



# РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

## RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY

*Медицинский научно-практический журнал*

**Основан в 2002 году**

*(Выходит один раз в два месяца)*

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

*Индекс 41225 в каталоге «Пресса России»*

Совместное издание

**Федеральное государственное учреждение**

**«Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА»**

**Федеральное государственное учреждение «Санкт-Петербургский**

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

**Российское общество оториноларингологов**



### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

### Издатель:

ООО «Национальный регистр»

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

Ссылка на журнал «Российская оториноларингология» обязательна.

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

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

### Адрес редакции:

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

### Компьютерная верстка: И. В. Лютикова

Подписано в печать 15.03.2010 г.  
Формат: 60x90<sup>1/8</sup>, объем 21.47 усл. печ. л.  
Тираж: 3000 экз. (1-й завод – 500 экз.)

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

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

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА, Москва.



УДК: 616. 322-002. 2: 612. 112. 1-053. 2

**ИММУНОТРОПНОЕ ВЛИЯНИЕ ФИТОТЕРАПИИ С ЭФФЕКТОМ  
ЗАКАЛИВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТАХ У ДЕТЕЙ**

**Э. К. Азаматова<sup>1</sup>, З. Ф. Хараева<sup>2</sup>, Г. С. Мальцева<sup>3</sup>**

**THE IMMUNOLOGIC INFLUENCE OF HERBAL THERAPY  
WITH TEMPER EFFECT ON CHILDREN WITH THE CHRONIC TONSILLITIS**

**E. K. Azamatova<sup>1</sup>, Z. F. Kharaeva<sup>2</sup>, G. S. Maltseva<sup>3</sup>**

1 – ГМУ Детская поликлиника №2 г. Нальчика

(Главный врач – Засл. врач КБР Л. А. Занкишиева)

2 ГОУ ВПО Кабардино-Балкарский государственный университет

(Ректор – проф. Б. С. Карамурзов)

3 – ФГУ Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий

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

Хронический тонзиллит характеризуется как многофакторный иммунопатологический процесс, который сопутствует развитию системных осложнений иотягощает их патогенез. Целью исследования было – оценить иммуностропное влияние фитотерапии с эффектом закаливания у детей с хроническими тонзиллитами. Оценку клинической эффективности проводили на основании субъективных и объективных признаков. В качестве лабораторных показателей локального и общего иммунного статуса исследовали – содержание группы иммуноцитоклинов – интерлейкина-1 $\beta$  (ИЛ-1 $\beta$ ), интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ), интерлейкина-10 (ИЛ-10 (исследование проводили до начала терапии, через 30 дней, 6 и 12 месяцев). Все показатели изучались с помощью твердофазного иммуноферментного метода с применением тест-систем «Протеиновый контур». Максимальный клинический эффект выявлен в группе больных, у которых применялся настой зверобоя на фоне постепенного снижения температуры раствора для промывания (эффект закаливания).

**Ключевые слова:** хронические тонзиллиты, иммуноцитоклины, фитотерапия, эффект закаливания

**Библиография:** 9 источников

*The chronic tonsillitis is multifactorial immunopathologic process, which attendant to development of system complications. The aim of the investigation was the study of immunologic influence of herbal therapy with temper effect of children with the chronic tonsillitis. The investigation of clinical effectiveness was done on the base of objective and subjunctive symptoms. The dynamic investigation (1, 6, 12 months) of immunocytokines level shows that concentrations of proinflammation mediators in blood and from tonsil node of patients from 2 and 4 groups were closed to normal ( $p>0.01$ ). The best clinical effect was registered in the case of treatment with herbal solution with temper effect. The herbal polycarbohydrates, ephir oils and flavonoides have antiinflammation and antioedematic effects on mucosal tissues of respiratory tract. Probably, the temper effect of low temperature induce increasing of activity of innate immunity and lymphotrops effect on throats nodes.*

**Key words:** chronic tonsillitis, immunocytokines, herbal therapy, the temper effect.

**Bibliography:** 9 sources.



Таким образом, максимальный клинический и иммунокорректирующий эффект выявлен в группе больных, у которых применялся настой зверобоя на фоне постепенного снижения температуры раствора для промывания (эффект закаливания). Полисахариды, эфирные масла и флавоноиды зверобоя оказывают противовоспалительное действие и уменьшают отек слизистой оболочки дыхательных путей. Закаливающее действие низких температур, вероятно, воздействует, укрепляя неспецифические факторы защиты слизистых оболочек и оказывает лимфотропное действие на ткань лимфоглоточного кольца.

**Выводы:** фитотерапия с эффектом закаливания является эффективным методом лечения и может применяться в комплексной терапии хронического тонзиллита.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арефьева Н. А., Азнабаева Л. Ф., Хафизова Ф. А. Иммунокорректоры в комплексном лечении паратонзиллита // Вестн. оторинолар. – 1999. – №2. – С. 42–45.
2. Азаматова Э. К., Хараева З. Ф., Мальцева Г. С. Цитокиновый статус крови и небных миндалин у детей с хроническим тонзиллитом // Рос. отоларингология. – 2009. – №4(41). – С. 3–7.
3. Афанасьев В. А., Ласкова И. Л. Иммуномодулирующее и антиоксидантное действие фитопрепаратов при стафилококковой инфекции и антибиотикотерапии. Сб. тр. «Человек и его здоровье». – Курск. – 1998. – вып. 1. – С. 121–123.
4. Бухарин О. В. Биомедицинские аспекты персистенции бактерий // ЖМЭИ. – 1994. – Приложение. – С. 4–13.
5. Бухарин О. В., Усвяцов Б. Я., Хуснутдинова Л. М. Некоторые особенности микрофлоры миндалин и межмикробного взаимодействия (в норме и при патологии) // Там же. – 2000. – №4. – С. 82–84.
6. Навашин С. М. Микро- и макроорганизм – взаимодействие в инфекционном процессе при антибактериальной терапии // Антибиотики и химиотерапия. – 1998. – Т. 43, №11. – С. 3–5.
7. Хараева З. Ф., Азаматова Э. К. Факторы персистенции возбудителей хронических тонзиллитов // Проблемы и перспективы современной науки. – 2009. – Т. 2, выпуск 1. – С. 234–235.
8. Gram-Positive bacteria induce IL-6 and IL-8 production in human alveolar macrophages and epithelial cells / Larsson B. M. [et al.] // Inflammation. – 1999. – V. 23, №3. – P. 217–231.
9. Macrae R., Robinson R. K., Sadler M. J. Cytokines and antimicrobial activity of macrophages // Eds. Academic Press: New York, 1993. – Vol. 6. – P. 3548–3553.

УДК: [616. 285. 3: 616. 28-002-2]-089. 844

### ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕТРАКЦИОННЫМИ КАРМАНАМИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

**З. З. Алагирова, В. С. Корвяков, Т. В. Бурмистрова, А. А. Якшин, А. А. Гапонов**

### ETIOPATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH RETRACTION POCKETS OF MEMBRANAE TYMPANI

**Z. Z. Alagirova, V. S. Korvyakov, T. V. Burmistrova, A. A. Yakshin, A. A. Gaponov**

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

*Статья посвящена разработке теоретического обоснования лечебной тактики больных хроническим средним отитом (ХСО) с ретракционными карманами барабанной перепонки. Основное внимание уделяется причинным факторам их возникновения, т. е. блоку, расположенному в узких местах среднего уха (слуховая труба, тимпанальный перешеек, адитус).*

**Ключевые слова:** хронический средний отит, ретракционный карман барабанной перепонки, тимпанальный перешеек.

**Библиография:** 23 источника.

*Etiopathogenetic substantiation of the treatment of patients with Retraction pockets of membranae tympani.*

*Article is dedicated to the development of theoretical substantiation of treatment tactics of patients with chronic otitis (HVO) Retraction pockets of membranae tympani. Primary attention is devote to the*



*causal factors of their appearance, ie the bloc located in the narrow flieds of middle ear (the auditory tube, tympanic istmus, adidus)*

**Key words:** *chronic otitis media, Retraction pockets of membranae tympani, tympanic istmus*

**Bibliography:** *23 sources.*

Под термином хронический средний отит (ХСО) с ретракционным карманом или ателектатический средний отит подразумевают воспаление, которое сопровождается уменьшением объема среднего уха в связи со смещением барабанной перепонки внутрь в направлении промоториума и/или эпитимпанума с образованием ретракционных карманов вплоть до полной эпидермизации барабанной полости [10, 11, 12]. Данное заболевание развивается на фоне отрицательного давления, которое создается в том или ином отделе среднего уха на фоне дисфункции слуховой трубы и/или естественных соустьев тимпанальной диафрагмы и адитуса. Таким образом, первопричиной ателектатического среднего отита является дисфункция слуховой трубы, а в дальнейшем присоединившийся блок тимпанального перешейка и адитуса [4, 7, 8, 21]. Однако, следует иметь в виду, что сам термин отит подразумевает наличие воспалительного процесса в полостях среднего уха, которое при данном заболевании, по крайней мере, на начальных этапах, носит асептический характер на фоне отрицательного давления.

Мы в своем исследовании уделили особое внимание разработке теоретического обоснования лечебной тактики больных ХСО с ретракционными карманами, уделив основное внимание причинным факторам их возникновения.

Несомненно, пусковым механизмом в этиопатогенезе образования ретракционных карманов барабанной перепонки является дисфункция слуховой трубы, которая, в свою очередь, инициируется патологическими процессами верхних дыхательных путей (носоглотка, нос, околоносовые пазухи). Патогенез данного заболевания связан с анатомическим строением среднего уха, направлением движения воздуха по его полостям и узким местам. А также образованием функционального или механического, как правило, рубцового «первичного» поствоспалительного блока в этих узких местах, который частично или полностью перекрывает подачу воздуха в полости, расположенные за ним. Это затем приводит к нарушениям аэродинамики среднего уха и созданию тотального или локального отрицательного давления в зависимости от местоположения блока с последующим присоединением «вторичного» асептического воспаления в том месте барабанной перепонки, где имеется отрицательное давление.

Схема прохождения воздуха из носоглотки до ретротимпанальных отделов среднего уха выглядит следующим образом: при открытии глоточного устья слуховой трубы (в частности, в момент проглатывания слюны) воздух из носоглотки через слуховую трубу поступает в мезогипотимпанум и далее через естественные соустья тимпанальной диафрагмы в передний и задний аттик, адитус, антрум и клетки сосцевидного отростка. Условно в данной схеме можно выделить систему воздухоносных полостей (носоглотка, мезогипотимпанум, аттикоантральная область и клетки сосцевидного отростка) и воздухопроводных трубок (слуховая труба, естественные соустья тимпанальной диафрагмы и адитус). Логично предположить, что воспалительный процесс в наибольшей степени вызывает изменения в области слуховой трубы, тимпанального перешейка и адитуса. При нарушении прохождения воздуха по слуховой трубе создается отрицательное давление, как в барабанной полости так и ретротимпанальных отделах (которые выполняют роль буфера). Это, в свою очередь, будет приводить к возникновению воспалительного процесса, а, в дальнейшем, и к втяжению барабанной перепонки, в большей степени, в области мезогипотимпанума и в меньшей степени в аттикоантральной области. При нарушении прохождения воздуха через тимпанальный перешеек и адитус и при хорошо функционирующей слуховой трубе отрицательное давление создается либо в области переднего аттика (блок переднего диафрагмального соустья), либо заднего аттика (блок заднего соустья) и антрума (блок адитуса), либо при полном блоке естественных соустьев тимпанальной диафрагмы во всей аттикоантральной области. Таким образом, можно предположить, что при купировании воспалительного процесса в области слуховой трубы и при сохранении его в области соустьев тимпанальной диафрагмы и/или адитуса давление в мезогипотимпануме



УДК: 616. 211–072. 1

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ НОСА  
ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ****А. Р. Андреищев, С. А. Карпищенко,  
А. А. Баиндурашвили, А. Э. Шахназаров****ENDOSCOPIC RESEARCH OF NASAL CAVITY  
AFTER RECONSTRUCTIVE OPERATIONS AT UPPER JAW****Andreishchev A. R., Karpishchenko S. A.,  
Baindurashvili A. A., Shakhnazarov A. E.***Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова**(Зав. каф. хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии—  
проф. М. М. Соловьёв; зав. каф. оториноларингологии – проф. С. А. Карпищенко)*

*Проведена оценка состояния полости носа и верхнечелюстных пазух после остеотомии верхней или сочетанной остеотомии обеих челюстей у 196 пациентов с нарушениями прикуса. Представлены результаты эндоскопического исследования полости носа 23 пациентов. В ряде случаев обнаружены такие нарушения как деформации (69, 55%) или дефекты (17, 39%) носовой перегородки, костный порог в области дна носа (17, 39%), тесное прилегание нижней носовой раковины к дну (30, 43%) или боковой стенке (34, 78%) носа, гиперплазия слизистой нижней носовой раковины (8, 7%), дефект медиальной стенки пазухи (26, 01%). Предложены рекомендации по профилактике возникновения этих осложнений.*

**Ключевые слова:** *верхняя челюсть, реконструктивная операция, гиперплазия раковины.*

**Библиография:** *10 источников.*

*Research of condition nasal cavity and sinus maxillaries at 196 patients after osteotomy of upper and lower jaws was performed. Results endorhinoscopy of 23 patients are presents. In any cases are discover next breches: deformation (69, 55%) or defect (17, 39%) nasal partition, done deformation of nasal floor (17, 39%), narrow contact concha to nasal floor(30, 43%) and lateral wall (34, 78%) of cavity of nose, hyperplasia of mucous membrane at concha(8, 7%), defect of lateral wall of nose (26, 01%). Recommendations for prevent this complications are presents.*

**Key words:** *upper jaw, reconstruction operation, hyperplasia of conchae.*

**Bibliography:** *10 sources.*

Состояние структур полости носа традиционно привлекает большое внимание хирургов, проводящих реконструктивные операции на верхней челюсти. Одни авторы указывают на отсутствие негативного влияния операции на состояние слизистой оболочки [1–4, 6, 8, 9]. Другие, напротив, утверждают, что повреждение стенок пазухи и отслойка слизистой оболочки приводят к необратимым морфологическим изменениям [5].

**Целью** нашего исследования явилось изучение состояния полости носа после проведения остеотомии верхней челюсти у пациентов с сочетанными зубочелюстно-лицевыми аномалиями.

**Пациенты и методы.** Материалом к исследованию послужили наблюдения за 196 пациентами: 94 – после остеотомии верхней челюсти и 102 – после сочетанных операций на обеих челюстях, лечившихся в период с I. 1999г. по X. 2009г. на отделении челюстно-лицевой хирургии СПбГМУ и клиники пластической хирургии Санкт-Петербургского института красоты.

После операции регистрировались клинические проявления воспаления пазух. При удалении титановых мини-пластинок в сроки более 4 месяцев у 5 пациентов выполнялась интраоперационная эндоскопическая синусоскопия, в 8 случаях проводился забор фрагмента слизистой оболочки пазухи для морфологического исследования. 23 пациентам была выполнена

УДК: 616. 323–007. 61+616. 322–005. 1–08

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

М. В. Дроздова, Е. В. Тырнова, Ю. К. Янов

## ESTIMATION OF SYSTEM HEMOSTASIS STATUS IN CHILDREN WITH CHRONIC LYMPH PROLIFERATIVE SYNDROME

M. V. Drozdova, E. V. Tyrnova, Yr. Janov

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

Исследовали показатели гемостаза у 157 детей при хроническом лимфопролиферативном синдроме герпесвирусной (вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус) и стрептококковой этиологии. Скрининг нарушений гемостаза: количество тромбоцитов, протромбиновое время (тест Квика), АПТВ. Уточняющие тесты: агрегация тромбоцитов, D-димер. В скрининге нарушения тромбоцитарного гемостаза, внешнего и внутреннего пути плазменного гемостаза наблюдались у трети больных хроническим лимфопролиферативным синдромом, направляемых на хирургическое лечение (28, 6%, 35, 1%, 14, 1%). Угнетение адреналин-индуцированной агрегации тромбоцитов выявлено у 10, 2% детей. Среди детей с неудовлетворительными результатами скрининга у каждого четвертого (26%) нарушены адгезивные и агрегационные свойства тромбоцитов. Частота гипокоагуляционных нарушений гемостаза возрастает при хроническом лимфопролиферативном синдроме, обусловленном активной фазой ВЭБ-инфекции (поздняя первичная инфекция, ранняя пост-инфекция, реактивация), и ассоциациях инфекционных агентов: ВЭБ, цитомегаловирус и бета-гемолитический стрептококк; герпесвирусы.

