

I S S N 1810-4800



РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY

Медицинский научно-практический журнал

Основан в 2002 году

(Выходит один раз в два месяца)

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

Для физических лиц индекс 41225 в каталоге «Пресса России»

Для юридических лиц индекс 41223 в каталоге «Пресса России»

Совместное издание

Федеральное государственное учреждение

«Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

Федеральное государственное учреждение «Санкт-Петербургский

научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи

Минздравсоцразвития России»

Российское общество оториноларингологов



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

И. А. Аникин (С.-Петербург)
В. Ф. Антонив (Москва)
Т. И. Гаращенко (Москва)
Х. Ш. Давудов (Москва)
А. С. Киселев (С.-Петербург)
О. И. Коноплев (С.-Петербург)
С. В. Лиленко (С.-Петербург)
Г. С. Мальцева (С.-Петербург)
И. И. Нажмудинов (Москва)
Я. А. Накатис (С.-Петербург)
Е. В. Осипенко (Москва)
А. В. Пашков (Москва)
А. Н. Пащинин (С.-Петербург)
В. М. Свистушкин (Москва)
Ю. Е. Степанова (С.-Петербург)
Э. А. Цветков (С.-Петербург)
А. С. Юнусов (Москва)
С. В. Яблонский (Москва)

№ 5 (54) 2011 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абабий И. И. (Кишинев, Молдавия)	Заболотный Д. И. (Киев, Украина)	Панкова В. Б. (Москва)
Абдулкеримов Х. Т. (Екатеринбург)	Захарова Г. Ф. (С.-Петербург)	Петров А. П. (Якутск)
Алиметов Х. А. (Казань)	Иванов Н. И. (Сыктывкар)	Петрова Л. Г. (Минск, Белоруссия)
Арефьева Н. А. (Уфа)	Игнатъева Е. Л. (Петрозаводск)	Пискунов С. З. (Курск)
Бабияк В. И. (С.-Петербург)	Извин А. И. (Тюмень)	Пискунов Г. З. (Москва)
Боджоков А. Р. (Майкоп)	Калинин М. А. (Архангельск)	Полякова С. Д. (Воронеж)
Беляев В. М. (Вологда)	Карпищенко С. А. (С.-Петербург)	Портенко Г. М. (Тверь)
Блоцкий А. А. (Благовещенск)	Карпова Е. П. (Москва)	Портнов В. Г. (Ленинградская обл.)
Бобошко М. Ю. (С.-Петербург)	Киселев А. Б. (Новосибирск)	Проскурин А. И. (Астрахань)
Богомильский М. Р. (Москва)	Козлов В. С. (Москва)	Пудов В. И. (С.-Петербург)
Бойко Н. В. (Ростов)	Кокорина В. Э. (Хабаровск)	Семенов Ф. В. (Краснодар)
Бойко С. Г. (Сыктывкар)	Коркмазов М. Ю. (Челябинск)	Сергеев М. М. (Краснодар)
Бойкова Н. Э. (Москва)	Кошель В. И. (Ставрополь)	Сергеев С. В. (Пенза)
Бокучава Т. А. (Мурманск)	Кравчук А. П. (Ижевск)	Староха А. В. (Томск)
Борзов Е. В. (Иваново)	Кржечковская Г. К. (Ставрополь)	Статюха В. С. (Уссурийск)
Боронов С. А. (Улан-Удэ)	Кротов Ю. А. (Омск)	Субботина М. В. (Иркутск)
Быковский В. Н. (Псков)	Крюков А. И. (Москва)	Таварткиладзе Г. А. (Москва)
Вахрушев С. Г. (Красноярск)	Кунельская Н. Л. (Москва)	Тачиев Б. А. (Элиста)
Виницкий М. Е. (Ростов)	Лопатин А. С. (Москва)	Тимен Г. Е. (Киев, Украина)
Вишняков В. В. (Москва)	Макарина-Кибак Л. Е. (Минск, Беларусь)	Түлебаев Р. К. (Астана, Казахстан)
Волков А. Г. (Ростов)	Мареев О. В. (Саратов)	Уханова Е. А. (В. Новгород)
Гаджимирзаев Г. А. (Махачкала)	Машкова Т. А. (Воронеж)	Фанта И. В. (С.-Петербург)
Гилифанов Е. А. (Владивосток)	Мингалев Н. В. (Кемерово)	Фридман В. Л. (Владимир)
Георгиади Г. А. (Владикавказ)	Михайлов Ю. Х. (Чебоксары)	Хакимов А. М. (Ташкент, Узбекистан)
Говорун М. И. (С.-Петербург)	Накатис Я. А. (С.-Петербург)	Хоров О. Г. (Гродно, Белоруссия)
Гусейнов Н. М. (Баку, Азербайджан)	Насреддинов Т. Х. (Самарканд)	Храбриков А. Н. (Киров)
Гюсан А.О. (Черкесск)	Никонов Н. А. (Воронеж)	Храппо Н. С. (Самара)
Джамалудинов Ю. А. (Махачкала)	Носуля Е. В. (Москва)	Худиев А. М. (Баку, Азербайджан)
Джапаридзе Ш. В. (Тбилиси, Грузия)	Овчинников Ю. М. (Москва)	Шантуров А. Г. (Иркутск)
Егоров В. И. (Москва)	Овчинников А. Ю. (Москва)	Шахов В. Ю. (Нижний Новгород)
Енин И. П. (Ставрополь)	Отвагин И. В. (Смоленск)	Шахова Е. Г. (Волгоград)
Ерёмина Н. В. (Самара)	Пальчун В. Т. (Москва)	Шульга И. А. (Оренбург)
Жуков В. С. (Ярославль)	Панин В. И. (Рязань)	
Забиров Р. А. (Оренбург)		

Журнал зарегистрирован Государственным комитетом РФ по печати.

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

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

Учредители:

Федеральное государственное учреждение
«Научно-клинический центр оториноларингологии
ФМБА России»

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

Издатель:

ООО «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.

© СПб НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва.

Ответственные за выпуск: С. В. Рязанцев, В. Н. Тулкин, С. М. Ермольчев

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: Т. М. Каргапольцева

Подписано в печать 25.10.2011 г.
Формат: 60х90¹/₈, объем 28,75 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. 2355



XVIII СЪЕЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

26–28 апреля 2011 года в Санкт-Петербурге состоялся XVIII съезд оториноларингологов России. В работе съезда приняли участие 1320 оториноларингологов из 52 регионов России. Региональными обществами оториноларингологов было избрано 650 делегатов с правом решающего голоса.

Научная программа съезда, помимо двух пленарных заседаний, включила 15 секционных заседаний, посвященных различным аспектам специальности — ринологии, фониатрии, отиатрии, аудиологии, вестибулологии и отоневрологии, детской оториноларингологии, патологии глотки, онкологии ЛОР-органов, хирургии основания черепа.

Кроме этого было проведено 12 симпозиумов по актуальным вопросам оториноларингологии (аллергологии, антибиотикотерапии, проблемам биопленок) и мастер-класс по инновационным эндоскопическим технологиям в диагностике заболеваний гортани.

В рамках научной программы XVIII съезда оториноларингологов России было заслушано и обсуждено 333 доклада.

Помимо научных заседаний было проведено Совещание главных оториноларингологов регионов России, в котором приняли участие представители практически всех регионов России — главные областные, краевые и республиканские оториноларингологи, главные оториноларингологи крупных городов, главные специалисты Федеральных округов, главные детские оториноларингологи. На Совещании главных оториноларингологов были подняты вопросы организации специализированной ЛОР-помощи на современном этапе, обсуждены стандарты оснащения ЛОР-кабинетов и стандарты лечения, намечены перспективы развития специальности.

Центральное место в программе XVIII съезда оториноларингологов занимало отчетно-перевыборное собрание. Прозвучал отчетный доклад Президента Российского общества оториноларингологов Ю. К. Янова о работе Общества за 5 лет, выступления в прениях. Делегаты XVIII съезда с правом решающего голоса провели выборы нового Президента Общества, нового состава Президиума, нового Правления.

Были заслушаны и обсуждены отчетные доклады главных редакторов журналов «Российская оториноларингология», «Вестник оториноларингологии», «Российская ринология», внесены коррективы в работу этих журналов.

К началу работы съезда были выпущены 3 тома материалов, общим объемом 1375 страниц, включающие 394 статьи по различным разделам оториноларингологии.

Все участники и делегаты отмечали образцовую организацию XVIII съезда оториноларингологов России, отсутствие очередей при регистрации, своевременный выпуск и полиграфию печатных материалов, подробную информацию о времени и месте проведения секционных заседаний и симпозиумов, высокое качество атрибутов съезда — значков, бейджей, информационных материалов, плакатов, указателей.

Такой громадный объем научных и организационных мероприятий стал возможен благодаря аренде многочисленных аудиторий, оснащенных современной мультимедийной аппаратурой. Заседания проходили одновременно в 6 аудиториях — Большом концертном зале «Карнавал» на 1000 мест, Концертном зале Аничкова дворца на 200 мест, Золотой и Голубой гостиных Аничкова дворца на 80 мест каждая, Концертном и Дубовом залах Дворца Белосельских-Белозерских на 400 и 200 мест соответственно. Все аудитории находились в пределах шаговой доступности одна от другой, а великолепные интерьеры двух дворцов, расположенных один напротив другого через Фонтанку и связующий их Аничков мост с конями Клодта создали неповторимый петербургский колорит съезда.

Оргкомитет продумал и культурную программу для участников съезда. Были запланированы обзорные автобусные экскурсии по Петербургу, посещение музеев и театров. Для Главных



специалистов регионов был организован торжественный прием в Юсуповском дворце, с обзорной экскурсией по залам, концертной программой в камерном театре дворца и ужином в дворцовых интерьерах.

Для участников съезда был организован праздничный ужин на 800 персон. Для гостей выступили известные петербургские инструментальные ансамбли и певцы, особенно тепло принимали Эдуарда Хиля.

После окончания съезда, на праздничные дни, были организованы постконгресс туры. Традиционно для Петербургских конгрессов некоторые участники отправились на пароме в Скандинавские страны, а 51 человек проехал по Швейцарии, по городам Цюрих, Базель, Берн, Люцерн с посещением ведущих оториноларингологических клиник.

РЕШЕНИЕ XVIII СЪЕЗДА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

XVIII съезд оториноларингологов России постановил:

1. Признать работу Правления Российского общества оториноларингологов в период с XVII по XVIII съезд удовлетворительной.

2. Избрать Президентом Российского общества оториноларингологов (РОО) директора Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи профессора Юрия Константиновича Янова.

3. Избрать Правление Российского общества оториноларингологов в количестве 83 человек. В качестве рабочего органа Правления избрать Президиум в составе 18 человек.

4. Вновь сформированному Президиуму привести нормативные документы Российского общества оториноларингологов в полное соответствие с новыми юридическими нормами.

5. Зарегистрировать доменное имя Российского общества оториноларингологов и создать собственный сайт в интернете Российского общества оториноларингологов. На данном сайте разместить постоянно обновляемую информацию о различных аспектах деятельности Российского общества оториноларингологов.

6. Печатным органом Российского общества оториноларингологов является журнал «Российская оториноларингология». Рекомендовать всем первичным отделениям Российского общества оториноларингологов оформить подписку на журнал «Российская оториноларингология». Подписку на журнал «Российская оториноларингология» оформлять непосредственно через Российское общество оториноларингологов.

7. Очередной XIX съезд оториноларингологов России провести не позднее ближайших 5 лет.

8. Ежегодно проводить Пленумы Правления Российского общества оториноларингологов.

9. Главному оториноларингологу Минздрава РФ закончить работу над стандартами лечения заболеваний оториноларингологического профиля. Шире привлекать к работе над данными стандартами ведущих специалистов РОО.

10. Совещания главных специалистов регионов России проводить не реже 1 раза в год.



ХVIII СЪЕЗД

ЧЛЕНЫ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ, ИЗБРАННЫЕ НА ХVIII СЪЕЗДЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

Северо-Западный Федеральный округ

Представляет в Президиуме – Рязанцев С. В. (С.-Петербург)

1. Беляев В. М. (Вологда)
2. Бокучава Т. А. (Мурманск)
3. Быковский В. Н. (Псков)
4. Иванов Н. И. (Сыктывкар)
5. Игнатьева Е. Л. (Петрозаводск)
6. Калинин М. А. (Архангельск)
7. Коноплев О. И. (С.-Петербург)
8. Карпищенко С. А. (С.-Петербург)
9. Накатис Я. А. (С.-Петербург)
10. Пасинин А. Н. (С.-Петербург)
11. Портнов В. Г. (Ленинградская обл.)
12. Рязанцев С. В. (С.-Петербург)
13. Степанова Ю. Е. (С.-Петербург)
14. Тулкин В. Н. (С.-Петербург)
15. Уханова Е. А. (В. Новгород)
16. Цветков Э. А. (С.-Петербург)

ХVIII СЪЕЗД

ЧЛЕНЫ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ, ИЗБРАННЫЕ НА ХVIII СЪЕЗДЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

Центральный Федеральный округ

Представляет в Президиуме — Свистушкин В. М. (Москва)

1. Антонив В. Ф. (Москва)
2. Богомильский М. Р. (Москва)
3. Борзов Е. В. (Иваново)
4. Вишняков В. В. (Москва)
5. Гарашенко Т. И. (Москва)
6. Давудов Х. Ш. (Москва)
7. Дайхес Н. А. (Москва)
8. Егоров В. И. (Москва)
9. Жуков С. К. (Ярославль)
10. Карпова Е. П. (Москва)
11. Козлов В. С. (Москва)
12. Крюков А. И. (Москва)
13. Кунельская Н. Л. (Москва)
14. Лопатин А. С. (Москва)
15. Михайлов Ю. Х. (Чебоксары)
16. Машкова Т. А. (Воронеж)
17. Никонов Н. А. (Воронеж)
18. Овчинников Ю. М. (Москва)



19. Овчинников А. Ю (Москва)
20. Отвагин И. В. (Смоленск)
21. Пальчун В. Т. (Москва)
22. Панин В. И. (Рязань)
23. Панкова В. Б. (Москва)
24. Пискунов С. З. (Курск)
25. Полякова С. Д. (Воронеж)
26. Портенко Г. М. (Тверь)
27. Свистушкин В. М. (Московская область)
28. Таварткиладзе Г. А. (Москва)
29. Фридман В. Л. (Владимир)

XVIII СЪЕЗД

ЧЛЕНЫ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ, ИЗБРАННЫЕ НА XVIII СЪЕЗДЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

Приволжский Федеральный округ

Представляет в Президиуме — Шахов А. В. (Н. Новгород)

1. Алиматов Х. А. (Казань)
2. Еремина Н. В. (Самара)
3. Забиров Р. А. (Оренбург)
4. Кравчук А. П. (Ижевск)
5. Мареев О. В. (Саратов)
6. Сергеев С. В. (Пенза)
7. Храбриков А. Н. (Киров)
8. Шахов А. В. (Нижний Новгород)
9. Шульга И. А. (Оренбург)

XVIII СЪЕЗД

ЧЛЕНЫ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ, ИЗБРАННЫЕ НА XVIII СЪЕЗДЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

Южный Федеральный округ

Представляет в Президиуме — Волков А. Г. (Ростов-на-Дону)

1. Боджоков А. Р. (Майкоп)
2. Бойко Н. В. (Ростов-на-Дону)
3. Виноцкий М. Е. (Ростов-на-Дону)
4. Волков А. Г. (Ростов-на-Дону)
5. Ефремов А. Л. (Астрахань)
6. Назарочкин Ю. В. (Астрахань)
7. Семенов Ф. В. (Краснодар)
8. Сергеев М. М. (Краснодар)
9. Шахова Е. Г. (Волгоград)



XVIII СЪЕЗД

ЧЛЕНЫ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ, ИЗБРАННЫЕ НА XVIII СЪЕЗДЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

Северо-Кавказский Федеральный округ

Представляет в Президиуме — Кошель В. И. (Ставрополь)

1. Гаджимирзаев Г. А. (Махачкала)
2. Георгиади Г. А. (Владикавказ)
3. Гюсан А. О. (Черкесск)
4. Джамалудинов Ю. А. (Махачкала)
5. Енин И. П. (Ставрополь)
6. Кошель В. И. (Ставрополь)
7. Кржечковская Г. К. (Ставрополь)

XVIII СЪЕЗД

ЧЛЕНЫ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ, ИЗБРАННЫЕ НА XVIII СЪЕЗДЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

Уральский Федеральный округ

Представляет в Президиуме — Абдулкеримов Х. Т. (Екатеринбург)

1. Абдулкеримов Х. Т. (Екатеринбург)
2. Арефьева Н. А. (Уфа)
3. Извин А. И. (Тюмень)
4. Коркмазов М. Ю. (Челябинск)
5. Мукминов А. С. (Уфа)

XVIII СЪЕЗД

ЧЛЕНЫ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ, ИЗБРАННЫЕ НА XVIII СЪЕЗДЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

Дальневосточный Федеральный округ

Представляет в Президиуме — Кокорина В. Э. (Хабаровск)

1. Блоцкий А. А. (Благовещенск)
2. Гилицанов Е. А. (Владивосток)
3. Кокорина В. Э. (Хабаровск)
4. Статюха В. С. (Уссурийск)



**ЧЛЕНЫ ПРАВЛЕНИЯ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ,
ИЗБРАННЫЕ НА ХVIII СЪЕЗДЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ**

Сибирский Федеральный округ

Представляет в Президиуме — Староха А. В. (Томск)

1. Бороноев С. А. (Улан-Удэ)
2. Вахрушев С. Г. (Красноярск)
3. Киселев А. Б. (Новосибирск)
4. Кротов Ю. А. (Омск)
5. Мингалев Н. В. (Кемерово)
6. Петров А. П. (Якутск)
7. Староха А. В. (Томск)
8. Субботина М. В. (Иркутск)

**ПРЕЗИДЕНТ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ**

Янов Юрий Константинович — Директор Федерального Государственного учреждения Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи, главный редактор журнала «Российская оториноларингология»

**ВИЦЕ-ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ**

Дайхес Николай Аркадьевич — Директор Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России (Москва)

**ПРЕЗИДИУМ ПРАВЛЕНИЯ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ**

- | ФИО | | Что представляет |
|-----|---|--|
| 1. | Абдулкеримов Хийир Тагирович (Екатеринбург) | Уральский Федеральный округ |
| 2. | Богомилский Михаил Рафаилович (Москва) | Член-корр. РАМН, Детская оториноларингология |
| 3. | Волков Александр Григорьевич (Ростов-на-Дону) | Южный Федеральный округ |
| 4. | Гаращенко Татьяна Ильинична (Москва) | Заместитель директора Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, главный редактор журнала «Детская оториноларингология» |
| 5. | Егоров Виктор Иванович (Москва) | Вооруженные силы РФ, МВД |
| 6. | Кокорина Виктория Эдуардовна (Хабаровск) | Дальневосточный федеральный округ |
| 7. | Кошель Владимир Иванович (Ставрополь) | Северо-Кавказский Федеральный округ |



- | | | |
|---|---|--|
| 8. Крюков Андрей Иванович (Москва) | – | Директор Московского научно-практического центра оториноларингологии |
| 9. Накатис Яков Александрович (С.-Петербург) | – | Главный оториноларинголог Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации |
| 10. Овчинников Юрий Михайлович (Москва) | – | Академик РАМН, Российская Академия медицинских наук |
| 11. Пальчун Владимир Тимофеевич (Москва) | – | Член-корр. РАМН, главный редактор журнала «Вестник оториноларингологии» |
| 12. Пискунов Геннадий Захарович (Москва) | – | Член-корр. РАМН, гл. редактор журнала «Российская ринология». Ринология |
| 13. Рязанцев Сергей Валентинович (С.-Петербург) | – | Вице-президент. Ученый секретарь Российского общества оториноларингологов. Северо-Западный Федеральный округ |
| 14. Свистушкин Валерий Михайлович (Москва) | – | Центральный Федеральный округ |
| 15. Староха Александр Владимирович (Томск) | – | Сибирский Федеральный округ |
| 16. Таварткиладзе Георгий Абелович (Москва) | – | Директор Российского научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования ФМБА России. Аудиология |
| 17. Шахов Андрей Владимирович (Н. Новгород) | – | Поволжский Федеральный округ |

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ И РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ЖУРНАЛА «РОССИЙСКАЯ ОТРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»,
ИЗБРАННЫЕ НА XVIII СЪЕЗДЕ ОТРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ**

Редакционная коллегия

Янов Ю. К. — главный редактор

Дайхес Н. А. — зам. главного редактора

Рязанцев С. В. — зав. главного редактора

Тулкин В. Н. — ответственный секретарь, технический редактор

И. А. Аникин (С.-Петербург)
В. Ф. Антонив (Москва)
Т. И. Гаращенко (Москва)
Х. Ш. Давудов (Москва)
А. С. Киселев (С.-Петербург)
О. И. Коноплев (С.-Петербург)
С. В. Лиленко (С.-Петербург)
Г. С. Мальцева (С.-Петербург)
И. И. Нажмудинов (Москва)

Я. А. Накатис (С.-Петербург)
Е. В. Осипенко (Москва)
А. В. Пашков (Москва)
А. Н. Пашинин (С.-Петербург)
В. М. Свистушкин (Москва)
Ю. Е. Степанова (С.-Петербург)
Э. А. Цветков (С.-Петербург)
А. С. Юнусов (Москва)
С. В. Яблонский (Москва)

**Редакционный совет**

1. Абабий И. И. (Кишинев, Молдавия)
2. Абдулкеримов Х. Т. (Екатеринбург)
3. Алиматов Х. А. (Казань)
4. Арефьева Н. А. (Уфа)
5. Бабияк В. И. (С.-Петербург)
6. Боджоков А. Р. (Майкоп)
7. Беляев В. М. (Вологда)
8. Блоцкий А. А. (Благовещенск)
9. Бобошко М. Ю. (С.-Петербург)
10. Богомильский М. Р. (Москва)
11. Бойко Н. В. (Ростов)
12. Бойко С. Г. (Сыктывкар)
13. Бойкова Н. Э. (Москва)
14. Бокучава Т. А. (Мурманск)
15. Борзов Е. В. (Иваново)
16. Бороноев С. А. (Улан-Удэ)
17. Быковский В. Н. (Псков)
18. Вахрушев С. Г. (Красноярск)
19. Виноцкий М. Е. (Ростов)
20. Вишняков В. В. (Москва)
21. Волков А. Г. (Ростов)
22. Гаджимирзаев Г. А. (Махачкала)
23. Гилицанов Е. А. (Владивосток)
24. Георгиади Г. А. (Владикавказ)
25. Говорун М. И. (С.-Петербург)
26. Гусейнов Н. М. (Баку, Азербайджан)
27. Гюсан А. О. (Черкесск)
28. Джамалудинов Ю. А. (Махачкала)
29. Джапаридзе Ш. В. (Тбилиси, Грузия)
30. Егоров В. И. (Москва)
31. Енин И. П. (Ставрополь)
32. Ерёмин Н. В. (Самара)
33. Жуков В. С. (Ярославль)
34. Забиров Р. А. (Оренбург)
35. Заболотный Д. И. (Киев, Украина)
36. Иванов Н. И. (Сыктывкар)
37. Игнатьева Е. Л. (Петрозаводск)
38. Извин А. И. (Тюмень)
39. Калинин М. А. (Архангельск)
40. Карпищенко С. А. (С.-Петербург)
41. Карпова Е. П. (Москва)
42. Киселев А. Б. (Новосибирск)
43. Клочихин А. Л. (Ярославль)
44. Козлов В. С. (Москва)
45. Кокорина В. Э. (Хабаровск)
46. Коркмазов М. Ю. (Челябинск)
47. Кошель В. И. (Ставрополь)
48. Кравчук А. П. (Ижевск)
49. Кржечковская Г. К. (Ставрополь)
50. Кротов Ю. А. (Омск)
51. Крюков А. И. (Москва)
52. Кунельская Н. Л. (Москва)
53. Лопатин А. С. (Москва)
54. Макарина-Кибак Л. Е. (Минск, Беларусь)
55. Мареев О. В. (Саратов)
56. Машкова Т. А. (Воронеж)
57. Мингалев Н. В. (Кемерово)
58. Михайлов Ю. Х. (Чебоксары)
59. Накатис Я. А. (С.-Петербург)
60. Насреддинов Т. Х. (Самарканд)
61. Никонов Н. А. (Воронеж)
62. Носуля Е. В. (Москва)
63. Овчинников Ю. М. (Москва)
64. Отвагин И. В. (Смоленск)
65. Пальчун В. Т. (Москва)
66. Панин В. И. (Рязань)
67. Панкова В. Б. (Москва)
68. Петров А. П. (Якутск)
69. Петрова Л. Г. (Минск, Белоруссия)
70. Пискунов С. З. (Курск)
71. Полякова С. Д. (Воронеж)
72. Портенко Г. М. (Тверь)
73. Портнов В. Г. (Ленинградская обл.)
74. Проскурин А. И. (Астрахань)
75. Пудов В. И. (С.-Петербург)
76. Семенов Ф. В. (Краснодар)
77. Сергеев М. М. (Краснодар)
78. Сергеев С. В. (Пенза)
79. Староха А. В. (Томск)
80. Статюха В. С. (Уссурийск)
81. Субботина М. В. (Иркутск)
82. Таварткиладзе Г. А. (Москва)
83. Тачиев Б. А. (Элиста)
84. Тимен Г. Е. (Киев, Украина)
85. Тулебаев Р. К. (Астана, Казахстан)
86. Уханова Е. А. (В.Новгород)
87. Фридман В. Л. (Владимир)
88. Хакимов А. М. (Ташкент, Узбекистан)
89. Хоров О. Г. (Гродно, Белоруссия)
90. Храбриков А. Н. (Киров)
91. Храппо Н. С. (Самара)
92. Худиев А. М. (Баку, Азербайджан)
93. Шантуров А. Г. (Иркутск)
94. Шахов В. Ю. (Нижний Новгород)
95. Шахова Е. Г. (Волгоград)
96. Шульга И. А. (Оренбург)



ЧЛЕНЫ РЕВИЗИОННОЙ КОМИССИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ

Пудов В. И. — председатель (С.-Петербург)
Балясинская Г. Л. — зам. председателя (Москва)

Кунельская Н. Л. (Москва)
Мальцева Г. С. (С.-Петербург)
Сергеев М. М. (Краснодар)

РЕЗОЛЮЦИЯ РОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МИКРОХИРУРГИИ УША И ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ» г. Оренбург, 15–16 сентября 2011г.

Заслушав и обсудив программные доклады, содоклады и выступления в прениях, участники конференции отмечают, что в последние годы микрохирургия уха и верхних дыхательных путей развиваются быстрыми темпами. Разработаны и внедрены в практику новые методы слухоулучшающих операций при хроническом гнойном среднем отите, отосклерозе, адгезивном среднем отите, операции при болезни Меньера, кохлеарная имплантация.

Успешно применяются методы восстановительной хирургии при хронических стенозах гортани, трахеи, врожденных уродствах наружного и среднего уха, достигаются хорошие функциональные результаты. Внедрение новых технологий в диагностику и лечение заболеваний уха и верхних дыхательных путей позволило улучшить результаты реабилитации и качество жизни больных.

