксическим поражением ЦНС. // Рос. педиатр. журн. – 2003. – №4. – С. 19–23.
2. Гашилова Ф. Ф., Жукова Н. Г. Нейрон-специфическая енолаза в сыворотке крови как диагностический маркер паркинсонизма. // Бюллетень сибирской медицины. – 2005. – №3. – С. 28–33.
3. Противовоспалительное действие ингаляций минеральных вод: целесообразность определения биохимических маркеров воспаления в назальном секрете / И. Н. Смирнова [и др.]. // Вопросы курортологии. – 2003. – №4. – С. 20–23.
4. Элиминация нейроспецифических белков из ЦНС (патогенетические и методические аспекты) / В. П. Чехонин и [др.]. // Вестн. рос. АМН. – 2006. – №6. – С. 3–12.
5. Johnston M. G., Papaiconomou C. The importance of lymphatics in cerebrospinal fluid transport. // News Physiol Sci. – 2002. – Vol. 17. – P. 227–230.
6. Johnston M. G. Evidens of connections between cerebrospinal fluid and lymphatic vessels in humans, non-human primates and mammalian species. // Lymphat. Res. Biol. – 2003. – Vol. 1 (I). – P. 41–44.
7. Johnston M. G. Cerebrospinal fluid transport: a lymphatic perspective. // Cerebrospinal. Fluid Res. – 2004. – Vol. 2. – P. 1–12.
8. Reassessment of the pathways responsible for cerebrospinal fluid absorption in the neonate / C. Papaiconomou [et al.]. // Childs Nerv. Syst. – 2004. – Vol. 20. – P. 29–36.

УДК: 616. 211–002:612. 748:616. 839

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ
ОБ ИННЕРВАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА**

Е. В. Шкабарова, Т. И. Шустова, С. В. Рязанцев, Н. Н. Наumenko

**MODERN PICTURES OF INNERVATION
OF THE MUCOUS MEMBRANE OF NOSE CAVITY**

E. V. Shkabarova, T. I. Shoustova, S. V. Ryazantsev, N. N. Naumenko

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

В работе представлены данные литературы и результаты собственных исследований, посвященные изучению структуры нервного аппарата слизистой оболочки полости носа и источников ее иннервации. Сведения, полученные с помощью морфологии, необходимы для выяснения роли нейрогенных факторов в этиологии и патогенезе заболеваний верхних дыхательных путей и способствуют разработке новых способов патогенетической терапии и повышению эффективности хирургического лечения больных.

Ключевые слова: *слизистая оболочка полости носа, афферентные и эфферентные нервные волокна, центральные и периферические нейроны, внутримозговая моноаминаргическая система.*

Библиография: 29 источников

The article presents survey and results of own research of author that devoted to the study of structure of the nervous apparatus of the mucous membrane of nose cavity and the reasons of its innervation.

Information obtained by morphology, are needed to clarify the role of neurogenic factors in the etiology and pathogenesis of diseases of upper respiratory tract [upper air passages] and they contribute to the developing of new methods of pathogenetic therapy and improving the effectiveness of surgical operation of patients.

Key words: *mucous membrane of nose cavity [schneiderian membrane], afferent and efferent nerve fibers, the central and peripheral neurons, intracerebral monoaminergic system.*

Bibliography: 29 sources.



УДК: 611. 225+612. 78+616. 22—008. 5

ГОЛОСОВЕДЕНИЕ КАК ОСНОВА СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ГОЛОСА

Л. Б. Рудин

HARMONIZATION OF THEMES AS THE BASIS OF SYSTEM OF PREPARATION OF EXPERTS IN THE FIELD OF THE VOICE

L. B. Rudin

*Академический ансамбль песни и пляски Российской Армии им. А. В. Александрова,
г. Москва*

(Директор – Засл. работник культуры РФ Л. И. Малев)

Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии, г. Москва

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Российская общественная академия голоса, г. Москва

(Президент – Л. Б. Рудин)

Голос человека является уникальным природным феноменом, который до конца не изучен до сих пор. Голосом с различных позиций занимаются многие науки и соответствующие специалисты.

Так, например:

вокальная методика – наука о постановке певческого голоса;

гигиена голоса – комплексная система мер по профилактике заболеваний голосового аппарата;

лингвистика (языкознание, языковедение) – наука, изучающая языки, наука о естественном человеческом языке вообще и о всех языках мира как индивидуальных его представителях;

логопедия – раздел коррекционной педагогики, занимающийся недостатками речи и их исправлением;

психолингвистика – дисциплина, которая находится на стыке психологии и лингвистики и изучает взаимоотношение языка, мышления и сознания;

технология устной речи – междисциплинарная система знаний, умений и навыков, направленная на улучшение качественных характеристик звучащей речи;

фонетика – раздел языкознания, изучающий физический аспект речи: артикуляцию, акустические свойства звуков, их восприятие слушающим;

фониатрия – наука, изучающая причины нарушений голосовой функции и разрабатывающая методы их лечения;

фонология – раздел лингвистики, изучающий структуру звукового строя языка и функционирование звуков в языковой системе (основной единицей фонологии является фонема, основным объектом исследования – противопоставления (оппозиции) фонем, образующие в совокупности фонологическую систему языка) и т. д.