**Ключевые слова:** вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ), цитомегаловирус (ЦМВ), бета-гемолитический стрептококк, гемостаз, лимфопролиферативный синдром, дети

**Библиография:** 19 источников

*Investigated indicators of hemostasis at 157 children with chronic lymph proliferative syndrome herpes viral (Epstein-Barr virus, cytomegalovirus) and streptococcal etiology. Screening of hemostasis disorders: platelet quantity, prothrombin time (Quick's test), APTT. Specifying tests: platelet aggregation, D-dimer. Screening disorders of platelet hemostasis, external and internal way plasma hemostasis were observed at third sick chronic lymph proliferative syndrome, assumed to surgical treatment (28, 6%, 35, 1%, 14, 1%). Oppression adrenaline-induced platelet aggregation is revealed at 10, 2% children. Among children with abnormal instrumental results of screening at every fourth (26%) are broken adhesive and aggregative properties platelet. Frequency of hypo coagulation hemostasis disorders increases at chronic lymph proliferative syndrome caused by an active phase of the VEB-infection (late primary infection, early post-infections, reactivation), and associations of infectious agents: VEB, cytomegalovirus and streptococcus beta-hemolytic; herpes viral.*

**Keywords:** Epstein-Barr (VEB) virus, cytomegalovirus (CMV), streptococcus beta-hemolytic, hemostasis, chronic lymph proliferative syndrome, children

**Bibliography:** 19 sources.

Лимфопролиферативный синдром служит критерием иммунокомпрометации и признаком существенных функциональных дефектов в иммунной системе, проявляющихся клиническими вариантами хронической иммунной недостаточности, формированием иммунологической толерантности к патогену, длительным, иногда пожизненным патогенным носительством. При герпесвирусной и стрептококковой инфекции лимфопролиферативный синдром – обязательный компонент патогенеза как следствие лимфотропности патогена. Известно, что между системами иммунитета и гемостаза существует тесная взаимосвязь, поэтому сдвиги в одной из них могут усугублять изменения в другой и, следовательно, усиливать патогенетические механизмы проявления заболеваний.



УДК: 616. 12-002. 1: 616. 98: 578. 828

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛОРОРГАНОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ****П. А. Затолока****THE PREVALENCE OF PHLOGISTIC PATHOLOGY OF ENT-SYSTEMS IN PATIENTS WITH HIV****P. A. Zatoloka***УО Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск  
(Ректор – канд. мед. наук, доцент А. В. Сикорский)*

*Распространенность патологии ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных пациентов зависит от степени иммунодефицита. На первой стадии ВИЧ-инфекции оториноларингологические заболевания выявлены у 58, 4% осмотренных больных, на второй – у 91, 5%, на третьей – у 89, 4%, на четвертой (СПИД) – у 100%. Описана частота встречаемости отдельных нозологических форм на разных стадиях вирусного иммунодефицита человека. Выявлены патогномоничные для ВИЧ-инфицированных взрослых заболевания: аденоидные вегетации, хейлит, волосатая лейкоплакия языка, орофарингеальный кандидоз, грибковый эзофагит. Сочетанная хроническая воспалительная патология ЛОР-органов, а также определенные особенности течения заболеваний могут указывать на иммунологическую недостаточность и потребовать оценки ВИЧ-статуса.*

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфицированные больные, иммунодефицит, распространенность патологии, заболевания ЛОР-органов.

**Библиография:** 17 источников.

*The frequency of ENT-pathology on HIV patients is depends on stage of immunodeficiency. On the 1st stage of HIV infection (WHO) we have found ENT pathology in 58. 4% of the patients, on the 2nd stage in 91, 5% of the patients and on the 3ed and 4th stages in 89, 4 and 100% respectively. We consider that mixed of ENT pathology and the specifically chronic of pathology can be point to immunodeficiency and demand of HIV examination.*

**Key words:** HIV patients, immunodeficiency, ENT pathology, prevalence of pathology.

**Bibliography:** 17 sources

Иммунодефицитное состояние, обусловленное ВИЧ-инфекцией, создает условия для развития различных инфекционных процессов и оказывает значительное негативное влияние, в том числе и на состояние ЛОР-органов [2, 13, 17]. С клинической точки зрения разделяют воспалительные (инфекционные), неопластические и неврологические оториноларингологические проявления вирусного иммунодефицита человека [1, 12, 16]. Возможно развитие, как типичных заболеваний, так и атипичных, экзотических [8, 15]. Особое значение приобретает условно-патогенная микрофлора, определяющая развитие, так называемых, оппортунистических заболеваний [6, 14]. При количестве клеток, содержащих маркер CD4<sup>+</sup>, более 500 в одном миллилитре крови распространенность патологии ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных не имеет существенных отличий в сравнении с иммунокомпетентными лицами [3, 7, 11]. При снижении CD4<sup>+</sup> от 200 до 500 клеток/мм<sup>3</sup> частота указанной патологии значительно повышается, однако в большинстве случаев, представлена типичными заболеваниями. При усугублении иммунодефицита (CD4<sup>+</sup> ниже 200) характерно развитие атипичных нозологических форм [5, 9].

Инфицирование организма человека банальной микрофлорой в большинстве случаев осуществляется воздушно-капельным или алиментарным путем. Вследствие чего первичная инвазия инфекционного агента чаще происходит в слизистую оболочку ЛОР-органов. Данное обстоятельство и определяет наибольшее распространение воспалительных процессов указанной локализации. Актуальным является вопрос распространенности и особенности клинической картины патологии ЛОР-органов у пациентов, страдающих вирусным иммунодефицитом [4, 10].





5. Early ENT manifestations of HIV infection/AIDS. An analysis of 76 cases observed in Africa / Ndjolo A. [et al.] // *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. – 2004. – Vol. 125. – P. 39–43.
6. Gurney T. A., Kelvin L. C., Murr A. H. Contemporary issues in rhinosinusitis and HIV infection // *Curr Opin Otolaryngol*. – 2003. – Vol. 11. – P. 45–48.
7. Gurney T. A., Murr A. H. Otolaryngologic manifestations of human immunodeficiency virus infection // *Otolaryngol Clin North Am*. – 2003. – Vol. 36. – P. 604–624.
8. Kamiński B., Janicki K., Wiech A. D. The case of a great pharyngeal tonsil hypertrophy in a twenty-one-year-old patient infected with HIV virus // *Otolaryngol Pol*. – 2004. – Vol. 58 (5). – P. 977–979.
9. Kim M. K., Alvi A. Common head and neck manifestations of AIDS // *Aids Patient Care Stds*. – 1999. – Vol. 13. – P. 641–644.
10. Li M., Xie G., Peng Y. The clinic manifestation of 86 cases with human immunodeficiency virus infection on pharynx and larynx // *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi*. – 2004. – Vol. 18. – P. 672–674.
11. Nokta M. Oral manifestations associated with HIV infection // *Curr. HIV/AIDS Rep*. – 2008. – Vol. 5, №1. – P. 5–12.
12. Oral and constitutional manifestations of HIV-infected hospital patients in northern Vietnam / Jensen T. O. [et al.] // *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. – 2005. – Vol. 36. – P. 1459–1468.
13. Otolologic and audiologic evaluation of human immunodeficiency virus-infected patients / Chandrasekhar S. S. [et al.] // *Am J Otolaryngol*. – 2000. – Vol. 21. – P. 1–9.
14. Sandel H. D., Davison S. P. Three spontaneous occurrences of nasal septal abscess in patients with chronic asymptomatic HIV the need for early intervention and reconstruction // *Ear Nose Throat J*. – 2009. – Vol. 88. – P. 1058–1066.
15. Songu M., Portmann D. Otolologic surgery in HIV-infected patients // *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. – 2008. – Vol. 129. – P. 61–63.
16. Stebbing J., Gazzard B., Douek D. C. Mechanisms of disease: where does HIV live? // *N Eng J Med*. – 2004. – Vol. 350. – P. 1872–1880.
17. Xu Q., Dong M., Wu Y. The clinic features of human immunodeficiency virus (HIV) on ear, nose, throat head and neck // *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi*. – 1999. – Vol. 13. – P. 552–553.

УДК: 616. 98: 578. 828: 616. 21-082

## ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЦИОНАРНОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ

П. А. Затолока

### THE CHARACTERISTICS OF IN-PATIENT CARE FOR THE HIV-PATIENTS WITH ENT-PATHOLOGY

P. A. Zatoloka

*УО Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск  
(Ректор – канд. мед. наук, доцент В. А. Сикорский)*

*В статье представлены особенности стационарной оториноларингологической помощи ВИЧ-инфицированным больным. Выявлена высокая частота сочетанной патологии (26, 5%) и повторных госпитализаций (коэффициент повторных госпитализаций 1, 2) у ВИЧ-инфицированных пациентов. Преобладающим показанием для госпитализации являлась острая оториноларингологическая патология (69%). Острый гнойный синусит (выявлен в 26, 3% случаев) и острый гнойный средний отит (22, 8%) являются наиболее распространенными заболеваниями ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных пациентов, требующими стационарного лечения. Хронический гнойный синусит чаще другой хронической оториноларингологической патологии является причиной лечения в стационарных условиях у ВИЧ-инфицированных больных, выявлен в 10, 5% случаев.*

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфицированные больные, иммунодефицит, патология ЛОР-органов, стационарное лечение.

**Библиография:** 17 источников.



*The aspects of the otorhinolaryngological service are traverse for HIV patients in article. We found a high quantity of combined pathology (26, 5%) and the coefficient of readmission on this patients was 1, 2. The acute otorhinolaryngological pathology was the indication for the treatment in the in-patient clinic. This pathology diagnosed 69% of the patients. The acute pyogenic sinusitis and acute pyogenic otitis were found on 26, 3% and 22, 8% respectively. The chronic pyogenic sinusitis was found more often (10, 5%) than another pathology of ENT.*

**Key words:** HIV patients, immunodeficiency, ENT pathology, the treatment in hospital.

**Bibliography:** 17 sources.

Патология респираторного тракта является наиболее распространенной в популяции. Инфицирование организма человека патогенной и условно-патогенной микрофлорой в большинстве случаев происходит воздушно-капельным путем. Это обстоятельство является ключевым фактором, определяющим значительную распространенность заболеваний верхних дыхательных путей, в том числе и болезней носа, глотки, гортани и уха [4].

Иммунодепрессивное состояние, обусловленное вирусом иммунодефицита человека, является фактором, приводящим к более значительной распространенности воспалительных заболеваний различной локализации [1, 3, 6]. Иммунодефицит способствует частой хронизации воспалительных процессов, тяжелому, затяжному и рецидивирующему характеру течения, медленной положительной динамике на фоне адекватной терапии, сочетанной патологии [2, 12, 17]. Это приводит к относительно более высокой частоте госпитализации ВИЧ-инфицированных больных, в том числе и по поводу патологии ЛОР-органов [5, 8, 9]. Состояние иммунологической недостаточности определяет особенности течения и проявлений заболеваний ЛОР-органов, что может потребовать пересмотра стандартных схем диагностики и лечения [7, 11, 13]. Весьма значимым является вопрос назначения адекватной этиотропной терапии [10, 16]. Таким образом, изучение вопроса особенностей стационарной оториноларингологической помощи ВИЧ-инфицированным больным является весьма актуальным и требует детального изучения. Более того, целесообразна разработка системы диспансеризации инфицированных вирусом иммунодефицита человека для снижения риска развития воспалительной патологии (в том числе и ЛОР-органов), предотвращения хронизации и обеспечения максимально высокого качества жизни этой группы больных [14, 15].

**Цель** – определить особенности стационарной оториноларингологической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам.

#### **Пациенты и методы**

Первый случай ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь зарегистрирован в 1987 году. По данным на 01. 08. 2009 зафиксирован 10201 больной, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, что составляет 105, 5 на 100000 населения. За 7 месяцев 2009 года выявлено 583 новых случая заболевания (за 7 месяцев 2008 года – 488), таким образом, в текущем году наблюдается более интенсивный прирост этой патологии.

В Светлогорском районе, с населением 90660 человек, на диспансерном учете зарегистрировано всего 2671 ВИЧ-инфицированный больной. Таким образом, количество больных вирусом иммунодефицита человека в Светлогорском районе самое высокое в Республике Беларусь и составляет 2, 94%.

В исследовании приняли участие 107 ВИЧ-инфицированных пациентов, получившие стационарное лечение в оториноларингологическом и детском отделениях центральной районной больницы города Светлогорска, Гомельской области, Республики Беларусь. Распределение пациентов по стадиям ВИЧ-инфекции (классификация Всемирной Организации Здравоохранения, 2004 год) следующее: I стадия – 43 больных, II – 29, III – 18, IV (СПИД) – 24 (у 7 пациентов при повторной госпитализации констатировали прогрессирование иммунодефицита и переход в последующую стадию ВИЧ-инфекции). Женщин госпитализировано 35 (32, 7%), мужчин – 72 (67, 3%). Средний возраст – 27, 8±4, 9 лет, минимальный – 4 года 1 месяц, максимальный – 46 лет.



УДК: 616. 21: 614. 2 (575. 1)

## О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ЛОРОРГАНОВ У РАБОТНИКОВ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Г. С. Карабаева

Медсачасть УП Узэлектросеть Узбекэнерго, г. Ташкент, Республика Узбекистан  
(Главный врач – А. Р. Иногамов)

*Изучены показатели ЛОР заболеваемости у работников энергетической промышленности в зависимости от вида профессиональной деятельности. Подверженными патологии ЛОРорганов являются все группы обследуемых энергетиков, за исключением водолазов. Вовлечение в патологический процесс уха, горла и носа зависит от режима труда.*

**Ключевые слова:** заболевания уха, горла, носа и гортани, профессиональный фактор, энергетик, верхолаз, высотник, водолаз, работник турбинного или котельного цеха.

**Библиография:** 12 источников.

**Key words:**

**Bibliography:** 12 sources.

Заболевания уха, горла и носа широко распространены среди жителей различных социальных групп разных географических широт, стран и континентов [6, 10, 11]. Условия труда различных профессиональных групп являются фактором, способствующим возникновению острых и формированию хронических ЛОР заболеваний, что существенно влияет на качество жизни, ее продолжительность, состояние трудоспособности [2, 4, 9]. На производстве заболевания ЛОРорганов являются одной из основных причин временной нетрудоспособности, что совершенно понятно, отрицательно сказывается на показателях деятельности трудового коллектива [1, 12]. Изучение формирования патологии у работников различных профессиональных отраслей всегда привлекало повышенное внимание [3, 5, 7, 8]. Однако эти исследования, в основном, были посвящены профессиям, связанным с вдыханием вредных профессиональных факторов.

**Целью исследования** явилось изучение распространенности заболеваний уха, горла и носа среди энергетиков рабочего контингента в зависимости от вида трудовой деятельности.

**Пациенты и методы исследования.** Было осмотрено 10899 рабочих во время профилактических медицинских осмотров. Исследования проводились за период с 1996 года по 2006г. Весь осмотренный контингент был разделен в зависимости от режима труда на 5 групп:

1. Лица, находящиеся в процессе работы в постоянном контакте с электрическим оборудованием под высоким напряжением (до 1000В);
2. Электрослесари, занимающиеся ремонтом и наладкой энергетических агрегатов на высоте до 60 метров (высотники) и свыше 60 метров (верхолазы);
3. Рабочие, проводящие наладку, ремонт и ревизию энергетического оборудования под водой на глубине до 20 метров (водолазы);
4. Энергетики, проводящие ремонтные работы электрического оборудования в неблагоприятных метеоусловиях круглый год (работа на открытом пространстве);
5. Работники турбинных и котельных цехов, находящиеся постоянно в режиме высокой температуры и повышенной влажности.