Постоянное совершенствование техники микрохирургических операций, создание и использование современной аппаратуры, микроскопов, хирургического инструментария открыли новые возможности в решении сегодняшних запросов практического здравоохранения, требующих высокой эффективности лечения, его рентабельности и сокращения времени пребывания больных в стационаре.

Вместе с тем участники конференции подчеркивают ряд недостатков в работе ЛОР службы:

1. Оториноларингологические отделения больниц и ЛОР кабинеты поликлиник недостаточно оснащены современной аппаратурой, инструментами.
2. Отечественными фирмами производится недостаточно современного конкурентноспособного оборудования, аппаратуры и инструментов.
3. Не во всех ЛОР кабинетах поликлиник созданы оптимальные условия для работы оториноларинголога, соответствующие стандартным требованиям.
4. Штаты сурдологических служб во многих регионах РФ недостаточны для обеспечения качественного обслуживания лиц с нарушением слуха, в том числе, детей. Не хватает квалифицированных специалистов сурдологов, без которых невозможен отбор пациентов для кохлеарной имплантации.
5. Объем льготного слухопротезирования не соответствует имеющимся потребностям. Очень сложна процедура оформления документов для получения слуховых аппаратов инвалидами по слуху.



Конференция постановляет:

1. Микрохирургия уха и верхних дыхательных путей на современном этапе развития оториноларингологии занимает лидирующие позиции и успешно развивается.
2. Для сохранения имеющихся достижений требуется организация дополнительных центров по подготовке кадров для выполнения микрохирургических операций на органе слуха и верхних дыхательных путях.
3. Центры оснастить необходимым современным оборудованием, аппаратурой и инструментами.
4. Придать центрам статус федеральных с соответствующим финансированием.
5. Рекомендовать органам управления здравоохранения разработать положения по стимуляции трудоустройства специалистов и укомплектования штатов оториноларингологов, сурдологов, фониатров в учреждениях городского и областного значения.
6. Для улучшения медицинской помощи в Российской Федерации необходимо упрощение процедуры получения разрешения Минздрава на проведение клинических научных исследований и применения новой медицинской техники.

Решение принято единогласно.

P.S. Программа конференции полностью выполнена. Участников конференции 213 человек. Заслушано 73 доклада.

Оргкомитет

**ФБГУ «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ УХА, ГОРЛА, НОСА И РЕЧИ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

объявляет конкурс на замещение вакантной должности:

Главного научного сотрудника (0,5) в отдел патофизиологии голоса и речи.

Срок подачи документов — до 15 ноября 2011 года

Справки по телефону: (812) 316-28-52



УДК:616.285-089.844]091

PLUSQAMPERFEKT¹**Ю. М. Овчинников***Академик РАМН, Заслуженный Профессор первого Московского медицинского университета им. И. М. Сеченова*

Когда с годами, а они уже немалые (81 год), просматриваешь, вспоминаешь, анализируешь прошедшее время, время, проведенное, можно сказать, на переднем крае нашей специальности, представляется возможным поведать теперешнему поколению оториноларингологов нашей страны о важных вехах развития специальности, определенных успехах поколения врачей той, достаточно сложной для страны, поры. Я имею в виду период возникновения и развития в Советском Союзе нового направления в нашей специальности — операций на стремени при отосклерозе, т.е. пятидесятые-шестидесятые годы прошлого столетия.

Было хорошо известно к тому времени (Денкер, Брюннигс и др.), что отосклероз относится к такому ряду заболеваний «когда больной ничего не слышит, а врач ничего не видит» т.е. при обследовании больного отосклерозом с жалобами на значительное снижение слуха тогда выявляли немного признаков этого заболевания и для диагностики, его главными критериями были данные анамнеза и камертонального исследования (даже не аудиометрические _). Консервативная помощь была не эффективной, а хирургические методы, разработанные Гольмгреном, Лемпертом в двадцатых годах прошлого столетия — фенестрация лабиринта, относились к тяжелым, длительным операциям, плохо переносимым больными из-за раздражения лабиринта (продолжительная тошнота, рвота, головокружение) к тому же достаточно часто возобновлялись признаки тяжелой тугоухости из-за облитерации, созданного в наружном полукружном канале, нового окна. Такого рода операции производились и у нас в стране, но лишь в крупных городах: в Ленинграде проф., К. Л. Хилов, в Москве проф. А. Аткарская, в Ростове на Дону проф. Р. Ханамиров. И в то время оториноларингологи полагали, что больных, страдающих отосклерозом не так и много. Вот один характерный пример. Когда на одном из заседаний Московского общества оториноларингологов, В. Ф. Никитина (в последствии наряду с профессорами К. Л. Хиловым, А. И. Коломийченко, Н. А. Преображенским, С. Н. Хечинашвили, ставшая Лауреатом Ленинской Премии за участие в решении проблемы по хирургическому лечению тугоухости при отосклерозе), сообщила о 120 оперированных ею больных с описанием вариантов наковальне-стремянного сустава у таких больных, даже высоко авторитетный специалист, проф. А. Г. Лихачев, усомнился в достоверности такого количества выявленных больных отосклерозом в Московском НИИ уха, горла и носа. Причем это было уже после того, когда профессор С. Розен из США по приглашению самого профессора А. Г. Лихачёва, впервые продемонстрировал, в нашей клинике 1-го МОЛМИ, две операции «непрямой мобилизации стремени». Именно после его визита начался настоящий бум увлечения такого рода операциями с предложениями новаторского толка: «прямая мобилизация стремени путем разрушения основания стремени (от ножки до ножки) А. И. Коломийченко, предложение оперировать в сидячем положении больного — проф. Лозанов и пр.

Ещё раз следует подчеркнуть, что этот взрыв интереса к такого рода операциям возник именно после посещения С.Розеном некоторых городов Союза. Он демонстрировал свои операции в Москве, Ленинграде, Киеве, Тбилиси (1957–58 г.). И очень важным были не только сами демонстрации операций — не прямая и прямая мобилизация стремени, но и то, что он оставлял по несколько наборов прекрасных, специальных инструментов, что позволяло приступить к освоению техники этих операций, в том числе и на трупном материале!

¹ Plusquamperfekt (нем.) — давно прошедшее время.



УДК:616.28-07-053.2:612.014.423

ДОСТОВЕРНОСТЬ МЕТОДА ЗВУКОВОЙ ВЫЗВАННОЙ ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СОСТОЯНИЯ СЛУХА У ДЕТЕЙ

А. А. Аббасова

THE RELIABILITY OF THE TRANSIENT EVOKED OTOACUSTIC EMISSION (TEOAE) METHOD IN DIAGNOSIS OF HEARING IMPAIRMENT

A. A. Abbasova

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку
(Зав. каф. болезней уха, носа и горла – Засл. врач Азерб. респ.,
проф. А. М. Тальшинский)

С целью определения достоверности метода ЗВОАЭ в диагностике тугоухости проведено обследование 1003 детей. Возраст детей составил с рождения до двух лет. Детям, у которых не регистрирована эмиссия, было применено исследование регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП). Метод регистрации КСВП позволил уточнить количество детей с сохраненным слухом, у которых не была регистрирована ЗВОАЭ (ложноположительные результаты). На основании этих результатов было вычислена достоверность метода. Выявлено, что достоверность метода ЗВОАЭ является самым низким (82,8%) у детей первых дней жизни и самым высоким (93,4%) у детей в возрасте от 1 месяца до 2-х лет. Определено, что с увеличением возраста ребенка повышается достоверность метода ЗВОАЭ.

Ключевые слова: отоакустическая эмиссия, тугоухость.

Библиография: 5 источников.

We studied 1003 children at age from birth to 2 years for estimation of the reliability of TEOAE method in diagnosis of hearing impairment in the. The BERA test was hold at the infants which are not receiving the emission. The method of BERA registration helped us to estimate the amount of infants with the saved hearing ability in which we didn't noticed TEOAE (the false positive results). The reliability of the method was evaluated based on these results. We defined that reliability of the method at newborn is lowest (82.8%) and the highest at children between a month to 2 years (93.4%). It was defined that the reliability of the method is rising by the increase of the age.

Key words: otoacoustic emission, hearing impairment .

Bibliography: 5

Звуковая вызванная отоакустическая эмиссия (ЗВОАЭ) является электрофизиологическим методом, позволяющим объективно оценивать состояние слуха. Эмиссия – это есть генерируемые улиткой чрезвычайно слабые звуковые колебания, которые являются результатом активного механического процесса, происходящего в наружных волосковых клетках (НВК) кортиевого органа [1]. Движения НВК усиливаются за счет положительной обратной связи, обусловленной колебанием покровной мембраны. Образованные звуковые колебания передаются базилярной мембране и индуцируют обратно направленные текущие волны. Последние достигают подложной пластинки стремени, передаются через слуховые косточки и барабанную перепонку на имеющийся воздух наружного слухового прохода и регистрируются. Эмиссия, вызванная кратковременным акустическим сигналом определяется методом ЗВОАЭ. Таким образом, неинвазивным способом исследуется функция рецепторного аппарата улитки. Простота метода, минимальное время, требуемое для его проведения, и высокая чувствительность к кохлеарным нарушениям делают выгодным его использование в аудиологическом скрининге.



2. С увеличением возраста ребенка достоверность метода ЗВОАЭ возрастает, на 5 сутки после рождения достоверность ЗВОАЭ возрастает.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколов Ю. К., Лимар Б. Я. Вызванная отоакустическая эмиссия и возможности ее использования при диагностике нарушений слуха. 7 съезд оторинолар. Укр. ССР. Тез. докл. Одесса, 1989. С. 156–157.
2. Таварткиладзе Г. А., Шматко Н. Д. Выявление детей с подозрением на снижение слуха: метод. пособие. М., 2004. 96 с.
3. Hauser R. Anwendung otoakustischer Emissionen: Ein Kompendium fur Klinik und Praxis. Enke-vertag., 1998. 2 Auflage.
4. Potential pitfalls of initiating a newborn hearing screening program / J. T. Kanne [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1999. – Vol. 125, № 1. – P. 28–32.
5. Newborn and infant hearing loss: detection and intervention American Academy of Pediatrics. Task force on newborn and infant hearing // Pediatrics. – 1999. – Vol. 103, № 2. – p. 527–530.

Аббасова Афаг Аббасовна – ассистент каф. бол. уха, горла и носа Azerbaijanского медицинского университета. AZ1022, Azerbaijan, г. Баку, ул. Бакиханова, 23. тел. 00-99-412-595-83-74. э/п: a.talishinskiy@usa.net

УДК 616-006.488

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РЕЦИДИВИРОВАНИИ ГЛОМУСНОЙ ОПУХОЛИ (ПАРААНГЛИОМЫ) УХА

И. А. Аникин, М. В. Комаров

PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT FOR RECURRENCE OF GLOMUS TUMORS (PARANGLIOMA) OF THE EAR

I. A. Anikin, M. V. Komarov

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

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

В работе отражены особенности хирургической тактики в отношении рецидивирующих гломусных опухолей уха на основе опыта 15 оперативных вмешательств, выполненных в нашей клинике за последние 7 лет. Отражены различия в хирургической технике, применяемой в отношении опухолей в зависимости от типа вмешательства, выполненного в анамнезе. Суть выводов сводится к положению о выделении благоприятных (возможно не только тотальное удаление опухоли, но и восстановление звукопроводения) и неблагоприятных (дополнительным приоритетом может являться только сохранение нервных и сосудистых структур уха) случаев.

Ключевые слова: рецидивирующая гломусная опухоль, параангиома, хирургическая тактика.

Библиография: 10 источников.

This article reflects the peculiarities of surgical treatment for recurrent glomus tumors of the ear, based on experience 15 surgical interventions performed in our clinic over the past 7 years. Also it reflects differences in surgical techniques, applied to the tumor, depending on the type of intervention carried out in history. The essence of the conclusions is reduced to the position on the allocation of favorable (perhaps not only the total removal of the tumor, but also the restoration of sound conduction) and unfavorable (additional priority may be the only preservation of nerve and vascular structures of the ear) cases.

Keywords: Recurrent glomus tumor, paraganglioma, surgical tactics..

Bibliography: 10 sources.



УДК 616.284-002.258

ХОЛЕСТЕАТОМА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА**Н. В. Бойко¹, В. Н. Колесников²****EXTERNAL AUDITORY CANAL CHOLESTEATOMA****N. V. Boiko, V. N. Kolesnikov**¹ Ростовский государственный медицинский университет

(Зав. каф. оториноларингологии — Засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

² Областной консультативно-диагностический центр, г. Ростов-на-Дону

(Главный врач — Засл. врач РФ В. Ф. Ануфриенко)

Холестеатома наружного слухового прохода (ХНСП) — редко встречающееся заболевание. ХНСП может быть первичной (идиопатической) и вторичной. Вторичные ХНСП формируются в результате врожденного или приобретенного стеноза наружного слухового прохода. Этиология первичной ХНСП неизвестна. В статье приведен обзор публикаций, посвященных изучению механизмов формирования ХНСП. Описаны 2 случая вторичной ХНСП.

Ключевые слова: холестеатома, наружный слуховой проход, остеома.

Библиография: 27 источников.

External auditory canal cholesteatoma (EACC) is a low-frequency disease. EACC may be primary, or idiopathic, and secondary. Secondary EACCs result from either intrinsic or acquired external auditory canal stenosis. Obscure is the etiology of primary EACC. The article reviews those publications studying EACC formation mechanisms. Two cases of secondary EACC are described.

Key words: cholesteatoma, external auditory canal, osteoma.

Bibliography: 27 sources.

Холестеатома наружного слухового прохода (ХНСП) — редко встречающееся заболевание: средняя частота составляет 0,30 случая на 100 000 населения [22] или 1 случай на 1000 вновь обратившихся отоларингологических больных [9]. Немногочисленные публикации опираются, в основном, на единичные наблюдения [1, 23, 24].

ХНСП может быть первичной (идиопатической) и вторичной. Вторичные ХНСП формируются в результате врожденного или приобретенного стеноза наружного слухового прохода и могут быть посттравматическими, поствоспалительными, послеоперационными, послелучевыми, развиваться после перенесенного гистиоцитоза наружного слухового прохода или в результате опухолевого процесса в нем [2, 13].

Этиология первичной ХНСП неизвестна. Доминирующая до недавнего времени теория, объясняющая ее возникновение снижением миграционной способности эпителия кожи наружного слухового прохода, опровергнута [4, 14], после чего дискуссия об этиопатогенезе заболевания получила новый импульс, что стимулировало новые исследования в этой области.

В настоящее время поиски патогенетических механизмов формирования холестеатомы наружного и среднего уха сосредоточены на изучении маркеров гиперпролиферации [19] и факторов регуляции апоптоза [25].

Основными маркерами гиперпролиферации являются цитокератин 16 (СК 16), Ki-67 и PCNA. J. D. Caliman и Gurgel и соавт. [19], обобщив в обзорной статье результаты иммуногистохимических исследований последних лет, указывают, что большинство авторов отметило наличие участков с повышенным содержанием вышеперечисленных маркеров в наружном слуховом проходе у здоровых людей.

Повышенная экспрессия СК 16, Ki-67 и PCNA обнаружена в нижних слоях эпителия, покрывающего annulus tympanicus и прилежащие отделы наружного слухового прохода и барабанной перепонки, что может быть расценено как предпосылка инициации роста холестеатомы.

Исходя из того, что первичная холестеатома наружного слухового прохода может рассматриваться как вариант доброкачественной гиперплазии ткани, представляют интерес иссле-



21. Naim R., Hormann K. The role of S100A1 in external auditory canal cholesteatoma // *Oncol Rep.* — 2006. — Vol. 16, N 4. — P. 671–675.
22. Owen H. H., Rosborg J., Gaihede M. Cholesteatoma of the external ear canal: etiological factors, symptoms and clinical findings in a series of 48 cases // *BMC Ear Nose Throat Disord.* — 2006. — Vol. 23. — P. 6–16.
23. Pachol J. R., Maunsell R. C. Spontaneous cholesteatoma of the external auditory canal // *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord).* — 2001. — Vol. 122, N 4. — P. 269–272.
24. Quantin L., Carrera Fernández S., Moretti J. Congenital cholesteatoma of external auditory canal // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* — 2002. — Vol. 62, N 2. — P. 175–179.
25. Regulation of apoptosis in external auditory canal cholesteatoma by hepatocyte growth factor/scatter factor / R. Naim [et al.] // *ORL J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec.* — 2005. — Vol. 67, N 1. — P. 45–50.
26. Shin S. H., Shim J. H., Lee H. K. Classification of external auditory canal cholesteatoma by computed tomography // *Clin. Exp. Otorhinolaryngol.* — 2010. — Vol. 3, N 1. — P. 24–26.
27. Stenfors L.E., Räisänen S. Quantity of aerobic bacteria in the bony portion of the external auditory canal of children // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* — 2002. — Vol. 11, N 66(2). — P. 167–173.

Бойко Наталья Владимировна — докт. мед. наук, профессор каф. болезней уха, горла и носа Ростовского ГМУ. 344010, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. тел. 8-863-250-42-00, e-mail: nvboiko@gmail.com; **Колесников** Вадим Николаевич — канд. мед. наук, врач ЛОР отделения Областного консультативно-диагностического центра Ростовской области. 344010, Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 127. тел. 8-863-255-79-25, э/п: vn_kolesnikov@mail.ru

УДК 616.211-002-06:616.323-007.21]-085.276.032.23-053.2

ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ДОСТАВКИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА, СОЧЕТАННОГО С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ

В. П. Вавилова, Т. А. Караульнова, Н. И. Тарасов, А. В. Теплов, О. С. Чернюк

THE INFLUENCE OF DELIVERY METHOD OF ANTIPIYROTIC DRUGS ON THE CLINICAL COURSE OF ALLERGIC RHINITIS COUPLED WITH CHRONIC ADENOIDITIS

V. P. Vavilova, T. A. Karaulnova, N. I. Tarasov, A. V. Teplov, O. S. Chernykh

ГОУ ВПО Кемеровская ГМА «Росздрава»

(Ректор — проф. В. М. Ивойлов)

ООО «Клиника современных медицинских технологий», г. Кемерово

(Директор — проф. В. П. Вавилова)

Определена клиническая эффективность применения пульмикорта на аппарате небулайзерной терапии с пульсирующей подачей «Sinus Pari» при аллергическом рините, сочетанном с хроническим аденоидитом. Выделены две группы: основная ($n = 106$), получившая десятидневный курс небулайзерной терапии с пульсирующей подачей на слизистые оболочки полости носа и небных миндалин и контрольная ($n = 63$), получавшая симптоматическое лечение. Применение данного метода позволило оценить терапевтический эффект у часто болеющих детей при хронической носоглоточной патологии: жалобы на заложенность носа на 2–3 сутки ($p < 0,05$), уменьшение на 4-ые сутки количества отделяемого из носа ($p < 0,05$), кашля ($p < 0,001$), храп во время сна ($p < 0,01$); местные факторы защиты — $S\ IgA$, активность лизоцима в ротоглоточном секрете после проведенной терапии возростали и достоверно превышали показатели в контроле в течение 1 месяца ($p < 0,01$). Показатели содержания эозинофилов, нейтрофилов в течение 6 месяцев сохранялись на нормальных значениях ($p < 0,05$).

Ключевые слова: пульсирующая небулайзерная терапия, аденоиды, пульмикорт.

Библиография: 12 источников.

There was estimated the clinical response of nebulizing the Pulmicort (by means of pulsating delivery of «Sinus Pari») among children with allergic rhinitis coupled with chronic adenoiditis. There were two



groups: basic group ($n = 106$) having got 10 days nebulizer therapy treatable with pulsating delivery to nasal and tonsil mucosa and control group ($n = 63$) having got expected treatment.

Application of the given method made it possible to estimate the therapeutic outcome among sickly children with chronic nasopharyngeal pathology: there was a fall in number of complaints for nasal breathing affection triduan ($p < 0,05$), decrement of nasal discharge, cough ($p < 0,05$) and snoring ($p < 0,01$) on the fourth day, site related factors – S IgA, increase in lisocyme potency of oropharyngeal discharge that had been exceeding the control indices during a month ($p < 0,01$). The indices of eosinophile and neutrophil level had been remaining normally unchanged for 6 months ($p < 0,05$).

Key words: pulsating nebulizer therapy, adenoids, Pulmicort.

Bibliography: 12 sources.

При аллергическом рините глоточная миндалина становится «шоковым органом», где задерживаются ингаляционные агенты (респираторные аллергены). Распространённость гиперплазии аденоидных вегетаций при аллергическом рините у детей превышает таковую в общей популяции в 2–3 раза [2]. При аллергическом обследовании детей с высокой степенью гиперплазии глоточной миндалины более, чем в 70% случаев регистрируются положительная реакция на неинфекционные аллергены, а при морфологическом и иммуногистологическом изучении лимфоидной ткани носоглотки выявляются характерные признаки их аллергического воспаления — хронического аденоидита [7].

До настоящего времени отсутствуют крупные доказательные исследования, позволяющие сделать выводы о преимуществах того или иного фармакотерапевтического подхода при сочетании аллергического ринита и хронического аденоидита у детей [5].

Одна из самых перспективных, но пока ещё недостаточно широко используемая в нашей стране, является пульсирующая небулайзерная терапия патологии носоглотки [2]. При местном лечении предпочтительнее ингаляционный способ доставки лекарственных препаратов, так как в этом случае препараты равномерно распределяются по слизистой оболочке и, за счет мелкодисперсной структуры, глубже проникают в ткани [3]. Это создает более длительный и выраженный терапевтический эффект [8, 9].

Основной целью ингаляционной терапии является достижение максимального местного терапевтического эффекта в дыхательных путях при незначительных проявлениях или отсутствии системного побочного действия [12]. Основными задачами ингаляционной терапии являются: санация верхних дыхательных путей; уменьшение отека слизистой оболочки; уменьшение активности воспалительного процесса; воздействие на местные иммунные реакции; улучшение микроциркуляции; протекция слизистой оболочки от воздействия производственных аэрозолей, аэроаллергенов и поллютантов; оксигенация [2, 6].

Ингаляционный прибор для небулайзерной терапии «Sinus Pari», позволяет за счет пульсирующей подачи аэрозоля доставлять лекарственный аэрозоль в носовые пазухи, а также на лимфоидную ткань носоглотки, достигает фармако-динамического ответа за короткий промежуток времени (5–10 минут), при отсутствии системного действия медикамента на организм и снижение уровня побочных эффектов, при создаваемых высоких концентрациях лекарственного вещества [10].

Цель и задачи исследования. Определить клиническую эффективность применения пульмикорта на аппарате небулайзерной терапии с пульсирующей подачей «Sinus Pari» при аллергическом рините, сочетанном с хроническим аденоидитом.

Пациенты и методы. В исследовании принимали участие 106 детей в возрасте от 3 до 7 лет с аллергическим ринитом сочетанным с хроническим аденоидитом, контрольная группа состояла из 61 ребёнка с такой же патологией, получавшей симптоматическое лечение. Лечение проводилось на аппарате для небулайзерной терапии «Sinus Pari» в течение 7–10 минут, с применением пульмикорта (Будесонида) в дозе 0,25–0,5 мг/мл 1 раз в сутки в течении 10 дней.

Эффективность метода оценивали по выраженности жалоб, объективному статусу детей, эндоскопии носоглотки на эндоскопе «ELEPS», изучали показатели местных факторов защиты слизистых оболочек верхних дыхательных путей (секреторный иммуноглобулин А определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по Manchini [11], лизоцим — нефелометри-



первичного звена в здравоохранении и СМП КемГМА. 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова 22а, сот. телефон 8-905-900-46-33 e-mail: tarassov@kuzbass.net; **Теплов** Андрей Валерьевич — главный специалист ДОЗН, оториноларинголог. 650000, г. Кемерово, пр. Советский, 62, сот. телефон 8-903-944-36-92; **Чернюк** Ольга Сергеевна — педиатр участковый МУЗ ЦРБ Кемеровского района. 650002, г. Кемерово, пр. Шахтёров, 113 сот. телефон 8-904-375-33-50. e-mail: kemeorovor_omr@mail.ru

УДК: 616.28—008.14—089.28/29:614.2 (470.23)

ОБ ОКАЗАНИИ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Л. Е. Голованова

ABOUT RENDERING OF MEDICAL AND SOCIAL AID TO ADULT PATIENTS WITH HEARING PROBLEMS IN SAINT-PETERSBURG

L.E. Golovanova

СПб ГУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр»,
Городской сурдологический центр
(Главный врач — В. Ю. Серпов)

В статье приведен порядок льготного слухопротезирования различных категорий граждан со ссылками на нормативно-правовые акты. Приведен анализ обращаемости в сурдологический центр взрослых жителей Санкт-Петербурга, а также анализ льготного слухопротезирования за последние 3 года. На основании проведенного исследования сделаны выводы о необходимости расширения штата сурдологической службы города, а также о необходимости увеличения объема льготного слухопротезирования. Отмечено, что использование для бесплатного обеспечения современных цифровых слуховых аппаратов приводит к повышению эффективности реабилитации плохо слышащих.

Ключевые слова: Санкт-Петербург, взрослые, слуховой аппарат, льготное слухопротезирование.

Библиография: 19 источников.

This article describes the order of preferential prosthetics on hearing aid at various categories of citizens, with references to regulatory legal acts. The analysis of addresses for medical assistance in Audiology Centre for adult inhabitants of St.-Petersburg, and also the analysis of preferential hearing prosthetics during last 3 years is given. The research data show the necessity to expand the number of personnel working in audiology service of the city, as well as volume of preferential hearing prosthetics should be increased. It is noticed that use for free maintenance of modern digital hearing aids leads to increase of efficiency of rehabilitation the patients with hearing problems.

Keywords: Saint-Petersburg, adults, hearing aid, hearing prosthetics.

Bibliography: 19 sources.

Тугоухость представляет собой одну из актуальных проблем оториноларингологии и постоянно находится в центре внимания ведущих исследователей [12, 15].

Вопросам изучения тугоухости, ее распространенности, профилактике, поиску оптимальных средств реабилитации уделяется большое внимание как у нас в стране, так и за рубежом [9, 10, 16].

Анализ распространенности нарушений слуха среди населения при сложившейся демографической ситуации показал, что в ближайшем будущем уровень ее будет возрастать, особенно в промышленно развитых странах [6, 2, 13].

По данным ВОЗ нарушения слуха выявляются у 6–8% населения земного шара [7, 5, 4, 18]. И предполагается, что к 2020 г. число людей, страдающих нарушениями слуха, увеличится на 30% [4].



УДК:616.288 007.271 089.819.5

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ СРЕДНЕГО УХА

Х. М. Диаб

SURGICAL TECHNIQUE IN CASES WITH CONGENITAL ATRESIA OF THE MEATUS ACUSTICUS EXTERNAL

Н. М. Diab

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

Атрезия наружного слухового прохода (АНСП) наиболее частая среди врожденных аномалий органа слуха. В статье изложен способ устранения атрезии наружного слухового прохода, включающий формирование трансмастоидальным подходом наружного слухового прохода, мобилизация оссиккулярного аппарата среднего уха за счет расширения барабанной полости с формированием зазора между стенками барабанной полости и слуховыми косточками не менее 1 мм, при этом выполняют фиксацию кожных лоскутов к костным краям трепанационной полости, а в раннем послеоперационном периоде используется 4% гель Na-КМЦ (натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы).