Как видно из представленного обзора, ни одна из наук не формирует целостного представления о голосе, этой удивительной функции организма. Все они ограничиваются лишь определённым спектром проблем, затрагиваемым той или иной областью знаний. Таким образом, на сегодняшний день не существует единой базовой науки, изучающей голос целостно, как природное явление, соответственно и специалистов, знающих его всесторонне. Можно сказать, что наиболее близок по объёму своих знаний к такому специалисту врач-фониатр, однако у большинства представителей данной специальности ощущается острый дефицит междисциплинарных знаний (в области вокальной и речевой педагогики, акустики, физиологии и пр.).

Следует обратить внимание на тот факт, что все вышеозначенные науки основываются на 3-х базисных составляющих: анатомии органов голосообразования, их физиологии и гигиене. Так постановка голоса не может осуществляться без точного понимания педагогом происходя-



УДК: 615.281: 616.211-089.168.1

РОЛЬ МЕСТНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ РИНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

К. Г. Добрецов¹, В. Ю. Афонькин¹, А. В. Сипкин¹, О. А. Коленчукова²

ROLE OF LOCAL ANTIBACTERIAL THERAPY AFTER RHINOSURGICAL INTERVENTIONS

K. G. Dobretsov, V. Yu. Afonkin, A. V. Sipkin, O. A. Kolenchukova

¹НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Красноярск
(Главный врач – канд. мед. наук В. В. Саклакова)

²РАМН НИИ медицинских проблем севера СО РАН, г. Красноярск
(Директор – член-корр. РАМН В. Т. Манчук)

The paper presents data on influence of a local antibacterial drug bioparox on current wound process after rhinosurgical interventions. 50 patients were included in open randomized comparative study.

Complaints, endoscopic data, chemiluminescent reaction, immunological, microbiological and cytological examinations were considered. Significant improvement of endoscopic indices, decrease of the level of main cytokine ζ FNO and chemiluminescence indices was noted 5 days after surgery. Acceleration of reparative processes and absence of bacterial flora growth (microbiological analysis) was found. Thus, it was revealed that the use of drug bioparox after rhinosurgical intervention decreases inflammatory reactions, decreases the level of bacterial microflora and reduces treatment terms.

Key words: rhinosurgical intervention, local antibacterial therapy, wound process.

Bibliography: 12 sources.

Представлены результаты изучения роли местного антибактериального препарата биопарокс на течение раневого процесса после ринохирургических вмешательств. Проведено открытое рандомизированное сравнительное исследование, в котором участвовало 50 пациентов. В качестве критериев оценки использовались жалобы, данные эндоскопии носа, реакция хемилюминесценции, иммунологическое, микробиологическое и цитологическое исследования. На 5 сутки послеоперационного периода отмечено достоверное улучшение эндоскопической картины, снижения уровня основного цитокина ζ ФНО, показателей хемилюминесценции. По данным цитологического исследования отмечалось ускорение репаративных процессов, а при микробиологическом анализе отсутствие роста бактериальной флоры. Таким образом, доказано, что использование препарата биопарокс после ринохирургических вмешательств приводит к уменьшению воспалительной реакции, удалению бактериальной микрофлоры и сокращению сроков лечения до 5 суток.

Ключевые слова: ринохирургические вмешательства, местная антибактериальная терапия, раневой процесс.

Библиография: 12 источников.

Ринохирургические вмешательства остаются наиболее распространенными в практике оториноларинголога на сегодняшний день. Это обусловлено распространенностью и ростом заболеваний носа и околоносовых пазух, необходимых в хирургической коррекции.

Так, по данным R. Mladina и L. Bastaic (1997) у 68% взрослого населения Японии, Ирана, Франции, Испании, Турции, Хорватии имеются искривление перегородки носа с затруднением носового дыхания разной выраженности. По данным Г. З. Пискунова и С. З. Пискунова (2002) количество больных с хроническими ринитами, подлежащих оперативному лечению, также высоко (10–20% населения) [8].



УДК:616. 323—007. 61:615. 37

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ИМУДОН» ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛИМФОИДНОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА У ДЕТЕЙ**С. В. Рязанцев, М. В. Дроздова, А. В. Полевщиков****CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL DETERMINATION OF THE «IMUDON» EFFECTS IN CHILDREN WITH THE PATHOLOGY OF LYMPHOID PHARYNGEAL RING IN CHILDREN****S. V. Ryazantsev, M. V. Drozdova, A. V. Polevshchikov***НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий**(Директор – проф. Ю. К. Янов),**НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, г. Санкт-Петербург**(Директор – акад. РАМН Б. И. Ткаченко)*

Проведена оценка клинических результатов 10-дневного курса препарата «Имудон» у детей с хроническими заболеваниями лимфоидного глоточного кольца. Показано, что под действием Имудона резко сокращаются соки заболевания, особенно в случае его приёма в предоперационном периоде у детей.

Ключевые слова: *Имудон, предоперационные хронические заболевания лимфоидного глоточного кольца, дети.*

Библиография: *5 источников.*

Clinical trial of immunomodulator «Imudon» show the positive effect on pathology of lymphoid pharyngeal ring in children

Key words: *Imudon, pathology of lymphoid pharyngeal ring, children*

Bibliography: *5 sources.*

Хирургическое вмешательство сопряжено с комплексом факторов, воздействующих на организм ребенка. Оперативное вмешательство и операционная травма, анестезия обуславливают нарушение самых различных физиологических механизмов, в том числе местный иммунный ответ, связанный со слизистой оболочкой ротовой полости и структур лимфо-глоточного кольца у детей.