Протокол исследований включал следующие методики: демографические и профессиональные характеристики каждого из 22 изучаемых объектов энергетической промышленности; изучение амбулаторных карт, карт диспансерного учета, стационарных историй болезни, журналов, заполняющихся во время проведения профессиональных осмотров; результаты собственного анкетирования; данные общего медицинского осмотра. В ЛОР обследование входили: отоскопия, риноскопия, фарингоскопия, задняя риноскопия, непрямая ларингоскопия,



## ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева И. В. Клинико-гигиенические критерии профессиональной пригодности работников голосово-речевых профессий железнодорожного транспорта: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М.: – 2005. – 22 с.
2. Вахабов А. А., Хидиров Б. Х., Гариб М. Ю. Изучение состояния ЛОР-органов у работников промышленных предприятий г. Самарканда и области //Тез. научн. конф. проф.-препод. состава СамМИ. – Т., 1980. – С. 150
3. Георгиади Г. А. Проблемы профилактики профессиональных поражений ЛОР-органов у рабочих порошковой металлургии. Сб. ст. «Оценка состояния здоровья рабочих и профилактика заболеваемости на промышленных предприятиях». – Краснодар, 1988. – С. 61–66
4. Искандарова М. С. Структура профессиональной заболеваемости в Республике Узбекистан. Сб. ст. «Актуал. пробл. гигиены, токсикологии, эпидемиологии и инфекц. заболеваний в Республике Узбекистан». – Ташкент, 2000. – С. 52
5. Кофанов Р. В., Налимова Т. А., Агапова М. Е. Особенности течения хронических воспалительных заболеваний носоглотки у работников металлургического предприятия //Рос. ринология. – 2005. – №2. – С. 166
6. Кубышкина И. В. Геофизические факторы и ЛОР-органы //Вестн. оторинолар. – 1998. – №6. – С. 54–56
7. Макушкина О. В. Хроническая патология ЛОР-органов в условиях мелкодисперсного загрязнения воздуха рабочей зоны у работников табачной и фармацевтической промышленности //Вестн. оторинолар. – 2004. – №5. – С. 25–27
8. Накатис Я. А. Диагностические комплексы и принципы профилактики и лечения поражений полости носа и околоносовых пазух аэрозолями соединений бериллия: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб.: 1995. – 39 с.
9. Панкова В. Б. Профессиональные заболевания ЛОР-органов: некоторые решения и перспективы //Рос. оторинолар. – 2008. – Приложение №2. – С. 466–469
10. Петрова Н. Н. Влияние загрязнения атмосферного воздуха на иммунитет и состояние верхних дыхательных путей //Рос. ринология. – 2005. – №2. – С. 167
11. Ткаченко С. Б., Хальфин Р. А. Состояние оториноларингологической помощи населению России //Рос. оторинолар. – 2002. – №1. – С. 6–8
12. Тулебаев Р. К. Современные представления о механизме профессиональных поражений слизистой оболочки носовой полости //Рос. ринология. – 2005. – №2. – С. 168–169

УДК: 616. 283. 1–089. 843

## КОМБИНИРОВАННЫЙ ДОСТУП К СРЕДНЕМУ И ВНУТРЕННЕМУ УХУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

**В. Е. Кузовков, О. А. Пащинина**

### COMBINED APPROACH FOR THE MIDDLE AND THE INNER EAR AT THE SURGICAL STAGE OF COCHLEAR IMPLANTATION

**V. E. Kuzovkov, O. A. Pashchinina**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла и речи  
Росмедтехнологий*

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

*Хирургические подходы к проведению кохлеарной имплантации (КИ) делятся на классический доступ к структурам среднего и внутреннего уха и альтернативные методики. В работе сделана попытка объединения преимуществ указанных методов, предложена новая хирургическая техника – комбинированный подход для проведения кохлеарной имплантации при наличии у пациентов хронического гнойного среднего отита (ХГСО), аномалий развития внутреннего уха и оссификации улитки. Предложенный метод позволяет добиться полного введения электрода и контроля имеющегося патологического состояния во всех случаях.*

**Ключевые слова:** *классический подход, альтернативные методики, комбинированный доступ, хирургическая тактика при кохлеарной имплантации.*

**Библиография:** *9 источников.*

*The commonest method for cochlear implantation (CI) is the classic technique with the mastoidectomy and posterior tympanotomy. Some authors proposed their own techniques for CI without mastoidectomy, proving tympanotomy through the external auditory canal (EAC) as a better choice for middle ear*

*inspection. We have made an attempt to join advantages of both classic and alternative approach in combined approach CI to improve results of CI in difficult cases. The analysis of reasons for combined approach revealed the following advantages of the method: In patients with malformed ears – better visualization, landmarks detection, gusher control with the muscle packaging; in patients with the tubotympanic disease and after canal wall-up mastoidectomy – better revision of the middle ear, revealing of recurrent disease, preparation for tympanoplasty (if needed); in the cases of ossifications – better visualization of basal turn, opportunity for wider drill out, approach for apical turn if the total ossification occurred. In all cases full insertion of chosen electrode array has been achieved.*

**Keywords:** classic technique, combined approach, cochlear implantation.

**Bibliography:** 9 sources.

В течение более чем трех десятилетий оториноларингология является одной из самых передовых медицинских специальностей в мире, обладая единственной методикой полного функционального восстановления утраченного органа слуха. Кохлеарная имплантация (КИ) в настоящее время является общепризнанным направлением реабилитации лиц, страдающих сенсоневральной тугоухостью высокой степени и глухотой, не утратив потенциала к развитию. Совершенствование метода заключается не только в улучшении технических характеристик имплантов, но и постоянном расширении показаний к проведению КИ. Появляются атравматичные методики введения активного электрода во внутреннее ухо, позволяющие сохранить остаточный слух [4]. Раздвинулись возрастные рамки проведения вмешательства. И, наконец, стало возможным проведение оперативного вмешательства при различной патологии среднего и внутреннего уха: при наличии у пациентов хронического гнойного среднего отита (ХГСО) [2], при аномалиях развития внутреннего уха, а также при наличии оксификации лабиринта различной этиологии [3, 5].

Проведение КИ при различных патологических состояниях требует особого отношения к выбору хирургической тактики при проведении оперативного вмешательства и осуществлении доступа к структурам среднего и внутреннего уха.

К настоящему времени предложено несколько операционных доступов к улитке, используемых при КИ.

Наиболее известна и распространена так называемая «классическая» методика через широкое вскрытие сосцевидного отростка (мастоидотомию) и заднюю тимпанотомию. Экстрематальный доступ к мезо- и гипотимпануму через треугольное пространство между лицевым нервом и барабанной струной в 1952 г. разработал Н. Wullstein. С. Jansen (1972) использовал данную технику с сохранением задней стенки слухового прохода, предложив термины «задняя тимпанотомия» и «доступ через лицевой карман» [7, 9]. При этом вскрытие улитки и, при необходимости, ревизия среднего уха производится со стороны мастоидальной полости.

Следующие методики получили название «альтернативных».

В 1999 г. V. Coletti выполнил кохлеарную имплантацию через среднюю черепную ямку, с наложением кохлеостомы на наиболее выступающей части базального завитка улитки [6].

J. Kronenberg (2001) выполнил кохлеарную имплантацию без мастоидотомии и задней тимпанотомии, используя супрамеатальный доступ к улитке [8].

В 2002 г. Т. Kiratzidis с соавт. предложили использовать трансмеатальный подход к улитке при выполнении кохлеарной имплантации, получивший название «Veria» операция [1]. Методика заключается в эндауральном подходе к улитке посредством тимпанотомии по Розену через наружный слуховой проход. В кортикальном слое сосцевидного отростка высверливается углубление для избытка электрода, а в костной стенке НСП бором прокладывается туннель для активного электрода без мастоидотомии. Среди преимуществ методики авторы указывают лучшую степень обзора структур среднего уха через НСП.

В Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи для проведения КИ используется в основном классическая методика, в отдельных случаях – трансмеатальный подход («Veria») в собственной модификации. Однако, накопленный опыт проведения операций при наличии у пациентов ХГСО, аномалий развития внутреннего уха и оксификации улитки предопреде-



## ЛИТЕРАТУРА

1. Киратцидис Т., Арнольд В., Илиадес Т. Кохлеарная имплантация трансмеатальным подходом // Рос. оторинолар. – 2004. - №2(9). – стр. 11–16.
2. Кузовков В. Е., Янов Ю. К., Пащинина О. А. Кохлеарная имплантация у лиц, перенесших ранее оперативные вмешательства по поводу хронического гнойного среднего отита // Рос. оторинолар. – 2009, №2. – С. 108–115.
3. Особенности хирургического этапа кохлеарной имплантации у лиц, перенесших менингит / Пащинина О. А. [и др.] // Рос. оторинолар. – 2010. – №1 – стр. 100–106.
4. Adunka O. F, Pillsbury H. C., Kiefer J. Combining perimodiolar electrode placement and atraumatic insertion properties in cochlear implantation – fact or fantasy? // Acta Otolaryngol. – 2006. – Vol. 126, №5. – P. 475–482.
5. Cochlear implants in children with congenital inner ear malformations / Luntz M. [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1997. – Vol. 123, №9. – P. 974–977.
6. Colletti V., Fiorino F. G. New window for cochlear implant insertion // Acta Otolaryngol. – 1999. – Vol. 119. – P. 214–218.
7. Jansen C. Posterior tympanotomy: Experiences and surgical details // Otolaryngol. Clin. North Am. – 1972. – Vol. 5 – P. 79–96.
8. Kronenberg J., Migirov L., Dagan T. Suprameatal approach: new surgical approach for cochlear implantation // J. Laryngol. Otol. – 2001. – Vol. 115. – P. 283–285.
9. Wullstein H. L. Tympanoplastik heute // Laryngol. Rhinol. Otol. (Stuttg) – 1975. – Vol. 54 – P. 202–208.

УДК: 616. 281–001. 52

## КЛАССИФИКАЦИЯ ОССИФИКАЦИЙ ЛАБИРИНТА

В. Е. Кузовков, Ю. К. Янов, О. А. Пащинина, Х. М. Диаб, С. Н. Ильин

## THE CLASSIFICATION OF LABYRINTHINE OSSIFICATION

V. E. Kuzovkov, Y. K. Yanov, O. A. Pashchinina, H. M. Diab, S. N. Ilyin

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла и речи  
Росмедтехнологий

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

Оссификация лабиринта нередко сопровождается сенсоневральную тугоухость высокой степени и глухоту, в особенности у лиц, перенесших менингит, травмы височной кости, средний отит в различных его формах. Так, у 80% таких пациентов после перенесенного менингита наравне с глухотой выявляется оссификация улитки. В работе представлен обзор современной литературы, ретроспективный анализ 800 компьютерных томограмм пациентов, проходивших обследование перед проведением кохлеарной имплантации, а также данные исследования препаратов височной кости человека. Впервые в мире предложена классификация оссификации лабиринта с учетом этиологии, патогенеза данного состояния, а также локализации патологического процесса. Классификация способна помочь при выборе техники хирургического вмешательства во время кохлеарной имплантации при наличии оссификации лабиринта.

**Ключевые слова:** сенсоневральная тугоухость, оссификация лабиринта, оссифицирующий лабиринтит, кохлеарная имплантация, классификация оссификаций.

**Библиография:** 20 источников.

*Labyrinthine ossification frequently accompanies profound sensorineural hearing loss and may develop as an end-stage of suppurative labyrinthitis (labyrinthitis ossificans) or as a result of trauma or metabolic disorders. It is believed that in up to 80% of post-meningitis patients the hearing loss is associated with cochlear ossification. In this study 800 computed tomographic (CT) scans were observed from patients who subsequently underwent cochlear implantation. Postmortem temporal bones were studied to measure basal turn dimensions. The attempt to classify the labyrinthine ossification was made with the aim to facilitate a choice of surgical procedure.*

**Keywords:** sensorineural hearing loss, labyrinthitis ossificans, cochlear implantation, the classification of labyrinthine ossification.

**Bibliography:** 20 sources.



15. Paparella M. M., Sugiura S. The pathology of suppurative labyrinthitis // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1967. – Vol. 76, №3 – P. 554–586.
16. Prospective evaluation of hearing impairment as a sequelae of acute bacterial meningitis / Dodge P. R. [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1984. – Vol. 311 – P. 869–874.
17. Reeck J. B., Lalwani A. K. Isolated vestibular ossification after meningitis associated with sensorineural hearing loss // Otol. Neurotol. – 2003. Vol. 24 – P. 576–81.
18. Steenerson R. L., Gray L. B., Wynens M. S. Scala vestibuli cochlear Implantation for labyrinthine ossification // Am. J. Otol. – 1990. – Vol. 11 – P. 360–363.
19. Tinling S. P., Colton J., Brodie H. A. Location and timing of initial osteoid deposition in postmeningitic labyrinthitis ossificans determined by multiple fluorescent labels // Laryngoscope. – 2004. – Vol. 114, №4 – P. 675–80.
20. Tinling S. P., Nabili V. N., Brodie H. A. Fine structure histopathology of labyrinthitis ossificans in the gerbil model / Ann. of Otol., Rhinol. Laryngol. – 2005. – Vol. 114, №2 – P. 161–166.

УДК: 616. 28-008. 14-07: 629. 73

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ СТВОЛОМОЗГОВОГО ОТДЕЛА СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У РАБОЧИХ ШУМОВОГО ПРОИЗВОДСТВА С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ПО ДАННЫМ АКУСТИЧЕСКОЙ ИМПЕДАНСОМЕТРИИ

Е. Ю. Куренева

## THE RESULTS OF INVESTIGATION OF AUDITORY ANALYZER'S BRAIN-STEM PART IN NOISE WORKERS WITH VARYING DEGREES OF SENSONEURAL HEARING LOSS ACCORDING TO THE ACOUSTIC IMPEDANSOMETRY

К. Yu. Kureneva

ГУ Институт отоларингологии им. А. И. Коломийченко АМНУ, г. Киев  
(Директор – чл.-корр. АМНУ, проф. Д. И. Заболотный)

В работе приводятся данные относительно исследования количественных характеристик акустической импедансометрии у рабочих шумовых производств в зависимости от степени выраженности сенсоневральных нарушений. Установлено, что при сенсоневральной тугоухости шумового генеза регистрируются изменения в стволотомозговом отделе слухового анализатора по данным характеристик акустического рефлекса. Особенно информативными в этом отношении являются показатели амплитуды АРВМ. Также показано, что при более выраженных сенсоневральных нарушениях у лиц шумовых профессий отмечаются более глубокие изменения в показателях функционального состояния стволотомозговых отделов слухового анализатора по данным акустической импедансометрии. Полученные данные могут быть использованы при проведении трудовой экспертизы лиц шумовых профессий.

**Ключевые слова:** пациент, обследование, аудиометрия, импедансометрия, сенсоневральная тугоухость, профессиональный шум.

**Библиография:** 9 источников.

Noise workers with varying degrees of sensorineural hearing loss were investigated. The disorders on the brain-stem level of auditory analyzer were diagnosed according to the acoustic impedansometry. It was established that disorders in brain-stem part of auditory analyzer were deeper in patients with more hard sensorineural hearing loss. Time and amplitude characteristics of the acoustic impedansometry may be useful for objective appreciation of the brain-stem level of of auditory analyzer state and for professional expertise.

**Key words:** patient, investigation, audiometry, impedansometry, sensorineural hearing loss, profession noise.

**Bibliography:** 9 sources.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Амплітудні характеристики акустичної імпедансометрії у робітників «шумових» професій з початковими сенсоневральними порушеннями / Шидловська Т. В. [та ін.] // Журн. вушн., нос. та горл. хвороб. – 2009. – №3 – С. 170.
2. Булацкая Т. В., Е. П. Меркулов, Ю. А. Степанчик Реабилитация работников железнодорожного транспорта, страдающих сенсоневральной тугоухостью // Рос. оторинолар. Приложение, 2008. – №1. – С. 217–221
3. Гігієнічна оцінка шуму на робочих місцях і характеристика початкових порушень в слуховому аналізаторі у працівників «шумових» професій авіаційного машинобудування / О. П. Яворовський [та ін.] // Український журн. з проблем медицини праці. – 2008. – №3(5). – С. 63–70
4. Дроздова Т. В. Нейросенсорная тугоухость профессионального генезу как дезадаптационный процесс головного мозга // Там же – 2007. – №1(26). – С. 61–65
5. Панкова В. Б. Профессиональная тугоухость у работников транспорта // Вестн. оторинолар. – 2008. – №3. – С. 11–14
6. Формирование сенсоневральной тугоухости у рабочих «шумовых» профессий газоперерабатывающего производства / И. А. Шульга [и др.]. // Рос. оторинолар. Приложение, 2008. – №2. – С. 469–473
7. Шидловська Т. В., Заболотний Д. І., Шидловська Т. А. Сенсоневральна приглухуватість. К.: Логос, 2006. – 748 с.
8. Church G. T., Cudahy E. A. The time course of the acoustic reflex // Ear and Hearing. – 1984. – Ch. 5, №4. – P. 235–242.
9. Hammershlag V. Uber die Reflex-bewegung des musculus tensor tympani und ihre centralen Bahnen // Arch. Ohrenheilk. – 1998. – Vol. 47. P. 261–275.

УДК: 616. 284–002. 253: 576. 8. 077. 3

## ОСТЕОТРОПНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ С ТИМПАНОСКЛЕРОЗОМ

\*Р. Р. Миниахметова, \*\*А. С. Симбирцев, \*И. А. Аникин,  
\*Е. В. Тырнова, П. В. Начаров

## BONE-RELATED CYTOKINES IN CHRONIC OTITIS MEDIA WITH TYMPANOSCLEROSIS

\*R. R. Miniakhmetova, \*\*A. S. Simbirtsev, \*I. A. Anikin,  
\*E. V. Tyrnova, P. V. Nacharov

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

\*\*Государственный НИИ особо чистых биопрепаратов ФМБА России,

г. Санкт-Петербург

(Директор – докт. мед. наук В. П. Добрица).