Ключевые слова: аномалии развития среднего уха, врожденная атрезия наружного слухового прохода, хирургическое лечение.

Библиография: 22 источника.

Congenital oral atresia is one of the most common ear malformations. Malformations of the outer and middle ear mostly affect the right side 58-61% and the majority 70–90% are unilateral.

The surgical technique in cases with atresia of the meatus acusticus external were employed to improve results of the surgical treatment of the middle ear malformations. This method begins with drilling the mastoid to allow identification of the sinodural angle, which is then followed anteriorly to the antrum. The atretic plate is then carefully removed. Ossiculoplasty and tympanoplasty proceed in the usual fashion and the newly created EAC is lined with a split thickness skin graft.

Keywords: middle ear malformation, congenital oral Artesia, surgical treatment, classification.

Bibliography: 22 sources.

Атрезия наружного слухового прохода наиболее частая среди врожденных аномалий органа слуха и характеризуется гипоплазией НСП, структур среднего и иногда внутреннего уха [3, 6]. Односторонняя встречается в 3 раза чаще, чем двухсторонняя [2, 16].

Аномалии наружного и среднего уха чаще являются односторонними, приблизительно в 70–90 % случаев и главным образом поражается правое ухо 58–61 % [1, 18, 19, 22].

АНСП в сочетании с аномалиями развития среднего уха (деформация молоточка, наковальне — молоточкового сочленения, их фиксация атеритической пластинкой, деформация стремени) как правило, приводят к кондуктивной тугоухости высокой степени с костно-воздушным интервалом (КВИ) более 50 дБ. Кроме того, у 11–17% пациентов выявляется и сенсоневральный компонент тугоухости [9, 17, 21].

Принятие решения об оперативном лечении при односторонней атрезии является дискуссионным вопросом. В связи с частым рестенозированием (в 25% случаях) [4, 14], воспалением и неудовлетворительными аудиологическими результатами многие авторы [8, 10, 15, 16, 22] отказываются от хирургических вмешательств. Другие авторы [7, 4] рекомендуют проводить хирургическое лечение односторонней атрезии по достижению совершеннолетнего возраста. При двухсторонней атрезии большинство авторов считают необходимым проводить хирургическое лечение в дошкольном возрасте, т. е. в 5–6 лет [13].



11. HNO-Heilkunde// Teil III. HNO. — 1984. — Vol. 32. — P. 401–412.
12. Hochauflösende Computertomographie fehlgebildeter Mittelohren / Siegert R. [et al.] // Laryngo-Rhino-Otol. — 1996. — Vol. 75. — P. 187–194.
13. Jahnke K., Schrader M. Surgery for congenital aural atresia. The Tübingen Study // Adv. Otorhinolaryngol. — 1988. — Vol. 40. — P. 1–8.
14. Lambert P. R. Congenital Aural Atresia: Stability of Surgical Results // Laryngoscope. — 1998. — Vol. 108. № 12. — P. 1801–1805.
15. Lund W. S. The surgery of congenital deafness // The Oxford, England series of 235 ears. Acta Oto-Rhino-Laryngologica Belgica. — 1988. — Vol. 42. — P. 5–11.
16. Management of Congenital Ear Malformations / Glasscock M. E. [et al.] // Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. — 1983. — Vol. 92. — P. 504–509.
17. McKennan K. X., Chole R. A. Traumatic external auditory canal atresia // Am. J. Otol. — 1992. — Vol. 13. — P. 80–81.
18. Swartz J. D., Faerber E. N. Congenital malformations of the external and middle ear: high-resolution CT findings of surgical import // AJR. — 1985. — Vol. 144. — P. 501–506.
19. Teufert K. B., De la Cruz A. Advances in congenital aural atresia surgery: effects on outcome // Otolaryngol. Head Neck Surg. — 2004. — Vol. 131, № 3. — P. 263–70.
20. Tos M., Balle V. Postinflammatory acquired atresia of the external auditory canal: Late results of surgery // Am. J. Otol. — 1986. — Vol. 7. — P. 365–370.
21. Valuable use of computer-aided surgery in congenital bony aural atresia / Caversaccio M. [et al.] // J. Laryngol. Otol. — 2003. — Vol. 117. № 4. — P. 241–248.
22. Weerda H., Bockenheimer S., Trubi M. Gehorverbessernde Operationen bei Ohrmuschelmissbildungen // HNO. — 1985. — Vol. 33. — P. 449–452.

Диаб Хассан Мохамад Али — научный сотрудник Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9. Тел. +812-316-25-01, э/п Hasandiab@mail.ru

УДК:616.212.5-089.844

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОСТОВА ПЕРЕГОРОДКИ НОСА — ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ И УСТРАНЕНИЯ ЕЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФЛОТАЦИИ

В. В. Диденко

RECONSTRUCTIVE-PLASTIC SURGERY SKELETON SEPTUM-EFFECTIVE WAY TO PREVENT AND REDRESS FLOTATION

V. Didenko

*Запорожская медицинская академия последипломного образования, Украина
(Зав. каф. оториноларингологии — проф. А. Д. Гусаков)*

У 47 больных с послеоперационным дефектом остова перегородки носа и ее флотацией произведена первичная и вторичная пластика дефекта с помощью перфорированных и неперфорированных пластин пористого политетрафторэтилена толщиной 1–2 мм. У всех больных в отдаленном послеоперационном периоде получен хороший морфологический и функциональный результат. Пористый политетрафторэтилен в виде пластин является совершенным пластическим материалом, который наиболее полно отвечает задачам и условиям восстановительной хирургии резецированного остова перегородки носа. Первичная пластика остова перегородки всегда эффективнее вторичной, поэтому в случаях, когда после подслизистой резекции перегородки носа возникает ее флотация 2–3 степени, операцию целесообразно завершать реконструкцией и пластикой ее остова.

Ключевые слова: послеоперационный дефект остова носовой перегородки, пластика.

Библиография: 25 источников.



In 47 patients with postoperative defect core of the nasal septum and its flotation produced primary and secondary plastic defect using perforated and non-perforated plates, porous polytetrafluoroethylene 1–2 mm thick. All patients in the late postoperative period was good morphological and functional outcome. Porous polytetrafluoroethylene in the form of plates is a perfect plastic material that best meets the objectives and conditions of reconstructive surgery of the nasal septum resected skeleton. Primary plastic core partitions always better secondary, so when after submucous resection of nasal septum arises its flotation of 2–3 degrees, the operation is expedient to complete reconstruction and grafting its core.

Key words: postoperative defect core of the nasal septum, plastic.

Bibliography: 25 sources.

В настоящее время при коррекции деформации перегородки носа (ПН) ринопластики отдают предпочтение концепции «минимально инвазивной хирургии» [13, 17, 20].

В то же время, несмотря на широкое использование ринопластиками щадящих способов септопластики по В. И. Воячеку и М. Н. Коттле и их модификаций, позволяющих сохранять остов ПН, избежать подслизистых резекций перегородки носа (ПРПН), которые оставляют значительные дефекты в хрящевом и костном отделах ее, не удастся. Это касается, прежде всего, сложных посттравматических деформаций (сложенные перегородки и другие причудливые формы), захватывающие область носового клапана, хрящевой и костный ее отделы. Так, наличие нескольких гребней, шипов, грубые посттравматические деформации ПН в области носового клапана требуют резекции значительной части остова перегородки носа, что часто завершается флотацией ПН, развитием в ее тканях дегенеративно-дистрофических процессов и формированию перфорации [2, 3, 4, 5, 8, 13, 19, 16, 17, 24]. Поэтому многие ринопластики, после устранения деформаций ПН, прибегали и прибегают сегодня к одномоментному восстановлению резецированного остова ПН различными пластическими материалами биологического и небιологического происхождения [1, 7, 9, 6, 10, 13, 17, 11, 12, 22].

Недостатками хрящевого и костного аутоотрансплантатов (реимплантатов) является их слабая приживляемость, чувствительность к инфекции, рассасывание, неустойчивость в приданом положении и формирование вторичной деформации ПН, их далеко не всегда хватает для восстановления остова ПН.

Костные и хрящевые аллотрансплантаты являются чужеродными, со временем рассасываются, чувствительные к нагноению и секвестрации. При консервировании их в формалине, последний имеет канцерогенные свойства и пагубно действует на ДНК клеток, не зависимо от сроков и его концентрации [21, 22]. Кроме того, использование консервированных аллотрансплантатов не исключает передачу инфекционных заболеваний, в том числе и СПИДа и поэтому их использование в хирургии в настоящее время запрещено. С другой стороны известно, что все чужеродные тела, особенно несущие в себе антигенный стимул или биоактивность, вызывают в организме больного реакцию иммунного ответа как на местном, так и на системном уровнях, что приводит к ликвидации (рассасыванию) и отторжению такого агента или изоляции его (инкапсуляции) [15].

Все выше изложенное говорит о том, что поиск более совершенных пластических материалов для восстановительной хирургии остова перегородки носа является весьма актуальным и необходимым.

Целью нашего исследования явилось клиническое изучение возможности и целесообразности использования современного пористого политетрафторэтилена для пластики остова перегородки носа, профилактики и устранения ее флотации.

Пациенты и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 47 больных с послеоперационным дефектом остова ПН в возрасте от 14 до 67 лет. Детей было 6, мужчин 32, женщин — 9. Диагноз заболевания основывался на жалобах больного, анамнезе заболевания, данных эндоскопии полости носа, общеклинических исследований, данных рентгенографии, компьютерной томографии (КТ) носа и околоносовых пазух.

Всем больным до и после хирургического лечения проводилось исследование микробиологического дизайна слизистой оболочки перегородки носа, состояние эпителиального покрова



17. Особливості реоперативних втручань з приводу деформації перегородки носа / Г. С. Протасевич [и др.]. Мат. 10 з'їзду оториноларингологів України. — Судак, 2005. — С. 137–138.
18. Пискунов Г. З. Клиническая ринология. Руководство для врачей 2-е изд. исправл. и допол. — М.: МИА, 2006. — 560 с.
19. Солдатов И. Б., Гофман В. Р. Оториноларингология. — СПб. — 2000. — 467 с.
20. Хойзинг Е. Х. Функциональная корригирующая хирургия носа: ее развитие и современное состояние вопроса // Рос. ринология. — 1994. — Приложение 2. — С. 71–72.
21. Ballenger J. F. So effects of formaldehyde on the upper respiratory tract // Laryngoscope. — 1984, Vol. 94. — № 11. — P. 1411–1413.
22. Histological changes in the nasal mucosa in persons occur paternally exposed to formaldehyde alone and in combination With Wood Aust / M. Holström [et al.] // Acta Otolaryngology. — 1989. — Vol. 107, № 1–2. — P. 120–129.
23. Husing E. H. de Groot J. A. M. Septal surgery, In; Functional reconstructive nasal surgery.-Stuttgart, Thieme, 2003. — P. 140–191.
24. Kern E. B. Surgical approaches to abnormalities of the nasal valve // Laryngoscope. — 1983. — Vol. 93. — P. 49–55.
25. Muller D. Spätergebnisse nach Rinoplastik Nasentraumen in Kindersalzen // Laryngol. Rhinol. Otol. — 1983. — Bd. 62, № 3. — S. 116–118.

Диденко Василий Васильевич — аспирант кафедры оториноларингологии ЗМАТО. Украина, г. Запорожье, бул. Винтера, 20, индекс 69096. ЗМАПО, кафедра оториноларингологии, тел. раб. (061) 766-33-10, 769-29-67, тел. моб. +380505825443, эл. почта: vasily.didenko@rambler.ru

УДК: 616.284-002.2-008.87-074

ПОКАЗАТЕЛИ «НОРМЫ» МИКРОСИМБИОЦЕНОЗА БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ В ПЕРИОД РЕМИССИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ МИРИНГОПЛАСТИКИ

В. А. Долгов

INDICES OF «NORM» OF TYMPANIC CAVITY MICROSymbiocENOSIS IN REMISSION PERIOD OF CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA AND THEIR USE IN SELECTION OF OPTIMAL TERMS FOR MYRINGOPLASTY

V. A. Dolgov

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия МЗиСР РФ»
(Ректор — Засл. д. н. РФ, проф. В. М. Боев)

В статье описан новый методический подход к выбору оптимальных условий и сроков мирингопластики в период ремиссии хронического гнойного среднего отита (мезотимпанита) по состоянию микробного биоценоза барабанной полости.

Ключевые слова: мезотимпанит, барабанная полость, микроорганизмы, ремиссия, мирингопластика.

Библиография: 6 источников.

A new methodics approach to the selection of optimal condition and terms for myringoplasty in the remission period of chronic purulent otitis media (mesotympanitis) is described in this article by the state of microbic biocenosis of tympanic cavity.

Key words: mesotympanitis, tympanic cavity, microorganisms, remission, myringoplasty.

Bibliography: 6 sources.

Большинство отохирургов считают 6 месяцев «сухого уха» наиболее удобным сроком для пластики барабанной перепонки, учитывая длительную стабильную ремиссию хронического гнойного мезотимпанита (ХГМ), а также хорошие клинические и функциональные результаты послеоперационного периода [2, 4, 5]. Вместе с тем изучение показателей микробного биоце-



3. Метод определения антилизоцимной активности микроорганизмов / О. В. Бухарин [и др.] // Журн. микробиол. — 1984. — № 2. — С. 27–28.
4. Меланьин В. Д., Хоров О. Г. Формирование полости среднего уха при первичной тимпанопластике // Вестн. оторинолар. — 1999. — № 2. — С. 46–48.
5. Мишенькин Н. В. Хроническое гнойное воспаление среднего уха / Руководство по оториноларингологии. — М., 1994. — С. 110–132.
6. Фельдман Ю. М. Количественное определение бактерий в клинических материалах // Лабораторное дело. — 1984. — № 1. — С. 616–619.

Долгов Вячеслав Александрович — докт. мед. наук, проф. каф. оториноларингологии Оренбургской ГМА. г. Оренбург, 460000, ул. Советская, 6, тел./факс 8-3532-77-24-59 orgma@esoo.ru

УДК:616.22-002.28:612.017.1:64.7(470.56)

ВЗАИМОСВЯЗЬ В СИСТЕМЕ ЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ БИОСРЕД — ИММУННЫЙ СТАТУС — ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМ ЛАРИНГИТОМ В РЕГИОНАХ С РАЗЛИЧНОЙ АНТРОПОГЕННОЙ НАГРУЗКОЙ

Е. А. Дубцова, В. М. Боев, И. А. Шульга

INTERRELATION IN SYSTEM ELEMENT STRUCTURE OF BIOENVIRONMENTS — THE IMMUNE STATUS — INCIDENCE OF THE CHRONIC HYPERPLASTIC LARYNGITIS IN REGIONS WITH VARIOUS ANTHROPOGENOUS LOADING

Е. А. Dubtsova, V. M. Boev, I. A. Shulga

ГОУ ВПО Оренбургская ГМА Минздравсоцразвития России
(Ректор — проф. В. М. Боев)

В статье описывается влияние антропогенных факторов окружающей среды на микроэлементный состав волос, иммунный статус и уровень заболеваемости хроническим гиперпластическим ларингитом в различных по экологическому благополучию городах Оренбургской области.

Ключевые слова: хронический гиперпластический ларингит, заболеваемость, микроэлементы, иммунный статус.

Библиография: 11 источников.

The article focuses on the impact of the anthropogenic factors of the environment on the hair minor constituents, the immune status and the incidence of chronic hyperplastic laryngitis in the towns of the Orenburg region with a diverse ecological state.

Keywords: the chronic hyperplastic laryngitis, the incidence of the disease, minor constituents, the immune status

The bibliography: 11 sources.

Анализ статистических данных свидетельствует о связи заболеваемости населения Российской Федерации с загрязнением окружающей среды [9]. При этом уровень загрязнения территорий определяется структурой промышленности, а также особенностями природно-климатических условий. Повышенные концентрации поллютантов оказывают на население комплексное, комбинированное и сочетанное действие, в результате чего происходит нарушение гомеостаза, снижается иммунный потенциал человека, возрастает как специфическая, так и неспецифическая заболеваемость населения [2, 3].

По объемам выбросов вредных веществ в воздух Оренбургская область находится среди регионов России с наибольшими объемами выбросов (более 500 тыс. т) [4, 5].



УДК: 616.28-008.14-07.001.6

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КЛЕТОК СПИРАЛЬНОГО ОРГАНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Т. В. Золотова, Н. В. Дубинская¹

THE STUDY OF MICROELEMENT COMPOSITION OF THE SPIRAL ORGAN'S CELLS IN EXPERIMENTAL SENSORINEURAL HEARING LOSS

T. V. Zolotova, N. V. Dubinskaya¹

ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет

(Зав. ЛОР кафедрой — проф. А. Г. Волков)

¹ МЛПУЗ ГБ № 1 им. Н. А. Семашко, г. Ростов-на-Дону

(Главный врач — В. Г. Жданов)

Изучен микроэлементный состав клеток спирального органа 15 крыс методом рентгеноспектрального микроанализа. У 10 животных с экспериментальной гентамициновой сенсоневральной тугоухостью выявлено изменение содержания микроэлементов по сравнению с контролем. Наибольшие сдвиги отмечены по отношению к изменению доли кальция в норме при экспериментальной сенсоневральной тугоухости.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, экспериментальные животные, микроэлементный состав, спиральный орган.

Библиография: 12 источников.

Studied microelements composition of the cells of the spiral organ of 15 rats by X-ray microanalysis. The 10 experimental animals with sensorineural hearing loss showed changes in trace element content compared with controls. The greatest improvements were observed in relation to the share of calcium in experimental sensorineural hearing loss.

Key words: sensorineural hearing loss, experimental animals, microelement composition, spiral organ.

Bibliography: 12 sources.

Современные тенденции изучения патологических состояний на клеточно-молекулярном уровне диктуют необходимость исследования нарушений электролитного баланса в развитии сенсоневральной тугоухости, в частности, роли кальциевого метаболизма как одного из основных механизмов, участвующих в регуляции гомеостаза [7, 8]. Известно, что система транспорта ионов кальция в мембранных структурах мозга обладает наиболее высокой чувствительностью к перекисному окислению липидов, развивающемуся, например, в острой фазе черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения. Даже незначительное накопление продуктов перекисного окисления липидов в нейрональной мембране приводит к выраженному ингибированию кальций-транспортирующей способности, перегрузке нейрона кальцием. Избыток кальция в цитоплазме нейрона может привести к активации внутриклеточных протеаз и вызвать некробиотические изменения в клетке и ее гибель [2, 4, 5]. Повреждающему действию свободных радикалов, индуцируемому различными факторами, отводится важная роль в развитии тугоухости. В случае гиперпродукции свободных радикалов или ослаблении защитных систем организма могут сложиться условия для клеточного повреждения. В результате воздействия свободных радикалов на билипидный слой мембран значительно увеличивается их проницаемость для ионов кальция, что приводит к запуску патологического процесса [2, 5, 10]. Известно, что сосудистый фактор играет важнейшую роль в этиопатогенезе поражений слухового анализатора. Гипоксическое состояние вследствие реологических расстройств во внутреннем ухе приводит к активации перекисного окисления липидов, что в свою очередь способствует накоплению кальция в цитоплазме и инициации апоптоза [3, 4]. Однако значение изменения содержания микроэлементов в тканях внутреннего уха в целом и, в частности, кальция является малоизученной проблемой, исследуемой лишь



УДК: 616.28-008.55:615.47

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Е. М. Илларионова, И. В. Отвагин, Н. П. Грибова

DIAGNOSTIC FEATURES OF THE VESTIBULAR FUNCTION HEALTHY PERSONS

Е. М. Illarionova, I. V. Otvagin, N. P. Gribova

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения и социального развития РФ
(Ректор — проф. И. В. Отвагин)

Представлены современные данные диагностики вестибулярной функции здоровых лиц. Использовался метод компьютерной стабилотрии с набором тестов информативных для исследования вестибулярного анализатора — исследование в позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами, тест с поворотами и наклонами головы, тандемный тест. Установлено, что компьютерная стабилотрия — надежный метод, позволяющий объективно оценить состояние системы равновесия.

Ключевые слова: вестибулярная функция, здоровые лица, диагностика, компьютерная стабилотрия.

Библиография: 7 источников

The article presents modern data concerning diagnostic approaches of healthy persons. The method of computer stabilometry was used with the set of tests informing for research of vestibular analyzer is research in the Romberg position with the opened and closed eyes, test with turns and inclinations of head, tandem test. It has been established that computer stabilometry — reliable method to objectively evaluate the state of equilibrium.

Key words: vestibular function, healthy persons, diagnostic approaches, computer stabilometry methods.

Bibliography: 7 sources.

В процессе эволюции человека развился крайне утонченный механизм поддержания равновесия, который зависит от зрительной, вестибулярной, проприоцептивной и поверхностно-сенсорной информации. Первостепенную роль в этой сложной системе играет вестибулярный анализатор. По причине сложных и обширных связей в ЦНС и тонкой балансировки вестибулярная система весьма чувствительна ко многим патологическим процессам, каждый из которых может тем или иным образом нарушить чувство равновесия. По своей тонкой чувствительности и динамичности, высокой и многообразной информативности вестибулярный анализатор во многом превышает информативность, получаемую при исследовании других черепных нервов [1, 3, 7].

Зачастую клиническое применение вестибулометрических методов оценки ампулярной и отолитовой функции, основанное на регистрации вызванных вестибулярных реакций в ответ на различную стимуляцию, ограничено плохой переносимостью не только больных, но даже здоровых лиц. До недавнего времени объективная оценка функции вестибулярного аппарата основывалась, главным образом, на результатах регистрации вестибулоокулярного рефлекса. В последние годы в комплексном обследовании больных для распознавания вестибулярных расстройств и их объективизации наряду с нистагмографией все более широкое применение находит другой не менее информативный метод исследования [5].

Компьютерная стабилотрия — метод регистрации динамики перемещения проекции общего центра массы тела человека, стоящего в основной стойке, на плоскость горизонтальной опоры, иначе исследование функциональной системы поддержания равновесия — это достаточно новый для клинической практики метод функциональной диагностики, несмотря на то, что его теоретические основы разработаны давно [6].



5. Скворцов Д. В. Диагностика двигательной патологии инструментальными методами: анализ походки, стабилметрия. М.: Т. М. Андреева, 2007. — 640 с.
6. Скворцов Д. В. Стабилометрическое исследование. М.: Маска, 2010. — 174 с.
7. Baloh R. W., Honrubia V. Clinical Neurophysiology of the Vestibular System. New York: Oxford University Press, 2001. — 432 p.

Илларионова Елена Михайловна — аспирант кафедры неврологии и психиатрии ФПК и ППС Смоленской ГМА. 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28. тел.: 84812553974, э/п: la_lena@mail.ru; **Отвагин** Игорь Викторович — доктор медицинских наук, ректор Смоленской ГМА. 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28. тел.: 74812550275, э/п: oiv09@mail.ru; **Грибова** Наталья Павловна — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой неврологии и психиатрии ФПК и ППС Смоленской ГМА. 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28. тел.: 84812553974, э/п: gribova.sgma-fpk@mail.ru

УДК: 616.28-008.55:615.47

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ

Е. М. Илларионова, И. В. Отвагин, Н. П. Грибова

MODERN CONCEPTIONS REGARDING DIAGNOSTIC APPROACHES OF VERTIGO

E. M. Illarionova, I. V. Otvagin, N. P. Gribova

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития РФ
(Ректор — проф. И. В. Отвагин)*

Представлены современные данные о диагностике системного головокружения при центральной и периферической вестибулярной дисфункции. Использовался метод компьютерной стабилотрии с набором тестов, информативных для исследования вестибулярного анализатора — исследование в позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами, тест с поворотами и наклонами головы, тандемный тест. Получены статистически значимые отличия стабилотрических показателей в группах пациентов с центральным и периферическим головокружением. Установлено, что компьютерная стабилотрия — надежный метод, позволяющий объективно оценить изменение состояния равновесия как у больных с центральным, так и с периферическим вестибулярным головокружением.

Ключевые слова: системное головокружение, диагностика, компьютерная стабилотрия.

Библиография: 7 источников

The article presents modern data concerning diagnostic approaches of the central and peripheral vertigo. The method of computer stabilometry was used with the set of tests informing for research of vestibular analyzer is research in the Romberg position with the opened and closed eyes, test with turns and inclinations of head, tandem test. A statistically significant differences stabilometry indicators in groups of patients with central and peripheral vertigo are received. Computer stabilometry methods were found to be reliable methods for patients with central and peripheral vertigo.

Key words: vertigo, diagnostic approaches, computer stabilometry methods.

Bibliography: 7 sources

В последнее время значительно возрос интерес к проблеме головокружений. В различных возрастных группах головокружение выявляется у 5–30 % пациентов. Более половины подобных обращений приходится на самый трудоспособный возраст — от 30 до 50 лет. Вероятность появления этого симптома увеличивается с возрастом и среди людей старше 80 лет распространенность головокружения достигает 39 %. За последние 10 лет число обращений с головокружением возросло [1, 2].



УДК: 616.322:576.8.097.3:616.22-008.5

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НЕБНЫХ МИНДАЛИН И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ДИСФОНИЯМИ

Е. Е. Корень, В. А. Косенко, Л. Л. Клячко, Ю. Е. Степанова, А. А. Корнеев

THE ANALYSIS RESULTS OF THE FUNCTIONAL STATUS PALATINE TONSILS AND LOCAL IMMUNITY OF PATIENTS WITH DYSPHONIAS

Е. Е. Koren, V. A. Kosenko, L. L. Klyachko, Y. E. Stepanova, A. A. Korniyenkov

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

В статье представлены результаты микробиологического, цитологического исследования небных миндалин и состояния местного иммунитета у 93 больных с органическими и функциональными дисфониями. Полученные данные свидетельствуют о нарушениях местного иммунитета и снижении функциональной активности небных миндалин у больных с органическими нарушениями голоса.

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

Библиография: 16 источников.

The analysis of the local immunity and functional status palatine tonsils was made to 93 patients with organic and functional dysphonias. According to the results the patients with organic dysphonias have changes of the local link of immunity and have reduction of functional status palatine tonsils.

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

Bibliography: 16 sources.

Изучение этиологии и патогенеза заболеваний гортани являются важной проблемой оториноларингологии. Диагностика и эффективность лечения во многом зависят от правильного понимания причин возникновения голосовых расстройств.

Клинические наблюдения различных авторов позволяют говорить о том, что заболевания лимфоидного глоточного кольца могут быть причиной нарушения голоса и возникновения как функциональных, так и органических дисфоний [2, 12, 13, 14, 16].

Небные миндалины составляют часть резонаторного отдела голосового аппарата. Гипертрофия небных миндалин, их рубцовые изменения нарушают подвижность мягкого неба, что негативно сказывается на голосовой функции. В своих работах ряд авторов отмечают, что санация хронических очагов инфекции глотки благоприятно влияет на развитие и течение заболеваний гортани [3, 4, 8, 15].