Ротовая полость представляет собой среду, чрезвычайно легко заселяемую разнообразной микрофлорой. В ней всегда имеется определенное равновесие между нормальной и условно-патогенной микрофлорой, ибо нормальная микрофлора за счет изменения кислотности среды и стимуляции механизмов неспецифической резистентности сдерживает развитие условно-патогенных микроорганизмов. При переохлаждении, изменении условий среды в ротовой полости под действием различных факторов, в том числе операционной травмы, при наличии очагов хронической инфекции, связанных с заболеваниями зубов и парадонто и небных миндалин состав микрофлоры ротовой полости изменяется, а эффективность защитных реакций резко снижается. При этом многие условно-патогенные микроорганизмы (прежде всего, *St. aureus*, *St. faecium*, *Str. pyogenes*, *Candida albicans* и не которые другие) из условно-патогенных становятся патогенными. К ним добавляются и строго патогенные микробы, которые, пользуясь ослаблением механизмов иммунной защиты, активно колонизируют эпителий ротовой полости, носоглотки и небные миндалины и вызывают развитие фарингитов, тонзиллитов, ларингитов и других заболеваний верхних дыхательных путей и носоглотки.

Эффективным средством лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта и глотки является ИМУДОН, производимый компанией SOLVAY PHARMA. Целесообразность и эффективность его применения при тонзиллитах и фарингитах, а также парадонтозе, поверхностном и глубоком пародонтите, эритрематозном язвенном

**Выводы:**

Под действием ИМУДОНА в подслизистой основе слизистой оболочки запускается мощный иммунный ответ, направленный против бактериальных компонентов, входящих в состав препарата. Однако в случае параллельного развития ответа против бактерий, вызвавших развитие фарингита или тонзиллита, происходит кумулятивное усиление продукции цитокинов, обеспечивающих любой гуморальный иммунный ответ. В результате усиливается продукция sIgA, распознающего антигены как компонентов ИМУДОНА, так и другого патогена (или патогенов), вызвавших развитие заболевания.

Сроки заболевания в случае применения ИМУДОНА резко сокращаются, особенно в случае его приема в предоперационном периоде у детей. Это связано с гораздо большей скоростью прироста концентрации цитокинов (главным из которых является интерлейкин-4) и ее амплитудой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рабинович И. М., Рабинович О. Ф. Опыт клинического применения препарата «Имудон» при лечении заболеваний слизистой оболочки рта // Клин. стоматология. – 2000. – № 2. – С. 64–65.
2. Эффект местной иммунокоррекции препаратом ИМУДОН в клинике хронического тонзиллита у детей / Дроздова М. В. [и др.] // Новости оторинолар. и логопатол. – 2000. – №4 (24). – С. 100–102.
3. Chambaz H. Etude clinique d'une immunotherapie polyvalente dans le traitement des parodontopathies // Chir. Dent. France. – 1974. – Vol. 44, № 209. – P. 41–44.
4. Louise F. Action d'une therapeutique immunologique sur le developpement d'une gingivite experimentale chez L'homme // Chir. Dent. France. – 1981. – Vol. 51, № 100. – P. 79–85.
5. Mazeau G., Yavordios D. Immunotherapie et aphtose. A propos des 52 observations // Gaz. Med. France. – 1975. – Vol. 82, № 22. – P. 2758–2764.

УДК: 616. 216. 1–002: 612. 017+576. 8

**ИММУНОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ
И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ ЛЕЧЕНИЮ****Л. Э. Тимчук, С. В. Рязанцев****IMMUNOPATHOGENETIC SPECIALITIES OF PURULENT RHINOSINUSITIS
AND MODERN APPROACHES TO IT TREATMENT****L. E. Timchuk, S. V. Ryazantsev**

ФГУ Санкт-Петербургский НИИ ЛОР Росмедтехнологий

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

На тяжесть течения острого риносинусита оказывают влияние ряд факторов: возбудитель, преморбидный фон (в частности, имеющийся у больного аллергический ринит), иммунологические показатели. Пациенты, имеющие высокий уровень провоспалительных цитокинов имеют более яркую клиническую картину.

Проблема эффективной патогенетической терапии риносинуситов до настоящего времени остаётся до конца не решённой. Разнообразие схем терапии свидетельствует об отсутствии единого мнения об эффективности препаратов, применяемых для лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух.

Обязательным компонентом терапии является антибактериальная терапия. При этом, учитывая особенности иммунопатогенеза заболевания назальных синусов, у большинства пациентов в схемы терапии рекомендуется включать антигистаминные препараты и иммуномодулирующие средства.



Ключевые слова: острый риносинусит, продукция цитокинов, антибактериальные препараты, антигистаминные препараты

Библиография: 20 источников.

A range of factors influences on severity of acute rhinosinusitis: causative agent, premorbid background (specifically allergic rhinitis the patient has), immunological rates. Patients with high level of proinflammatory cytokines have brighter clinical picture.