Целью данного исследования явилось определение роли остеотропных цитокинов в развитии тимпаносклероза. Было обследовано 27 больных хроническим средним отитом с тимпаносклерозом и 23 пациента с хроническим средним отитом без тимпаносклероза. У пациентов в сыворотке крови, в смывах со слизистой оболочки среднего уха и в экстрактах тимпаносклеротических конгломератов были определены уровни следующих остеотропных цитокинов: трансформирующих факторов роста  $\beta 1$  и  $\beta 2$ , остеопротегерина и остеоопонтина. Согласно полученным данным повышение уровня остеопротегерина в смывах со слизистой оболочки среднего уха при тимпаносклерозе является компенсаторной реакцией на усиленную костную резорбцию. Трансформирующий фактор роста  $\beta 2$  при хроническом среднем отите подавляет костную резорбцию в большей мере, чем трансформирующий фактор роста  $\beta 1$ : путем активации остеопротегерина при тимпаносклерозе и у пациентов с холестеатомой, кариозным, грануляционным и/или полипозным процессами; путем подавления остеоопонтина при хроническом среднем отите без патологических изменений в полостях среднего уха.

**Ключевые слова:** тимпаносклероз, трансформирующий фактор роста  $\beta 1$ , трансформирующий фактор роста  $\beta 2$ , остеопротегерин, остеоопонтин.

**Библиография:** 17 источников.



*The aim of this study is to determine the role of bone-related cytokines in tympanosclerosis development. Patients with chronic otitis media with tympanosclerosis (27 patients) and without tympanosclerotic changes (23 patients) were examined. The concentration of the following bone-related cytokines: transforming growth factor I in 1, transforming growth factor I in 2, osteoprotegerin, osteopontin – was measured during the research in the patient's serum, extracts of tympanosclerotic plaques, middle ear mucous washings. According to findings increased osteoprotegerin in middle ear mucous washings in chronic otitis media with tympanosclerosis is compensation to enhanced bone resorption. Transforming growth factor  $\beta$ 2 supresses bone resorption in chronic otitis media farther than transforming growth factor  $\beta$ 1: by activation of osteoprotegerin in patients with tympanosclerosis or with cholesteatoma, caries, granulations and/or polyps and by inhibition of osteopontin in chronic otitis media without pathological changes in tympanum.*

**Key words:** *tympanosclerosis, transforming growth factor  $\beta$ 1, transforming growth factor  $\beta$ 2, osteoprotegerin, osteopontin*

**Bibliography:** *17 sources*

Тимпаносклероз – патологический процесс, характеризующийся образованием в толще барабанной перепонки и/или слизистой оболочке среднего уха беловатых плотных конгломератов [6, 9]. При развитии тимпаносклеротического процесса в барабанной перепонке его чаще называют «мирингосклерозом» [9], при распространении склеротических очагов в полостях среднего уха используют термин «интратимпанальный тимпаносклероз» [15]. Данная патология может как сопровождать, так и являться результатом воспалительного процесса в среднем ухе, имеющем место при острых и хронических отитах, а также при травмах различного генеза. Воспаление рассматривается как пусковой момент в развитии тимпаносклероза. Но этиология и патогенез этого процесса остаются не до конца изученными [14, 16].

В литературе описаны следующие наиболее вероятные механизмы формирования очагов тимпаносклероза. Прежде всего, это гиалиноз и/или дистрофическое обызвествление как нормальной соединительной ткани собственной пластинки барабанной перепонки и слизистой оболочки среднего уха, так и сформированной в результате репаративных процессов или при их нарушении, с возможной последующей оссификацией склеротических конгломератов [14, 15]. Кроме того, тимпаносклероз рассматривается как результат гетеротопического образования кости вследствие реализаций остеогенных потенциалов мукопериоста – глубоких отделов слизистой оболочки среднего уха, которые непосредственно прилегают к костным стенкам и сохраняют свойства эмбриональной соединительной ткани, в том числе способность к образованию кости и хряща, а на воспаление отвечают фибро- и остеопластическими реакциями [6]. По мнению некоторых авторов, тимпаносклеротические бляшки могут иметь остеогенное происхождение, формируясь из дистрофически измененных участков слуховых косточек и костных стенок барабанной полости [6].

По данным ряда исследователей гистологическая картина тимпаносклеротических конгломератов имеет значительное сходство с таковой костной ткани, хотя и не является идентичной ей. Так же, как и в костной ткани, в очагах тимпаносклероза определяются коллагеновые волокна, отложения солей кальция, фосфатов [13] и матриксные везикулы [10]. Но в отличие от костной ткани для тимпаносклеротических очагов характерна бесструктурность коллагеновых волокон [15].

У взрослого человека постоянно происходит внутренняя перестройка костей – ремоделирование, которое в норме является сопряженным процессом костной резорбции и костеобразования, обеспечиваемым скоординированной регуляцией и активностью остеобластов и остеокластов. Формирование кости само по себе подразделяется на две стадии: первая характеризуется синтезом коллагена I типа и других белков, вторая включает кальцификацию органического матрикса [1]. Известно значительное количество системных гормонов, факторов роста, провоспалительных факторов и других цитокинов, которые регулируют развитие, пролиферацию, дифференцировку и функции остеокластов и остеобластов [7].

13. The biochemical analysis of tympanosclerotic plaques /F. Doner [et al]. // Otolaryngology – Head and Neck Surgery. – 2003. – Vol. 128, №5. – P. 742–745.
14. The Effect of Topical Doxycycline in the Prevention of Experimental Tympanosclerosis / I. Ozcan [et al]. // Laryngoscope. – 2008. – Vol. 118. – P. 1051–1056.
15. Tympanosclerosis: review of literature and incidence among patients with middle-ear infection / S. Asiri [et al]. // J. Laryngol. Otol. – 1999. – Vol. 113, №12. – P. 1076–1080.
16. Uneri C., Baglam T., Yazici M. The effect of Vitamin E treatment on the development of myringosclerosis after ventilation tube insertion // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. – 2006. – Vol. 70. – P. 1045–1048.
17. Wang K. X., Denhardt D. T. Osteopontin: Role in immune regulation and stress responses //Cytokine & Growth Factor Reviews. – 2008. – Vol. 19 – P. 333–345.

УДК: 616. 28 – 008. 14: 616. 1-08

## ДИАГНОСТИКА СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ПРИ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ю. В. Митин, А. Ю. Шидловский

## DIAGNOSIS OF SENSONEURAL HEARING LOSS WITH VERTEBRO-BASILARY VASCULAR INSUFFICIENCY

U. V. Mitin, A. U. Shidlovsky

*Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, г. Киев*

*(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Ю. В. Митин)*

*ГУ Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко АМН Украины,  
г. Киев*

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

*Проведены исследования и анализ показателей аудиометрии в конвенциональном (0, 125–8) кГц и расширенном (9–16) кГц диапазонах частот, а также временных характеристик коротколатентных вызванных потенциалов (КСВП) и долголатентных вызванных потенциалов (ДСВП) у 119 больных с различной степенью выраженности вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности (ВБСН), а также у 15 здоровых лиц. Выявлено значительное нарушение в стволомозговых структурах слухового анализатора у всех больных с выраженной ВБСН и в 56, 25% случаев – с умеренной. Дисфункция в корковых структурах слухового анализатора имела место у всех обследуемых. При начальных проявлениях ВБСН отклонений от нормы в показателях КСВП не выявлено. Установлены наиболее информативные показатели КСВП (латентный период пика (ЛПП) V, II и IV волн КСВП; межпиковый интервал (МПИ) I – V и III – V), а также ЛПП компонентов N2 и P2 ДСВП, повышающие качество диагностики СНТ, обусловленной ВБСН, а также определения тяжести течения заболевания.*

**Ключевые слова:** *вертебрально-базиллярная сосудистая недостаточность, сенсоневральная тугоухость, аудиометрия, слуховые вызванные потенциалы.*

**Библиография:** *20 источников.*

*Researches and analysis of indexes of are conducted in convention (0, 125–8) kHz and extended (9–16) kHz ranges of frequencies, and also temporal descriptions of shortlatent and longlatent hearing potentials at 119 patients with the different degree of expressed by, and also at 15 healthy persons. Considerable violation is exposed in the brainstem structures of auditory analyzer for all patients with expressed vertebro-basilar vascular insufficiency and in 56, 25% cases – with moderate. Disfunction in the cortical structures of auditory analyzer took place at all inspected. At the initial displays of vertebro-basilar vascular insufficiency of deviations from a norm it is not exposed in the indexes of shortlatent hearing potentials. The most informing indexes of shortlatent hearing potentials (Latent period of peaks*



*II and IV waves of shortlatent hearing potentials; Interpeaks interval I-V and III-V) are set, and also Latent period of peaks of components of N2 and P2 longlatent hearing potentials, step-up quality of diagnostics of, conditioned vertebro-basilar vascular insufficiency, and also determinations of weight of flow of disease.*

**Key words:** audiometry, shortlatent and longlatent hearing potentials, vertebro-basilar vascular insufficiency, sensorineural hearing loss.

**Bibliography:** 20 sources.

Исследуя состояние слуха на тоны у больных с ишемией головного мозга в остром периоде субарахноидального кровоизлияния В. Т. Пальчун и соавт. [10] установили, что снижение слуха по типу нарушения функции звуковосприятия может быть первым симптомом вертебрально-базиллярной недостаточности, хотя такие больные и не имеют жалоб на снижение слуха.

Ю. В. Митин и соавт. [2] при обследовании больных с сенсоневральной тугоухостью (СНТ) сосудистого генеза в 95% случаев наблюдали патологию магистральных сосудов вертебрально-базиллярного бассейна. При этом, по данным В. М. Моренко, И. П. Енина [8] при острой СНТ имеют место изменения состояния мозгового кровообращения в виде повышения или понижения кровенаполнения сосудов, затруднения артериального притока и венозного оттока, наличия ангиоспазма. Т. В. Шидловская и соавт. [13] описали различные гемодинамические нарушения по данным реоэнцефалографии при хронической и острой СНТ сосудистого, шумового и радиационного генеза.

Н. С. Алексеева и Н. М. Кириченко [1] также отмечают, что периферический и центральный кохлеовестибулярные синдромы до настоящего времени полностью не изучены. Не установлена связь с уровнем артериального давления, структурными изменениями внутренних сонных и позвоночных артерий, состоянием мозговой и центральной гемодинамики, не раскрыты патогенетические механизмы их формирования и т. д.

В проведенных нами ранее работах [6, 7] было показано, что у больных с выраженной ВБСН страдает как периферический отдел слухового анализатора, так и его стволомозговые и корковые структуры.

Однако, в литературе нет данных о связи между состоянием слуховой системы и степенью выраженности ВБСН.

**Цель данной работы** – изучить состояние периферического и центральных (стволомозгового и коркового) отделов слухового анализатора у больных с СНТ, обусловленной различной степенью выраженности ВБСН, а также у здоровых нормально слышащих лиц и провести их сравнительный анализ.

#### **Пациенты и методы исследования**

Для решения поставленной цели было обследовано 119 больных с СНТ, обусловленной ВБСН в возрасте от 29 до 50 лет. Контролем служили 15 здоровых нормально слышащих лиц без ВБСН. Всего обследовано 134 человека.

Первую группу составили 30 больных с СНТ в сочетании с начальными проявлениями ВБСН. Во вторую и третью группы вошли соответственно 32 и 57 больных с умеренно и значительно выраженной ВБСН.

У всех изучаемых больных имело место нарушение слуховой функции по типу звуковосприятия, о чем свидетельствовали положительные опыты Бинга, Федеричи, речевого Ринне, а также отсутствие костно-воздушного интервала. Больные с асимметриальным нарушением слуха по типу звуковосприятия были исключены из анализа. Кроме того, из анализа были исключены больные с ЧМТ, перенесшие тяжелую инфекцию, а также имеющие контакт с шумом или радиацией.

Исследование слуховой функции проводили в звукоизолированной камере, уровень шума в которой не превышал 30 дБ. Для этого использовался клинический аудиометр АС-40. Этот аудиометр позволяет исследовать слух в конвенциональном (0, 125–8) кГц и в расширенном (9; 10; 11, 2; 12, 5; 14 и 16) кГц диапазонах частот. КСВП и ДСВП регистрировали с помощью анализирующей системы МК-6 фирмы «Amplaid», а также «Eclips» по общепринятой методике.



16. Maurer K, Lowitzsch K. Brainstem auditory evoked potentials in reclassification of 143 MS patients // Clin. Appl. Evoked Potentials in Neurol. – 1982. – N. 4. – P. 481–486.
17. Osterhammel K., Terkildsen P. The slow evoked responses, Meeting in Moskva. – 1978. – P. 1 –
18. Rethinking the use of auditory brain-stem response in acoustic neuroma screening / Zappia J. J, [et al.] // Laryngoscope. – 1997. – Vol. 107. – №10. – P. 1388–1392.
19. Robinson K., Ruge P. Centrally generated auditory potentials. Evoked potentials in clinical testing // Clinical Neurology and Neurosurgery, London. New York. – 1982. – P. 345–372
20. Temporal bone pathology of acoustic neuroma correlation with presence of electrocochleography and absence of auditory brain-stem response/ Kaga K. [et al.] // Journal of laryngology and otology. – 1997. – Vol. 1. – №10. – P. 967–972.

УДК: 616. 22-003. 821-089. 87

## ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ХОЛОДНОПЛАЗМЕННАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЛОКАЛЬНОМ АМИЛОИДОЗЕ ГОРТАНИ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ВЕРХНИЮ ТРЕТЬ ТРАХЕИ

Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, В. Н. Селин,  
И. Н. Ахмедов, С. Б. Цагадаева, Э. В. Исаев

## ENDOLARYNGEAL COBLATION SURGERY IN PRIMARY LOCAL LARYNGEAL AMYLOIDOSIS WITH INVOLVEMENT OF THE UPPER THIRD OF THE TRACHEA

D. M. Mustafaev, V. M. Svistushkin, V. N. Selin,  
I. N. Akhmedov, S. B. Tsagadaeva, E. V. Isaev

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

*Амилоидоз гортани - редкая патология, по данным литературы составляющая 0, 5–1% доброкачественных новообразований гортани. В отделении оториноларингологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского за период с 2005 года по 2009г. 4 больным установлен диагноз локального амилоидоза гортани и трахеи и проведено успешное эндоларингеальное хирургическое лечение. Эндоларингеальные хирургические вмешательства проводились с использованием холодноплазменной хирургии. Срок наблюдения больных до 3 лет. В статье представлены 2 наиболее интересных клинических наблюдения первичного локального амилоидоза гортани с распространением на верхнюю треть трахеи. Приведен обзор данных зарубежной и отечественной литературы по проблеме диагностики и лечения амилоидоза дыхательных путей.*

**Ключевые слова:** амилоидоз гортани и трахеи, эндоларингеальная холодноплазменная микрохирургия.

**Библиография:** 15 источников.

*Laryngeal amyloidosis is a rare pathology, according to the literature a component of 0. 5–1% of all benign laryngeal neoplasms. Four patients with local laryngeal and tracheal amyloidosis were successfully diagnosed and treated by means of endolaryngeal surgery in the ENT department of the M. F. Vladimirsky Moscow Regional Scientific Research Clinical Institute in 2005–09. Endolaryngeal operations were performed with application of coblation. The patients were followed up for 3 years maximum. Two most interesting cases of primary local laryngeal amyloidosis with involvement of the upper third of the trachea are presented. Foreign and domestic literature data on diagnosis and treatment of respiratory amyloidosis are reviewed.*

**Key words:** laryngeal and tracheal amyloidosis, endolaryngeal coblation microsurgery.

**Bibliography:** 15 sources.



13. Tracheobronchial AL amyloidosis: histologic, immunohistochemical, ultrastructural, and immunoelectron microscopic observations / Toyoda M. [et al.] // Hum. Pathol. J. Pneumonol. Alergol. - 1993. Vol. 24, №9. P. 70–76.
14. Tracheobronchial amyloidosis treated with rigid bronchoscopy and stenting / Yang S. [et al.] // Surg Endosc. - 2003. Vol. 17, №4. P. 58–59.
15. Two patients with a rare manifestation of amyloidosis in the respiratory system / Jacobs W. [et al.] // Ned. Tijdschr. Geneesk. - 2007. Vol. 151, №37. P. 55–60.