Ранее было доказано, что небные миндалины, как орган иммунитета, способны повышать свою активность в ответ на увеличение численности и состава местной микрофлоры [10]. Одним из признаков нарушения функциональной полноценности миндалин, связанным с ослаблением их внешней иммунологической активности, является бактериальная обсемененность крипт на фоне резкого снижения количества клеток лимфоидного ряда и высокое содержание продуктов распада биологического материала. Поэтому лакуны нередко становятся местом появления и продолжительной вегетации патогенных и резидентных микроорганизмов. Считается, что развитие тонзиллогенных осложнений в значительной степени связано с патогенной трансформацией бактерий аутофлоры [5, 9]. В определенных условиях недостаток активных Т-лимфоцитов, а также дефект в системе фагоцитоза приводит к проникновению патогенных микроорганизмов в паренхиму небных миндалин, а незавершенный фагоцитоз способствует дальнейшей внутриклеточной персистенции микроорганизмов [7]. Кроме того, высказывается предположение, что формирование бактериальных биопленок в криптах мин-



УДК: 616.22-008.5-085-053.2

РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У ПОЮЩИХ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСФОНИЕЙ ПО ГИПОТОНУСНОМУ ТИПУ

В. В. Коротченко, В. В. Шиленкова

REHABILITATION OF VOICE IN SINGING CHILDREN WITH FUNCTIONAL DYSPHONIA

V. V. Korotchenko, V. V. Shilenkova

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ»

(Ректор – проф. А.В.Павлов)

Авторы впервые применили нейромышечную электрофонопедическую стимуляцию гортани в детской практике у 32 поющих детей 6-12 лет, страдающих функциональной дисфонией по гипотонусному типу, модифицировав методику, предложив проводить терапию в режиме стимуляции верхнего гортанного нерва и заменив рекомендуемые голосовые упражнения на собственные. Эффективность НМЭФС оценивалась методом субъективного и акустического анализа голоса с записью фонетогрмм и спектрограмм изучения качества жизни при помощи VHI. Восстановление голосовой функции достигнуто у 31 ребенка (96,9%).

Ключевые слова: функциональная дисфония, нейромышечная электрофонопедическая стимуляция гортани.

Библиография: 34 источника.

The authors have been studied the efficiency of neuromuscular electro-phonatoric stimulation (NMEPS) of larynx in 32 singing children from 6 to 12 years old with functional dysphonia. The authors modified method by using stimulation of larynx in rate of n. laryngeal superior and changed vocal exercises. The efficiency of NMEPS has been studied with perceptual voice evaluation with GRBAS scale, acoustic analysis of voice by recording phonetogramm and spectrogram. Quality life analysis was performed according VHI. 31 patients demonstrated excellent results after NMEPS of larynx and the restoration of voice.

Key words: singing children, functional dysphonia, neuromuscular electro-phonatoric stimulation of larynx.

Bibliography: 34 sources.

Распространенность голосовых расстройств в детском возрасте неуклонно растет. Если в 70–90-е годы XX века нарушения голоса наблюдались от 0,2% до 10% детей и подростков, то в настоящее время частота встречаемости этой патологии достигает 35–46% [4, 13, 20, 21, 27, 30]. По данным одних авторов наиболее часто встречаются органические заболевания гортани [17, 18]. Другие исследователи утверждают, что большую часть составляют функциональные расстройства голосовой функции [2, 9]. Тем не менее, и те, и другие нарушения голоса негативно сказываются на общем развитии и нервно-психическом состоянии детей и подростков, а также формировании их как личности [7].

Причины развития дисфоний у поющих детей и подростков разнообразны. Наиболее частой из них является перенапряжение голоса при неправильном механизме фонации [1, 4, 14, 32, 33]. Значительная роль в развитии функциональных расстройств голоса у детей отводится психотравмирующим факторам, рецидивирующим инфекциям верхних дыхательных путей, вегетососудистой дистонии, воздействию различных лекарственных препаратов, гормональным дисфункциям [3, 16, 25, 26].

Среди функциональных расстройств голосовой функции в детском и подростковом возрасте наиболее часто встречается функциональная дисфония по гипотонусному типу (ФГД), которая обусловлена снижением мышечного тонуса голосовых складок и других мышц гортани, участвующих в голосообразовании. Это заболевание у детей чревато развитием органической



33. Wilson D. K. Voice problem of children. London: Sans Willams et Wilkins, 1987. 448 p.
34. Yanagihara N. Significance of harmonic changes and noise components in hoarseness // J. of Speech and Hearing Research. — 1967. — Vol. 10. — P. 531–541.

Коротченко Валентина Викторовна — заочный аспирант кафедры оториноларингологии Ярославской ГМА. 150054, г. Ярославль, ул. Загородный сад, д.11, корпус 4, тел. 8-8452-25-09-64, V.V.Korotchenko@yandex.ru;
Шиленкова Виктория Викторовна — докт. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, д.5, тел. 8-8452-25-09-64, vikt@rambler.ru.

УДК:614.251+347.56]:616.21

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ И КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ОБЛАСТИ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С ЛОР-ПАТОЛОГИЕЙ

Д. М. Кочетов

ESTIMATION OF PROFESSIONAL KNOWLEDGE AND COMPETENCE OF MEDICAL STUFF OF MEDICAL ESTABLISHMENTS DURING RENDERING HIGH-TECHNOLOGIC MEDICAL AID (HTMA) TO THE POPULATION HAVING OTORHINOLARYNGOLOGIC PATHOLOGY (ORP)

D. M. Kochetov

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», г.Москва
(Директор — проф. Н. А. Дайхес)

В статье представлены результаты социологического исследования профессиональных знаний и компетентности медицинского персонала в области оказания пациентам высокотехнологичной оториноларингологической помощи. Анализ полученных результатов позволил установить ситуацию с уровнем знаний и информированности врачебного персонала, деятельность которого осуществляется в области оториноларингологии, и руководителей лечебных учреждений по вопросам оказания ВМП населению, а также выявить их мнение о необходимости и возможности организации такой помощи в субъектах РФ 6 федеральных округов.

Ключевые слова: социологическое исследование, медицинский персонал, высокотехнологичная медицинская помощь, оториноларингология.

Библиография: 11 источников.

In the article the author presented the results of sociological study of professional knowledge and competence of medical stuff during rendering high-technologic medical aid to the patients having otorhinolaryngologic pathology. The analysis of the obtained results made it possible to estimate professional knowledge and competence of medical staff (rendering aids in the field of ORS) and managers of medical establishments in the questions of rendering HMA to the population and to find out their opinion concerning necessity and possibility to organize such an aid in 6 federal districts of RF.

Key words: sociological study, medical stuff, high-technologic medical aid, otorhinolaryngology.

Bibliography: 11 sources.

Важнейшей целью государственной политики в области здравоохранения на современном этапе является улучшение состояния здоровья населения, обеспечение доступности и качества медицинской помощи для граждан России [1]. Необходимо отметить, что это считается одной из довольно важных и наиболее сложно решаемых проблем, которой в условиях целенаправленного совершенствования российского здравоохранения в последние годы уделяется существенное внимание на федеральном уровне. При этом основным стратегическим направлением повышения уровня медицинского обслуживания населения и качества медицинской помощи



УДК:612.017.11:616.322+616.323]-007.61—053.37-039.4

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ГИПЕРТРОФИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ВРОЖДЁННОГО И АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**И. М. Магомедов, М. З. Саидов, А. С. Юнусов, А. М. Шахназаров, С. В. Климова, А. С. Будихина, И. И. Нажмуудинов.****INFLUENCE OF DURATION ADENOTONZILL'S HYPERTROPHY ON INDICATORS OF LOCAL CONGENITAL AND ADAPTIVE IMMUNITY IN FREQUENTLY ILL CHILDREN****I. M. Magomedov, M. Z. Saidov, A. S. Yunusov, A. M. Shahnazarov, S. V. Klimova, A. S. Budikhina, I. I. Nazhmudinov***ГУ Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва
(Директор — проф. Н. А. Дайхес)**ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала
(Зав. каф. патологической физиологии — проф. М. З. Саидов)**ГНЦ — Институт иммунологии ФМБА России, Москва
(Директор — академик РАН и РАМН, проф. Р. М. Хаитов)*

В статье представлены результаты изучения состояния адаптивного и врождённого местного иммунитета в группе часто болеющих детей с аденотонзиллярной гипертрофией. С этой целью использовались методы иммуногистохимии. Объектом исследования служил операционный материал аденоидных вегетаций и нёбных миндалин. Показано, что длительность заболевания до года сопровождается достоверным угнетением уровня CD20+ и CD35+клеток и достоверным увеличением уровня CD56+клеток по сравнению с группой ЧБД с длительностью заболевания свыше года. Одновременно в первой группе детей определяется достоверное угнетение TLR1 рецептора на клетках аденоидных вегетаций и нёбных миндалин. Изучение сопряжённого фенотипа клеток по схеме "CD-TLR" в группе ЧБД с длительностью заболевания до года показало следующий результат — CD8+TLR4+TLR9+; CD20+TLR9+; CD35+TLR1+TLR4+; CD56+TLR9+. А в группе ЧБД с длительностью заболевания свыше года — это CD3+TLR7+; CD4+TLR7+TLR9+; CD8+TLR7+; CD14+TLR9+; CD20+TLR9+.

Ключевые слова: часто болеющие дети, аденотонзиллярная гипертрофия, адаптивный, врождённый иммунитет, CD-позитивные клетки, TLR-позитивные клетки.

Библиография: 14 источников.

The results of studying are the state of the adaptive and innate immunity in the local group of sickly children with adenotonsill's hypertrophy. To this end, we used immunohistochemistry. The object of investigation was an adenoid vegetations and tonsils. It is shown that the duration of the disease before the year is accompanied by significant inhibition of the level of CD20 and CD35 cells and significant increase in the level of CD56 cells as compared with a group of frequently ill children with disease duration of more than a year. At the same time in the first group of children found to have significantly oppression TLR1 receptor on cells of adenoid vegetations and tonsils. The study of the dual phenotype of cells under the scheme "CD-TLR" in the group of frequently ill children with disease duration up to one year showed the following result — CD8+TLR4+TLR9+; CD20+TLR9+; CD35+TLR1+TLR4+; CD56+TLR9+. In a group of frequently ill children with disease duration more than a year — it's CD3+TLR7+; CD4+TLR7+TLR9+; CD8+TLR7+; CD14+TLR9+; CD20+TLR9+.

Key words: frequently ill children, adenotonsill's hypertrophy, adaptive immunity, innate immunity, CD- positive cells, TLR- positive cells.

Bibliography: 14 sources.

Аденотонзиллярная гипертрофия у часто и длительно болеющих детей (ЧБД) является уникальным патологическим процессом с точки зрения иммунопатогенеза заболеваний лим-



УДК:617.53/.52-089-008.815

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИДОСТУПА В ХИРУРГИИ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА И ШЕИ В СОЧЕТАНИИ С АРГОНУСИЛЕННОЙ КОАГУЛЯЦИЕЙ

С. А. Мальцев

CLINICAL EFFICIENCY OF MINIAccess IN SURGERY OF THE OBVERSE SKULL AND THE NECK IN THE COMBINATION WITH STRENGTHENED BY ARGON COAGULATION

S. A. Maltsev

МУ Центральная городская клиническая больница № 23, г. Екатеринбург

(Главный врач — А. В. Карташов)

ФГУ «УНИИТО им. В. Д. Чаклина Росмедтехнологий»

(Директор — И. Л. Шлыков)

Всего за 2006–2010 гг. было прооперировано 96 больных из минидоступа. При наличии проникающего ранения (13 %) в полость носа произведена ревизия полости носа и удаление инородных тел и костных фрагментов в полном объеме. Применение минимально инвазивного операционного доступа и аргонусиленной коагуляции позволило произвести ревизию лобных пазух при ранении и в случае необходимости сформировать лобно-носовой канал для дренирования синуса.

Ключевые слова: Лицевой череп, повреждения, минимально инвазивный операционный доступ, аргонусиленная коагуляция.

Библиография: 4 источника.

In total for 2006–2010 was treat 96 patients from miniaaccess. At presence of penetrating wound (13 %) in a cavity of a nose audit of a cavity of a nose and removal of alien bodies and bone fragments in full is made. Application of minimal invasive operational access has allowed to make audit of frontal bosoms at wound and in case of need to generate fronto-nasal channel for drenage a sine.

Keywords: Obverse skull, damages, it is minimum invasive operational access, strengthened by argon coagulation.

Bibliography: 4 sources.

Актуальность повреждений средней и боковой зон лицевого черепа (СБЗЛЧ) обусловлена ростом их числа и тяжести, сложностью диагностики, частыми осложнениями, длительностью временной нетрудоспособности и инвалидностью [3].

Особое место в хирургии с использованием минидоступа занимают повреждения и заболевания СБЗЛЧ и шеи. Повреждения лицевого черепа составляют до 34 % в структуре всех краниофациальных травм [2]. На долю повреждений верхнечелюстных пазух, лобных пазух, мягких тканей средней и боковой зон лица приходится более половины всех травм [4]. Из наиболее распространенных сопутствующих, осложняющих течение повреждений СБЗЛЧ, являются следующие:

- острый гнойный сфеноидит — 21 %,
- гнойный этмоидит — 15.2 %,
- фронтит — 10 %,
- гайморит — 9 %,
- остеомиелит — 25,8 %,
- нагноение мягких тканей — 20 % случаев [1]. Они касаются лиц зрелого и молодого возраста, ограничивая их трудоспособность и снижая качество жизни.

Основным методом лечения повреждений и заболеваний СБЗЛЧ является традиционный хирургический, основанный на ревизии раны при первичной хирургической обработке, системной антибиотикотерапии и дренировании синусов [3]. Однако при традиционном под-



Полученные результаты свидетельствуют о том, что предложенный способ лечения больных с повреждениями средней и боковой зон лицевого черепа (СБЗЛЧ) с применением аргонусиленной плазменной коагуляции и минимальноинвазивного операционного доступа (МИОД) малотравматичен, в связи, с чем может быть внедрен в любом отоларингологическом отделении. Он имеет серьезные достоинства, заключающиеся в возможности осуществлять визуальный контроль операционного поля в полном объеме. Кроме того, его использование сокращает сроки пребывания больного в стационаре, позволяет рано активизировать больного, снижает необходимость в антибактериальной терапии, что имеет несомненный экономический эффект.

Широкое применение минидоступных операций на существующем этапе развития российской хирургии является не только востребованным, но и приоритетным для здравоохранения, несет значительные положительные медицинские, экономические и эстетические эффекты. При этом одновременно решается ряд очень серьезных вопросов: существенное сокращение тяжести переносимых операций и обусловленное этим снижение послеоперационных осложнений и летальности, сокращение периода нахождения пациентов в стационаре, решение в связи с этим проблемы нозокомиальной инфекции, уменьшение длительности нетрудоспособности оперированных больных и ускорение их валидизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукьяненко А. В. Ранения лица. — М.: Медицинская книга, 2003. — 165 с.
2. Медведев Ю. А. Сочетанные травмы средней зоны лицевого черепа: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 1992. — 47 с.
3. Травмы мягких тканей и костей лица / А. Г. Шаргородский [и др.] М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 384 с.
4. Швырков М. Б., Буренков Г. И., Деменков В. Р. Огнестрельные ранения лица, ЛОР-органов и шеи. — М.: Медицина, 2001. — 397 с.

Мальцев Сергей Александрович — кандидат медицинских наук, заведующий Центром неотложной отоларингологии. 620017, г. Екатеринбург, ул. Старых большевиков, 9. МУ ЦГКБ № 23. Тел.: 8-912-630-37-72, e-mail: lach@isnet.ru

УДК:616.714.3-072.1-89.844

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА: ПРИНЦИПЫ, ТЕНДЕНЦИИ, ПРОБЛЕМЫ

О. А. Меркулов

ENDOSCOPIC ENDONASAL SKULL BASE RECONSTRUCTION: PRINCIPLES, TRENDS AND PROBLEMS.

О. А. Merkulov

Морозовская городская детская клиническая больница, г. Москва
(Главный врач – Засл. врач РФ, проф. И. Е. Колтунов)

Несмотря на растущую популярность эндоскопических эндоназальных подходов к основанию черепа адекватная реконструкция образующихся дефектов долгое время оставалась нерешенной проблемой. Эволюция методик привела к разработке техники многослойных трансплантатов, что способствовало уменьшению уровня развития послеоперационной ликвореи, однако не смогло полностью решить проблему возникающих осложнений, что послужило поводом широкого применения различных васкуляризированных лоскутов. Наиболее часто используемым является лоскут *Nadad-Bassagastegui*, применение которого, для закрытия дефектов основания черепа согласно проведенным исследованиям, способствовало снижению частоты послеоперационной ликвореи до уровня менее 5%.

Ключевые слова: Эндоназальные эндоскопические подходы, дефекты основания черепа, васкуляризированные лоскуты, послеоперационная ликворея.

Библиография: 43 источника.



Despite the growing popularity of endoscopic endonasal approaches to skull base, the ability to reconstruct the resulting defect is still an unsolved problem.

The evolution of techniques has led to the development of multi-layer technology of transplants, thereby reducing the level of postoperative liquorrhea, but was unable to completely solve the problem arising from complications. Emulating this evolution, multiple pedicle flaps have been developed for the reconstruction of skull base defects resulting from endoscopic endonasal approaches. The most commonly used flap is Hadad-Bassagasteguy, the application of which to close defects of the skull base according to studies, contributed to reducing the incidence of postoperative liquorrhea to less than 5%.

Keywords: Endoscopic endonasal approaches, skull base defects, vascular grafts, postoperative liquorrhea.

Bibliography: 43 sources.

Популяризации эндоскопической эндоназальной хирургии основания черепа в течение последних двух десятилетий способствовало детальное изучение анатомии с позиций эндоскопической хирургии, разработка навигационного оснащения операционной и инструментария, позволяющего выполнять необходимый объем хирургического вмешательства через минимальный доступ [22]. Возможность и безопасность этого направления были продемонстрированы во многих исследованиях, как в России, так и за рубежом [1, 2, 3, 4, 6, 12, 17, 21, 24, 25, 26].

Основными препятствиями для широкого применения эндоскопических эндоназальных подходов к основанию черепа долгое время являлись трудности реконструкции образующихся дефектов [22].

В целом, задачами реконструкции основания черепа после хирургических вмешательств, независимо от их тактики, являются:

- анатомическое разобщение полости черепа и синоназального тракта,
- защита важных сосудисто-нервных образований,
- косметический эффект,
- сохранение или реабилитация функций анатомических структур в зоне хирургического вмешательства,
- пластика «мертвых» пространств, образующихся после удаления опухолевой ткани.

Первоначально техника эндоскопической реконструкции дефектов основания черепа базировалась на методиках закрытия ликворных фистул различными трансплантатами, при которых положительный эффект, согласно литературным данным, достигает 95% [7, 10, 13, 14, 23, 41].

Однако для более сложных и обширных дефектов указанная тактика является неэффективной. Последующие разработки – использование многослойных трансплантатов, техника «пирога с коркой» (pie crusting techniques) способствовали уменьшению частоты развития послеоперационной ликвореи, однако не смогли полностью решить проблему возникающих осложнений, что послужило поводом для широкого применения различных васкуляризованных лоскутов [10, 13, 16, 23, 30].

Наиболее часто используемым является лоскут Hadad-Bassagasteguy, техника забора которого была детально описана G. Hadad и L. Bassagasteguy в 2006 г. Согласно проведенным исследованиям, применение данного лоскута для закрытия дефектов основания черепа способствовало снижению частоты послеоперационной ликвореи до уровня менее 5% [5, 8, 18, 19, 20, 33].

В состав лоскута Hadad-Bassagasteguy входит мукоперихондрий/мукопериостеум одной стороны перегородки носа, питание которого осуществляется за счет задних перегородочных ветвей, отходящих от клиновидно-небной артерии. Для формирования лоскута выполняют два параллельных разреза над премаксиллой и на 1–2 см ниже верхнего края перегородки носа – с целью предотвращения травмы обонятельного эпителия. В переднем отделе перегородки носа на границе перехода слизистой оболочки в кожу преддверия указанные горизонтальные разрезы соединяются посредством вертикального. Кзади, в области роострума клиновидной кости верхний разрез продолжается латерально вдоль нижнего края клиновидного отверстия, в то время как нижний разрез проводится вдоль свободного заднего края перегородки носа и далее



39. The MR imaging appearance of the vascular pedicle nasoseptal flap /M. D. Kang [et al.] // Am J Neuroradiol. – 2009. – Vol. 30, № 4. – P. 781–6.
40. The posterior pedicle inferior turbinate flap: a new vascularized flap for skull base reconstruction / F. S. Fortes [et al.] // Laryngoscope. – 2007. – Vol. 117, № 8. – P. 1329–32.
41. Transnasal endoscopic repair of cerebrospinal fluid rhinorrhea: a meta-analysis / H. M. Hegazy [et al.] // Laryngoscope. – 2000. – Vol. 110, № 7. – P. 1166–72.
42. Transpterygoid transposition of a temporoparietal fascia flap: a new method for skull base reconstruction after endoscopic expanded endonasal approaches / F. S. Fortes [et al.] // Laryngoscope. – 2007. – Vol. 117, № 6. – P. 970–6.
43. Yoshioka N, Rhoton A.L. Jr., Vascular anatomy of the anteriorly based pericranial flap // Neurosurgery. – 2005. – Vol. 57(Suppl 1). – P. 11–6.

Меркулов Олег Александрович – канд. мед. наук, врач оториноларинголог 1-го хир. отделения Морозовской ГКБ.119049, Москва, 4-ый Добрынинский пер., 1/9. тел:+7-916-671-82-44. э/ п: 9166718244@mail.ru

УДК: 616.22-002-02:614.71

ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ КАНЦЕРОГЕННЫХ ЗАГРЯЗНИТЕЛЕЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА

В. Д. Осипов¹, Д. В. Суржиков², А. В. Шелковников¹, П. В. Климов²

ASSESSMENT OF EXPOSURE TO CARCINOGENIC POLLUTION IN LARGE INDUSTRIAL CITY AS A RISK FACTOR FOR THE FORMATION OF CHRONIC HYPERPLASTIC LARYNGITIS

V. D. Osipov¹, D. V. Surjikov², A. V. Shnelkovnikov¹, P. V. Klimov²

¹ ГОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
(Зав. каф. – оториноларингологии им. проф. А. Н. Зимина – проф. Н. В. Мингалев)

² НИИ комплексных проблем, гигиены и проф. заболеваний СО РАМН
(Директор – Засл. врач РФ, проф. В. В. Захаренков)

Одной из основных причин, способствующих росту числа больных с хроническим гиперпластическим ларингитом, является ухудшение экологической обстановки в промышленно развитых городах. Проведено обследование 2125 рабочих Кузнецкого металлургического комбината. Хронические воспалительные заболевания гортани выявлены у 150 (7%) рабочих. Из них в 30 (25%) случаях обнаружен хронический гиперпластический ларингит. Результаты проведенного обследования позволяют рекомендовать более широкое применение ингаляций и галатерапию у рабочих металлургических предприятий, что сокращает группу «риска» по заболеванию раком гортани.

Ключевые слова: гиперпластический ларингит, экологическая обстановка, ингаляции и галатерапия.

Библиография: 14 источников.

One of the major causes contributing to the increase in the number of patients with chronic hyperplastic laryngitis is the deterioration of ecological conditions in the industrialized cities. The examination of 2125 metallurgical plant workers was performed. Chronic laryngeal inflammatory diseases were detected in 150 (7%) workers, of whom 30 (25%) workers suffered from chronic hyperplastic laryngitis. The data presented here have favored a wide application of inhalation and gala therapy in workers of metallurgical enterprises, resulting in decreased rates of larynx cancer in workers at-risk.

Keywords: hyperplastic laryngitis, ecological conditions, inhalation and gala therapy.

Bibliography: 14 sources.



2. Алиматов Х. А., Раупов М. Г. Рецидивирующий хронический ларингит: Мат. XVII съезда оториноларингологов России. СПб.: 2006. РИА-АМИ. – С. 155–156.
3. Безруков Е. В., Шиман А. Г., Галеев Р. Ф. Способ лечения больных хроническими ларингитами комбинированным применением лазерной и нейроимпульсной терапии: Там же. С. 162.
4. Дайняк Л. Б., Алимов А.И. Гипертрофический ларингит: Ташкент, Медицина УзССР. 1986. 116 с.
5. Демченко Е. В. Диагностика и лечение хронического гиперпластического ларингита // Рос. оторинолар. – 2003. – № 4 (7). – С. 47–50.
6. Елохин А. Н. Анализ управления риском; Теория и практика: М., 2002. 192 с.
7. Журба А. Н., Шарапенко Б. А., Лавренова Г. В. Применение аэрозольных ингаляций в профилактике и лечении заболеваний гортани у рабочих промышленных предприятий // Журн. ушн. нос. и горл. бол. – 1985. – № 1. – С. 30–33.
8. Николаев М. П., Родимин Е. М., Полякова Т. В. Перспективы металлоионотерапии в оториноларингологии: сб. тр. всероссийск. конф. «Проблема реабилитации в оториноларингологии». Самара, 2003. С. 538–539.
9. Романцов М. Г., Циклоферон (таблетированная форма) в клинической практике. СПб., Спецлит. 2000. 153 с.
10. Смирнова В. С. Иммунодефицитные состояния. СПб.: Спец. лит. Фолиант, 2000. 556 с.
11. Табеева Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии. М., 1980. 560 с.
12. Чумаков Ф. И. О распространённости и некоторых особенностях хронического гиперпластического ларингита // Вест. оторинолар. – 2002. – № 2. – С. 31–33.
13. Kleinsasser O. Mikrolaryngoskopie und endolaryngeale Mikrochirurgie. Technik und Typische Befunde Stuttgart. New York, 1968. 180 s.
14. Hinerman R. W. Early laryngeal cancer // Curr. Treat. Options Oncol. – 2002. – Vol. 3. – N 1. – P. 3–9.

Осипов Виктор Дмитриевич – д. м. н., каф. оториноларингологии им. проф. А. Н. Зимина Новокузнецкого института усовершенствования врачей г. Новокузнецк, пр. Строителей 5, Тел.: 45-48-73; моб.тел.: 8-905-512-64-80; эл.почта: e-mail: postmastergiduv @ Rambler.ru; **Шелковников** Андрей Владимирович – аспирант каф. оториноларингологии им. проф. А. Н. Зимина Новокузнецкого института усовершенствования врачей г. Новокузнецк, пр. Строителей 5, Тел.: 45-48-73; **Суржиков** Дмитрий Вячеславович – д. б. н., зав. лаб. гигиенических исследований НИИ комплексных проблем гигиены и проф. заболеваний, г. Новокузнецк, ул. Кутузова 36, тел.: 79-65-49; **Климов** Петр Валерьевич, к. б. н., старший научный сотрудник лаборатории прикладных гигиенических исследований.