The problem of effective pathogenetic therapy of rhinosinusitis hasn't been solved till now. Various schemes of therapy testify to lack of single opinion about effective drugs, using to cure perirhinal sinuses inflammations. It's known that patients who have high production of pro-inflammatory cytokines have a bright clinical picture. Taking to the account the peculiarities of rhinal sinuses disease immunopathogenesis it's essential to prescribe anti-inflammatory and anti-histamine therapy, pointed on cascade of mediator reactions blockade.

Key words: cytokine production, acute rhinosinusitis, anti-infective drugs, anti-histamine drugs.

Bibliography: 20 sources.

Несмотря на большие достижения в области фармакотерапии, гнойно-воспалительные заболевания околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре ЛОР заболеваний. Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15 до 36% составляют люди, страдающие синуситами.

Еще больший процент составляют синуситы среди амбулаторных заболеваний верхних дыхательных путей. По данным Национального центра по статистике болезней США, в 2004 году синуситы стали в этой стране самым распространенным хроническим заболеванием. Почти каждый восьмой человек в США болен или когда-либо болел синуситом, в 2006 году в США синусит был зарегистрирован у 34,9 млн. человек. В Германии за последнее десятилетие ставится от 7 до 10 миллионов диагнозов острого и хронического синусита (10).

На сегодняшний день лечение риносинуситов является одной из самых актуальных проблем оториноларингологии.

В 2007г. Европейской академией аллергологии и клинической иммунологии (EAACI) и Европейским ринологическим обществом (ERS) принят основополагающий документ, определяющий стандарты лечения риносинуситов и носовых полипов – EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyposis). Однако у Российских специалистов EPOS вызвал много вопросов и в ряде ключевых моментов терапии имеются расхождения. [9]

Основным этиологическим фактором возникновения гнойных риносинуситов является воздействие на слизистую оболочку носа и околоносовых пазух бактериальной или вирусной флоры. При этом большое значение имеют вид микроба, его патогенные свойства и вирулентность.

Кроме микроорганизма, важно обращать внимание на состояние макроорганизма, учитывать предрасполагающие факторы.

Так развитию воспаления слизистой оболочки околоносовых пазух способствуют условия как общего, так и местного характера.

К общим относятся: состояния индивидуальной реактивности, конституционные предпосылки, иммунные силы организма, различные неблагоприятные факторы внешней среды.

Среди местных факторов наиболее часто воспалению в пазухах способствуют те, при которых нарушается дренажная функция выводных отверстий, вентиляция пазух и функция мукоцилиарной транспортной системы.

Причины нарушения функции выводных отверстий околоносовых пазух могут быть системные (например, аллергия) и местные (например, гипертрофия носовых раковин). Частота встречаемости синуситов, связанных с аллергическим процессом, колеблется от 25 до 70% случаев. В результате аллергического воспаления развивается отёк слизистой оболочки не только носа, но и околоносовых пазух, чаще всего этмоидальных и гайморовых, клинически проявляющиеся отёчной формой синусита. Воспалённая слизистая оболочка носа и сниженная функция цилиарного аппарата может нарушать естественный дренаж из околоносовых пазух и вызывать стаз назального секрета с последующим присоединением бактериального воспаления. [10]



УДК: 616. 711. 1[616. 321–008. 17+616. 22–008. 5

ДИСФАГИЯ И ДИСФОНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ БОЛЕЗНЬЮ ФОРЕСТЬЕ**В. М. Бобров****DYSPHONIA AND DYSPHAGIA IN PATIENTS WITH FORESTIER'S DISEASE****V. M. Bobrov***МУЗ городская клиническая больница 8 им. И. Б. Однопозова, г. Ижевск**(Главный врач – А. А. Есипов)*

Приведено редкое наблюдение выраженного остеохондроза шейного отдела позвоночника у пациента 71 года. Особенность данного наблюдения заключается в грубых, дегенеративно-дистрофических изменениях в шейном отделе позвоночника. Ощущение инородного тела в глотке можно объяснить наличием костных выступов и их давлением на гипоглотку и отчасти на гортань. Дисфагия – это результат преимущественно нервно-рефлекторных проявлений, обусловленных спондилоартрозом шейного отдела позвоночника.

Ключевые слова: остеохондроз, инородное тело, дисфония, дисфагия.

Библиография: 13 источников.

Одной из причин дисфагии является дегенеративно-дистрофическое поражение шейного отдела позвоночника [1, 3–13]. При деформирующем спондилезе патологический процесс локализуется не только в межпозвонковом диске, но и в телах позвонков, а иногда и в суставе между дужками последних, в результате чего развивается спондилоартроз. К факторам, этиологически связанным с возникновением последнего, относят тяжелую многолетнюю физическую работу, травмы, компрессионные переломы тел позвонков, продолжительные микротравмы у акробатов, водителей, спортсменов. Я. Ю. Попелянский [7], В. П. Веселовский и соавт. [3] указывают, что дистрофические изменения в позвоночно-двигательном аппарате появляются вследствие перегрузки в нем и нарушений трофики. При деформирующем спондилезе развиваются костные выросты в виде остеофитов по краям тел позвонков. В поздних стадиях этого заболевания шиповидные разрастания соседних тел позвонков сближаются, образуя как бы костный мостик между ними. Наросты по задней поверхности тел позвонков, выступающие в позвоночный канал, могут быть причиной тяжелых неврологических расстройств. Костные наслоения по боковым и особенно по передней поверхности тел позвонков иногда длительное время протекают бессимптомно и обнаруживаются во время рентгенологического обследования по поводу других заболеваний или при возникновении патологической импульсации, в результате которой появляются рефлекторные нарушения не только в органах, расположенных в задних отделах шеи, но и находящиеся впереди шейного отдела позвоночника [3, 7].