УДК: 616. 22–002. 9–089. 87

## ХОЛОДНОПЛАЗМЕННАЯ ХИРУРГИЯ ВОЗДУШНЫХ КИСТ ГОРТАНИ

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

В. Н. Селин, И. Н. Ахмедов, С. Б. Цагадаева

## COBLATION SURGERY OF LARYNGOCELES

D. M. Mustafaev, V. M. Svistushkin, V. M. Isaev,

V. N. Selin, I. N. Akhmedov, S. B. Tsagadaeva

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

*Ларингоцеле, или воздушная киста гортани, составляет 0,5% от всех доброкачественных опухолей этой локализации. В отделении оториноларингологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского за период с 2005 по 2009 гг. 7 взрослым (5 мужчин и 2 женщины) больным установлен диагноз воздушной кисты гортани и проведено успешное эндоларингеальное хирургическое лечение. Эндоларингеальные хирургические вмешательства с использованием холодноплазменной хирургии проводились всем больным с воздушными кистами гортани. Осложнения не наблюдались. Срок наблюдения больных от 6 месяцев до 5 лет. В статье представлены 2 наиболее интересных клинических наблюдения воздушной кисты гортани. Только у одного больного в связи с возникшим стенозом гортани была наложена трахеостома. У данного пациента деканюляция произведена благополучно. Приведен обзор данных зарубежной и отечественной литературы по проблеме диагностики и лечения воздушных кист гортани. Метод эндоларингеальной холодноплазменной микрохирургии при воздушных кист гортани является альтернативой наружных доступов хирургического лечения этого вида патологии гортани.*

**Ключевые слова:** воздушная киста гортани, эндоларингеальная холодноплазменная микрохирургия.

**Библиография:** 25 источников.

*Laryngocele, or air cyst of the larynx, according to the literature a component of 0.5% of all benign laryngeal neoplasms. 7 adult patients (5 men and 2 women) with laryngoceles were successfully diagnosed and treated by means of endolaryngeal surgery in the ENT department of the M. F. Vladimirsky Moscow Regional Scientific Research Clinical Institute in 2005–09. All laryngoceles were treated with endolaryngeal coblation excision of the internal and external components when required. There were no significant complications. The follow-up ranged from 6 months to 5 years. Two most interesting cases of laryngocele are presented. Only one of the patients treated had a tracheostomy; the case presented elsewhere with an emergency airway obstruction, which necessitated tracheostomy. In this case, decannulation was subsequently performed. Foreign and domestic literature data on diagnosis and treatment of laryngoceles are reviewed. Coblation endolaryngeal microsurgery of a laryngocele is a quick, precise, and safe alternative to an external approach excision (lateral thyroidotomy, laryngofissure) with fewer complications than its external counterparts, resulting in speedier rehabilitation of the patient.*

**Key words:** laryngocele, endolaryngeal coblation microsurgery.

**Bibliography:** 25 sources.



21. Hogikyan N. D., Bastian R. W. Endoscopic CO2 laser excision of large or recurrent laryngeal saccular cysts in adults // Laryngoscope – 1997. – Vol. 107. – P. 260.
22. Laryngocele and saccular cysts / Holinger L. D. [et al]. // Ann Otol. Rhinol. Laryngol. – 1978. – Vol. 87. – P. 675.
23. Laryngocele: a rare complication of surgical tracheostomy/ Upile T. [et al]. // Surg. – 2006. – Vol. 27, №6 – P. 17–20.
24. Stell P. M., Maran A. G. D. Laryngocele // J. Laryngol. Otol. – 1975. – Vol. 89. – P. 915.
25. Szwarc B. J., Kashima H. K. Endoscopic management of a combined laryngocele. // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1997. – Vol. 106, №7 – P. 556–565.

УДК: 616. 22–009. 11 – 071

## АЛГОРИТМ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОДНОСТОРОННИХ ПАРЕЗАХ И ПАРАЛИЧАХ ГОРТАНИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Д. М. Мустафаев<sup>1</sup>, В. М. Свистушкин<sup>1</sup>, Е. В. Осипенко<sup>2</sup>,  
В. Н. Селин<sup>1</sup>, В. М. Исаев<sup>1</sup>, С. Б. Цагадаева<sup>1</sup>

## ALGORITHM OF CLINICAL TESTS IN INDETERMINATE UNILATERALLY VOCAL FOLD PARESIS AND PARALYSIS

D. M. Mustafaev<sup>1</sup>, V. M. Svistushkin<sup>1</sup>, E. V. Osipenko<sup>2</sup>,  
V. N. Selin<sup>1</sup>, V. M. Isaev<sup>1</sup>, S. B. Tsagadaeva<sup>1</sup>

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

(Директор – З. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)<sup>1</sup>

ФГУ Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, г. Москва  
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)<sup>2</sup>

В отделении оториноларингологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского за период с 2006 года по 2009 г. было обследовано 3 пациента с парезом и параличом гортани неясного генеза. Этиология односторонних парезов и параличей гортани различна, статистика зарубежных авторов сильно различается. Основными причинами односторонних парезов и параличей гортани является ятрогенные факторы, среди них на первом месте стоит операции на щитовидной железе. Клиническая картина заболевания зависит от этиологии. Парезы и параличи гортани на фоне злокачественного процесса редко восстанавливаются. Возможности восстановления односторонних парезов и параличей гортани высоки на фоне неврологической патологии, а также при различных травмах. Всякий раз, когда этиология заболевания неизвестно, полный комплекс диагностического обследования обязательно. Гортанная электромиография имеет большую ценность, так как дает возможность дифференцировать паралич от анкилоза черпалоперстневидного сустава. Фонопедия - является методом выбора лечения для восстановления голоса при односторонних парезов и параличей гортани.

**Ключевые слова:** односторонний парез и паралич гортани, клиническое обследование, гортанная электромиография.

**Библиография:** 17 источников.

From 2006 to 2009 3 patients with vocal fold paresis and paralysis were evaluated in the ENT department of the M. F. Vladimirsky Moscow Regional Scientific Research Clinical Institute. The etiology of vocal fold paresis and palsy is varied, foreign studies report variable frequencies of causes. Most of the underlying lesions are iatrogenic, with thyroid surgery being the single most important causative factor. The outcome of the palsy depended on the etiology. Unilateral vocal fold paresis and paralysis caused by malignancy only rarely recovered. Chances of recovery were greatest for idiopathic unilateral vocal fold paresis and paralysis or palsy caused by neurological disease, but also a large proportion of

*traumatic unilateral vocal fold paresis and paresis recovered. Whenever aetiology is uncertain a complete diagnostic work-up is mandatory. Laryngeal electromyography is of great value because it differentiates between paralysis and ankylosis of the cricoarytaenoid joint. Speech therapy is the treatment of choice in case of unilateral recurrent nerve palsy.*

**Key words:** *unilateral vocal fold paresis and paralysis, clinical tests, laryngeal electromyography.*

**Bibliography:** *17 sources.*

Несмотря на значительные успехи современной клинической медицины и базовых дисциплин, многие проблемы диагностического плана не приобрели окончательного решения. Это в полной мере относится к некоторым вопросам оториноларингологии. В этом плане не является исключением проблема диагностики расстройств функций внутренних мышц гортани, обусловленных поражением блуждающего нерва и его ветвей [2, 10].

Нарушение двигательной способности голосовых складок в определенных случаях обусловлено парезом или параличом гортани. Термин «парез гортани» используется у больных, у которых длительность заболевания не превышает года [1, 4, 7, 9, 15].

Различают миопатические и нейропатические парезы и параличи внутренних мышц гортани. Нейропатические парезы или параличи бывают органическими и функциональными. Органические в свою очередь подразделяются на парезы или параличи центрального и периферического происхождения [1, 3, 4, 12].

Односторонний парез или паралич гортани - полиэтиологическое заболевание, наиболее частой причиной которого являются заболевания щитовидной железы и осложнения, возникающие на фоне хирургического воздействия в данной области. Наряду с этим, нарушение подвижности одной половины гортани может быть первым клиническим симптомом опухолей, локализующихся на шее, грудной клетке, в черепе. Подавляющее большинство опухолей данной локализации отличаются особой тяжестью. Зачастую определение локализации подобного рода процесса и его этиологии, если и входит в компетенцию оториноларинголога, то только в пределах консультаций по части выявления тех изменений, которые можно увидеть и оценить, пользуясь методами осмотра ЛОР-органов. Однако это не означает, что причины, обуславливающие нарушение функций внутренних мышц гортани, связанных с поражением возвратного гортанного нерва, не могут не быть предметом интереса и приложения профессиональных возможностей врачей оториноларингологов [1, 4, 6, 10, 13, 14].

Генез функциональных нарушений блуждающего нерва отличается значительным разнообразием. Это различные заболевания центральной нервной системы, образования стволовой части головного мозга и основания черепа. Врач оториноларинголог должен быть ориентирован и знаком с дифференциально-диагностическими задачами, возникающими при перечисленных односторонних поражениях центральных образований блуждающего нерва, т. к. методы обследования, которыми пользуется ЛОР-врач, включены эндоскопические и другие способы исследования, которые позволяют в определенной мере установить правильный диагноз [3, 6, 7, 16].

Иная задача стоит перед оториноларингологом, когда речь идет о поражениях основного ствола блуждающего нерва и его ветвей. При поражениях этого уровня перед ним зачастую возникают не только диагностические, но и лечебные задачи. При возникновении той или иной патологии, в том числе инфекционной природы, или травмы, включая хирургическую, возникают одно или двусторонние расстройства двигательной функции внутренних мышц гортани, которые сопровождаются расстройством фонаторной (одно - или двусторонние временные или стойкие параличи внутренних мышц гортани) и дыхательной функций (двусторонний паралич парной задней черпалоперстневидной мышцы). Как первые, так и вторые последствия тягостно отражаются на состоянии пострадавших и требуют определенной, в том числе часто хирургической коррекции, преследующей цель восстановить фонаторную и дыхательную функции. Значение такой задачи переоценить трудно. Это связано с тем, что удачное решение такой проблемы возвращает больному необходимый жизненный комфорт.



УДК 616. 28-072: 616. 283. 1-089. 843

**РАЗВИТИЕ И ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК  
ЗВУКОВЫХ СИГНАЛОВ У ПАЦИЕНТОВ****С КОХЛЕАРНЫМИ ИМПЛАНТАМИ****С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДИК****Е. А. Огородникова\*, И. В. Королева\*\*, С. П. Пак\*, А. А. Балякова\*, \*\*****DEVELOPMENT AND ASSESSMENT OF SOUND SIGNALS TEMPORAL  
CHARACTERISTICS PERCEPTION IN PATIENTS WITH COCHLEAR  
IMPLANTS BY MEANS OF INSTRUMENTAL METHODS****E. A. Ogorodnikova\*, I. V. Koroleva\*\*, S. P. Pak\*, A. A. Baljakova\*, \*\****\* Институт физиологии им. И. П. Павлова РАН**(Директор – чл.-корр. РАН Д. П. Дворецкий)**\*\* ГУ ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Федерального  
агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»**(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

*Работа направлена на расширение методических возможностей для развития восприятия временных характеристик звуковых сигналов в процессе реабилитации слухоречевой функции у пациентов с кохлеарными имплантами. Описаны инструментальные методики для формирования и тестирования навыков восприятия ритмического рисунка звуковых последовательностей и обнаружения паузы в звуковом сигнале. Представлены результаты апробации методик в клинике кохлеарной имплантации. Получены данные об особенностях восприятия временных характеристик звуковых последовательностей у до- и постлингвальных пациентов с кохлеарными имплантами.*

**Ключевые слова:** *слуховое восприятие, кохлеарная имплантация, реабилитация слуха, временные характеристики звуковых сигналов, ритм, пауза.*

**Библиография:** *5 источников.*

*The study is devoted to methodical resources for the development of sound signals temporal features perception in practice of hearing rehabilitation after cochlear implantation. New tool techniques for forming and testing skills of rhythmic patterns discrimination and gap detection in sound signals are described. The results of its approbation in clinic are presented. The research data on auditory perception of sound trains temporal features for pre- and post-lingual patients with cochlear implants are discussed.*

**Key words:** *auditory perception, cochlear implantation, rehabilitation of hearing, temporal characteristics of sound signals, rhythm, gap.*

**Bibliography:** *5 sources.*

Формирование и коррекция базовых навыков слухового восприятия, обеспечивающих выделение дифференциальных признаков речевых и неречевых сигналов, является одной из главных задач реабилитации пациентов после операции кохлеарной имплантации [4]. При организации этого процесса целесообразно применение инструментальных методик, расширяющих возможности звуковой стимуляции при работе с пациентами, объективной оценки результатов и степени развития формируемого навыка [3, 5].

Одно из направлений начального этапа слухоречевой реабилитации – развитие (у ранооглохших) и восстановление (у позднооглохших) пациентов адекватного восприятия временных характеристик акустического сигнала, способности к анализу звуковых последовательностей и выделению их элементов. Эти слуховые навыки требуют специальной тренировки, которую трудно реализовать с помощью традиционных сурдопедагогических методов. В то же время использование компьютерных технологий, позволяющих создавать разнообразные комплексы акустических сигналов с заданными характеристиками, обеспечивает широкие возмож-





нарушениями [1]. Обучающие программы и тесты включены в компьютерную систему тренинга слухоречевой функции пациентов с кохлеарными имплантами в СПб НИИ уха, горла, носа и речи [3–5].

**Выводы:**

1. Большинство пациентов с КИ быстро научаются различать ритмическую структуру звуковых сигналов уже в начальный период использования КИ.
2. Обнаружение паузы представляет более сложную задачу на начальном этапе реабилитации пациентов с КИ. Особые трудности испытывают долингвальнооглохшие дети и взрослые, не использовавшие постоянно слуховые аппараты до имплантации. Формирование этого навыка требует направленной тренировки с включением сигналов с вариативными акустическими характеристиками.
3. 10% долингвальных детей и подростков с КИ испытывают стойкие проблемы с различением ритмической структуры акустических сигналов и обнаружением паузы в звуковой последовательности, что коррелирует с медленными темпами развития у них слухового анализа речевых сигналов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Восприятие временных характеристик звуковых сигналов у пациентов с кохлеарными имплантами / И. В. Королева [и др.]. 7 Международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха». Россия, Суздаль: Тез. докл. М., 2009. С. 116–118.
2. Кодзасов С. В., Кривнова О. Ф. Общая фонетика. М.: РГГУ, 2001. 592 с.
3. Компьютерная тренажерная система для реабилитации слухоречевого восприятия у пациентов после операции кохлеарной имплантации / Е. А. Огородникова [и др.]. // Рос. оторинолар. – 2008. – Приложение N1. – С. 342–347.
4. Королева И. В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых (электродное протезирование слуха). СПб.: КАРО, 2009. 752 с.
5. Результаты использования компьютерной тренажерной системы в практике реабилитации слухоречевого восприятия у пациентов с кохлеарными имплантами / И. В. Королева [и др.] // Рос. оторинолар. – 2008. – Приложение N1. – С. 297–304.

УДК 616. 28-072: 616. 283. 1-089. 843

**ОСОБЕННОСТИ СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ РИТМИЧЕСКИХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЕЙ ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ И ПИСЬМА**

**Е. А. Огородникова\*, А. А. Балякова\*, \*\*, Э. И. Столярова\*, Н. Г. Охарева\***

**CHARACTERISTICS OF AUDITORY PERCEPTION OF RHYTHMIC TRAINS BY CHILDREN WITH SPEECH AND WRITING DISORDERS**

**Е. А. Ogorodnikova\*, А. А. Baljakova\*, \*\*, Е. I. Stoljarova\*, N. G. Ohareva\***

\* *Институт физиологии им. И. П. Павлова РАН*

(Директор – чл.-корр. РАН Д. П. Дворецкий)

\*\* *ГУ ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи*

*Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»*

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

В работе приведены результаты исследования слухового восприятия ритма детьми с нарушениями речи и письма методами инструментального тестирования. Для детей обследуемой группы получены объективные показатели нарушений слуховой оценки ритмических последовательностей с разными акустическими характеристиками. Показано, что наибольшие нарушения восприятия ритма наблюдаются у детей с дисграфией. Проведено сравнение с данными



экспериментов по различению ритма долингвальными пациентами с кохлеарными имплантами. Сделаны предположения о возможной природе особенностей восприятия ритма у разных групп детей.

**Ключевые слова:** ритм, слуховой анализ звуковой последовательности, нарушения речи и письма, дисграфия, инструментальные методы тестирования.

**Библиография:** 10 источников.

*The results of instrumental study of auditory rhythm perception by children with speech and writing disorders are presented. Objective evaluation of rhythmic train perception disturbance under condition of different acoustic characteristics is obtained. It was shown, that the greatest abnormality of rhythm perception is observed in children with dysgraphia. Data compares with the results of rhythm discrimination by pre-lingual patients with cochlear implants. Hypothesis about possible ground of distinctive features of rhythm perception in tested groups of children is proposed.*

**Key words:** rhythm, auditory analysis of sound train, speech and writing disorders, dysgraphia, instrumental tools of testing.