УДК:616.281-008.55-073.756.8-044.52

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ: КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРЕННЕГО УХА

П. А. Попов, О. В. Стратиева, И. П. Королюк, Г. С. Козупица

DIAGNOSIS OF MENIERE'S DISEASE USING COMPUTED TOMOGRAPHY: QUANTITATIVE EVALUATION OF INNER EAR CHANGES

P. A. Popov, O. V. Stratieva, I. P. Korolyuk, G. S. Kozupitsa

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Росздрава

(Ректор – дважды лауреат Государственной премии РФ, лауреат Премии

Правительства РФ, засл. д. н. РФ, академик РАМН, проф. Г. П. Котельников)

Целью работы была разработка количественных дифференциально-диагностических критериев болезни Меньера (БМ), основанных на данных компьютерной томографии (КТ). С помощью методики морфометрического анализа КТ-изображений были выделены основные КТ-признаки заболевания, отражающие изменения костного лабиринта. Изолированное выявление каждого из них имеет небольшую прогностическую ценность. Преодолеть этот недостаток помогает использование дискриминантной модели, включающей совокупность признаков. Данная модель позволяет выявлять БМ с чувствительностью 90% и специфичностью 91,4%. Специальная формула, полученная в результате логит-регрессионного анализа, позволяет определять вероятность наличия БМ у того или иного пациента. Количественная оценка данных КТ височной кости может применяться в клинической практике в диагностике БМ.

Ключевые слова: болезнь Меньера, компьютерная томография, внутреннее ухо.

**Библиография:** 18 источников.

The aim of this study was to design the quantitative diagnostic criteria of Meniere's disease (MD) based on computed tomography (CT). The main CT signs of the disease, reflecting bony labyrinth changes, were defined using the dedicated morphometric analysis of CT images. The separate detection of each sign has little predictive value. The use of the discriminant model that includes the combination of signs helps us to get over this defect. This model makes it possible to detect MD with 90% sensitivity and 91.4% specificity. The special formula derived from the logit regression analysis allows us to determine the probability of MD in a particular patient. The quantitative evaluation of the CT data might be used in clinical practice to diagnose MD.

Keywords: Meniere's disease, computed tomography, inner ear.

Bibliography: 18 sources.

Диагностика болезни Меньера (БМ) является сложной. Это обусловлено, главным образом, наличием большого количества заболеваний, проявляющихся сходной симптоматикой, поэтому основной диагностической проблемой остается выделение БМ из числа других кохлеовестибулярных расстройств [4]. Несмотря на большое количество предложенных диагностических тестов (аудиометрических, вестибулометрических, электрокохлеографии и др.), в настоящее время не существует метода, который бы признавался золотым стандартом диагностики БМ [11].

Компьютерная томография (КТ), основанная на получении послойных изображений тела человека с помощью рентгеновских лучей, является ведущим методом визуализации заболеваний уха [1]. Рентгенологический этап изучения БМ начался в 1970-х г.г., когда с помощью линейной томографии было установлено, что характерной особенностью заболевания является гипоплазия водопровода преддверия [15]. Затем были описаны и другие признаки, такие как гипоплазия ретролабиринтной части пирамиды височной кости [12] и сниженная пневматизация височной кости [16]. С развитием КТ они были подтверждены [7]. Несмотря на наличие этих признаков, лучевая диагностика БМ всегда имела существенное ограничение, заключающееся в отсутствии четких критериев разграничения нормы и патологии на компьютерных томограммах при простой визуальной оценке. Поэтому состояние вопроса о лучевой диагностике БМ на сегодняшний день нельзя признать удовлетворительным [4].

Современные принципы доказательной медицины предполагают, что принятие диагностических решений должно базироваться на строгом анализе объективных закономерностей, описанных статистическими методами [2]. Поэтому для превращения КТ в полноценный метод диагностики БМ необходимо обобщение сведений о ее рентгеносемиотике и поиск высокоинформативных интегральных показателей, способных с высокой точностью указывать на наличие или отсутствие данного заболевания.

Целью нашего исследования явилась разработка количественных дифференциально-диагностических критериев болезни Меньера, основанных на данных компьютерной томографии.

Пациенты и методы

В исследование были включены 59 пациентов, из которых 30 имели болезнь Меньера (основная группа) и 29 были отологически здоровы (контрольная группа). Диагноз БМ ставился на основании критериев Американской академии отоларингологии и хирургии головы и шеи [6]. Среди лиц основной группы 16 пациентов имели одностороннее поражение и 14 пациентов – двустороннее, длительность заболевания составляла от нескольких месяцев до 34 лет.

Компьютерная томография и анализ ее данных

Всем пациентам была выполнена КТ височных костей (спиральный режим, толщина среза 0,5 мм, шаг реконструкции 0,3 мм, сила тока 200-250 мА, напряжение 120 кВ, время оборота трубки 1 с). Анализировались КТ-изображения 118 височных костей. Основная группа (всего 60 височных костей) была разделена на 2 подгруппы: височные кости на стороне поражения – 44 височных кости, и височные кости на непораженной стороне – 16 височных костей.

По разработанной стандартизированной методике [3] на КТ-изображениях каждого костного лабиринта линейкой с ценой деления 0,1 мм измерялись следующие показатели:



11. Kotimaki J. Meniere's disease in Finland. An epidemiological and clinical study on occurrence, clinical picture and policy // Int J Circumpolar Health. 2003. N 4. P. 449–450.
12. Meniere's disease, petrous bone tomography. A new radiographic sign? / D. Dauphin [et al.] // Neuroradiology. 1981. N 1. P. 15–18.
13. Observation of the external aperture of the vestibular aqueduct using three-dimensional surface reconstruction imaging / E. Yamamoto [et al.] // Laryngoscope. 1991. N 5. P. 480–483.
14. Paparella M.M. Pathogenesis and pathophysiology of Meniere's disease // Acta Otolaryngol Suppl. 1991. N 485. P. 26–35.
15. Stahle J., Wilbrand H. The vestibular aqueduct in patients with Meniere's disease. A tomographic and clinical investigation // Acta Otolaryngol. 1974. N 1–2. P. 36–48.
16. Stahle J., Wilbrand H. F. The temporal bone in patients with Meniere's disease // Acta Otolaryngol. 1983. N 1–2. P. 81–94.
17. Swartz J., Harnsberger H. Imaging of the Temporal Bone // NY: Thieme Medical Publishers, 2001. P. 512.
18. Yazawa Y., Kitahara M. Computerized tomography of the petrous bone in Meniere's disease // Acta Otolaryngol Suppl. 1994. N 510. P. 67–72.

Попов Павел Александрович – врач-рентгенолог рентгеновского отделения Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина. 443095. г. Самара, ул. Ташкентская, 159, т. 8-846-956-43-44, e-mail: popov-pavel@mail.ru; **Стратиева Ольга Валентиновна** – доктор медицинских наук, врач-оториноларинголог клиники «Dr. Semenova». Республика Черногория, Budva, Maslinski Put, tel.+ 033-451-791; **Королюк Игорь Петрович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом медицинской информатики Самарского государственного медицинского университета. 443099. г. Самара, ул. Чапаевская, 89, т. 8-846-332-16-34; **Козуница Геннадий Степанович** – доктор биологических наук, профессор, главный научный сотрудник Научно-исследовательского института биофизики и медицинской кибернетики Сургутского государственного университета. 628412, Тюменская обл., ХМАО-Югра, г. Сургут, пр-т Ленина, 1. тел. 8-3462-76-29-00.

УДК: 616.28-008.55-08

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА К КОРРЕКЦИИ В СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Е. А. Приходько

THE CHARACTERISTICS OF THE APPROACH TO THE SYSTEM OF CORRECTING HEARING AIDS FOR PATIENTS WHO ARE SUFFERING FROM SENSORINEURAL HEARING LOSS

Е. А. Prikhodko

ГУЗ Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи

(Главный врач – канд. мед. наук С. В. Новиков)

Проведен анализ коррекции при слухопротезировании 350 больных с сенсоневральной тугоухостью различной степени на фоне неврологической патологии сосудистого генеза. Возможность комфортной слышимости больным при использовании цифрового слухового аппарата находится в прямой зависимости от грамотной коррекции специалистом с учетом обязательного сопоставления результата комплексного исследования слуховой функции пациента с данными его неврологического статуса.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, коррекция слухопротезирования.

Библиография: 7 источников.

The tests were carried out for 350 patients who were suffering from sensorineural hearing loss at different levels on the base of neurologic pathology of vascular genesis. The ability to hear comfortably using the digital hearing aids depends on the competent correction of the appliance by the doctor specialist. The doctor considers and compares the results of the comprehensive analysis of the hearing function of the patient with the information of his neurological status.

Key words: sensorineural hearing loss, correction of hearing aid.

Bibliography: 7 sources.



2. Индивидуальный подход к коррекции слухопротезированных больных СНТ сосудистого генеза с учетом особенностей динамики слуха, неврологического статуса позволяет получить комфорт слышимости у 98,8%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Н. С. Вертебро-базилярная недостаточность: центральные и периферические кохлеовестибулярные синдромы: автореферат дис. ... докт. мед. наук. – М. – 2003. – 40 с.
2. Бобошко М. Ю., Лопотко А. И. Слуховая труба. – СПб.: СпецЛит, 2003. – 360 с.
3. Альтман Я. А., Таварткиладзе Г. А. Руководство по аудиологии. – М. – 2003. – 359 с.
4. Говорун М. И., Ситников В. П., Раковский А. В. Перспективные направления в лечении дегенеративных процессов слухового нерва. Мат. Всерос. юб. конф. «Актуальные вопросы патологии уха и верхних дыхательных путей». – СПб. – 2007. – С. 28–29.
5. Кунельская Н. Л., Камчатнов П. Р., Гулиева А. Э. Адекватная терапия кохлеовестибулярных нарушений, обусловленных дисциркуляторной энцефалопатией. Там же. – С. 29–31.
6. Лопотко А. И. Особенности возрастной инволюции слуховой функции человека // Новости оторинолар. и логопатол. – 2000. – № 3 (23). – С. 36–46.
7. Слухопротезирование. Пособие для врачей. – СПб. – 2003. – 18 с.

Приходько Елена Александровна – врач сурдолог-оториноларинголог краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи. 355030, Ставрополь, ул. Семашко, 1. тел. 8-8652-29-33-15. э/почта: surdo@stavropol.net

УДК 616.831-001-036.11:616.289-001.5:616.21-073

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ РАВНОВЕСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМом ВИСОЧНОЙ КОСТИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ СТАБИЛОГРАФИИ

О. Е. Скобская, С. С. Слива

EVALUATION OF EQUILIBRIUM FUNCTION BASED ON COMPUTER STABILOGRAPHY DATA IN PATIENTS WITH TEMPORAL BONE FRACTURE DURING ACUTE PERIOD OF CRANIOCEREBRAL INJURY

O. Ye. Skobskaya, S. S. Sliva

ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины»

(Директор – академик НАН и НАМН Украины Ю. А. Зозуля)

ЗАО «ОКБ «РИТМ», г. Таганрог, Россия

(Директор – Я. З. Гринберг)

В работе представлены результаты обследования методом компьютерной стабیلлографии 25 пациентов с верифицированным диагнозом: перелом височной кости в остром периоде ЧМТ, находившихся на лечении в клинике нейротравмы ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова НАМН Украины».

Метод компьютерной стабیلлографии (КС) – является методом интегральной оценки состояния статокINETической системы и позволяет выявить и объективизировать нарушения данной системы.

Результаты проведенного обследования свидетельствуют о перспективности применения метода КС в диагностическом комплексе для изучения механизмов развития вестибулярных нарушений и их степени компенсации у пациентов с ПВК в остром периоде ЧМТ. Дальнейшее накопление опыта применения метода компьютерной стабیلлографии с целью объективизации нарушений функции равновесия и координации движений позволит выявить его преимущества и недостатки, определив границы применения.



Ключевые слова: компьютерная стабิโลграфия, перелом височной кости, острый период ЧМТ, вестибулярные нарушения.

Библиография: 13 источников.

The study presents the results of examining by the method of computed stabilography 25 patients with verified diagnosis: fractures of the temporal bone at an acute stage of the craniocerebral injury, treated at the Neurotrauma Clinic with SI "The Acad. A. P. Romodanov Institute of Neurosurgery under NAMS of Ukraine".

The method of computer-based stabilography (CS) is the technique of the integral valuation of the state of the statokinetic system and allows to detect and objectify it's malfunctions.

The results obtained prove the potential of using CS method in the diagnostic complex in order to examine the mechanism of progress of the vestibular malfunctions and the level of its' compensation in patients with fractures of the temporal bone at an acute stage of CCI. Further gain of experience with computed stabilography is needed to reveal its advantages and limitations while determining the possibilities of its usage.

Key words: computer stabilography, temporal bone fractures, acute stage of craniocerebral injury, vestibular disorders.

Bibliography: 13 sources.

В структуре черепно-мозговой травмы (ЧМТ), сопровождающейся переломом костей основания черепа, переломы височной кости (ПВК) составляют 75%. Неотъемлемым слагаемым клинического симптомокомплекса при ЧМТ у пациентов с ПВК являются вестибулярные нарушения различного характера и степени выраженности [3]. ПВК сопровождаются вестибулярными расстройствами в 100% случаев и приводят к длительной потере трудоспособности и инвалидизации преимущественно пациентов молодого возраста (до 40 лет) [3, 13].

Вестибулярные нарушения у пострадавших с ПВК могут возникать при поражении любого отдела вестибулярного анализатора. ПВК сопровождаются комплексом нарушений вестибулосенсорных, вестибуловегетативных, вестибулоглазодвигательных функций, определяющих контроль позы [3].

Методы исследования вестибулярного анализатора отличаются многообразием. По мере накопления и уточнения знаний о физиологии вестибулярного анализатора, методики его исследования совершенствовались по пути объединения, объективизации, упрощения и стандартизации. До недавнего времени, объективная оценка функции вестибулярного анализатора основывалась, главным образом, на результатах исследования и регистрации вестибулоглазодвигательных нарушений с использованием различных методик [2].

Однако, есть целый ряд ограничений, связанных с сопутствующими травме местными изменениями со стороны наружного, среднего, внутреннего уха, препятствующих проведению калорической пробы при обследовании пациентов с ПВК в остром периоде ЧМТ. Вращательную пробу в остром периоде ЧМТ пациентам не проводят [3].

В последние годы, в комплексном обследовании больных для выявления и объективизации вестибулярной дисфункции и нарушений равновесия у пациентов при поражении центральной нервной системы, а также в комплексе реабилитационных мероприятий используется метод компьютерной стабิโลграфии (КС) [6, 7, 9, 11, 12].

Метод КС основан на графической регистрации положения и колебаний общего центра давления тела человека, находящегося на специальной платформе в вертикальном положении. КС является методом интегральной оценки статокINETической функции и основан на сравнении объективных показателей, отражающих состояние функции равновесия в покое и при серии функциональных проб [5, 10, 11].

В доступной литературе найдено единичное сообщение об оценке результатов метода КС у пациентов с ПВК [8].

Цель исследования. Проанализировать возможности компьютерной стабิโลграфии в интегральной оценке функции равновесия у пациентов с ПВК в остром периоде ЧМТ.

Пациенты и методы исследования

В настоящей работе проведен анализ результатов обследования 25 пациентов с ПВК в остром периоде ЧМТ, которые находились на лечении в клинике нейротравмы ГУ «Институт



УДК:616.24-003.6-06-053.4:314.14

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ИНОРОДНЫХ ТЕЛ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ И ИХ СВЯЗЬ С БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ.**О. А. Спиранская¹, Ю. Ю. Русецкий², И. О. Чернышенко¹****MODERN PREVALENCE AND STRUCTURE OF BRONCHIAL FOREIGN BODIES AND THEIR BRONCHOPULMONARY COMPLICATIONS****О. А. Spiranskaya, Yu. Yu. Rusetskiy, I. O. Chernyshenko**¹ МУЗ «Клиническая больница № 5», г. Тольятти

(Главный врач – канд. мед. наук Н. А. Ренц)

² ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет»

им. И. М. Сеченова

(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – проф. А. С. Лопатин)

В статье изучена и проанализирована распространенность и структура инородных тел нижних дыхательных путей у детей и связанных с ними осложнений в популяции среднего возраста России (Тольятти) за 2006–2010 годы. Проведено сравнение полученных результатов с литературными данными.

Ключевые слова: инородное тело бронхов, аспирация, структура, распространенность.

Библиография: 11 источников.

Obtained results were compared with literature. We analyzed prevalence and structure of bronchial foreign bodies and their bronchopulmonary complications in children in Togliatti from 2006 to 2010 year.

Key words: bronchial foreign bodies, structure, prevalence

Bibliography: 11 sources.

Проблема аспирации инородных тел (ИТ) нижних дыхательных путей остается актуальной в связи с риском развития тяжелых осложнений, приводящих к летальному исходу [11].

Ранее утверждалось, что среди патологических состояний бронхиального дерева инородные тела бронхов занимают от 2 до 8%, а в структуре обращаемости за экстренной оториноларингологической помощью на их долю приходилось 4,2%. Известно, что до 90% среди всех больных, аспирировавших инородное тело, составляли пациенты детского возраста, преимущественно – до пяти лет, а наибольшему риску подвергались дети до двух лет – 68%. Необходимо учитывать, что ребенок может аспирировать ИТ в любом возрасте, в том числе даже на первом месяце жизни: пациенты первого года жизни могут составлять до 12,6% от всех детей с инородным телом дыхательных путей [2, 3, 4, 6, 7, 9].

Несмотря на яркую клиническую картину, сопровождающую сам момент попадания ИТ в дыхательные пути, в тех случаях, когда оно полностью не obturiрует просвет, возможно длительное нахождение ИТ в бронхах. Частота таких наблюдений (пребывания ИТ в дыхательных путях свыше 24 ч) составляет 47% от общего количества ИТ бронхов. При пребывании ИТ в бронхах более 8 суток наступают такие изменения, которые даже после удаления ИТ приводят к развитию хронических гнойных заболеваний легких [1].

Инородные тела очень опасны вследствие вызываемой ими асфиксии. Смертность, вызванная инородным телом дыхательных путей, к сожалению, еще нередко встречается в клинической практике. В частности, в США по этой причине ежегодно отмечалось около 6 случаев гибели ребенка на 100000 детского населения; до 40% случаев внезапной смерти у детей первого года жизни вызваны аспирацией инородного тела [11].

До введения в широкую практику методов эндоскопии смертность при попадании инородного тела в бронх составляла 40%. По отечественным данным середины прошлого века показатель летальности сохранялся на уровне 5% [5], а за последние 50–60 лет в России не оценивался и не изучался.



ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумова М. М., Миронова А. В., Креймер В. Д. Диагностика и удаления инородных тел трахеи и бронхов // Вестн. хирургии – 1998. – № 1. – С. 70–73.
2. Детская оториноларингология: Руководство для врачей. Под ред. Богомилского М. Р., Чистяковой В. Р. В 2 томах. Т. 1. М.: Медицина, 2005. – 660 с.
3. Дьяконов В. Л. Вопросы urgentной терапии при инородных телах бронхов у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 1993. 21 с.
4. Исаков Ю. Ф., Орловский С. П. Инородные тела дыхательных путей и легких у детей. М.: Медгиз, 1979. 168 с.
5. Лепнев П. Г. Клиника инородных тел гортани, трахеи и бронхов. М.: Медгиз, 1956. 211 с.
6. Петров А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика. М.: Медицинское информационное агенство, 2006. – 560 с.
7. Руководство по оториноларингологии. Под. ред. И. Б. Солдатов. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Медицина. – 1997. – 365 с.
8. Самарский статистический ежегодник. Самара 2006. – 2010 : 6–7.
9. Чистякова В. Р., Липилина Л. И., Умыскова Т. А. Инородные тела дыхательных путей у новорожденных и грудных детей. М.: Икар, 2000. – 112 с.
10. Brkić F, Umihanić S. Tracheobronchial foreign bodies in children // Pediatr Otorhinolaryngol. – 2007. – Vol. 71, N 6. – P. 909–924.
11. Prevention and management of aerodigestive foreign body injuries in childhood / S. P. Reilly [et al.] // Pediatric Clin North Am. – 1996. – Vol. 43, N 6. – P. 1403–1411.

Спиранская Ольга Александровна – врач отделения оториноларингологии МУЗ «Клиническая больница № 5». 445846 г. Тольятти, бульвар Здоровья, 25. Тел. 8-8482-355-176. olgaospy2008@rambler.ru ; **Русецкий** Юрий Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры болезней уха, горла и носа Первого московского ГМУ им. И. М. Сеченова. Тел. 8-909-296-229 gusetski@inbox.ru; **Чернышенко** Инна Олеговна – кандидат медицинских наук, заведующая отделением оториноларингологии Клинической больницы № 5 г. Тольятти. 445846 г. Тольятти, бульвар Здоровья, 25. Тел. 8-8482-363-123. Факс 8-8482-308442. э/п. inna_chernych@inbox.ru

УДК:612.13-086:616.211-009.86+616.13-004.6

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КРОВИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ С СОЧЕТАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

С. Г. Щека, Л. А. Гребенщикова, О. Н. Таубер

INVESTIGATION OF BLOOD MICROCIRCULATION IN THE MUCOUS MEMBRANE OF NASAL CAVITY IN PATIENTS WITH VASOMOTOR RHINITIS AND ATHEROSCLEROSI COMBINED CORONARY AND BRACHIOCEPHALIC ARTERIES

S. G. Shcheka, L. A. Grebenschikova, O. N. Tauber

СМ-клиника ООО «Меди ком», г. Санкт-Петербург

(Главный врач – канд.мед.наук С. Н. Пониделко)

ГОУ ДПО медицинская академия последипломного образования, г. Санкт-Петербург

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

Изучено состояние микрогемодициркуляции (МЦ) слизистой оболочки полости носа методом лазерной доплеровской флоуметрии. В исследование включены 117 больных вазомоторным ринитом в возрасте от 45 до 65 лет. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от распространенности атеросклеротического процесса по данным ангиографического исследования: 1-я группа – 85 больных ВР (мужчин 63, женщин 22) в сочетании с изолированным поражением коронарных артерий; 2-я группа – 32 больных ВР (мужчин 22, женщин 10) в сочетании с атеросклерозом коронарных и брахиоцефальных артерий. В группу контроля вошли 19 человек (14 мужчин и 5 женщин) практически здоровых. Полученные нами данные основных параметров



МЦ слизистой оболочки полости носа у больных вазомоторным ринитом с изолированным атеросклерозом коронарных артерий (1-я группа) свидетельствуют о микроциркуляторных нарушениях слизистой оболочки полости носа. У больных вазомоторным ринитом и сочетанным поражением коронарных и брахиоцефальных артерий (2-я группа) отмечены значительные отклонения от значений здоровых лиц.

Ключевые слова: микроциркуляция крови, лазерная доплеровская флоуметрия, слизистая оболочка полости носа, вазомоторный ринит, коронарные сосуды, брахиоцефальные сосуды, атеросклероз.

Библиография: 13 источников.

There had been studied blood microcirculations in the mucous membrane of nasal cavity by method of laser Doppler flowmeter. The study included 117 patients suffering from vasomotor rhinitis, their age ranging from 45 to 65 years. Patients were divided into two groups depending on the atherosclerosis comorbidity of coronary arteries: the first group consisted of 85 patients with isolated affection of coronary arteries, the second group – 32 patients with atherosclerosis combined coronary and brachiocephalic arteries. 19 patients compounded control group (14 men and 5 women). We have obtained data of main parameters of blood microcirculation of the mucous membrane of nasal cavity in the patients of the first group indicate blood microcirculations change in the mucous membrane of nasal cavity. In the second group of patients was marked the most significant deviations from normal values control group.

Keywords: blood microcirculation, laser Doppler flowmetry, mucous membrane of nasal cavity, vasomotor rhinitis, coronary vessels, brachiocephalic vessels, atherosclerosis.

Bibliography: 13 sources.

Вазомоторный ринит является одним из самых распространенных заболеваний в оториноларингологии, которому подвержены пациенты всех возрастных групп [1, 3, 6, 13]. Вазомоторный ринит часто развивается у людей с нейро-циркуляторной дистонией, у лиц, страдающих артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, вегето-сосудистой дистонией, при некоторых эндокринных заболеваниях. По литературным данным одним из факторов, нарушающих состояние слизистой оболочки полости носа и ее системы микроциркуляции, является атеросклероз [4, 8, 11].

Симптоматика вазомоторного ринита довольно хорошо изучена. Между тем, появление в последнее время сообщений о формах вазомоторного ринита, протекающих со стертой или отсутствием некоторых «классических» признаков, ставит в затруднительное положение врача и вынуждает его продолжать поиски диагностических критериев ВР.

Таким образом, несмотря на многочисленные клинические и экспериментальные исследования, освещающие различные стороны вазомоторного ринита, многие вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечения этого заболевания остаются неразрешенными и до настоящего времени.

Существующие методы исследования МЦ слизистой оболочки полости носа – термометрия, назальная биомикроскопия, плетизмография, эндоназальная и экстраназальная реовазография – имеют ряд недостатков (невысокая точность и неинформативность, сложность выполнения, инвазивность, развитие рефлекторных реакций со стороны сосудов при проведении исследования) и не получили широкого распространения в клинической практике.

В последние годы в литературе появились публикации Н. Grudemo, J. E. Juto (1997), О. В. Мареева (2005), М. А. Апраксина (2006), Р. Г. и соавт. Анютина (2008), отражающие возможности оценки состояния МЦ слизистой оболочки ЛОР-органов с помощью доплеровской лазерной флоуметрии [1, 2, 7, 13]. Метод заключается в прямом оптическом измерении параметров кровотока на основе эффекта Доплера. В доступной литературе мы нашли разноречивые сообщения об исследовании МЦ слизистой оболочки полости носа методом лазерной доплеровской флоуметрии с использованием различных аппаратов [1, 5, 6, 13]. Мы отдали предпочтение отечественному аппарату ЛАКК-2.

Цель исследования

Изучить параметры МЦ слизистой оболочки полости носа у больных вазомоторным ринитом в зависимости от распространенности атеросклеротического процесса сосудов.



7. Мареев О. В. Диагностика хронического тонзиллита при помощи лазерной доплеровской флоуметрии. Тр. Второй межд. науч. конф. «Новые технологии в медицине». – СПб., 2005. – С. 59–60.
8. Молдавская А. А., Петров В. В., Юлдашев Д. С. Структурные особенности слизистой оболочки полости носа в пожилом и старческом возрасте // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 12 – С. 390–390.
9. Патент на полезную модель № 62006 от 27.03.2007 г. «Устройство для определения параметров кровотока слизистой оболочки полости носа» Останина С. Г., Таубер О. Н., Суханов С. Г., Линьков В. И., Попов А. В. // Опубликовано 27.03.2007 г. Бюл. № 9.
10. Патент № 2332926 от 16.04.2007 г. «Способ диагностики сочетанных гемодинамических нарушений брахиоцефальных и коронарных артерий» Щека С. Г., Таубер О. Н., Суханов С. Г., Линьков В. И., Гребенщикова Л. А., Попов А. В., Прохоров А. Г. // Опубликовано 10.09.2008 г. Бюл. № 25.
11. Харченко В. В. Структурно-функциональные особенности различных зон слизистой оболочки полости носа человека в норме и при некоторых формах воспалительных патологии: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Волгоград, 2004. – 35 с.
12. Хем А., Кормак Д. Гистология. – Т. 2. – Москва «Мир». – 1983. – 452 с.
13. Grudemo H., Juto J. E. Rhinostereometry and laser Doppler flowmetry in human nasal mucosa: changes in congestion and microcirculation during intranasal histamine challenge // ORL J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec. – 1997. – Vol. 59, № 1. – P. 50-56.