В 1950 г. Forestier и Rotes-Queral описали больных с аномальной оссификацией передних и боковых частей позвоночного столба. В дополнение к ограничению подвижности позвоночника при болезни Форестье (БФ) иногда наблюдают дисфонию, дисфагию и сдавление спинного мозга. БФ встречается редко, обычно у пожилых людей. Forestier и Queral из группы дегенеративных состояний типа деформирующего спондилеза выделили своеобразную форму, названную авторами анкилозирующим сенильным гиперостозом позвоночника (hyperostose ankylosante vertebrale) [13]. Авторы отмечают как особенность заболевания массивные окостенения продольных связок в шейном и грудном отделах [13]. И. Л. Тагер (1983) трактует болезнь Форестье как своеобразный аллергический лигаментит пожилых людей [9]. По данным Г. Н. Григорьева [4] на 150 больных, имевших клинические и рентгенологические признаки



УДК: 616. 831–002. 8:616. 284–002. 258–089. 166

АТИПИЧНАЯ КЛИНИКА ОТОГЕННОГО АБСЦЕССА ВИСОЧНОЙ ДОЛИ МОЗГА, ПРОРВАВШЕГОСЯ В БОКОВОЙ ЖЕЛУДОЧЕК И НА ПОВЕРХНОСТЬ МОЗГА

Г. А. Гаджимирзаев

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

Частота прорыва абсцесса мозга в полость бокового желудочка или подбололочные пространства мозга, по сводной статистике Д. Г. Жученко [4] колеблется от 2 до 25%. За период с 1970 по 2008 г. г. мы наблюдали 101 больного с абсцессами мозга и мозжечка, из которых у 7 (6,9%) был диагностирован прорыв абсцесса височной доли мозга.

Прорыв абсцесса считается опасным для жизни осложнением, часто приводящим к смертельному исходу [1, 6]. Клиника прорыва абсцесса мозга складывается из остро развившихся симптомов нестерпимой головной боли, гипертермии, резко выраженных менингеальных явлений, спутанности сознания, переходящей в глубокую кому. Со времени широкого внедрения в клиническую практику антибиотиков стали появляться сообщения как о благоприятном исходе указанной болезни у отдельных больных, так и учащение случаев атипичного течения отогенных внутричерепных осложнений (ОВО).

Двусторонний (в боковой желудочек и в подбололочные пространства) прорыв абсцесса мозга у одного больного встречается очень редко [3, 5]. Мы наблюдали больного со стертой клинической симптоматикой отогенного абсцесса мозга с прорывом в боковой желудочек и на поверхность мозга.

Приводим краткую выписку из истории болезни нашего наблюдения.

Больной Т., 51 года поступил 09.03.09 в ЛОР-отделение РКБ Махачкалы с жалобами на сильные головные боли разлитого характера, гноетечение из правого уха, повышение температуры тела до 38,4 С.

Гноетечением из уха страдает 25 лет, отмечались ежегодные периодические обострения, последнее обострение было за 1,5 недели до поступления в клинику, в связи с чем лечился в стационаре районной больницы по месту жительства. Принимал антибиотики, анальгетики, жаропонижающие, капли в ухо в виде 1% раствор диоксидина. В связи с отсутствием положительной динамики больной направлен в ЛОР-клинику.

Состояние пациента при поступлении средней тяжести, в сознании, ориентирован во времени и пространстве. Кожа и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, дыхание ровное, проводится по всем полям. ЧДД 18 в мин, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 76 в мин.

В неврологическом статусе определяется ригидность затылочных мышц на 4 поперечных пальца, симптом Кернига положительный с обеих сторон, носогубные складки симметричные, язык по средней линии. Парезов и параличей нет, сухожильные рефлексы средней живости, патологических знаков нет. В позе Ромберга – пошатывание.

При ЛОР-осмотре наружный слуховой проход справа заполнен гноем с резким ихорозным запахом, имеется нависание задне-верхней стенки костного отдела наружного слухового прохода. Заушная область без изменений, пальпация сосцевидного отростка безболезненна. Накануне, ближе к полуночи был озноб.

Глазное дно с обеих сторон без изменений, на М-эхо смещение срединных структур не выявляется. На рентгенограммах височных костей отмечена порозность костной ткани и смазанность контуров верхней и задней грани пирамиды справа. Из-за отсутствия условий КТ(МРТ) исследование не проведено.

При люмбальной пункции под давлением получено 5 мл мутного ликвора. Биохимический анализ показал: цитоз нейтрофильный, подсчету не поддается, реакция Панди (++) , Н. Апелъта (++) .



УДК: 616. 285–089. 844

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕДКОЙ ФОРМЫ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА

В. В. Дискаленко, Л. М. Курмашова

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

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

Тимпаносклероз – относительно редкая, особая форма фиброзирующих средних отитов, характеризующаяся дистрофией слизистой оболочки и кости, кальцификацией и нередким появлением локальных белых бляшек, располагающихся в толще слизистой оболочки. Излюбленной локализацией последних являются область окна преддверия, включая стремя, канал лицевого нерва и верхнюю часть промоториума, а так же барабанная перепонка.