**Bibliography:** 10 sources.

Навыки слухового анализа речевых последовательностей (определение порядка следования звуков, их фонемного соответствия, ритмического рисунка) выступают перцептивной основой, необходимой для нормального развития функции речи и письма. Недостаточная сформированность этих навыков или их нарушения, вызванные различными причинами, проявляются при целом ряде речевых расстройств и дисфункции письма, что находит подтверждение в работах специалистов в данной области [2, 3, 5–7, 10]. Так, обследование, проведенное в подготовительных группах 44 детских садов (580 детей в возрасте 6 и 7 лет) показало, что нарушения слуховой дифференциации звуков (10. 5%), недостаточная сформированность элементарных навыков звукового анализа речи (25%) входят в состав 4-х наиболее распространенных ранних предпосылок дисграфии и трудностей при освоении детьми навыков письма [7].

Для исследования подобных нарушений и их связи с механизмами слуховой обработки акустической информации при восприятии как речевых, так и неречевых сигналов важной задачей является разработка и применение объективных методов тестирования с использованием целевых параметров стимуляции. В контексте рассматриваемой проблемы это – перцептивно ориентированные тесты, позволяющие получить не только качественные, но и количественные оценки способности ребенка выделять и сравнивать элементы звуковых последовательностей с различными акустическими характеристиками. Одним из вариантов такого тестирования может выступать инструментальная методика для оценки и развития восприятия ритмических последовательностей (совместная разработка Института физиологии им. И. П. Павлова РАН и НИИ уха, горла, носа и речи), которая апробирована и внедрена в практику реабилитации пациентов с кохлеарными имплантами [8]. Первые результаты экспериментального тестирования, полученные с ее помощью на группе детей с нарушениями речи и письма, представлены в настоящей работе.

#### **Методика**

Подробное описание данной методики представлено в статье «Развитие и оценка восприятия временных характеристик звуковых сигналов у пациентов с кохлеарными имплантами с использованием инструментальных методик», опубликованной в настоящем номере журнала [8]. Ее применение обеспечило следующие условия экспериментальной проверки слухового восприятия ритма: предъявление ритмических последовательностей из 3-х элементов; изменение диапазона акустических характеристик стимулов (звучание от 1 до 3 музыкальных инструментов: гобой, скрипка, пианино, с высотными значениями от 1 до 3 нот: «до», «ми», «соль» 1-й октавы); различение 5 вариантов ритмического рисунка – сочетание «коротких» (300 мс) и «длинных» (600 или 1200 мс) элементов последовательности (ККД, КДК, КДД, ДКД, ДДК); выбор уровня сложности задания (соотношение длительностей элементов, диапазон звучаний).

В инструментальном тестировании восприятия ритмического рисунка звуковых последовательностей приняли участие 10 детей с различными нарушениями речи и письма: 5 детей



9. Результаты использования компьютерной тренажерной системы в практике реабилитации слухоречевого восприятия у пациентов с кохлеарными имплантами / И. В. Королева [и др.]. // Там же. – 2008. – Приложение N1. – С. 297–304.
10. Цветкова Л. С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. М.: МПСИ, 2000. 304 с.

УДК 616. 216-002 + 615. 33

## АМИНОПЕНИЦИЛЛИНЫ ПРИ НЕТЯЖЁЛОМ ОСТРОМ МАКСИЛЛЯРНОМ РИНОСИНОСИТЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

<sup>1</sup> И. В. Отвагин, <sup>2</sup> А. В. Колосов, <sup>2</sup> И. А. Гучев, <sup>3</sup> Р. С. Козлов

## THE ROLE OF AMINOPENICILLINES FOR TREATMENT OF NON-SEVERE, ACUTE MAXILLARY RHINOSINUSITIS IN YOUNG ADULTS

I. V. Otvagin, A. V. Kolosov, I. A. Guchev, R. S. Kozlov

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава»  
(Ректор – докт. мед. наук, доцент И. В. Отвагин)

<sup>2</sup>ФГУ «421 военный госпиталь МВО» МО РФ, г. Смоленск  
(Начальник – Н. В. Молокоедов)

<sup>3</sup>НИИ антимикробной химиотерапии ГОУ ВПО  
«Смоленская государственная медицинская академия Росздрава»  
(Директор – проф. Р. С. Козлов)

Амоксициллин, применяемый в течение 7–14 суток, в соответствии с современными рекомендациями, является средством выбора в лечении остро го бактериального риносинусита (ОБРС). В то же время, ограниченное число исследований демонстрирует сравнимую эффективность коротких, 5 суточных курсов АТ. Преимущество подобного подхода заключается в уменьшении риска распространения устойчивости среди респираторных патогенов и в повышении комплаентности пациентов.

**Цель.** Анализ антибактериальной терапии пациентов с нетяжёлым острым максиллярным риносинуситом (ОМРС) амоксициллином.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились пациенты 18–28 лет с острым, лёгким и среднетяжёлым, максиллярным риносинуситом, не принимавшие антибактериальные препараты (АБ) в предшествующие 6 недель и с длительностью симптоматики от 7 до 10 суток. Проводилась АТ амоксициллином (АМО) 0, 5 X3 раза в сут. При нормотермии  $d^{37}$ , 1 °С, устойчивом снижении выраженности симптомов в течение 2 суток препарат отменялся. При неэффективности АТ назначался амоксициллин/клавуланат (ИЗА) 625 мг X3 p/сут. Рентгенологическое исследование выполнено в момент поступления и, при необходимости, на 10–12 сутки. При пункции максиллярного синуса, выполненной до начала АТ, выполнялось взятие материала для бактериологического исследования, проводимого в соответствии с рекомендациями CLSI-2007.

**Результаты.** Под наблюдением находились 112 пациентов в возрасте 19, 4±1, 4 лет. Эффективность АМО составила 94, 6% (106/112), средняя длительность АТ у 106 пациентов составила 5, 3±0, 4 (Q3 = 5) суток. Возбудители, как в монокультуре, так и в ассоциациях, выделены у 55% (62/112). Преобладали в монокультуре *Haemophilus influenzae* (29%; 32/112) и *Streptococcus pneumoniae* (12%; 13/112); их ассоциация выявлена в 3, 6% (4/112), а сочетание *H. influenzae* с другими микроорганизмами – в 1, 8% (2/112) случаев. Чувствительность *H. influenzae* к АМО и ИЗА составила 94% и 100%, *S. pneumoniae* к пенициллину и эритромицину – 82% и 100%. Шесть случаев неэффективной АТ было связано с *H. influenzae*, 2 – со *S. pyogenes*, 1 – с Пен-Ч *S. pneumoniae*, 1 – с *K. pneumoniae* и 1 – с *P. fluorescens*. В 1 случае возбудитель не

выделен. В 2 случаях, связанных с устойчивыми к ампициллину *H. influenzae*, отмечена неэффективность на 3 сутки, в остальных – лечение АМО продолжалось до 10 суток с эффектом.

**Выводы.** Пероральные формы амоксициллина обеспечивают высокую эффективность при лечении нетяжёлого максиллярного ОРС. Основные возбудители ОРС (*H. influenzae* и *S. pneumoniae*) сохраняют высокую чувствительность к АМО. Сокращённые курсы АТ могут применяться у лиц молодого возраста, не имеющих факторов риска устойчивых возбудителей.

**Ключевые слова:** амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, антибактериальные препараты, антимикробная терапия, неэффективность терапии, организованный коллектив, острый риносинусит, этиология, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*

**Библиография:** 23 источника.

**Background:** Traditional 7-days or greater duration of antibacterial treatment (AT) for acute bacterial sinusitis (ABS) does not derive from a strong scientific rationale. An increasing awareness of the adverse aftermath of long-duration therapy has led for shortening the duration of AT. Meanwhile to date data on 5–7 days antibacterial regimens are sparse.

**Objective:** to determine the efficacy of shorten courses of amoxicillin (AMX) in mild and moderate maxillary ABS in young adults with symptoms duration no less than 7 days.

**Methods:** Young men 18–28 y. o. with signs of ABS that persisted for 7–10 days underwent standard workup and was followed for 15 days. All were treated with AMX 0.5 td for 5–10 days. Drug withdrawal was possible in a case of apparent clinical recovery that has continued for 2 days. Clinical efficacy was classified as successes (no prolongation of AMX or additional prescriptions of other antibiotics) or failures (necessity of AMX course prolongation, an ABS-related visit). Etiology of ABS was determined by sinus aspirate, gram staining and culturing (aerobes and anaerobes) according CLSI 2007.

**Results:** 112 patients of (mean; SD) 19.4; 1.4 y. o. were followed up. Clinical efficacy of AMX was 95% (106/112), of 5-days course – 89% (100/112). Mean treatment course in the «clinical efficacy» group (n=106) was 5.3±0.4 (Q3 = 5). Bacterial flora was isolated in 55% (62/112) cases. *H. influenzae* (29%; 32/112) and *S. pneumoniae* (12%; 13/112) prevailed in a monoculture. Both, in association, were isolated in 3.6% (4/112), and association of *H. influenzae* with other microorganisms confirmed in 1.8% (2/112). *H. influenzae* was sensitive to ampicillin and co-amoxiclav in 94% and 100%, *S. pneumoniae* to penicillin (OXA) and erythromycin – in 82% and 100%. 6/12 cases of 5-d courses inefficacy was associated with *H. influenzae*; 2 – with *S. pyogenes*, 1 – with OXA sensitive *S. pneumoniae*, 1 – with *K. pneumoniae*, 1 – with *P. fluorescens*. In 1 case microorganism was not identified. 2 cases of early failure (on day 3<sup>rd</sup>), were associated with ampicillin-resistant *H. influenzae* and were successfully treated with co-amoxiclav for 7 days. Other 10/12 cases were effectively treated with amoxicillin for 10 days with symptoms disappearance.

**Conclusions:** shorten courses of AMX for non-severe maxillary ABS in young, previously healthy man, is high if the rate of *H. influenzae* and *S. pneumoniae* resistance is low.

**Key words:** Acute infection, Amoxicillin/therapeutic use\*, Anti-Bacterial Agents/therapeutic use\*, Bacterial Infections/drug therapy\*, Bacterial Infections/microbiology\*, Epidemiology, *Haemophilus influenzae*, Humans, Rhinosinusitis/drug therapy\*, Sinusitis/drug therapy\*, Sinusitis/microbiology\*, *Streptococcus pneumoniae*, Treatment Failure

**Bibliography:** 23 sources.

Острый риносинусит (ОРС) – распространённая инфекция дыхательных путей (ИДП). В России, по расчетным данным, острый риносинусит ежегодно переносят около 10 млн. человек [2], в то время как в США – около 31 млн [19]. В России доля лиц, госпитализируемых в ЛОР-отделения с ОРС, достигает 36% [1]. Антимикробные препараты (АМП) занимают основное место в терапии ОБРС. Частота применения антибактериальных препаратов (АБ) при ОРС достигает 72–92%. Однако назначение АБ часто является необоснованным, так как значительное число случаев заболевания связано с вирусами, а надежные маркеры бактериальной инфекции отсутствуют.

Как и при других внебольничных ИДП, основные бактериальные возбудители ОРС представлены *H. influenzae* и *S. pneumoniae*. Несколько меньшая роль принадлежит *M. catarrhalis*



УДК: 616. 22-002. 4-036. 22-053. 2

**ДОЛГОВРЕМЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НЕОПЕРИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С ЛАРИНГОМАЛЯЦИЕЙ. ПОПУЛЯЦИОННАЯ ЧАСТОТА СИНДРОМА.**

А. Ю. Петруничев, Э. А. Цветков, А. Н. Пащинин, Е. А. Андриевская

**LONG-TERM FOLLOW-UP OF UNTREATED CHILDREN WITH LARYNGOMALACIA. SYNDROME FREQUENCY IN POPULATION.**

А. Yu. Petrunitchev, E. A. Tsvetkov, A. N. Paschinin, E. A. Andrievskaya

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия  
(Ректор – проф. В. В. Леванович)**Санкт-Петербургская государственная медицинская академия  
им. И. И. Мечникова  
(Ректор – академ. А. В. Шабров)*

*Настоящее исследование отражает результаты длительного наблюдения 11 неоперированных детей с ларингомалацией (до 7–10-летнего возраста). Диагноз изначально установлен с использованием фиброларингоскопии. Цель наблюдения – оценка динамики анатомических признаков синдрома. Выполняется повторно фиброларингоскопия, в более старшем возрасте – зеркальная ларингоскопия. Ввиду совпадения полученных данных с известными ранее теоретически разработанными схемами, результаты использованы для поиска эндоскопических маркеров ларингомалации в группе 300 взрослых. Это позволяет судить о популяционной частоте синдрома и перспективно для медико-генетического консультирования.*

**Ключевые слова:** ларингомалация, фиброларингоскопия

**Библиография:** 8 источников.

*This study represents the results of long-term follow-up of 11 untreated children with laryngomalacia (up to 7 to 10 years old). The initial diagnosis was put by flexible fiberoptic laryngoscopy. The aim is to assess the dynamics of anatomical signs of syndrome. Repeated flexible fiberoptic laryngoscopy and indirect mirror laryngoscopy (in elder age) were used. The results coincided with patterns theoretically developed earlier. So, new data were used to find endoscopic signs of laryngomalacia in series of 300 adults. This is useful for consideration about syndrome frequency and for medical genetic counseling.*

**Key words:** laryngomalacia, flexible fiberoptic laryngoscopy.

**Bibliography:** 8 sources

Подавляющее большинство публикаций о ларингомалации касается её манифестного периода, т. е. первых месяцев и лет жизни ребёнка. В этом возрасте значительная податливость стенок преддверия гортани приводит к западанию их на вдохе [3]. Такое патологическое движение приводит к появлению наиболее достоверно связанному с ларингомалацией клиническому симптому – инспираторному стрidorу [2]. Присущие каждому ребёнку уплотнение стенок гортани и расширение просвета дыхательных путей с возрастом, ведут к достаточно быстрому исчезновению шума [5]. Это происходит индивидуально в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. Описаны лишь отдельные случаи затяжного стридора – до 8 лет и старше [7]. Многие врачи расценивают этот момент как окончание манифестного периода или даже выздоровление.

Очень малое число работ посвящено состоянию дыхательной и сопряжённых систем, а также общему уровню здоровья у старших детей и взрослых с ларингомалацией [8, 6]. Тогда как оценка отдалённых последствий коллапса преддверия гортани, имевшегося в первые месяцы жизни, представляется перспективной для уточнения показаний к его хирургической коррекции.

Ранее нами были отмечены несколько моментов, касающихся изменения формы преддверия гортани с возрастом при ларингомалации [1]:

- при исчезновении стридора может сохраняться коллапс вестибулярного отдела гортани;
- при прекращении коллапса сохраняются аномалии преддверия гортани;



7. Smith G. J., Cooper D. M. Laryngomalacia and inspiratory obstruction in later childhood. // Arch-Dis-Child. – 1981. – Vol. 56, №5. – P. 345–349
8. Weinberger M., Abu-Hasan M. Pseudo-asthma: when cough, wheezing, and dyspnea are not asthma. // Pediatrics. – 2007. – Vol. 120, N 4. – P. 855–864

УДК: 616. 283. 1–089. 845–05: 612. 858. 74

## ВОСПРИЯТИЕ МУЗЫКИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯМИ КОХЛЕАРНЫХ ИМПЛАНТОВ

В. И. Пудов, М. А. Стефанович

## MUSIC PERCEPTION OF COCHLEAR IMPLANT USERS

V. I. Pudov, M. A. Stephanovich

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

*Восприятие музыки для пользователей КИ является более сложной задачей, чем восприятие речи. Субъективная оценка высоты слуховых ощущений при стимуляции отдельных электродов не соответствует топонотической организации внутреннего уха. При последовательной стимуляции двумя звуковыми сигналами с частотами, соответствующими центральной частоте, двух соседних частотных каналов, субъективное изменение высоты для двух соседних электродов, кроме E3 – E4, соответствовало музыкальному интервалу 1 тон. Как показали наши исследования, для адекватного восприятия музыкальной мелодии пользователями КИ при одноголосном исполнении требуется преобразование исходного музыкального ряда в соответствии с индивидуальным субъективным распределением высоты слышимых звуков вдоль электродной решетки имплантата.*

**Ключевые слова:** кохлеарный имплант, высота звука, восприятие музыки.

**Библиография:** 7 источников.

*The perception of music for CI users is more a difficult, than perception of speech. Value judgment of height of acoustical sensations at stimulation of separate electrodes does not correspond to the tonotopical organization of an internal ear. At consecutive stimulation by two sound signals with the frequencies corresponding to the central frequency, two next frequency channels, subjective change of height for two next electrodes, except E3 – E4, corresponded to a musical interval 1 tone. As have shown our researches, for adequate perception of a musical melody CI users is required transformation of an initial music line according to individual subjective distribution of height of heard sounds along an implants electrode.*

**Key words:** cochlear implant, pitch tone, music perception.

**Bibliography:** 7 sources.

Кохлеарная имплантация открывает широкие возможности для полноценного восприятия речевых сообщений. Для большинства пользователей кохлеарных имплантов (КИ) процент правильного распознавания речевого материала составляет более 80% [7]. Тем не менее, при восприятии музыки имеются значительные трудности, даже для взрослых поздно оглохших пользователей КИ, которые даже после значительного слухового опыта использования КИ не могут узнать мелодии, хорошо известные им до потери слуха [2, 6].