Гребенщикова Людмила Александровна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии СПб МАПО, 199106. СПб., В. О. Большой проспект, д. 85. тел.: 8 -812-316-07-85. E-mail: rectorat@spbmapo.ru; **Щека** Светлана Григорьевна – сотрудник СПб СМ-клиники ООО «Меди ком». 195279. СПб., пр. Ударников, д. 19, корпус 1. тел.: 8 -812-448-68-00. E-mail: ostanina_svetlana@mail.ru; **Таубер** Ольга Николаевна – сотрудник той же клиники. тел.: 8-812-448-68-00. E-mail: tauber@list.ru

УДК: 616.211-008.4:[616.24-008.444:616.8-009.836]-02

МЕТОД «РИНОМЕТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ», КАК КРИТЕРИЙ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТАХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ГИПЕРТРОФИЕЙ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН

А. К. Эсенбаева, И. Ю. Серебрякова, П. И. Савельев

METHOD «OF RINOMETRIC DIAGNOSIS» AS A CRITERION FOR THE MORPHOFUNCTIONAL STATE OF NASAL MUCOSA IN CHRONIC RHINITIS, ACCOMPANIED BY HYPERTROPHY OF INFERIOR NASAL TURBINATE

A. K. Esenbaeva, I. J. Serebryakova, P. I. Saveliev

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Существующие методы обследования пациентов с нарушением носового дыхания не позволяют быстро и объективно оценить не только морфологические изменения, происходящие в слизистой оболочке полости носа (СОПН) при хронических ринитах, но и функциональные особенности в комплексе, которые в полном объеме отражает носовой цикл. Разработка доступных методов диагностики, поиск объективных критериев, определяющих функциональные нарушения в СОПН необходимых для выбора тактики и оценки лечения, понимания нормы и патологии, является актуальной задачей оториноларингологии.

Ключевые слова: ринометрия, слизистая оболочка полости носа, носовой цикл.

Библиография: 5 источников.

Existing methods of examination of patients with nasal breathing pathology does not allow you to quickly and objectively assess, not only the morphological changes in the mucosa of the nasal cavity (MCN) in chronic rhinitis, but also functional features of the complex, which fully reflects the nasal



cycle. Development of accessible methods of diagnosis, the search for objective criteria for determining the functional impairment in MCN necessary for a choice of tactics and evaluation of treatment, understanding the norm and pathology is an important task of Otorhinolaryngology.

Keywords: *rhinometric, mucous membrane of a cavity of a nose, nasal cycle.*

Bibliography: 5 sources.

Более 100 лет врачи пытаются объективно оценить симптом «нарушения носового дыхания» в качественном и количественном отношении. Показания к оперативному вмешательству часто основываются на опыте хирурга, методе проб и ошибок. Имеющиеся методики обследования больных с данной патологией не позволяют быстро и объективно оценить не только морфологические изменения, происходящие в слизистой оболочке полости носа (СОПН) при хронических ринитах, но и функциональные особенности в комплексе, которые в полном объёме отражает носовой цикл [4]. Разработка доступных методов диагностики, поиск объективных критериев, определяющих функциональные нарушения в СОПН необходимых для выбора тактики и оценки лечения, понимания нормы и патологии является актуальной задачей оториноларингологии.

Цель исследования – повышение эффективности диагностики и лечения пациентов с хроническим ринитом, сопровождающимся гипертрофией нижних носовых раковин.

Задачи

1. Разработать метод диагностики, позволяющий оценить морфологическое и функциональное состояние слизистой оболочки полости носа на этапе обследования для выбора тактики лечения хронических ринитов, сопровождающихся гипертрофией нижних носовых раковин.

2. Уточнить показания к ринопластике у пациентов с хроническим ринитом, сопровождающимся гипертрофией нижних носовых раковин с учётом выявленных особенностей.

Пациенты и методы

Для достижения поставленной цели нами проведено клинко-лабораторное обследование 20 добровольцев без ЛОР патологии и 30 пациентов с хроническими ринитами, сопровождающимися двусторонней гипертрофией нижних носовых раковин, с девиацией перегородки носа той или иной степени. Среди них 33 мужчин и 17 женщин в возрасте от 20 до 50 лет.

Всем пациентам, помимо стандартного клинического обследования, проводили гистологическое исследование ткани нижней носовой раковины; исследовали дыхательную, транспортную и выделительную функции слизистой оболочки полости носа. Дыхательную функцию СОПН оценивали при помощи акустической ринометрии (АР) и передней активной ринометрии (ПАРМ); при ПАРМ определяли сопротивление внутриносовых структур воздушному потоку (R или СВП) и объёмный поток воздуха (ОПВ), отдельно для каждой половины носа. При АР оценивали минимальные площади поперечных сечений (МСА 1 и МСА 2) и объёмы полости носа (VOL1 и VOL2) на двух участках полости носа от 0 мм до 22 мм и от 22 мм до 54 мм.

Для хирургического лечения использовался аппарат для холодноплазменной абляции Coblator II с игольчатым наконечником в электролитной среде NaCl, а также радиоволновой аппарат Surgitron частотой 3,8 МГц. с биполярным наконечником [1, 2, 3, 5].

Результаты исследования

Для оценки функционального состояния СОПН нами был разработан метод «ринометрической диагностики» состояния СОПН: всем пациентам проводили ПАРМ и АР в вертикальном положении (сидя) и в горизонтальном (лёжа на спине), через 30 минут после изменения положения тела.

Для определения физиологической нормы мы обследовали 20 человек из числа добровольцев, не страдающих ЛОР патологией, которые составили I группу (контрольную).

При проведении АР были выявлены следующие закономерности.

Показатели МСА1 составили:

- справа сидя $0,54 \pm 0,04 \text{ см}^2$; лёжа $0,43 \pm 0,03 \text{ см}^2$ ($p < 0,05$);
- слева сидя $0,42 \pm 0,04 \text{ см}^2$; лёжа $0,51 \pm 0,02 \text{ см}^2$ ($p < 0,05$).



УДК: 616.284-004-089.844

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ НА СТРЕМЕНИ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Е. М. Арнаутова

THE CHOICE OF STAPES SURGERY MODE IN CASES OF OTOSCLEROSIS (LITERATURE REVIEW)

Е. М. Arnautova

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», Москва
(Директор –проф. Н. А. Дайхес)

В статье приведены сведения о предложенных в литературе различных подходах к выбору хирургической тактики при отосклерозе, произведена попытка их систематизации.

Ключевые слова: стапедопластика, хирургическая тактика.

Библиография: 42 источника.

The article contains knowledge about introduced in literature different point of view on choice of surgery tactic in cases of otosclerosis, attempt of systematization of them.

Key words: stapedoplasty, surgery tactic.

Bibliography: 42 sources.

Ввиду отсутствия этиотропного и патогенетического лечения отосклероза, слухоулучшающая хирургия, несмотря на паллиативный характер, является ведущим методом реабилитации слуха у данной категории больных. Стапедопластика – реконструктивная операция на стремени при его анкилозе, основной целью которой является ремобилизация жидких сред улитки с максимальным использованием резерва среднего уха. В ходе данной операции отохирург вторгается в чистую полость не только среднего, но и внутреннего уха человека, страдающего от недостатка слуха и имеющего альтернативу в виде использования слухового аппарата, а ее неудачный исход в 1–2 % случаев может привести к сенсоневральной потере слуха [19, 29, 31, 42]. Частота же реопераций, дающих более низкий функциональный результат, по данным различных авторов составляет 6–10% [8, 32, 38, 39]. Исходя из вышеизложенного, важен первоначальный выбор оптимальной хирургической тактики.

На сегодняшний день разработано не менее 50 различных техник операций на стремени, отличающихся между собой объемом вскрытия окна преддверия, техникой удаления или вскрытия пластины, материалами для замещения структур стремени, способом и местом крепления протеза, отношением к структурам ниши овального окна, связочно-суставному аппарату стремени. В литературе предложены различные подходы к выбору методики стапедопластики.

Наибольшее количество литературных источников [25, 26, 33, 40] указывает на патоанатомические изменения стремени как на определяющий фактор в выборе метода операции. R.Bellucci выделил 4 класса состояния подножной пластинки стремени в зависимости от визуально оцениваемой распространенности отоочага и состояния ниши овального окна: от фиксации одного полюса хорошо обозримого стремени при 1 классе до сочетания далеко зашедшего облитерирующего процесса с исключительно трудными анатомическими вариантами при 4 классе; для каждого класса предложены методы прямой и непрямой мобилизации стремени, изоляции отоочага, при 4 классе изменений рекомендовано воздержаться от операции [26]. В 60-е гг. многие авторы (Shambaugh, Rosen) предлагали тактику выбора операции step by step, т.е. постепенное увеличение объема хирургического вмешательства, что относится в первую очередь к операциям при ограниченном поражении подножной пластинки: первоначаль-



35. Motto G., Moschillo L. Functional results in stapedotomy with and without CO(2) laser // ORL J Otorhinolaryngology Relat Spec. – 2002. – Vol. 64, № 5. – P. 307–310.
36. Necrosis of the long process of the incus following stapes surgery: new anatomical observations / I. Gerlinger [et al.] // The Laryngoscope. – 2009. – V. 119, № 4. – P. 721–726.
37. Partial promontory technique in stapedotomy cases with narrow niche / M. M. Inserra [et al.] // Otology and Neurotology. – 2004. – V. 25, № 4. – P. 443–446.
38. Revision stapedotomy: operative findings and hearing results. A prospective study of 652 cases from the Otology-Neurotology Database / R. Vincent [et al.] // Otology and Neurotology. – 2010. – V. 31, № 6. – P. 875–882.
39. Revision stapes surgery: the “lateralized piston syndrome” / S. Lagleyre [et al.] // Otology and Neurotology. – 2009. – V. 30, № 8. – P. 1138–1144.
40. Shambough G. E., Glasscock M. E. Surgery of the ear, third edition. – Philadelphia, 1980. – 749 p.
41. Stapes surgery: how precisely do different prostheses attach to the long process of the incus with different instruments and different surgeons? / P. Kwok [et al.] // Otology and Neurotology. – 2002. – V. 23, № 3. – P. 289–295.
42. Surgical findings and long-term hearing results in 3,050 stapedotomies for primary otosclerosis: a prospective study with the otology-neurotology database / R. Vincent [et al.] // Otology and Neurotology. – 2006. – V. 27, Suppl. 2. – P. 25–47.

Арнаутова Екатерина Михайловна – аспирант ФГУ «НКЦ Оториноларингологии» ФМБА России, Москва.
Тел.: 8 916 915 12 06. E-mail: Katya_A_85@mail.ru.

УДК: 617.7-007.58-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ЭНОФТАЛЬМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А. Г. Волков, А. Р. Боджоков

SURGICAL TREATMENT OF POSTTRAUMATIC ENOPHTHALMOS (LITERATURE REVIEW)

A. G. Volkov, A. R. Bodzhokov

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ
и соцразвития РФ
(Ректор – Засл. врач РФ, проф А. А. Сависько)

Проведен анализ причин переломов верхней стенки верхнечелюстной пазухи (нижней стенки орбиты) со смещением глазного яблока в просвет пазухи. Изучены особенности подходов при хирургическом лечении этой травматической патологии, а также сообщается о материалах, используемых для закрытия образовавшихся костных дефектов и восстановления положения глазного яблока в орбите. Показаны способы фиксации трансплантатов и имплантов для сохранения правильной позиции глазного яблока. Приведен собственный опыт использования деминерализованных костных трансплантатов при лечении 8 больных с оригинальным способом формирования жесткой конструкции для фиксации верхней стенки верхнечелюстной пазухи и глазного яблока с удовлетворительными результатами.

Ключевые слова: переломы верхней стенки верхнечелюстной пазухи (нижней стенки орбиты), орбита, глазное яблоко, трансплантаты и имплантаты, деминерализованные костные трансплантаты.

Библиография: 98 источников.

We have analyzed the causes of genyantrum roof (orbital cavity low wall) fractures complicated with eyeball displacement towards the sinus cavity. Studied have been the peculiarities of approaches in the surgical treatment of this traumatic pathology. We also inform on the materials used for filling the newly formed bone defects and restoring the eyebulb's position in the orbital cavity. Shown are the ways of fixing grafts and implants so as to preserve the eyebulb's correct position. We also demonstrate our own experience of application of demineralized bone grafts in the treatment of 8 patients with peculiar rigid construction formation aimed to fix the roof of the genyantrum and the eyebulb with a satisfactory result.



Key words: *genyantrum roof (orbital cavity low wall) fractures, orbit cavity, eyebulb, grafts and implants, demineralized bone grafts.*

Bibliography: 98 sources.

Характерной чертой травм лицевого скелета является высокая частота переломов стенок глазницы [21], причем нередко и с обнаружением инородных тел в орбите [17, 74]. В 92% случаев лицевая травма сочетается с повреждениями ЛОР-органов. Особенно острой эта проблема стала в последние годы в связи с возникновением межнациональных конфликтов, криминализацией мирной жизни и использованием новых боевых средств против мирного населения [16].

Переломы стенок глазницы без повреждения других структур орбиты отмечаются в 3,5 раза чаще, чем изолированная травма внутриорбитальных структур, причем частота повреждения различных стенок орбит неодинакова, наиболее часто нарушается целостность ее нижней стенки (около 70% случаев) [7]. Преобладание переломов нижней стенки орбиты или, соответственно, верхней стенки верхнечелюстной пазухи (ВЧП) отмечается многими авторами [14, 3, 26, 92].

Термин «взрывной» перелом или *blowout fracture*, который очень часто встречается в периодической литературе, предложили P. Smith и Regan (1957) для наиболее характерного и часто встречаемого повреждения дна орбиты – изолированного перелома нижней стенки орбиты без повреждения ее края. Механизм его заключается в следующем: фронтальный удар предметом, размеры которого превышают размеры входа в глазницу, приводит к мгновенному повышению внутриорбитального давления, которое через мягкие ткани передается на костные стенки орбиты, вызывая повреждение наиболее слабых из них, прежде всего – нижней стенки [20; 50, 75 – цит. по Копыловой Н. Е. [23]. Так, R. Kummooa [69] за 15 лет наблюдений из 236 больных с травмами орбиты отмечал в 46,6% случаях переломы нижней стенки орбиты. Основной же причиной массивных переломов нижней стенки орбиты, при которой происходит почти полное ее разрушение, является «прямой» перелом при тупой травме, когда основную силу удара принимают на себя края орбиты [20].

Сочетание травмы орбиты с повреждением глазного яблока, черепа, лица и других органов, ведет к инвалидизации и косметическому обезображиванию больного. Причиной инвалидности является стойкая, часто усиливающаяся диплопия в результате травматических изменений в глазнице. Нередко травмы нижней стенки орбиты встречаются у детей [39], причем Е. И. Сидоренко и соавт. [35] указывают на то, что изолированные переломы нижней стенки глазницы в этой группе пострадавших составляют 68% от всех переломов глазницы. J. N. Kwon et al. [48] утверждают, что переломы верхней стенки ВЧП у детей более частые и протекают более тяжело, чем у взрослых.

Клинические проявления перелома нижней стенки орбиты (верхней стенки ВЧП) – экзофтальм или гипофтальм (хотя их отсутствие не исключает наличия перелома), неравномерная диплопия в разных положениях взора, ограничение подвижности глазного яблока в отдельных направлениях, реже – эмфизема век, орбиты. Экзофтальм зависит от степени нарушения костных структур орбиты и является прямым следствием разрыва и нарушения целостности подвешивающего и фиксирующего связочного аппарата глаза [19, 26], а смещение глазного яблока в деформированной от нарушения давления орбите приводит к диплопии [18, 19], которая выявлена в 58% случаев при переломах нижней стенки орбиты [54, 93]. Очень часто диплопия является основной, а в ряде случаев и единственной жалобой как мучительное состояние, приводящее к утрате трудоспособности или даже бытовых навыков [37], а El Y. Mansouri et al. [94] подробно разбирают особенности нарушения движения глазодвигательных мышц при данной травме.

Обследование пострадавшего дает малоинформативную картину – при пальпации стенок орбиты нередко можно определить деформацию орбитального края с учетом отсутствия ранее травм и заболеваний в этой зоне [17].

Диагностика травматических повреждений нижней стенки орбиты проводится по данным клинической симптоматики и показателей компьютерной томографии (КТ). На КТ нередко



87. Reconstruction of the orbital floor with sheets of autogenous iliac cancellous bone / S.Sakakibara S. [et al.] // J Oral Maxillofac Surg. – 2009. – Vol. 67. – N 5. – P. 957–961.
88. Reconstruction of orbital wall defects with calcium phosphate cement: clinical and histological findings in a sheep model / B. Siniković [et al.] // Int J Oral Maxillofac Surg. – 2007. – Vol. 36. – N 1. – P. 54–61.
89. Reconstruction of orbital floor fracture using solvent-preserved bone graft / R. Yavuzer [et al.] // Plast Reconstr Surg. – 2004. – Vol. 113. – N 1. – P. 34–44.
90. Rosbe K., Meredith S.D., Holmes D.K. Complication of maxillary sinus Foley balloon placement for orbital floor // Otolaryngology-Head & Neck Surgery. – 1997. – Vol. 117. – N 6. – P. 148–50.
91. Röpke E., Bloching M. Materials used in reconstructive surgery of the orbit // Klin Monbl Augenheilkd. – 2004. – Vol. 221. – N 11. – P. 985–991.
92. Schroeder H., Glaue H. Fractures of the orbital floor // Laring. Rhinol. Otol. – 1978. – Vol. 57. – N 12. – P. 1091–1096.
93. Siritongtaworn P., Tongsawas S., Siltharm S. Diplopia in facial fractures // J. Med. Assoc. Thai. – 2001. – Vol. 84. – N 2. – P. 491–494.
94. The oculomotor effects of the fractures of the floor of the orbit / Y. El Mansouri [et al.] // J Fr Ophtalmol. – 2000. – Vol. 23. – N 5. – P. 445–448.
95. The differences of blowout fracture of the inferior orbital wall between children and adults / J.H. Kwon [et al.] // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. – 2005. Vol. 131. – N 8. – P. 723–727.
96. Use of membrane and bone grafts in the reconstruction of orbital fractures / I. Iatrou [et al.] // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 2001. – Vol. 91. – N 3. – P. 281–286.
97. Use of autogenous cranial bone grafts for orbital floor reconstruction / Z. Zhu [et al.] // Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi. – 2001. – Vol. 17. – N 5. – P. 294–296.
98. Woog J. J., Hartstein M. E., Gliklich R. Paranasal sinus endoscopy and orbital fracture repair // Arch Ophthalmol. – 1998. – Vol. 116. – N 5. – P. 688–691.

Волков Александр Григорьевич – д.м.н., проф., заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Ростовского государственного медицинского университета. 344010, Ростов-на-Дону, пер. Ворошиловский, 105. E-mail: vag@aanet.ru; тел. 8-863-232-37-54; **Боджоков** Адам Рамазанович – к.м.н., докторант этой же кафедры. E-mail: bodzhokov@mail.ru; тел. 8-863-250-07-72

УДК: 616.715.5-007.17

ФИБРОЗНАЯ ОСТЕОДИСПЛАЗИЯ ЛОБНОЙ КОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

А. Г. Волков, А. Р. Боджоков, И. В. Стагниева, Л. Б. Ящинский

FRONTAL BONE FIBROUS OSTEODYSPLASIA (LITERATURE REVIEW AND CLINICAL OBSERVATION)

A. G. Volkov, A. R. Bojokov, I. V. Stagnieva, L. B. Yashchinsky

*ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ
и соцразвития РФ*

(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – проф. А.Г.Волков)

Обобщены наблюдения фиброзной дисплазии (фиброзная остеодисплазия, фиброзная дисплазия костей, болезнь Лихтенштейна–Брайцева) как поражение костной ткани, характеризующиеся замещением ее фиброзной, что приводит к деформации плоских костей черепа – заболевание, которое редко встречается в оториноларингологии. По этой причине оно недостаточно изучено, диагностика его значительно затруднена. Обобщены единичные клинические наблюдения заболевания и приводятся описания рентгеновской картины структур лицевого скелета и патоморфологические изменения костей. Приведено собственное клиническое наблюдение больной с монооссальной формой фиброзной остеодисплазии лобной кости, своеобразные рентгеновские и патоморфологические изменения.

Ключевые слова: лобная кость, фиброзная остеодисплазия, КТ изменения, «вздутие» околоносовых пазух.

Библиография: 18 источников.



We have summarized the existing observations of fibrous dysplasia (fibrous osteodysplasia, bone fibrous dysplasia, Liechtenstein-Braitszev disease) as a bone tissue lesion characterized by its replacement with a fibrous tissue resulting in cranium flat bone deformation. This is an infrequent, therefore poorly studied otolaryngological disease, which all makes its diagnostics rather difficult. Summarized are single clinical observations and described the X-ray presentations of the face skeleton structures and bone pathomorphology deviations. We have conducted a clinical observation of a female patient suffering from monostotic frontal bone fibrous dysplasia noting peculiar X-ray and pathomorphology deviations.

Key words: frontal bone, fibrous osteodysplasia, CC changes, paranasal sinus "swelling".

Bibliography: 18 source.

Фиброзная остеодисплазия – заболевание, которое редко встречается в оториноларингологии, по этой причине еще недостаточно изученное и поэтому диагностика его значительно затруднена. У детей фиброзная дисплазия занимает первое место среди опухолеподобных заболеваний костей лицевого скелета [1, 2].

Фиброзная дисплазия (фиброзная остеодисплазия, фиброзная дисплазия костей, болезнь Лихтенштейна–Брайцева) – это поражение костной ткани, характеризующееся замещением ее фиброзной тканью, что приводит к деформации плоских костей черепа [6].

Первые описания опухолевидных заболеваний костной ткани описаны в начале XX века и были названы «фиброзный остит». Позже исследования определили дистрофическую природу этих болезней, которые стали называться остеодистрофиями [7].

Впервые это заболевание описал в 1927 году Брайцев В. Р. и выдвинул предположение о том, что этот процесс следует рассматривать как порок развития. Несколько позже, в 1938 году Lichtenstein L. выделил данную аномалию костной ткани в отдельную нозологическую форму и заменил термин на «фиброзную дисплазию костей» или «фиброзную остеодисплазию» [4].

Происхождение фиброзной дисплазии долгое время не было изучено и рассматривалось как нарушение остеогенеза в эмбриональном периоде. Существовали теории возникновения дисплазии как предопухолевого состояния в постнатальном периоде. Также имели место эндокринная, инфекционная, интоксикационная, артериальная, травматическая, нейрогенная и неопластическая теории. По современным представлениям [9], сущность фиброзной остеодисплазии заключается в аномалии развития остеогенной мезенхимы в эмбриональном периоде (на соединительнотканной фазе остеогенеза). Остеобластическая мезенхима утрачивает способность преобразования в хрящевую и костную ткань и трансформируется преимущественно в волокнистую субстанцию, которая не имеет характерной для данной зоны структуры и механической прочности, содержит примитивные костные структуры, включения хрящевого и костного вещества [12].

Среди провоцирующих факторов наибольшее значение имеют травмы, местная инфекция, обменные нарушения, токсикоз беременной, удаление зубов, УВЧ-терапия. Активизация роста текущего процесса происходит после биопсии, использования оральных контрацептивов, становления менструального цикла. Одной из вероятных причин является воздействие токсических промышленных отходов на организм беременной и плода. В литературе описываются наследственные формы, например, фиброзная остеодисплазия нижней челюсти (херувизм) [1, 5].

Причиной фиброзной дисплазии является соматическая мутация Gs-белка костной ткани, что приводит к нарушению дифференцировки остеобластов, которые продуцируют патологическую фиброзную ткань, создавая неправильно сформированную кость с усилением резорбции костной ткани остеокластами [1].

В зависимости от распространенности процесса различают 2 формы фиброзной дисплазии: монооссальную, при которой поражена лишь одна кость, и полиоссальную, при которой поражено несколько костей, преимущественно на одной стороне тела [6]. Монооссальная форма фиброзной дисплазии может развиваться в любом возрасте, полиоссальная – чаще в детском, поэтому у больных этой формой дисплазии выражена диффузная деформация скелета, отмечается предрасположенность к множественным переломам, она может сочетаться с меланозом кожи и различными эндокринопатиями (например, синдром Олбрайта).



УДК 616.284-002.253-053.2

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ МЕЗОТИМПАНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Л. В. Полшкова¹, И. А. Аникин²

ETIOPATHOGENETIC AND PATHOMORPHOLOGICAL PRECONDITIONS OF CHOLESTEATOMA IN TUBOTYMPANIC TYPE OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA (LITERATURE REVIEW)

L. V. Polshkova¹, I. A. Anikin²

¹ ООО «Клиника промышленной медицины Оренбурггазпром»
(Главный врач – С. М. Подлужный)

² ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздравсоцразвития России
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Анализ литературы последних десятилетий позволяет установить, что мезотимпанит нельзя отнести к «доброкачественной» форме хронического гнойного среднего отита. Существует множество факторов, предрасполагающих к развитию холестеатомы в барабанной полости при мезотимпаните. Это заставляет совершенствовать оперативные подходы при хирургическом лечении туботимпанальной формы ХГСО с целью полного устранения холестеатомы и профилактики развития ее ятрогенной формы.

Ключевые слова: туботимпанальная форма хронического гнойного отита, холестеатома, барабанная полость.

Библиография: 99 источников.

Analysis of the literature of recent decades can establish that mezotimpanitis can not be attributed to the "benign" form of chronic suppurative otitis media. There are many factors predisposing to the development of cholesteatoma in the tympanic cavity with mezotimpanitis. It makes perfect operational approaches in the surgical treatment to eliminate cholesteatoma and prevent the development of iatrogenic cholesteatoma.

Keywords: tubotympanic type of chronic suppurative otitis media, cholesteatoma, tympanic cavity.

Bibliography: 99 source.