Тимпаносклероз может быть массивным и распространенным, что зависит от длительности его существования. Принято рассматривать заболевание как морфологическое выражение очаговой реакции мукопериоста при негнойных формах воспаления. Как правило, больные тимпаносклерозом обращаются за помощью по поводу тугоухости, которая чаще развивается спустя 10 и более лет от начала возникновения острого среднего отита. Лечение тимпаносклероза представляет сложную проблему, характер и объем функционально-реконструктивного вмешательства определяется в каждом конкретном случае с учетом характера и выраженности деструктивных изменений.

Приводим собственное наблюдение редкой формы двустороннего тимпаносклероза.

Больная С-ва, 28 лет госпитализирована в клинику с жалобами на выраженное понижение слуха на оба уха. Считает себя больной около 6 лет, когда впервые заметила быстрое беспричинно прогрессирующее понижение слуха на оба уха, которое через 1,5-2 года стало стабильным, что подтверждается данными аудиометрического исследования в динамике. Из анамнеза известно, что до 5 летнего возраста больная страдала острыми рецидивирующими отитами. В последующие годы и до настоящего времени воспалительных заболеваний ушей не было.

При поступлении в клинику: общее состояние больной удовлетворительное, правильного телосложения, удовлетворительного питания, со стороны внутренних органов без особенностей – соматически здорова. ЛОР осмотр. Правое ухо: область сосцевидного отростка не изменена, наружный слуховой проход широкий, кожа его истончена, на месте натянутой части барабанной перепонки определяется белого цвета, толстая, неподвижная, безболезненная, костной плотности мембрана, в заднее-верхнем квадранте которой имеется щелевидной формы краевая (у барабанного фиброзного кольца) перфорация. Отоскопическая картина слева практически аналогичная. Острота слуха на ШР на каждое ухо до 0,5м, РР – до 3 метров. Опыт Ринне, Федериче, Бинга отрицательные, опыт Желле положительный. Латерализации звука в опыте Вебера нет. На пороговой тональной аудиограмме – горизонтальный тип кривых с понижением порогов слуха по воздушной проводимости до 60 дБ, костной – 15–20дБ. Проходимость слуховых труб I–II степени. На рентгеновской компьютерной томограмме височных костей: височные кости имеют компактный тип строения, барабанные перепонки утолщены, подтянуты к мысу. Барабанные полости и антральные клетки уменьшены в размерах, входы в антрум блокированы, оссифицированы. В области устьев слуховых труб прослеживаются грубые спайки.

Учитывая анамнез заболевания, отоскопическую картину, кондуктивный характер тугоухости с предварительным диагнозом тимпаносклероз пациентке предложена функционально-реконструктивная операция на правом ухе. Под местной анестезией эндоурально типичным разрезом кожи наружного слухового прохода по Розену произведена отслойка её в области заднее-верхней стенки до барабанного фиброзного кольца. Сместить оссифицированную барабанную перепонку впереди для ревизии тимпанальной полости не представлялось возможным. Только после высвобождения рукоятки молоточка из компактной кости последняя легко удалена цельным массивом.



УДК: 616. 23–003. 6–053. 37

ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ КРУПНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

В. М. Исаев, В. М. Свистушкин, Д. М. Мустафаев,
Э. В. Исаев, С. Б. Цагадаева, Е. А. Торгованова

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского, г. Москва
(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Авторы представляют клинический случай ребенка в возрасте двух лет с инородным телом (заколка) нижних отделов дыхательных путей. Несмотря на большие размеры и нелинейную форму инородного тела, его удалось удалить через естественные дыхательные пути при ригидной верхней трахеобронхоскопии, избежав при этом осложнений. Данное наблюдение ещё раз подчеркивает необходимость своевременного проведения объективного обследования (в нашем случае традиционной рентгенографии органов грудной клетки), на предмет выявления инородных тел дыхательных путей у детей младшего возраста.

Ключевые слова: инородное тело нижнего отдела дыхательных путей, ригидная бронхоскопия.

Библиография: 4 источника.

The authors represent a clinical case of the child two years of age with a foreign body (hairpin) in the lower respiratory tract. Despite of the greater sizes and nonlinear form of the foreign body, it is managed to be removed through natural respiratory ways at rigid upper tracheobronchoscopy, having avoided thus of complications. The given supervision once more emphasizes necessity of opportunely carrying out of the objective tests (in our case the traditional XY of the chest), for revealing foreign bodies of respiratory ways at children of younger age.

Key words: foreign body in lower respiratory tract, rigid broncoscopy.

Bibliography: 4 sources

Аспирация инородных тел в дыхательные пути в большинстве случаев встречается в детском возрасте [1, 2].

До настоящего времени остается высоким процент инородных тел несвоевременно распознанных и не удаленных по разным причинам [1, 3, 4].

Не выявленные крупные инородные тела в нижних отделах дыхательных путей у детей встречаются крайне редко. В этой связи считаем целесообразным привести собственное клиническое наблюдение.

Ребенок К., 2 года и 2 месяца, из г. Одинцово, находился в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с 20.06.08 по 30.06.08 с диагнозом: инородное тело правого главного бронха (металлическая заколка).