С одной стороны, музыка в жизни имплантированного человека имеет второстепенное значение, но с другой стороны, она выполняет чрезвычайно важную роль в развитии слухового опыта и психоэмоционального фактора воздействия на человека. Кроме того, изучение особенностей восприятия музыки может оказаться полезным при совершенствовании стратегий обработки сигналов в речевом процессоре. Основные исследования в восприятии музыки на-



## ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Н. Г., Куликов Г. А. Характеристика вокальных гласных с разной частотой основного тона // РФЖ им. И. М. Сеченова. – 2003. – №6. – С. 715–724.
2. Восприятие музыкальных стимулов пациентами после операции кохлеарной имплантации / Королева И. В. [и др.] // Рос. оторинолар. – 2006. – №5. – С. 46–54.
3. Application of loudness models to sound processing for cochlear implants / Mc Dermott H. J. [et al.] // JASA. – 2003. – Vol. 114, №4. – P. 2190–2197.
4. Clinical Assessment of Music Perception in Cochlear Implant Listeners / Nimmons G. L. [et al.] // Otology & Neurotology. – 2008/ – Vol. 29, №2. – P. 149–155.
5. McKay C. M., Henshall K. R. Frequency-to-electrode allocation and speech perception with cochlear implants // JASA. – 2002. – Vol. 111, №2, pt. 1. – P. 1036–1043.
6. Melodic Contour Identification by Cochlear Implant Listeners / Galvin J. J. [et al.] // Ear and Hearing. – 2007. – Vol. 28, №3. – P. 302–319.
7. Pitch ranking ability of cochlear implant recipients: A comparison of sound-processing strategies / Vandali A. E. [et al.] // JASA. – 2005. – Vol. 117, №5. – P. 3126–3138.

УДК: 614. 2

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Р. В. Савинцев, А. А. Корнеев, В. В. Иванов

### FEATURES OF MEDICAL AID TO THE ELDERLY POPULATION IN MODERN DEMOGRAPHIC CONDITIONS

R. V. Savincev, A. A. Korneyenkov, V. V. Ivanov

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

*Увеличение доли пожилых людей в общей структуре населения в последние годы приобрело характер устойчивой тенденции, которую необходимо учитывать при планировании работы служб здравоохранения. Неготовность системы здравоохранения обеспечить рост потребностей в определенных видах медицинской помощи пожилым людям может негативно отразиться на качестве медицинского обслуживания всего населения. В статье приводится анализ современных тенденций некоторых показателей стационарной помощи пожилым людям в двух субъектах Российской Федерации: Санкт-Петербурге и Ленинградской области.*

**Ключевые слова:** *пожилое население, стационарная помощь.*

**Библиография:** *8 источников*

*The increase in a share of older persons in the general structure of the population last years has got character of the steady tendency which is necessary for considering at scheduling of health services. Unavailability of system of public health services to provide growth of requirements for certain kinds of medical aid to older persons it can negatively be reflected in quality of health services of all population. In article the analysis of modern lines of some indicators of the stationary help to elderly people in two subjects of the Russian Federation is resulted: St.-Petersburg and Leningrad region.*

**Key words:** *elderly population, inpatient care.*

**Bibliography:** *8 sources.*

Потребность населения в медицинской помощи зависит от множества факторов, среди которых демографическая ситуация на исследуемой территории играет одну из ключевых ролей. Как известно, структура заболеваемости различается в разных возрастных группах, что оказывает определенное влияние на процесс медицинского обслуживания населения.



УДК: 616. 28–008. 1–056. 7 (575. 1)

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕСИНДРОМАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ****Н. Ж. Хушвакова****GENETIC ASPECTS OF CONGENITAL NON-SYNDROMIC HEARING DISORDERS IN CHILDREN OF THE UZBEK POPULATION****N. J. Hushvakova***Самаркандский медицинский институт, Республика Узбекистан  
(Зав. каф. оториноларингологии ФУВ – проф. У. Л. Лутфуллаев)*

*Настоящий прорыв в области молекулярно-генетических знаний об органе слуха выводит на качественно иной уровень подхода к установлению причин тугоухости и разработку эффективных способов лечения. Возможности ДНК-диагностики наследственных нарушений слуха открывают новые пути эффективной профилактики.*

*В этой связи возрастает роль медико-генетического консультирования, пренатальной и постнатальной диагностики наследственной тугоухости. Необходимость организации особого диспансерного учета семей, угрожаемых по возникновению тугоухости, и выделение групп риска среди детей предлагалось. Идентификация патологических мутаций в семьях с разными формами наследственной тугоухости позволила описать клинические проявления при изменениях в различных генах.*

*С целью поиска мутации 35delG в гене Cx26 проведены скрининговые осмотры в дошкольных и школьных учреждениях для слабослышащих и глухих детей.*

*По результатам ДНК-диагностики гена Cx26 нами выделены три группы пациентов. Группа гомозигот по мутации 35delG, генотип Δ/Δ, составила 39% (146/374). Гетерозиготы по мутации 35delG, генотип Δ/N, обнаружены в 14% (51/374). Установлено 23 случая с биаллельным наследованием мутаций гена Cx26 и 1 случай дигенного наследования мутации 35delG гена Cx26 и крупной делеции гена Cx30.*

**Ключевые слова:** врожденная тугоухость, мутация 35 delG в гене Cx26, инбридинг.

**Библиография:** 10 источников.

*The real achievement in the field of molecular and genetic knowledge about the hearing organ put out us to the qualitative other level of approaches in order to determine the causes of hearing loss and to elaborate the effective methods of treatment. The possibilities of DNA-diagnostics of congenital hearing disorders open us the new ways for the effective prevention. In that case it is increases the role of medical and genetic consultation, prenatal and postnatal diagnostics of congenital hearing loss. It was considered the necessity to organize of the special dispensar registration of families which have menacing condition for the development of congenital hearing loss and to determine the risk group among children. Identification of the pathologic mutation in the families with different types of congenital hearing loss allowed us to illustrate the clinical manifestation of the changes in the different genes.*

*In order to look for a mutation of 35 delG in gene Cx26 we carried out the screening observations in the special educational schools for children who have hearing loss and deafness. For the maximal involving of parents who have children with hearing disorders and for specification of the information about the family it was predominantly spreading the special worked out questionnaires.*

*By the results of DNA-diagnostic of gene Cx26 we were determined three types of patients. 39% of patients (146/374) belongs to the group of homozygote patients according to mutation of 35delG, genotype Δ/Δ. 14% of patients (57/374) belong to the group of heterozygote patients according to mutation of 35delG, genotype Δ/N. In were determined 23 cases with biallel inheritance of the mutation in gene Cx26 and 1 case with digenic inheritance the mutation of 35delG in gene Cx26 and in a big deletion of gene Cx30.*

**Key words:** congenital hypoacusis, 35 delG mutation in Cx26 gene, inbriding

**Bibliography** – 10 sources.





УДК: 616. 284 – 002. 253: 616. 285 – 089. 844

**ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ НАХОДКИ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТИМПАНОСКЛЕРОЗОМ****И. И. Чернушевич, И. А. Аникин, Л. В. Полшкова****INTRAOPERATIVE FINDINGS AND SURGICAL TREATMENT TACTICS IN PATIENTS WITH TYMPANOSCLEROSIS****I. I. Chernushevich, I. A. Anikin, L. V. Polshkova***ГУ Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий  
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)**ООО «Клиника промышленной медицины Оренбурггазпром»  
(Главный врач – докт. мед. наук С. С. Макшанцев)*

*Выполнено 330 операций тимпаноластики у 244 больных тимпаносклерозом. Описаны интраоперационные находки, технические особенности хирургических манипуляций и полученные результаты. Изложена и обоснована позиция авторов по спорным вопросам тактики хирургического лечения тимпаносклероза.*

**Ключевые слова:** *тимпаносклероз, тимпаноластика, тугоухость, хирургическое лечение.*

**Библиография:** *31 источник*

*330 operations in 244 patients with tympanosclerosis were performed. There's described intraoperative findings, technical features of surgical manipulations and results. Article contains authors viewpoint on disputable issues of surgical treatment tactics of tympanosclerosis.*

**Key words:** *tympanosclerosis, tympanoplasty, hearing loss, surgical treatment.*

**Bibliography:** *31 sources*

Тимпаносклероз – негнойное заболевание среднего уха, характеризующееся прогрессирующей тугоухостью, обусловленной фиксацией элементов звукопроводящей цепи за счет образования в слизистой оболочке плотных белесоватых, резко отграниченных от окружающих тканей специфических очагов – тимпаносклеротических бляшек [14, 19, 32].

Лечение больных тимпаносклерозом осуществляется хирургическим путем, основными этапами которого являются ревизия и санация среднего уха, мобилизация сохранных элементов звукопроводящей цепи, оссикулопластика и, при необходимости, мирингопластика [6, 9].

Успех вмешательства зависит от четкого планирования операции, выполненного с учетом анамнеза заболевания и данных предоперационного обследования, и, что более важно, от правильного выбора оптимальной хирургической тактики, основанного на оценке интраоперационных находок.

**Цель** настоящей работы – оптимизация тактики хирургического лечения больных тимпаносклерозом в зависимости от интраоперационных находок в процессе первичных и повторных вмешательств.

**Пациенты и методы**

За период с 2002 по 2008 гг. на базе отдела патофизиологии уха Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи было выполнено 330 операций у 244 пациентов с тимпаносклерозом. У 203 больных (83%) определена открытая форма тимпаносклероза, у остальных 41 (17%) – закрытая. По данным анамнеза 36 пациентов с закрытой формой тимпаносклероза ранее перенесли мирингопластику в различных клиниках России без улучшения слуха.

Исходное состояние слуха у больных характеризовалось кондуктивной или смешанной тугоухостью II – III степени (по классификации ВОЗ (1997)), что позволяло прогнозировать повреждение оссикулярной цепи практически у всех пациентов на дооперационном этапе.

При выполнении операций мы придерживались принципа одноэтапного хирургического лечения, который предусматривал санацию среднего уха с удалением очагов тимпаносклероза,



16. Экспериментальное исследование геля натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы при местном применении в среднем ухе: электронно-микроскопическое исследование ототоксичности // Ильинская Е. В. [и др.] – Рос. оторинолар. – 2007. – №3 (28). – С. 61–67.
17. A comparative study of myringosclerosis / F. Gentil [et al.] // Journal of Biomechanics. – 2008. – Vol. 41. – P. 381.
18. An analysis of the single-stage tympanoplasty with over-underlay grafting in tympanosclerosis / Y. A. Bayazit [et al.] // Otol Neurotol. – 2004. – Vol. 25, N3. – P. 211–214.
19. Gibb A. G. President's address. Tympanosclerosis // Proc. Royal society of medicine. – 1976. – Vol. 69, N2, pt. 1. – P. 155–162.
20. Gibb A. G., Pang Y. T. Surgical treatment of tympanosclerosis. // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 1995. – Vol. 252, N1. – P. 1–10.
21. Giddings N. A., House J. W. Tympanosclerosis of the stapes: hearing results for various surgical treatments. // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1992. – Vol. 107, N5. – P. 644–650.
22. Kamal S. A. Surgery of tympanosclerosis // J. Laryngol. Otol. – 1997. – Vol. 111. – P. 917–923.
23. Management of tympanosclerosis with ossicular fixation: review and presentation of long-term results of 30 new cases / S. Yetiser [et al.] // The Journal of Otolaryngology. – Vol. 36, N5. – P. 303–308.
24. Reconstruction of the entire ossicular conduction mechanism / A. Battaglia, B. M. McGrew, C. G. Jackson // Laryngoscope. – 2003. – Vol. 113, N4. – P. 654–658.
25. Stapedectomy in tympanosclerosis / M. A. Safak [et al.] // International Congress Series. – 2003. – Vol. 1240 – P. 115–119.
26. Stapedotomy for tympanosclerotic stapes fixation: is it safe and efficient? A review of 68 cases / R. Vincent [et al.] // Otolology and Neurotology. – 2002. – Vol. 23, N6. – P. 866–872.
27. Teufert K. B., De La Cruz A. Tympanosclerosis: long-term hearing results after ossicular reconstruction // Otolaryngology – Head and Neck Surgery. – 2002. – Vol. 126, N3. – P. 264–272.
28. The effect of stapes mobility on hearing outcome and which procedure to choose in fixed stapes in children tympanosclerosis / Z. Kizilkaya [et al.] // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. – 2008. – Vol. 72, N. 6. – P. 849–856.
29. Tympanosclerosis in the tympanic membrane: influence on outcome of myringoplasty / E. W. J. Wielinga [et al.] // Am J Otol. – 1995. – Vol. 16, N6. – P. 811–814.
30. Tympanosclerosis involving the ossicular chain: mobility of the stapes in association with hearing results / Tsuzuki K. [et al.] // Acta Otolaryngol. – 2006. – Vol. 126, N10. – P. 1046–1052.
31. Tympanosclerosis: review of literature and incidence among patients with middle-ear infection / S. Asiri [ et al.] // J. Laryngol. Otol. – 1999. – Vol. 113, N12. – P. 1076–1080.
32. Zollner F. Tympanosclerosis. // J Laryngol Otol. – 1956. – Vol. 70. – P. 77–85.

УДК: 616. 316-008. 8: 616. 153. 1

## ПРОТЕАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ СЛЮНЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ФАРИНГИТОМ

Х. Э. Шайхова, А. А. Хаджиметов, Л. А. Улughоджаева

## PROTEINASES ACTIVITIES OF THE SALIVA AT A CHRONIK PHARYNGITIS

Н. Е. Shajhova, А. А. Hadzhimetov, L. A. Ulughodjaeva

ГУ Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан

(Ректор – проф. Ш. И. Каримов)

*В смешанной слюне 110 больных с различными формами хронического фарингита и у 18 здоровых лиц было проведено изучение активности протеолитических ферментов: эластазы,  $\alpha$  1-ингибитор протеиназ, суммарной активности нейтральных протеиназ, калликреина, кининазы, а также защитных ферментов: лизоцима и каталазы.*

*Показано, что активность нейтральных протеиназ, эластазы, каллекреина и каталазы в слюне обследованных больных достоверно повышается. А содержание  $\alpha$  -ингибитора протеиназ, кининазы и лизоцима снижается по сравнению с исследуемыми показателями в группе контроля. Отмеченные нарушения в системе белокгидролизующих ферментов играют важную роль в патогенезе хронического воспаления глотки, и являются одной из причин клинических симптомов – повышение проницаемости капилляров, гиперемии и пастозности слизистой оболочки. Полученные результаты исследования могут служить биохимическим критерием оценки результатов проведенного лечения.*



**Ключевые слова:** хронический фарингит, протеиназы, лизоцим.

**Библиография:** 16 источников.

*The activities of proteinases ferments: elastase,  $\alpha$ -proteinase inhibitor, general activities neutral proteinases, kallikrein, kininase, and protection ferments lysozyme and catalaze were studied in the mixed saliva of 110 patients with different forms of chronic pharyngitis and 18 healthy individuals.*

*It was show that the activities neutral proteinases, elastase, kallikrein and catalaze in saliva examined patients realistically increase. But level of  $\alpha$  1- proteinase inhibitor, kininase and lysozyme were lower in comparison with kontrol group. This breaches in the proteinhydrolysis ferment system play the important role in pathogenesis of chronic pharyngitis, and are one of the reasons of clinical symptoms – increasing of capillary permeability, hyperaemia of mucous membrane. The received results of the study can serve the biochemical standard of elimination a result of passed treatment.*

**The keywords:** chronic pharyngitis, proteinases, lysozyme.

**Bibliography:** 16 sources.

Воспалительные заболевания глотки являются весьма распространёнными заболеваниями и встречаются во всех возрастных группах. Хронические воспалительные заболевания глотки поражают 4–5% всего населения. [1, 2]. На долю пациентов, страдающих хроническим фарингитом, приходится по данным разных авторов от 15 до 32% населения [3, 4]. За последние годы отмечается рост заболеваемости хроническим фарингитом [5] и возрастает исследовательский интерес к проблеме его этиопатогенеза и лечения [6].