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) хронический гнойный средний отит (ХГСО) – это заболевание среднего уха, сопровождающееся постоянными выделениями через перфорацию барабанной перепонки более двух недель на фоне проводимого лечения [3, 8, 12, 16, 30, 35, 37, 40, 46, 56]. Этиологическими причинами развития неспецифического хронического гнойного среднего отита являются сочетание следующих факторов:

1) инфекционный агент, снижение общей неспецифической реактивности макроорганизма, дисфункция слуховой трубы;

2) анатомические особенности строения среднего уха [3, 6, 7, 8, 15, 16, 22, 30, 40, 56, 86, 97];

Хроническому гнойному среднему отиту присущи выраженные патологические изменения слизистой оболочки среднего уха, местами с ее гнойным расплавлением, замещением грануляционной тканью, переходом воспалительного процесса на подлежащую костную ткань с развитием остеомиелита, что в конечном итоге и определяет течение ХГСО, его исход и возможность развития осложнений [3, 6, 7, 8, 12, 15, 16, 22, 30, 40, 56, 62, 86, 97]. Международная классификация болезней МКБ-10 ВОЗ выделяет две основных формы ХГСО: эпитимпано-антральную и туботимпанальную. При этом первая форма заболевания характеризуется преимущественным



УДК: 616.211-008.4:[616.24-008.444:616.8-009.836]-02

ПЕРЕДНЯЯ АКТИВНАЯ РИНОМАНОМЕТРИЯ И АКУСТИЧЕСКАЯ РИНОМЕТРИЯ КАК ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РЕСПИРАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОЛОСТИ НОСА

А. К. Эсенбаева

ANTERIOR ACTIVE RHINOMANOMETRY AND ACOUSTIC RHINOMANOMETRY AS OBJECTIVE METHODS OF DIAGNOSTICS RESPIRATORY FUNCTION OF A CAVITY OF A NOSE

А. К. Esenbaeva

ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Основной жизненно важной функцией полости носа является – дыхательная. Поиск объективных методов диагностики респираторной функции полости носа в норме и при патологии является актуальной задачей оториноларингологии. Передняя активная риноманометрия (ПАРМ) и акустическая ринометрия (АР), в настоящее время являются объективными методами, наиболее широко используемыми для оценки респираторной функции носа. Передняя активная риноманометрия – это динамический тест сопротивления воздушному потоку. Акустическая ринометрия – это статический тест размеров полости носа, она не зависит от воздушного потока.

Ключевые слова: передняя активная риноманометрия, акустическая ринометрия, слизистая оболочка полости носа.

Библиография: 41 источник.

The basic vital function of a cavity of a nose is – respiratory. Search of objective methods of diagnostics of respiratory function of a cavity of a nose in norm and at a pathology is an actual problem of otorhinolaryngology. Anterior active rhinomanometry (AAR) and acoustic rhinomanometry (AR) being nowadays the mostly objective and common tests for the nasal airflow assessment. Anterior active rhinomanometry is the dynamic test for the nasal airflow resistance. Acoustic rhinomanometry is a static test of the sizes of a cavity of a nose it doesn't depend on an air stream.

Keywords: anterior active rhinomanometry, acoustic rhinomanometry, mucous membrane of a cavity of a nose.

Bibliography: 41 sources.

Более 100 лет врачи пытаются объективно оценить симптом «нарушения носового дыхания» в качественном и количественном отношении. Показания к оперативному вмешательству часто основываются на опыте хирурга, методе проб и ошибок.

До сих пор объективная оценка проходимости носовой полости не является общепринятой практикой среди ринологов и ринохирургов. Однако объективные методы необходимы для оценки исхода операций, понимания нормы и патологии носовой полости при постановке диагноза. Более того, страховые компании в недалеком будущем будут вынуждать докторов объективизировать показания к операции и результаты хирургического вмешательства.

Цель данной статьи – представить анализ литературы о клинических применениях передней активной риноманометрии (ПАРМ) и акустической ринометрии (АР) как наиболее объективных методов диагностики состояния дыхательной функции, степени обструкции, изменении геометрии полости носа.

В настоящее время передняя активная риноманометрия (ПАРМ) и акустическая ринометрия (АР) являются объективными методами, наиболее широко используемыми для оценки респираторной функции носа [1, 3].

Над развитием «активной риноманометрии» с часа её рождения в 1958 году ученым А. Semarec трудились многие исследователи [37]. Н. Masing в 1965 году указал на необходимость диагностического осмысления сопротивления носового дыхания [28]. Риноманометрия занимает сегодня прочное место в ринологической функциональной диагностике [14].



УДК:616.21:615.356+613.27

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**А. М. Корниенко, Р. А. Корниенко****THE RELEVANCE OF VITAMIN-MINERAL COMPLEXES IN OTORHINOLARYNGOLOGY****А. М. Kornienko, R. A. Kornienko**

ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет
Минздрава России
(Зав. каф. ЛОР-болезней – проф. В. В. Вишняков)

Авторами описывается проблема дефицита микронутриентов среди населения России и его причины у лиц, страдающих ЛОР-заболеваниями. В статье рассматривается влияние недостаточной обеспеченности витаминами и минералами на возникновение и течение таких заболеваний, как нейросенсорная тугоухость, риносинусит, гипоосмия и пр., предлагаются эффективные способы борьбы с гиповитаминозами путем применения витаминно-минеральных комплексов, созданных с учетом разделения компонентов.

Ключевые слова: витамины, минералы, микронутриенты, гиповитаминоз, Алфавит, разделение компонентов, профилактика.

Библиография: 42 источника.

The authors described the problem of micronutrient deficiency among the population of Russia and its causes in patients suffering from ENT diseases. The article examines the influence of insufficient supply of vitamins and minerals on the occurrence and course of diseases such as sensorineural hearing loss, rhinosinusitis, gipoosmiya, etc., offered efficient ways to combat hypovitaminosis by the use of vitamin and mineral complexes, generated from the separation of the components.

Keywords: vitamins, minerals, micronutrients, hypovitaminosis, Alfavit, the separation of components, prevention.

Bibliography: 42 sources.

По данным НИИ питания РАМН, у 80–90% населения России обнаруживается дефицит витамина С, у 40–60% – снижены уровни витаминов А, Е, В₁, В₂, В₆, у большинства обследованных выявлен дефицит минеральных веществ, таких как кальций, железо, йод и селен [8, 16].

Нарушение баланса витаминов и минеральных веществ в настоящее время рассматривается специалистами как фактор, способствующий развитию различной патологии или усугубляющий степень тяжести многих заболеваний, в том числе и ЛОР-органов.

Например, дефицит витамина К способствует развитию нейросенсорных нарушений слуха [35], а дефицит витамина D ассоциируется с носительством в полости носа *Staphylococcus aureus*, являющегося причиной многих воспалительных заболеваний ЛОР-органов [39].

По мнению ряда исследователей, роль дефицита витаминов также велика при развитии вирусных заболеваний у детей первого года жизни [20], пареза гортани [38], опухолевых заболеваний ЛОР-органов [19, 29, 37], и в формировании обонятельной системы [32].

Несомненно, проблема дефицита витаминов и минеральных веществ, в первую очередь, является проблемой рационального питания, так как физиологически нормальное состояние организма человека может быть обеспечено только такой пищей, в состав которой, наряду с белками, жирами и углеводами, непременно входят витамины и минеральные вещества, в количествах, соответствующих физиологической потребности организма.



32. Retinoic acid is present in the postnatal rat olfactory organ and persists in vitamin A-depleted neural tissue / M. A. Asson-Batres [et al.] // J. Nutr. – 2009. – № 139(6). – P. 1067–1072.
33. Role of beta-carotene in the prevention of genotoxic damage in patients undergoing radiotherapy. Monitoring by the micronucleus test in exfoliative cells of the oral cavity / C. Oldini [et al.] // Acta Otorhinolaryngol. Ital. – 1992. – № 12 (5). – P. 435–441.
34. Role of oxidative stress in hearing impairment in patients with type two diabetes mellitus / I. Aladag [et al.] // J. Laryngol. Otol. – 2009. – № 123(9). – P. 957–963.
35. Sudden sensorineural hearing loss during oral anticoagulant therapy / K. Mierzwa [et al.] // J. Laryngol. Otol. – 2004. – № 118 (11). – P. 872–876.
36. Vitamin A concentration in plasma and ability to hear in patients with chronic alcoholic liver diseases / E. Löhle [et al.] // HNO. – 1982. – № 30 (10). – P. 375–380.
37. Vitamin A in the serum of healthy probands and clinical groups / H. K. Biesalski [et al.] // Infusionsther. Klin. Ernähr. – 1985. – № 12 (3). – P. 109–114.
38. Vitamin B₁₂ deficiency: an unusual cause of vocal fold palsy / R. Green [et al.] // J. Laryngol. Otol. – 2011. – № 27. – P. 1–3.
39. Vitamin D and methicillin-resistant Staphylococcus aureus nasal carriage / E. M. Matheson [et al.] // Scand. J. Infect. Dis. – 2010. – № 42 (6–7). – P. 455–460.
40. Vitamin E effects on nasal symptoms and serum specific IgE levels in patients with perennial allergic rhinitis / B. B. Montañó Velázquez [et al.] // Ann. Allergy Asthma Immunol. – 2006. – № 96 (1). – P. 45–50.
41. The effects of supra-physiological vitamin B₁₂ administration on temporary threshold shift / A. Quaranta [et al.] // International Journal of Audiology. – 2004. – Vol. 43. № 3. – P. 162–165.
42. Toth J., Temmel A. F. Drug therapy for disturbances of smelling // Laryngorhinootologie. – 2004. – Vol. 83. № 2. – P. 124–134.

Корниенко Анатолий Максимович – канд. мед. наук, доцент каф. ЛОР болезней МГМСУ. 111399, Москва, ГКБ №70, Федеративный пр., 17, тел. 8-495-305-71-01; **Корниенко** Роман Анатольевич – ассистент каф. ЛОР-болезней МГМСУ. 111399, Москва, ГКБ №70, Федеративный пр., 17, тел. 8-495-305-71-01.

УДК 616.321-085:615.33

МЕСТНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: ПОКАЗАНИЯ, РЕКОМЕНДАЦИИ И РЕАЛЬНОСТЬ

Е. В. Носуля, Н. М. Черных

LOCAL ANTIBACTERIAL THERAPY: INDICATIONS, RECOMMENDATIONS AND REALITY

E. V. Nosulya, N. M. Chernykh

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

(Зав. каф. оториноларингологии – Г. З. Пискунов)

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет)

(Зав. каф. оториноларингологии – М. В. Субботина)

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 54 пациентов с острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ), получавших симптоматическую терапию и местную антибактериальную терапию с использованием препарата Биопарокс (фузафунгин). Дана оценка соблюдения пациентами рекомендованных режимов применения Биопарокса (фузафунгина) при ОРЗ.

Ключевые слова: *острые респираторные заболевания (ОРЗ), местная антибактериальная терапия, Биопарокс (фузафунгин).*

Библиография: *20 источников.*

Retrospective analysis of the results of treatment of 54 patients with upper respiratory tract infections (URTI) is done. Patients were treated with symptomatic therapy together with local antibacterial therapy with Bioparox (fusafungin). Assessment of patients' compliance with recommended regimens of Bioparox (fusafungin) intake is done.



Key words: upper respiratory tract infections (URTI), local antibacterial therapy, Bioparox (fusafungin).

Bibliography: 20 sources.

Несмотря на вполне определенные успехи, достигнутые в лечении инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП), очевидно существование и не менее определенных проблем, связанных с растущими масштабами распространенности острых респираторных заболеваний (ОРЗ), устойчивостью к предпринимаемому лечению и склонностью к затяжному течению и хронизации патологических изменений в слизистой оболочке ВДП, активной ролью этих заболеваний в формировании многочисленных осложнений.

Представляя собой достаточно неоднородную по этиологии и клиническому течению группу заболеваний, ОРЗ относятся к чрезвычайно распространенному виду патологии. По неполным данным, в течение года в мире регистрируется до 10 млрд заболевших ОРЗ. В России ежегодно ОРЗ и гриппом болевают от 27,3 до 41,2 млн человек (2).

Высокая распространенность ОРЗ в значительной степени обусловлена разнообразием этиологически значимых возбудителей, среди которых доминируют вирусы (гриппа, парагриппа, аденовирусы, риновирусы, реовирусы, РС-вирусы), бактерии (стрептококки, стафилококки, гемофильная палочка и др.), хламидии, микоплазмы (3). В реальных условиях часто встречаются ОРЗ, обусловленные вирусно-бактериальными, вирусно-микоплазменными, вирусно-вирусными ассоциациями, что, с одной стороны, облегчает передачу инфекции, с другой – затрудняет профилактику и эффективное лечение заболевания.

Патогенез ОРЗ связан с адгезией вируса к эпителию слизистой оболочки начальных отделов респираторного тракта, его проникновением внутрь эпителиальной клетки и быстрым размножением.

Локализация первичной атаки, выраженность поражения респираторного эпителия могут быть различными в зависимости от вида вируса. Например, местом преимущественного размножения вируса гриппа является эпителий трахеобронхиального дерева, а риновируса – ротоглотки. Вирусы гриппа и аденовирусы вызывают более значительную деструкцию эпителия, чем риновирусы (1).

Большое количество серотипов и значительная изменчивость вирусов крайне отрицательно сказываются на возможностях специфической иммунной защиты слизистой оболочки респираторного тракта. Выход вирусов из эпителиоцитов сопровождается гибелью клеток, повреждением эпителиального пласта слизистой оболочки, что создает благоприятные условия для микробной контаминации и бактериальной суперинфекции. В этих условиях происходит одновременное развитие двух оппозитных механизмов иммунного ответа – противовирусного, реализация которого связана с CD8⁺T-лимфоцитами и экспрессией противовоспалительных медиаторов, и антибактериального – гуморального, при котором происходит активация CD4⁺Th2 и продукция противовоспалительных цитокинов. Такое развитие событий отрицательно сказывается на реализации иммунной реакции организма – и противовирусной, и антибактериальной. Логическим решением этой задачи могло бы быть назначение антибиотиков с целью ингибирования микрофлоры и эффективной реализации иммунной системой противовирусного ответа. Однако рекомендации профессиональных врачебных сообществ большинства стран и согласительные документы экспертов, представляющих различные медицинские специальности, отмечают важность исключения антибактериальных средств из протоколов лечения неосложненных ОРЗ. Назначение антибиотиков в этих случаях повышает риск селекции резистентных штаммов микрофлоры; сопровождается ингибированием нормальной микрофлоры организма и формированием дисбиотических состояний, увеличивает вероятность нежелательных реакций, повышает стоимость лечения. Кроме этого, назначение антибиотиков, как известно, не оказывает влияния на течение и исход вирусной инфекции, которая играет важную роль в возникновении ОРЗ. По данным сравнительного исследования, антибиотикотерапия (амоксциллин/клавулановая кислота) не влияет на длительность острой респираторной инфекции – из 288 больных через 5 дней после начала ОРЗ выздоровели 49 человек, получавших антибиотик и 48 – плацебо; симптомы ОРЗ сохранялись на фоне антибиотико-



УДК: 616.321-002-092-02-085

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ И АДЕКВАТНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОТОГЛОТКИ

А. Ю. Овчинников

MODERN VIEWS ON ETIOPATHOGENESIS AND ADEQUATE TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE OROPHARYNX

A. Yu. Ovchinnikov

ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва

(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – проф. А. И. Крюков)

Острые и хронические воспалительные заболевания глотки – крайне распространенная патология в различных возрастных группах населения. Имеется тенденция к увеличению числа больных хроническим тонзиллитом, причём самая высокая заболеваемость приходится на возрастную группу 16–20 лет. Неоправданно широкое применение системных антибиотиков приводит к росту резистентных к основной массе используемых антибактериальных препаратов штаммов возбудителей. Необходимо также учитывать риск возможного развития побочных эффектов и иммунодефицита на фоне терапии системными антибиотиками. В связи с этим местное лечение патологических изменений в глотке является актуальным. В настоящее время в арсенале врача имеется значительное количество лекарственных средств, воздействующих на слизистую оболочку глотки путём орошения, полоскания, смазывания, ингаляций и рассасывания. Удачным примером является местный препарат Септолете Плюс. Данные комплексного клинического, микробиологического и иммунологического исследования препарата показали его хорошую переносимость. Кроме того, Септолете Плюс обладает умеренной иммуномодулирующей активностью, активируя синтез α -интерферонов, как в клетках миндалин, так и крови, что важно, как выше было сказано, при лечении воспалительных заболеваний, при которых снижена активность факторов местного иммунитета. Накопленный опыт позволяет рекомендовать этот препарат для широкого использования при лечении пациентов с воспалительной патологией глотки.

Ключевые слова: воспалительные заболевания ротоглотки, лечение ротоглотки, антисептики.

Библиография: 18 источников.

Acute and chronic inflammatory diseases in the throat are very common pathologies throughout different age groups. There is a tendency for increasing number of patients with chronic tonsillitis, and the highest incidence is in the age of 16–20 years old. Unreasonably wide use of systemic antibiotics increases the resistance of most antibacterial agents of strains pathogens. We must also consider the possible risk of side effects or immune deficit during therapy with systemic antibiotics. In this regard, local treatment of pathological changes in the pharynx is important. Currently, the arsenal of the physician has a large number of drugs that affect the mucous membrane of the throat by washing, rinsing, lubricating, inhalation and absorption. A good example is a medicine of local treatment Septotele Plus. These complex clinical, microbiological and immunological studies of the drug have shown it is well tolerated. In addition, Septotele Plus has a moderate immunomodulatory activity, activating the synthesis of α -interferon in the cells of the tonsils and blood, which is important, as was said above, for the treatment of inflammatory diseases where is reduced activity of factors of local immunity. The accumulated experience allows us to recommend medicine for wide use in the treatment of patients with inflammatory diseases of the pharynx.

Key words: Treatment of oropharyngeal, inflammatory diseases of the oropharynx, antiseptics.

Bibliography: 18 sources.



10. Bacteremia during tonsillectomy // I. Kaygusuz [at al.] Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2001. Apr 6;58(1): P. 69–73.
11. Krishna P., Lee D. Post-tonsillectomy bleeding: a meta-analysis // Laryngoscope. 2001. Aug; 111 (8). P. 1358–1361.
12. Maini S, Waine E, Evans K. Increased post-tonsillectomy secondary haemorrhage with disposable instruments: an audit cycle // Clin Otolaryngol. 2002. Jun;27(3): P. 175–178.
13. Randall D. A., Hoffer M. E. Complications of tonsillectomy and adenoidectomy // Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 1998. Jan; 118 (1): P. 61–68.
14. Rivas Lacarte M. Tonsillectomy as a major outpatient procedure. Prospective 8-year study: indications and complications. Comparison with inpatients // Acta Otorrinolaryngol Esp 2000 Apr; 51 (3) P. 221–227.
15. Theilgaard S. A., Nielsen H.U., Siim C. Risk of hemorrhage after outpatient versus inpatient tonsillectomy // Ugeskr Laeger 2001 Sep 10;163(37): P. 5022–5025.
16. Wunderer H. Mund- und Rachentherapeutika // Deutsche Apotheker Zeitung. 1986; 126(42): 2281–2292.
17. Who pharmaceuticals newsletter, № 4, 2005, Bacitracin, Fusafungine, Gramicidin, Tyrothricin – Locally administered products withdrawn. AFSSAPS French medicines regulatory agency, Agence française de sécurité sanitaire des produits de Santé, Letter to prescribers, 19 July, 2005.
18. Frank Tacconelli / The Daschner Guide to In-Hospital Antibiotic Therapy, Springer, 2009–2010.

Овчинников Андрей Юрьевич – доктор медицинских наук, кафедра болезней уха, горла и носа РГМУ им. Н. П. Пирогова, 117437, Москва, ул. Островитянова, 1, Тел. 8-903-120-28-01, email: lorent1@mail.ru

УДК: 616.216.1–002:615.473.9

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСТРОЙСТВА АКВА МАРИС В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ

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

DEVICE AKVA MARIS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH AN ACUTE RHINOSINUSITIS

S. V. Ryazantsev, E. V. Shkabarova, T. I. Shustova

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

Изучены результаты использования устройства Аква Марис для промывания слизистой носа в лечении больных острым риносинуситом. Подтверждено, что применение устройства лучше устраняет слизисто-гнойное отделяемое, чем солевые назальные спреи. Его использование приводит к улучшению носового дыхания, устраняет заложенность носа и способствует уменьшению сроков заболевания.

Ключевые слова: устройство Аква Марис, острые риносинуситы.

Библиография: 7 источников.

We studied device Akva Maris in treatment of patients with an acute rhinosinusitis. It is confirmed that application of the device eliminates the best muco-purulent discharge than the use of saline nasal spray. Device leads to an improvement in nasal breathing, eliminate congestion and reduces the time the disease.

Key words: a devise Akva Maris, an acute rhinosinusitis.

Bibliography: 7 sources.

Проблема острых риносинуситов по медико-социальной значимости, влиянию на здоровье и качество жизни пациентов считается одной из самых актуальных, при этом за последние годы отмечен рост числа заболеваний околоносовых пазух [4, 5, 7]. Несмотря на успехи в изучении этиологии и патогенеза риносинуситов, а также в совершенствовании методов диагностики и лечения, все чаще наблюдается рецидивирование острого процесса заболевания [7]. Одним из основных симптомов острого риносинусита является заложенность носа и наличие слизисто-гнойного отделяемого как в полости носа, так и стекающего по задней стенке глотки, что доставляет крайнее неудобство больным и существенно снижает качество жизни.



здоровление. Нормализация температурной кривой наступала с 5-х суток; на 10-е сутки лейкоцитоз сохранялся лишь у 6,7% больных.

3. Использование устройства Аква Марис сокращает сроки лечения больных с острыми риносинуситами.

4. Данные цитологического исследования мазков из полости носа после применения устройства Аква Марис свидетельствуют о затухании процесса острого воспаления в слизистой оболочке и активации пролиферативных процессов, направленных на восстановление ее эпителиального покрова.

5. Устройство Аква Марис отличается хорошей переносимостью, простотой использования, отсутствием нежелательных явлений и побочных эффектов, что делает возможным его применение у беременных и кормящих женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопатин А.С. Ирригационная терапия в ринологии // Рос. ринол. 2004; 3: 25–30.
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Изд-во Воронежского университета. 1991: 4–23.
3. Рязанцев С.В. Морская вода в ринологии // Новости оторинолар. и логопатол. – 2002; 1: 1–4.
4. Рязанцев С.В. Острый синусит подходы к терапии: метод. рекомендации. – М., 2003. – 16 с.
5. Янов Ю.К. Современные возможности оптимизации медикаментозной терапии острых синуситов // Рос. оторинолар. – 2004. – №5 (12). – С. 76–79.
6. Pure sesame oil us isotonic sodium chloride solution as treatment for dry nasal mucosa / J. Johnsen [et al.] // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2001 Nov; 127 (11): 1353–1356.
7. Rosenfeld R.M. Clinical practice guideline on adult sinusitis // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2007. – Vol. 137, № 3 P. 365–377.

Рязанцев Сергей Валентинович – профессор, доктор мед. наук, зам директора по научной работе Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, СПб, ул. Бронницкая, д. 9, тел.8- 812-316-28-52, э/п: lor-obshestvo@bk.ru; **Шустова** Татьяна Ивановна – профессор, доктор биол. наук, главный научный сотрудник отдела фармакопрофилактики и инноваций Санкт-Петербургского НИИ ЛОР; 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел. 8-812 316-12-24, э/почта: lor-obshestvo@bk.ru; **Шкабарова** Елена Викторовна – канд. мед. наук, науч. сотруд. отдела фармакопрофилактики и инноваций Санкт-Петербургского НИИ ЛОР; 190013, СПб.: ул. Бронницкая, д. 9, elena.shkabarova@gmail.com, тел. 8- 812-316-12-24.

УДК: 616. 216.1-002-08-039.73

АНТИБИОТИКИ С ПОВЫШЕННЫМ ПРОФИЛЕМ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Ю. К. Янов, О. И. Коноплев, Н. Н. Науменко, И. А. Антушева

ANTIBIOTICS WITH HIGH PROFILE SECURITY FOR INTESTINAL MICROFLORA: NEW PERSPECTIVES OF ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS OF ACUTE BACTERIAL RHINOSINUSITIS

U. K. Yanov, O. I. Konoplev, N. N. Naumenko, I. A. Antusheva

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

Проблема эффективной патогенетической терапии острых риносинуситов до настоящего времени остается до конца не решенной. Разнообразие схем терапии свидетельствует об отсутствии единого мнения об эффективности препаратов, применяемых для лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Проведена оценка клинических результатов



14-дневного курса препаратов «Клацид» и «Экозитрин» у пациентов с острым риносинуситом и определена их безопасность для кишечной микрофлоры.

Ключевые слова: острый гнойный риносинусит, антибактериальные препараты, кла-цид, экозитрин, кишечная микрофлора.

Библиография: 6 источников.

The problem of effective pathogenetic therapy of acute rhinosinusitis is still unsolved. A variety of schemes of therapy testifies to absence of a common opinion about efficiency of the antibiotics used in treatment of acute paranasal sinusitis. The estimation of clinical results of a 14-day's course of «Klacid» and «Ecozitrin» and their influence on intestinal microflora at patients with acute rhinosinusitis is carried out.

Key words: acute purulent rhinosinusitis, antibiotics, klacid, ecozitrin, intestinal microflora.

Bibliography: 6 sources.

Заболевания инфекционной природы занимают значительное место в ЛОР-патологии. Острый и хронический синусит, риносинусит, ангины и их осложнения (паратонзиллярные абсцессы) являются одними из наиболее распространенных нозологических форм, с которыми встречаются не только оториноларингологи, но и врачи других специальностей [1].

Острый бактериальный риносинусит относится к наиболее частым осложнениям острой респираторной вирусной инфекции и является одной из основных причин обращения за медицинской помощью в амбулаторной практике [3].

Проблема эффективной патогенетической терапии острых бактериальных риносинуситов до настоящего времени остается до конца не решенной [2].

Все еще высока частота осложнений острого риносинусита, связанных как с поздней диагностикой, так и с неадекватным лечением. Налицо объективные трудности антибиотикотерапии, в большинстве случаев проводимой эмпирически. Последнее обусловлено отсутствием реальной возможности повсеместного бактериологического анализа, невозможностью быстрой микробиологической диагностики (результат может быть получен не ранее, чем через 48 ч, а с учетом определения чувствительности возбудителя к антибиотику – через 72 ч). При остром бактериальном риносинусите получение пробы клинического материала для бактериологического анализа связано с проведением врачебных манипуляций, от которых зависит достоверность результата.

Разнообразие схем терапии свидетельствует об отсутствии единого мнения об эффективности и безопасности антибактериальных препаратов, применяемых для лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух [1, 3]. Врачу иногда очень сложно разобраться в их свойствах, переносимости, побочных реакциях, совместимости с другими медикаментами.

Одна из наиболее острых проблем, связанных с лечением воспалительного процесса, это отсутствие эффективных антибиотиков, способных подавлять патогенные микроорганизмы, не вызывая иммунологических сдвигов и негативного воздействия на индигенную микрофлору кишечника.

Нормальная микрофлора кишечника является необходимым условием переваривания пищи, усвоения питательных веществ, а также барьером на пути экзогенной инфекции. Она участвует в обезвреживании токсических метаболитов, ограничивая размножение патогенных и условно-патогенных штаммов микроорганизмов, попадающих в кишечник. Установлено, что около 80% всех иммунокомпетентных клеток организма локализовано в слизистой оболочке кишечника; она на 25% состоит из иммунологически активной ткани, а каждый метр кишечника содержит около 10¹⁰ лимфоцитов. Таким образом, кишечник напрямую участвует в реализации защитных реакций организма.

В процессе лечения обычными (однокомпонентными) антибиотиками подавляется не только патогенная, но и полезная микрофлора пищеварительного тракта. Дисбаланс кишечного микробиоценоза ведет к снижению иммунного статуса организма и активному размножению одноклеточных грибов, которые колонизируют кишечник (кандидозам).