Из анамнеза известно, что (со слов родителей) за 4 месяца до госпитализации у ребенка на фоне полного здоровья поднялась температура тела до 38°C, появился кашель со слизисто-гноющей мокротой. Обратились к педиатру по месту жительства. В течение двух месяцев ребенок наблюдался у педиатра с диагнозом вялотекущий ларинготрахеобронхит, были проведены 2 курса антибактериальной терапии, после которых сохранялся кашель с обильной слизисто-гноющей мокротой. За это время рентгенологическое исследование органов грудной клетки не производилось. С начала июня мама у ребенка стала отмечать шумное дыхание в покое. Обратились в приемное отделение ЦРБ г. Одинцово, выполнено рентгенологическое исследование органов грудной клетки, где выявлена металлическая тень инородного тела нижних дыхательных путей. Ребенок в сопровождении бригады скорой медицинской помощи с диагнозом инородное тело нижних отделов дыхательных путей доставлен в ЛОР-отделение МОНИКИ. Ребенок госпитализирован по экстренным показаниям.



УДК: 616–006. 2. 03

НАБЛЮДЕНИЕ СЛУЧАЯ РЕДКОЙ ОПУХОЛИ НОСОГЛОТКИ(ТЕРАТОМЫ)**Р. А. Ларин*, С. В. Судаков*, Е. Н. Писарев**, А. В. Шахов******SUPERVISION OF A CASE OF A RARE TUMOUR
OF NASOPHARYNX (TERATOMA)****R. A. Larin*, S. V. Sudakov*, E. N. Pisarev**, A. V. Shahov******ГУЗ Нижегородская областная клиническая больница им Н. А. Семашко
(Главный врач Р. М. Зайцев)**** Нижегородская государственная медицинская академия
(Зав. каф. болезней уха горла и носа – докт. мед. наук А. В. Шахов)*

В статье приведен разбор клинического случая редкой опухоли носоглотки (тератомы). Показаны основные моменты и преимущества эндоскопического вмешательства.

Ключевые слова: тератома, опухоль, эндоскопическая хирургия, носоглотка.

Библиография – 5 источников.

In paper analysis of a clinical case of a rare tumour of a nasopharynx (teratoma) is resulted. The basic moments and advantages of endoscopic interventions are shown.

Keywords: teratoma, a tumour, endoscopic surgery, a nasopharynx.

Bibliography: 5 sources.

Тератома (синоним эмбриома) доброкачественная опухоль, связанная с нарушениями эмбрионального развития. Редкая опухоль, состоящей из различных видов тканей включая те, которые в норме в этом органе не обнаруживаются. Является производным одного, двух или трех зародышевых листков, присутствие которых не свойственно тем органам и анатомическим областям организма, в которых развивается опухоль. По современным представлениям развивается из полипотентного (являющегося источником развития любых тканей организма), высокоспециализированного герминогенного эпителия гонад. Чаще располагается в яичках или яичниках, но может локализоваться и экстрагонадно (чаще крестцово-копчиковая локализация). По гистологическому строению различают зрелую тератому, незрелую тератому, тератому со злокачественной трансформацией. Прогноз тератомы, как правило благоприятный. Локализация в носоглотке, является чрезвычайно редкой. [3. 4]

В последние годы в оториноларингологии активно внедряются методы эндоскопической диагностики и хирургии. Анатомическое расположение носоглотки, определяет значительную труднодоступность ее для осмотра и, тем более, для хирургических и диагностических манипуляций. Непосредственный осмотр через полость носа затрудняют такие структуры как носовая перегородка, носовые раковины. При этом, различные анатомические и физиологические девиации, очень часто встречающиеся в популяции еще более сужают возможности для детального осмотра носоглотки. По этим причинам, к примеру, было признано бесперспективным хирургическое лечение распространенных злокачественных опухолей носоглоточной локализации [5]. Появление современных методов лучевой диагностики: компьютерной томографии, магнитно-резонансная томографии наряду с применением гибкой и жесткой эндоскопии привело к более качественной и ранней диагностике патологических процессов, а, также существенно расширило возможности для качественной хирургической помощи таким пациентам. [1] Не останавливаясь подробно на всех видах патологических образований носоглотки, которые успешно лечатся на современном этапе с применением эндоскопической техники, остановимся на случае, который мы наблюдали в нашей клинике.

Больная К. 58 лет обратилась за помощью в феврале 2008 с жалобами на гнусавость, затруднение носового дыхания в течение года. Носовые кровотечения, anosmia, зрительные нарушения, снижение слуха отрицала. В анамнезе – тонзиллэктомия по поводу хронического тон-

Содержание

Оригинальные статьи

С. А. Артющкин, Д. И. Святков

Хронический полипозный риносинусит как причина предпатологических изменений насосной функции сердца 3

Научные статьи

З. И. Аникеева, И. В. Плешков

Клинико-акустические характеристики голоса при функциональных нарушениях у лиц речевой и певческой профессии с сопряженной патологией внутренних органов и систем 9

**С. Г. Бойко, В. Д. Шадрина, Н. Н. Потолицина,
А. М. Канева, В. Е. Ларина, Т. Ф. Семенова, Е. Р. Бойко, Ю. К. Янов**

Состояние элементов антиоксидантной системы организма у пациентов с сенсоневральной тугоухостью 16