Лечение дисбиозов, возникших в результате проведенной антибиотикотерапии, возможно путем назначения различных пробиотиков, которые не всегда совместимы с представителями



ВОЛКОВУ АЛЕКСАНДРУ ГРИГОРЬЕВИЧУ – 65 ЛЕТ

12 сентября 2011 года исполнилось 65 лет Александру Григорьевичу Волкову – Заслуженному врачу Российской Федерации, заведующему кафедрой болезней уха, горла и носа Ростовского государственного медицинского университета, доктору медицинских наук, профессору, академику Российской академии естествознания, члену Европейского общества ринологов.

Александром Григорьевичем пройден непростой путь от фельдшера ЛОР отделения скорой помощи больницы до высшей ступени – заведующего кафедрой. Этот стремительный рост – результат безмерного трудолюбия и упорства, справедливая мера реализации таланта.

После окончания лечебно-профилактического факультета Ростовского государственного медицинского института в 1970 году первой школой мужества, самостоятельности, профессионализма и определённой закалкой оказалась врачебная деятельность по призыву начальником медицинской службы войсковой части Краснознамённого Черноморского Флота, где был приобретен опыт хирурга, руководителя, опыт работы в экстремальных условиях, прочувствована доля ответственности за жизнь и здоровье людей.

После окончания в 1975 году клинической ординатуры по оториноларингологии Александр Григорьевич много лет работал врачом-ординатором Центральной городской больницы скорой медицинской помощи № 1 им. Н. А. Семашко. Став опытным практическим врачом – оториноларингологом, А. Г. Волков овладел основными диагностическими методами и техникой хирургических вмешательств на ЛОР-органах и начал параллельно заниматься научными исследованиями по проблеме параназальных синуситов. В 1982 году он защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Некоторые аспекты диагностики и лечения фронтитов», в 1983 г. – избран по конкурсу ассистентом ЛОР-кафедры, в 1991 – доцентом. В 1992 году А. Г. Волковым защищена докторская диссертация «Предпосылки формирования фронтита. Диагностика и лечение заболевания».

С 1995 года А. Г. Волков – заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Ростовского государственного медицинского университета. Он является членом Правления Российского общества оториноларингологов и председателем его Ростовского регионального отделения, членом редакционного Совета журнала «Российская оториноларингология» и





журнала «Российская ринология». С 1998 года А. Г. Волков – председатель Ростовского филиала Российского общества ринологов, член Европейского общества ринологов.

Александр Григорьевич Волков – автор более 300 научных работ, 32 изобретений и 82 рационализаторских предложений. Разработанные А.Г. Волковым способы хирургического лечения хронического остеомиелита лобной кости не имеют аналогов в мире, а его клинический опыт по этому вопросу признан уникальным не только в России, но и за рубежом. Созданный А. Г. Волковым трепан для трепанопункции лобных пазух рекомендован Министерством здравоохранения РФ для промышленного производства и широкого внедрения в практику. Способы лечения фронтитов и их осложнений, пластики лобной кости уникальны и защищены патентами Российской Федерации.

Александр Григорьевич Волков является автором и соавтором 4 монографий. Его книга «Лобные пазухи» (2000 г.) – фундаментальный труд, квинтэссенция литературных данных и всеобъемлющие результаты собственных исследований, учебник для молодых оториноларингологов и ценное руководство для опытных специалистов. А. Г. Волков по сути является создателем современной школы ринологов Юга России. Александр Григорьевич – известный учёный – оториноларинголог, хирург высочайшей квалификации, прекрасный организатор и педагог, им спасены тысячи жизней, подготовлена целая плеяда ЛОР специалистов, разрабатываются новые способы лечения ЛОР заболеваний и хирургических вмешательств.

Свой юбилей Александр Григорьевич Волков встречает в расцвете творческих сил!

Сердечно поздравляем с 65-летием глубокоуважаемого
Александра Григорьевича

*Коллектив кафедры болезней уха, горла и носа
Ростовского государственного медицинского университета
Редакция журнала Российская оториноларингология*



УДК: 616.22-006.3.04-076

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ САРКОМЫ КАПОШИ С ПОРАЖЕНИЕМ ГОРТАНИ**В. В. Виноградов, С. С. Решульский, Т. А. Галкина, В. П. Быкова****A RARE CASE OF LOCALIZATION OF KAPOSI'S SARCOMA****V. V. Vinogradov, S. S. Reshulsky, T. A. Galkina, V. P. Bikova**

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

(Директор-проф. Н. А. Дайхес)

В статье описан редкий случай саркомы Капоши с поражением гортани, который подтверждает современные представления о многоочаговом опухолевом процессе, данном заболевании как ангиопролиферативном с различным клиническим течением. Чаще всего болезнь проявляется поражением кожи, но может затрагивать и слизистые оболочки, и лимфатическую систему, и внутренние органы. Описаны основные формы заболевания, их клинические проявления, современные методы диагностики и лечения. Представлено наблюдение пациента с саркомой Капоши гортани и кожными проявлениями данного заболевания, подробно описан анамнез, объективные данные, диагностика и лечение больного.

Ключевые слова: саркома Капоши, гортань, гистологическое исследование, химиотерапия.

Библиография: 11 источников.

This article describes a rare case of Kaposi's sarcoma of larynx, which is a multifocal malignant tumor affecting the entire body and has a different clinical course. Most often the disease is manifested skin lesions, but is able to affect and mucous membranes, and the lymphatic system and viscera. The basic form of the disease of their clinical manifestations, methods of diagnosis and treatment. An example of a patient with laryngeal Kaposi's sarcoma and cutaneous manifestations of this disease, described in detail history, objective data, diagnosis and treatment is presented.

Key words: Kaposi's sarcoma, larynx, histology, chemotherapy.

Bibliography: 11 sources.

Саркома Капоши – это своеобразная многоочаговая опухолевая пролиферация эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов с различным клиническим течением. Чаще всего болезнь проявляется поражением кожи, но способна затрагивать и слизистые оболочки, и лимфатическую систему, и внутренние органы. Описаны четыре клинические формы саркомы Капоши:

- классическая,
- иммуносупрессивная,
- эндемическая (африканская) и
- эпидемическая (ассоциированная с СПИДом).

Все формы обусловлены инфекцией, вызываемой герпесвирусом человека 8 типа (HHV-8). [2, 3, 4, 11]

В отличие от классической формы саркомы Капоши, наблюдаемой у пожилых мужчин и протекающей с поражением кожи голеней и стоп, эпидемическая саркома Капоши не имеет излюбленной локализации. Первый очаг может возникнуть на любом участке кожи и слизистой оболочки. В одних случаях узлы и пятна не меняются годами, в других стремительно, за несколько недель, разрастаются и распространяются. Распространяться им свойственно вдоль линий Лангера. [10]

При поражении кожи или слизистых оболочек заподозрить саркому Капоши обычно позволяют фиолетовые пятна, бляшки или узлы, распространение очагов вдоль линии Лангера, желто-зеленоватое окрашивание кожи вокруг очага вследствие кровоизлияний, отек окружающих тканей, появление новых очагов иногда и на коже и на слизистых оболочках. [3, 10]



10. Schwartz R. A. (2004) Kaposi sarcoma: an update // J Surg Oncol 87: 146–57.
11. Use of liposomal anthracyclines in Kaposi sarcoma/ S.E.Krown [et al.] // Semin Oncol 2004, 6, Suppl 13: 36–56.

Виноградов Вячеслав Вячеславович – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела ЛЛО – онкологии ФГУ НКЦ оториноларингологии. 123098. г. Москва, ул. Гамалеи, дом 15.; **Решульский** Сергей Сергеевич – млад. науч. сотр. отдела патологии глотки и носа ФГУ НКЦ оториноларингологии. 123098. г. Москва, ул. Гамалеи, 15. тел. 8-903-547-57-64. E-mail: www.RSS05@mail.ru.; **Галкина** Татьяна Анатольевна – канд. медиц. наук, заведующая ЛОР-отделением ФГУЗ КБ№86. 123098. г. Москва, ул. Гамалеи, дом 15.; **Быкова** Валентина Павловна – докт. мед. наук, профессор, член-корр. Международной Академии оториноларингологии – хирургии головы и шеи, член правления Московского научного общества патологоанатомов, руководитель патологоанатомической лаборатории ФГУ НКЦ оториноларингологии. 123098. г. Москва, ул. Гамалеи, дом 15.

УДК: 612.284-002.5-053.36

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДНЕГО УХА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Е. В. Шабалдина, В. П. Тихонюк, Д. Р. Ахтямов, Л. В. Илясова, А. В. Шабалдин
**CLINICAL CASE OF A PRIMARY TUBERCULOSIS OF A MIDDLE EAR
AT EARLY CHILDREN'S AGE**

E. V. Shabaldina, V. P. Tihonjuk, D. R. Ahtjamov, L. V. Ilyasova, A. V. Shabaldin

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии – доц. Е. В. Шабалдина).

ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница

(Главный врач – докт. мед. наук В. Э. Новиков)

Представлено описание первичного туберкулезного очага в правом среднем ухе у ребенка первого года жизни. Даны рекомендации о дополнительных исследованиях на туберкулез детей с заболеваниями ЛОР-органов, контактирующих с больными открытыми формами туберкулеза.

Ключевые слова: средний отит, туберкулез.

Библиография: 1 источник.

The description of the primary tubercular center in the right middle ear at the child of the first year of life is presented. Recommendations about additional researches on a tuberculosis of children with the chronic average otitis contacting to open forms of a tuberculosis are made.

Keywords: the average otitis, a tuberculosis.

Bibliography: 1 source.

Показано, что в настоящее время туберкулез среднего уха составляет 1–5 % от всех случаев хронических гнойных средних отитов. По данным зарубежных авторов этот показатель находится в пределах 0,04–0,35 %. Кроме того, туберкулезное поражение ЛОР-органов преимущественно встречается у взрослых пациентов [1]. Исходя из того, что туберкулез среднего уха у детей достаточно редко встречаемая нозология, представляем клинический случай выявления первичного туберкулезного очага в правом среднем ухе у ребенка первого года жизни.

В клинику ЛОР-болезней Кемеровской областной клинической больницы поступил пациент О., 3 мес., 20 дней. Со слов сопровождающего медицинского работника, ребенок заболел остро, 3 дня назад когда произошло повышение температуры тела до 37,3 °С, появилась вялость, ребенок стал плохо спать и принимать пищу. На следующий день возникла болезненность в заушной области справа и припухлость парааурикулярной области, температура достигла фебрильных цифр. Через сутки пациент санитарной авиацией был доставлен в оториноларингологическое отделение для детей областной клинической больницы г. Кемерово.

Из анамнеза жизни известно: мать пациента находится на лечении в противотуберкулезном диспансере, социально-бытовые условия проживания ребенка неудовлетворительные. Вакцинация БЦЖ в родильном доме не выполнялась.



В конце августа 2011 года в результате автоаварии, в расцвете творческих сил, трагически погибла **Ашура Абубакаровна ГАМЗАТОВА** – Заслуженный врач Республики Дагестан, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии с усовершенствованием врачей Дагестанской государственной медицинской академии.

Успешно завершив учебу в Дагестанском медицинском институте, Ашура Абубакаровна обучалась в клинической ординатуре и аспирантуре, что послужило фундаментом становления высококвалифицированного специалиста по клинической и теоретической оториноларингологии. Свою профессиональную деятельность она начала на кафедре болезней уха, горла и носа ДГМИ и прошла путь от старшего лаборанта до профессора.

Основным направлением научной деятельности Ашуры Абубакаровны являлись иммуно-аллергологические аспекты заболеваний верхних дыхательных путей и их связь с болезнями других органов и систем организма.

В 1985 году защитила кандидатскую диссертацию «Лечение термопульсацией больных вазомоторным ринитом», где она впервые показала высокую эффективность лечения болезни методом терморексотерапии. Углубляя и расширяя исследования по проблеме аллергического варианта вазомоторного ринита Ашура Абубакаровна в 2000 году блестяще защитила диссертацию на степень доктора медицинских наук. В результате упорного и целенаправленного труда, ей удалось сформулировать не только ряд новых положений по аллергическому риниту, предложить собственный вариант классификации аллергического ринита, но и освоить и внедрить в клиническую практику лечебных учреждений Республики Дагестан высокоэффективный метод лечения аллергических процессов верхних дыхательных путей – специфическая иммунотерапия.

Ашура Абубакаровна опубликовала более 200 научных и учебно-педагогических работ. С ее участием, кафедрой были выпущены 7 методических рекомендаций для врачей, 2 учебных пособий под эгидой М/З РФ, она защитила 5 рационализаторских предложений, является одним из авторов двух монографий по проблеме аллергического ринита у детей и взрослых. Под ее руководством защищены 2 кандидатские диссертации, выполнялась и третья, ей присвоено высокое звание Заслуженного врача Республики Дагестан. А. А. Гамзатова являлась делегатом многих научно-практических форумов России по оториноларингологии, была избрана членом Правления Российского общества оториноларингологов. С 1987 года, она несла нелегкие обязанности ведущей учебной частью кафедры.

Ашура Абубакаровна была высокопрофессиональным специалистом, которая успешно ориентировалась как в детской, так и взрослой оториноларингологии, вела большую лечебную и консультативную работу, она имела высшую врачебную категорию. Наряду с многочисленными обязанностями по кафедре и клинике, она проводила большую общественную работу, в том числе по линии члена Правления Дагестанского общества оториноларингологов и члена Ученого совета факультета усовершенствования врачей.

Профессор Гамзатова Ашура Абубакаровна, останется в памяти многочисленных учеников, сотрудников кафедры и клиники, пациентов и всех тех, кто обращался к ней за врачебной помощью. Она достойно несла высокое звание – ученого-врача.

*Коллектив кафедры оториноларингологии
Дагестанской государственной медицинской академии
Редакция журнала «Российская оториноларингология»
Общество оториноларингологов Республики Дагестан*



К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал «Российская оториноларингология»

Индекс в объединенном каталоге Российских газет и журналов «Пресса России» 41225, 41223

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

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

I. Представляемая статья должна быть с направлением учреждения, в котором она выполнена, с визой научного руководителя, подписью руководителя учреждения, заверенной печатью. В конце работы обязательно должны быть указаны фамилия, имя, отчество авторов полностью, должность, место работы, адрес места работы с почтовым индексом, контактный телефон, электронная почта.

ОБРАЗЕЦ:

УДК: 616.28-072:616.283.1-089.843

Восприятие частоты стимулов при тестировании кандидатов на кохлеарную имплантацию

С. М. Петров

Perception frequency stimulus by test candidates of cochlear implants

S. M. Petrov

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

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

2. Название статьи и фамилии автора (авторов) должны быть указаны на русском и английском языках. Каждая статья должна иметь аннотацию (резюме) на русском и английском языках объемом 8–12 строк (в зависимости от объема статьи), должно быть указано количество литературных источников, ключевые слова. Статья должна быть предоставлена в электронном виде — 3,5" дискета, компакт-диск (CD), или передана по internet (e-mail, ftp://).

3. Каждая статья должна быть представлена в виде одного файла (Microsoft Word). Дискета, CD должны быть подписаны: фамилия автора, название статьи, название файла. Переданные по internet статьи должны сопровождаться информационным письмом (фамилия автора, название статьи, названия приложенных файлов).

4. Статья должна быть представлена в напечатанном виде (в одном экземпляре), через полтора интервала, 12 кегль, шрифт Times, на одной стороне листа А4 (210x297 см) с полями 2,5 см, объемом (без списка литературы) не менее 4–6-ти страниц.

5. Статья должна быть тщательно отредактирована (как научно, так и стилистически научным руководителем и автором). Целесообразно формулировать цель и задачи работы, а также в конце помещать основные выводы.

6. Нельзя применять сокращения в названии статьи. В тексте следует использовать стандартные термины и сокращения (аббревиатуры). Полный термин, вместо которого вводится сокращение, должен предшествовать первому применению этого сокращения в тексте (если только это не стандартная единица измерения).

7. Если в статье используются символы из символьных шрифтов (формулы, греческие символы «α» «β» «χ» «γ» и т. п.), то в напечатанном виде эти символы должны быть подчеркнуты цветным маркером.

8. Иллюстрации, используемые в текстовом документе, обязательно должны быть приложены к статье в виде файлов оригинального формата (*.TIF, *.EPS, *.PSD, *.BMP, *.PCX).

9. Иллюстрации должны быть четкими, контрастными, размером 9x12 или 13x18 см, пронумерованы, на обратной стороне фотографии следует указать её порядковый номер, фамилию автора, обозначить «верх» и «низ». Фотографии не наклеивают, а вкладывают в конверт, на котором пишут фамилию автора и название статьи. На отдельном листе прилагают текст подписей к фотографиям. Рекомендуется не более 3 рисунков.

10. Каждая таблица должна иметь точный краткий заголовок; каждая графа должна быть кратко озаглавлена, сокращения слов не допускаются. Рекомендуется не более 3 таблиц (фото таблицы не принимаются).

II. К статье прилагается список литературы, в котором необходимо привести все работы, упомянутые в статье. Каждый источник приводится с новой строки, необходимо соблюдать возрастающий хронологический порядок расположения ссылок (год выхода работы в свет).

12. В списке литературы: источники указываются строго в алфавитном порядке, причем вначале перечисляются русские, а затем иностранные авторы; автор может указать не более 3-х своих предыдущих работ. Ссылки на рукописи (диссертации) не допускаются.



13. Для периодических и продолжающихся изданий необходимо указывать автора, название работы, полное название источника, год, том (при необходимости), номер (выпуск), страницы от и до; для монографий, метод, рекомендаций — указывать общее количество страниц.

14. В тексте статьи следует приводить порядковый номер списка литературы [в квадратных скобках].

15. Вопрос о публикации статьи, носящей рекламный характер, решается после согласования с соответствующей фирмой.

16. В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора (авторов).

17. Публикация статьи осуществляется только после заключения Лицензионного договора между редакцией и автором/авторами статьи. Образец договора на сайте www.nregistr.ru или www.lornii.ru

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

Книги:

С одним автором

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

С двумя авторами

2. Блоцкий А. А., Плужников М.С. Феномен храпа и синдром обструктивного сонного апноэ. СПб.: Спец. Лит., 2002.176с.

Стремя авторами

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

Авторов больше трех

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

Статьи из журналов:

С одним автором

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

С двумя авторами

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

Авторов больше трех

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

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

Статьи из сборников:

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

Тезисы докладов:

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

Авторефераты:

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

Методические рекомендации:

И. Кузьмин Ю. И., Коробков Г.А. Оценка тяжести речевых нарушений при заикании: метод, рек. Л., 1991.14 с.

Патентные документы:

12. Пат. 2187888 Российская Федерация, МПК7 Н 04 В 1/38, Н 04 J 13/00. Приемопередающее устройство / Чугаева В. И.; заявитель и патентообладатель Воронеж, науч.-ислед. ин-т связи — № 2000131736/09; заявл. 18.12.00; опубл. 20.08.02, Бюл. № 23 (Пч.). — 3 с.

13. Заявка 1095735 Российская Федерация, МПК7 В 64 G 1/00. Одноразовая ракета-носитель / Тернет Э. В. (США); заявитель Спейс Системз / Лорал, инк.; пат. поверенный Егорова Г. Б. — № 2000108705/28; заявл. 07.04.00; опубл. 10.03.01, Бюл. №7(1 ч.); приоритет 09.04.99, № 09/289, 037 (США). — 5 с.

14. А. с. 1007970 СССР, МПКЗ В 25 J 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей типа валов / В. С. Ваулин, В. Г. Кемайкин (СССР). — № 3360585/25-08; заявл. 23.11.81; опубл. 30.03.83, Бюл. № 12. — 2 с.

Уважаемые коллеги! Редакция имеет право сокращать статьи.

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

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

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

Содержание

Информационный раздел

XVIII съезд оториноларингологов России	3
Решение XVIII съезда оториноларингологов России	4
Члены правления Российского общества оториноларингологов,	5
избранные на XVIII съезде оториноларингологов России	5
Президиум правления российского общества оториноларингологов	8
Редакционная коллегия и редакционный совет журнала «Российская оториноларингология», избранные на XVIII съезде оториноларингологов России.	9
Члены ревизионной комиссии Российского общества оториноларингологов	11
Резолюция Российской научно-практической конференции оториноларингологов с международным участием «Достижения и перспективы развития микрохирургии уха и верхних дыхательных путей» г. Оренбург, 15–16 сентября 2011г.	11

Исторический раздел

Ю. М. Овчинников

Plusquamperfekt	13
-----------------------	----

Научные статьи

А. А. Аббасова

Достоверность метода звуковой вызванной отоакустической эмиссии в определении состояния слуха у детей	17
--	----

И. А. Аникин, М. В. Комаров

Особенности хирургической тактики при рецидивировании гломусной опухоли (параганглиомы) уха	20
--	----

Н. В. Бойко, В. Н. Колесников

Холестеатома наружного слухового прохода	24
--	----

В. П. Вавилова, Т. А. Караульнова, Н. И. Тарасов, А. В. Теплов, О. С. Чернюк

Влияние способа доставки противовоспалительных препаратов на течение аллергического ринита, сочетанного с хроническим аденоидитом.	28
--	----

Л. Е. Голованова

Об оказании сурдологической помощи взрослому населению Санкт-Петербурга	34
---	----

Х. М. Диаб

Способ хирургического лечения атрезии наружного слухового прохода, сочетающейся с аномалией развития среднего уха	41
--	----

В. В. Диденко

Реконструктивно-пластическая хирургия остова перегородки носа — эффективный способ профилактики и устранения ее послеоперационной флотации.	46
---	----

В. А. Долгов

Показатели «нормы» микросимбиоза барабанной полости в период ремиссии хронического гнойного среднего отита и их использование в выборе оптимальных сроков мирингопластики.	51
---	----

Е. А. Дубцова, В. М. Боев, И. А. Шульга Взаимосвязь в системе элементный состав биосред — иммунный статус — заболеваемость хроническим гиперпластическим ларингитом в регионах с различной антропогенной нагрузкой	55
Т. В. Золотова, Н. В. Дубинская Исследование микроэлементного состава клеток спирального органа при экспериментальной сенсоневральной тугоухости	62
Е. М. Илларионова, И. В. Отвагин, Н. П. Грибова Особенности диагностики вестибулярной функции здоровых лиц	67
Е. М. Илларионова, И. В. Отвагин, Н. П. Грибова Современные аспекты диагностики головокружений	70
Е. Е. Корень, В. А. Косенко, Л. Л. Клячко, Ю. Е. Степанова, А. А. Корнеев Результаты исследования функциональной активности небных миндалин и местного иммунитета слизистой оболочки верхних дыхательных путей у больных с дисфониями	74
В. В. Коротченко, В. В. Шиленкова Реабилитация голосовой функции у поющих детей с функциональной дисфонией по гипотонусному типу	80
Д. М. Кочетов Оценка профессиональных знаний и компетенции медицинского персонала лечебных учреждений в области оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению с ЛОР-патологией	88
И. М. Магомедов, М. З. Саидов, А. С. Юнусов, А. М. Шахназаров, С. В. Климова, А. С. Будихина, И. И. Нажмудинов Влияние длительности аденоидно-tonsиллярной гипертрофии на показатели местного врожденного и адаптивного иммунитета у часто болеющих детей	95
С. А. Мальцев Клиническая эффективность минидоступа в хирургии лицевого черепа и шеи в сочетании с аргонусиленной коагуляцией	102
О. А. Меркулов Эндоскопическая эндоназальная реконструкция основания черепа: принципы, тенденции, проблемы.	107
В. Д. Осипов, Д. В. Суржиков, А. В. Шелковников, П. В. Климов Оценка воздействия канцерогенных загрязнителей окружающей среды в крупном промышленном городе как фактор риска формирования хронического гиперпластического ларингита	113
П. А. Попов, О. В. Стратиева, И. П. Королюк, Г. С. Козупица Диагностика болезни Меньера с помощью компьютерной томографии: количественная оценка изменений внутреннего уха	117
Е. А. Приходько Особенности подхода к коррекции в слухопротезировании больных с сенсоневральной тугоухостью	125
О. Е. Скобская, С. С. Слива Оценка функции равновесия у пациентов с переломом височной кости в остром периоде черепно-мозговой травмы по данным компьютерной стабиллографии	128
О. А. Спиранская, Ю. Ю. Русецкий, И. О. Чернышенко Распространенность и структура инородных тел нижних дыхательных путей на современном этапе и их связь с бронхолегочными осложнениями.	136

С. Г. Щека, Л. А. Гребенщикова, О. Н. Таубер Исследование микроциркуляции крови слизистой оболочки полости носа у больных вазомоторным ринитом с сочетанным атеросклерозом коронарных и брахиоцефальных артерий.	140
А. К. Эсенбаева, И. Ю. Серебрякова, П. И. Савельев Метод «ринометрической диагностики», как критерий морфофункционального состояния слизистой оболочки полости носа при хронических ринитах, сопровождающихся гипертрофией нижних носовых раковин.	144
Обзоры	
Е. М. Арнаутова Выбор метода операции на стремени при отосклерозе (обзор литературы)	149
А. Г. Волков, А. Р. Боджоков Хирургическое лечение посттравматического энтофтальма (обзор литературы)	153
А. Г. Волков, А. Р. Боджоков, И. В. Стагниева, Л. Б. Ящинский Фиброзная остеодисплазия лобной кости (обзор литературы и собственное клиническое наблюдение)	163
Л. В. Полшкова, И. А. Аникин Этиопатогенетические и патоморфологические предпосылки формирования холестеатомы при хроническом гнойном мезотимпаните (обзор литературы)	170
А. К. Эсенбаева Передняя активная риноманометрия и акустическая ринометрия как объективные методы диагностики респираторной функции полости носа	179
Школа фармакотерапии	
А. М. Корниенко, Р. А. Корниенко Актуальность применения витаминно-минеральных комплексов в оториноларингологии	184
Е. В. Носуля, Н. М. Черных Местная антибактериальная терапия: показания, рекомендации и реальность	188
А. Ю. Овчинников Современные представления об этиопатогенезе и адекватном лечении воспалительных заболеваний ротоглотки.	194
С. В. Рязанцев, Е. В. Шкабарова, Т. И. Шустова Использование устройства Аква Марис в лечении больных с острым риносинуситом.	198
Ю. К. Янов, О. И. Коноплев, Н. Н. Науменко, И. А. Антушева Антибиотики с повышенным профилем безопасности для кишечной микрофлоры: новые перспективы антибиотикотерапии острых бактериальных риносинуситов	203
Юбилей	
ВОЛКОВУ Александру Григорьевичу – 65 лет.	217
Из практики	
В. В. Виноградов, С. С. Решульский, Т. А. Галкина, В. П. Быкова Редкий случай саркомы Капоши с поражением гортани	219
Е. В. Шабалдина, В. П. Тихонюк, Д. Р. Ахтямов, Л. В. Илясова, А. В. Шабалдин Клинический случай первичного туберкулеза среднего уха в раннем детском возрасте	223
Некролог	
Ашура Абубакаровна Гамзатова.	225