П. В. Васильев, А. Л. Юдин

Лимфогенное метастазирование при раке гортани и гортаноглотки: механизмы развития и возможности компьютерной томографии с внутривенным контрастированием в диагностике поражения 21

**Б. Х. Давудова, М. З. Саидов, Н. А. Дайхес,
С. В. Климова, А. С. Будихина, И. И. Нажмудинов**

Изменения показателей врожденного иммунитета в зависимости от эозинофилии в периферической крови при полипозных риносинуситах 27

М. В. Дроздова, А. С. Симбирцев, Е. А. Варюшина, Е. В. Тырнова

Продукция провоспалительных цитокинов в ткани глоточной миндалины при хроническом лимфопролиферативном синдроме у детей 35

Г. П. Захарова, В. В. Шабалин, Ю. К. Янов

Теоретические и методологические основы морфологического исследования структур твердой фазы биологических жидкостей слизистой оболочки верхних дыхательных путей (Сообщение 1) 45

Б. Зедльмайер, Л. Моравитц, М. Юма, Х. Шайхова, М. Тухтаев

Факторы, влияющие на постоперативное течение и возникновение рецидива экссудативного среднего отита у детей 54

Е. М. Зеленкин, И. Ю. Герасимова, Н. В., Мингалева, О. С. Орлова

Электроларингостробоскопия и индекс вибраторной недостаточности в диагностике нарушений голоса 60

С. Ю. Калашникова, С. В. Сергеев, С. М. Геращенко

Использование метода джоульметрии в диагностике различных форм полипозного риносинусита 63

Ф. Ф. Курбанов, В. М. Свистушкин, О. В. Перетягин,

Г. А. Голубовский, Д. М. Мустафаев, Е. А. Курбанова
Орбитальные риносинусогенные осложнения 67

Е. Е. Корень, Л. Л. Клячко, Ю. Е. Степанова Состояние общего и местного иммунитета у больных с функциональными и органическими дисфониями	71
И. Г. Макаревич, А. А. Корнеев Анализ потребности в хирургической стационарозамещающей помощи по данным заболеваемости ЛОР-органов	76
Х. М. Маткулиев, Е. К. Ким Эффективность эндоназального электрофореза в консервативной терапии адгезивных средних отитов	82
Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, В. И. Самбулов, С. Б. Цагадаева, О. А. Носова, А. В. Ратова, П. С. Ершов Эстеziонейробластома полости носа (ольфакторная нейробластома)	85
А. Н. Пащинин, В. И. Бабияк, Ю. К. Янов Роль и значение вестибулярного анализатора в восприятии пространства (сообщение третье)	92
С. В. Рязанцев, В. И. Кочеровец, А. А. Корнеев, М. В. Молчанова Эффективность и безопасность препарата Вильпрафен Соллютаб у детей с острым гнойным синуситом	98
М. М. Сергеев, Б. Б. Мусельян, П. В. Смирнов, Т. П. Россейкина Травматические повреждения ЛОР-органов и их лечение у детей	108
Хамидов А. Г., Лекишвили М. В., Меланьин В. Д., Серебрякова И. Ю., Ширалиев М. Р. Использование акустической ринометрии и передней активной ринометрии для дифференциальной диагностики патологий внутриносовых структур при назальной обструкции	113
Н. С. Храппо Причинные факторы, патогенез, классификация клинических форм вестибулярной дисфункции; принципы лечения	119
Н. Н. Цыбиков, Е. В. Егорова, Е. В. Пруткина Уровень нейроспецифической енолазы в сыворотке крови и назальном секрете при черепно-мозговой травме и хронических ринитах	130
Е. В. Шкабарова, Т. И. Шустова, С. В. Рязанцев, Н. Н. Науменко Современные представления об иннервации слизистой оболочки полости носа	133
Дискуссионные статьи	
Л. Б. Рудин Голосоведение как основа системы подготовки специалистов в области голоса	141
Школа фармакотерапии	
К. Г. Добрецов, В. Ю. Афонькин, А. В. Сипкин, О. А. Коленчукова Роль местной антибактериальной терапии после ринохирургических вмешательств	146
С. В. Рязанцев, М. В. Дроздова, А. В. Полевщиков Клинико-иммунологическое обоснование применения препарата «Имудон» при заболеваниях ЛИМФ-оидного глоточного кольца у детей	151
Л. Э. Тимчук, С. В. Рязанцев Иммунопатогенетические особенности гнойных риносинуситов и современные подходы к их лечению	156

Из практики

В. М. Бобров

Дисфагия и дисфония, обусловленные болезнью Форестье 164

Г. А. Гаджимирзаев

Атипичная клиника отогенного абсцесса височной доли мозга,
прорвавшегося в боковой желудочек и на поверхность мозга 167

В. В. Дискаленко, Л. М. Курмашова

Случай успешного лечения редкой формы тимпаносклероза 169

В. М. Исаев, В. М. Свистушкин, Д. М. Мустафаев,

Э. В. Исаев, С. Б. Цагадаева, Е. А. Торгованова

Длительное пребывание крупного инородного тела
в нижних отделах дыхательных путей у ребенка младшего возраста 171

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

Наблюдение случая редкой опухоли носоглотки(тератомы) 174

Юбилей

К 70-летию..... 177

К сведению авторов 179