Особое значение уделяется изучению компонентов смешанной слюны при различных заболеваниях [7]. Причиной тому является внедрение в клиническую практику бескровных малоинвазивных методов диагностики и контроля над проводимой терапией, а также различные социально-демографические факторы. Следует отметить, что биохимический состав смешанной слюны отражает не только патологическое состояние ротовой полости, но также и состояние других органов и систем организма. [8, 9]

В литературе приводятся данные о комплексном исследовании ферментов различной специфичности в слюне у больных с ЛОР-патологией. Данные об активности протеолитических ферментов в ротовом секрете у пациентов с различными формами хроническим фарингитом малочисленны. Исследование ферментного спектра смешанной слюны при хроническом фарингите объясняется тем, что слюнные железы находятся топографически близко к ЛОР-органам и тесно связаны с гуморальной системой [10].

Функциональная активность смешанной слюны в значительной степени обусловлена тем, что основную часть её составляют физические ферменты белковой природы: гидролазы, ферменты цикла Кребса, антиоксиданты и т. д. Особый интерес представляет изучение ферментного спектра слюны, который тесно связан с иммунной системой организма [11, 1].

**Целью** настоящего исследования являлось изучение активности протеолитических ферментов слюны при ХФ для разработки эффективных методов лечения данной патологии.

**Пациенты и методы.** Клинико-лабораторные исследования включали обследование 110 больных в возрасте 30–50 лет с различными формами хронического фарингита. Из них было 49 (44, 5%) мужчин и 61 (55, 5%) женщина (основная группа). Распределение больных по возрасту было следующим: до 30 лет – 18 (16, 5%), от 31 до 40 лет – 29 (26, 4%), от 41 до 50 лет – 63 (57, 3%). Продолжительность заболевания составляла от 2 до 16 лет. Катаральная форма хронического воспаления глотки была диагностирована у 27 (24, 5%) пациентов, гипертрофическая у 23 (20, 9%), субатрофическая у 35 (31, 8%), смешанная у 25 (22, 7%). Все больные предъявляли жалобы на периодические или постоянные боли в горле, першение, ощущение инородного тела в глотке, сухость или повышенное отделение слизи.

Диагноз хронический фарингит устанавливался на основании жалоб и данных объективного осмотра больных. При фарингоскопии у больных отмечались не ярко выраженная гиперемиа (89, 2%), пастозность слизистой оболочки задней стенки глотки (70, 5%), выраженная инъекция сосудов (55, 4%), увеличение боковых валиков (22, 8%) и наличие гипертрофированных лимфоидных гранул (18, 8%). Контрольную группу составили 18 здоровых лиц ана-



7. Лесовая И. Г. Актуальные проблемы хронических воспалительных заболеваний слюнных желёз // Международ. мед. журнал. – 2002. – №3. – С. 75–78.
8. Носков В. Б. Слюна в клинической лабораторной диагностике (обзор литературы) // Клиническая лабораторная диагностика. – 2008. – №6. – С. 14–17.
9. Опыт применения комплексного гомеопатического препарата Фарингомед при заболеваниях верхних дыхательных путей / Ю. М. Овчинников [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2002. – №1. – С. 34–36.
10. Полякова Т. С., Гуров А. В. Комплексный взгляд на проблему бактериального фарингита // Рус. медиц. журн. – 2007. – Т. 15. – №7. – С. 612–615.
11. Слюнные железы. Биохимия, физиология, клинические аспекты/ Тарасенко Л. М. [и др.] Томск: изд НТЛ. – 2002. – 124 с.
12. Туровский А. Б., Захарова А. Ф. Использование препарата Септолете при воспалительных заболеваниях глотки и гортани // Вестн. оторинолар. – 2001. – №2. – С. 48–50.
13. Francis C. A., Hektor M. P., Proctor G. B. Levels of pre-kallikrein in resting and stimulated human parotid and submandibular saliva // Eur. J. Oral. Sci. – 2001. – Vol. 109, №5. – P. 365–368.
14. Erikson S., Sjoback J. Salivary factors in children with recurrent porosities. Part 2: protein, albumin, amylase, Ig A, lactoferrin, lysozyme and kallikrein concentration // Swed. Dent. J. – 1996. – Vol. 20, №5. – P. 199–207.

УДК: 616. 22-006. 04-082(571. 14)

**ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ  
ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГОРТАНИ В Г. НОВОСИБИРСКЕ  
И. Д. Шаталов, В. В. Киселев, А. А. Репьев, А. Б. Киселев  
SPECIALIZED ONCOLOGIC TREATMENT OF THE LARYNGEAL CANCER  
IN NOVOSIBIRSK**

**I. D. Shatalov, V. V. Kiselev, A. A. Repjev, A. B. Kiselev**

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава  
(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. М. А. Рымша)  
МБУЗ Городская клиническая больница №1, г. Новосибирск  
(Главный врач – Коваленко)

*Авторы представляют эпидемиологические особенности рака гортани в Новосибирске за 2006–2008 годы, основные показатели диагностики и лечения больных раком гортани в Новосибирске за этот период. Описаны клинические особенности больных раком гортани, прошедших хирургическое лечение в ЛОР отделении I Городской клинической больницы г. Новосибирска. Приведены данные пятилетней выживаемости больных, прошедших хирургическое лечение в ЛОР отделении в 2001–2003 годах. Проведено сравнение полученных данных со среднероссийскими аналогичными показателями.*

**Ключевые слова:** рак гортани, хирургическое лечение.

**Библиография:** 7 источников.

*Epidemiology, principal diagnostic indexes, results of laryngeal cancer treatment in Novosibirsk in 2006–2008 are performed. Authors describe clinical peculiarities of patients with laryngeal cancer surgically treated at the ENT department of the First city's hospital of Novosibirsk. The five-year survival rate among the patients surgically treated in 2001–2003 is performed. All data are compared with parallel average indexes in Russia.*

**Key words:** laryngeal cancer, surgical treatment.

**Bibliography:** 7 sources.

В Российской Федерации рак гортани в структуре онкологической патологии по частоте встречаемости занимает пятое место и относится к распространенным злокачественным новообразованиям. Среди онкопатологии ЛОР-органов рак гортани занимает первое место. Более 65% больных раком гортани – лица трудоспособного возраста [3, 4].



УДК: 616. 28-008. 1-072. 7-07

**ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУХА НА ТОНЫ В КОНВЕНЦИОНАЛЬНОМ И РАСШИРЕННОМ ДИАПАЗОНАХ ЧАСТОТ У СТАЖИРОВАННЫХ РАБОЧИХ «ШУМОВЫХ» ПРОФЕССИЙ****Т. А. Шидловская, Т. В. Шевцова****DESCRIPTION OF HEARING OF SUBJECTIVE AUDIOMETRY IN THE CONVENTIONAL AND HIGH FREQUENCY IN «NOISE PROFESSIONAL» WORKERS****T. SHYDLOVSKAYA, T. SHEVTSOVA***ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко АМН Украины»  
(Директор – чл.-кор. АМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)*

*Исследовали слух на тоны в конвенциональном (0, 125–8) кГц и расширенном (9–16) кГц диапазонах частот, показатели речевой аудиометрии и дифференциальные пороги силы звука по методу Люшера у стажированных рабочих «шумовых» профессий в зависимости от стажа работы в шуме (1 и 2 группы), а также у здоровых нормальнослышающих лиц контрольной группы и провели их сравнительный анализ.*

*Авторы показали, что с увеличением стажа работы в шуме отмечается более выраженное нарушение слуха в расширенном диапазоне частот, в области (9–16) кГц, нежели в конвенциональном (0, 125–8) кГц.*

*При периодических медицинских осмотрах рекомендовано производить исследование слуха не только в конвенциональном, но и в расширенном диапазонах частот. Это будет способствовать своевременному назначению адекватных лечебно-профилактических мероприятий и предупреждению прогрессирования СНТ.*

**Ключевые слова:** слух, аудиометрия, высокочастотная аудиометрия, сенсоневральная тугоухость, рабочие «шумовых» профессий.

**Библиография:** 13 источников

*In this work comparison of results of research of hearing on tones in conventional (0, 125–8) kHz and high frequency (9–16) ranges in the workers of «noise» professions depending on experience of works (1 and 2 groups) in noise and comparing to analogical information of normal hearing persons in control group.*

*It is set that with the increase of experience of work in noise more expressed progress of auditory violations registers under influence of noise in area of the extended range of frequencies (9–16) kHz, than in conventional (0, 125–8) kHz.*

*Thus, at periodic medical examinations it is expedient to produce research of ear not only in the conventional but also in high frequency ranges of frequencies.*

**Key words:** hearing, audiometry, high-frequency audiometry, sensor neural deafness the workers of «noise» professional

**Bibliography:** 13 sources.

Несмотря на многочисленные исследования распространенность сенсоневральной тугоухости (СНТ) шумового генеза не снижается, а профессиональная тугоухость по данным ВОЗ (2004 г) [4] занимает второе место в списке профессиональных заболеваний. По данным Е. Н. Илькаевой [3] в РФ количество выявленных больных с СНТ шумового генеза ежегодно увеличивается на 1600 человек. При этом, автор отмечает, что несмотря на отсутствие информации о численности всего имеющегося на сегодня контингента больных с профессиональными заболеваниями, можно с незначительным отклонением от истинного значения утверждать, что количество больных в РФ с сенсоневральной тугоухостью составляет более 50 тысяч человек.



УДК: 616. 327. 2-006. 31: 616-073. 756.8

**О КЛАССИФИКАЦИИ И ДИАГНОСТИКЕ ЮНОШЕСКОЙ  
АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ И ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА.  
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

**В. А. Везезгов**

**ABOUT CLASSIFICATION AND DIAGNOSTIC OF JUVENILE  
ANGIOFIBROMA OF NASOPHARYNX AND SKULL BASE.  
LITERATURE REVIEW**

**V. A. Verezgov**

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

*В статье приводится перечень существующих классификаций юношеской ангиофибромы носоглотки и основания черепа. Произведен обзор литературы по данному вопросу. Рассмотрены применяемые схемы и методы обследования пациентов с юношеской ангиофибромой носоглотки и основания черепа.*

**Ключевые слова:** *юношеская ангиофиброма носоглотки и основания черепа, классификация, обзор литературы, диагностика, методы обследования.*

**Библиография:** *30 источников.*

*In article there is a list of existening classification of juvenile angiofibrome of nasopharynx and skull base. The literature review about this question is made. The using schems and methods of examine of patients with juvenile angiofibrome of nasopharynx and skull base are considered.*

**Key words:** *juvenile angiofibroma of nasopharynx and the skull base, classification, literature review, diagnosis, methods of inspection.*

**Bibliography:** *30 sources.*

Юношеская ангиофиброма носоглотки и основания черепа (ЮАОЧ) является доброкачественной опухолью по гистологическому строению и относится к фиброматозам. Но учитывая экспансивный рост опухоли с прорастанием в близлежащие анатомические образования (околоносовые синусы, крылонебную и подвисочную ямки, полость черепа, глазницу) протекает злокачественно [8, 10]. Таким образом, в результате роста новообразования нарушаются жизненно важные функции, что позволяет считать это заболевание весьма грозным, которое требует к себе особого внимания. Учитывая ангиоматозное строение опухоли из эмбриональных сосудов, повреждение ее или попытка удаления ведет к массивным кровотечениям [8]. Пациенты с ЮАОЧ часто сталкиваются с неверной постановкой диагноза и подвергаются необоснованным оперативным вмешательствам (аденотомия, полипотомия), что приводит к усиленному росту опухоли, профузным кровотечениям и другим осложнениям. Немаловажным остается вопрос рецидивирования, а точнее продолженного роста опухоли, после ее хирургического удаления [15]. Некоторые авторы [1, 5, 23, 27] отмечают, что рецидивирование ЮАОЧ в послеоперационном периоде наблюдается в ближайшие (1–6 месяцев) и отдаленные (1–5 лет) сроки в 3–73, 6% случаев [11].

Учитывая неоднородный рост опухоли (опухоль дает так называемые рога и принимает форму гантели) и различные локализации в зависимости от скорости роста и продолжительности заболевания, было предложено большое количество классификаций данной патологии.



- 25 Harma R. H. Nasopharyngeal angiofibroma. Stockholm, 1958. 315p.
- 26 Mishra S. C., Shulkla Y. K., Bhatia N. A rational classification of the post nasal space // J. Laryng. – 1989. – Vol. 103, – № 10. – P. 912–916.
- 27 Piquet J. J., Chevalier D. Surgical treatment of angiofibromas of the nasopharyngs – 34 cases // Rhinology. – 1989. – Vol. 27. – № 3. – P. 149–154.
- 28 Radkowski D., McGill T., Healy G. B. Angiofibroma. Changes in staging and treatment // Arch. Otolaryng. Head Neck Surg. – 1996. – Vol. 122, – №2. – P. 122–129.
- 29 Sessions R. B., Bryan R. N., Naclerio R. M. Radiographic studing of juvenile angiofibroma // Head Neck Surg. – 1982. – Vol. 4, – № 4. – P. 279–283.
- 30 Sinonasal Hemangiopericytoma In Adolescents: Histopathologic And Surgical Dilemma / Mathur Nitin. [et al.] // The Internet Journal of Otorhinolaryngology. – 2006. – Vol. 4. – № 2.

УДК: 616. 322-002.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**Р. А. Забиров, Н. В. Султанова**

## ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF CHRONIC TONSILLITIS (LITERATURE SURVEY)

**R. A. Zabirov, N. V. Syltanova**

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава  
(Зав. каф. оториноларингологии ФППС –проф. Р. А. Забиров)

*В статье представлен обзор литературы по этиологии и патогенезу хронического тонзиллита.*

**Ключевые слова:** хронический тонзиллит, этиология, патогенез.

**Библиография:** 75 источников.

*The article presents literature survey in etiology and pathogenesis of chronic tonsillitis.*

**Key words:** chronic tonsillitis, etiology, pathogenesis.

**Bibliography:** 75 sources.

Хронический тонзиллит одно из наиболее распространенных ЛОР заболеваний, которое нередко дает осложнения со стороны ряда органов и систем, часто приводит к нарушению трудоспособности, а иногда и к инвалидности [4, 12, 26, 28, 42, 44, 45, 49].

По современным данным хронический тонзиллит – полиэтиологическое заболевание с разнообразными клиническими проявлениями [3].

На сегодняшний день существует несколько определений хронического тонзиллита.

По данным И. Б. Солдатов хронический тонзиллит является инфекционно-аллергическим заболеванием с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альгерацией, экссудацией и пролиферацией [47, 48].

В. Т. Пальчун, А. И. Крюков (2001) сообщают, что хронический тонзиллит это общее инфекционное заболевание с локализацией хронического очага инфекции в небных миндалинах с периодическими обострениями в виде ангин [39].

В. Т. Пальчун, Т. С. Полякова, О. Н. Романова (2001), говоря о хроническом тонзиллите, подразумевают наличие хронического воспаления небных миндалин со всеми присущими ему патофизиологическими и морфологическими признаками, состоящими в угнетении неспецифических факторов естественной резистентности организма, нарушении гуморального и клеточного звеньев иммунитета [40].

По мнению Т. И. Гаращенко и соавт. хронический тонзиллит является заболеванием инфекционно-аллергической природы, вызванным чаще поливалентной патогенной и условно-патогенной флорой [6].



УДК: 616. 21:615. 262. 1–053. 37

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОМИКРОБНЫХ СРЕДСТВ  
РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ТЕРАПИИ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

**С. Л. Коваленко**

**EFFICIENCY OF ANTIBACTERIAL MEANS OF THE PHYTOGENESIS  
IN THERAPY OF OTORINOLARINGOLOGICHESKY DISEASES  
AT CHILDREN**

**S. L. Kovalenko**

*МУЗ детская поликлиника №1, г. Краснодар  
(Главный врач – Засл. врач РФ Л. Л. Чепель)*

*Широкая распространенность инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей и уха в педиатрической практике, многочисленные осложнения, возникающие при применении антибиотиков и рост антибиотикорезистентности, явились предпосылками к практическому применению растительного антибиотика **Умкалор**.*

*С целью сравнения эффективности традиционной антибактериальной терапии с лечением препаратом **Умкалор** были обследованы 102 ребенка в возрасте от 1 года до 15 лет с острыми и хроническими риносинуситами и аденоидитами, которые у 13 детей осложнились острыми средними отитами, а у 31 ребенка – экссудативными средними отитами. Пациенты были разделены на две группы: клиническую (48 больных), которые получали **Умкалор**, и контрольную (54 ребенка), получавших традиционную терапию. При лечении острой патологии ЛОР-органов результаты лечения были сопоставимы. Незначительные различия были получены и при лечении хронических аденоидитов. При этом у 50% пациентов слуховая функция восстановилась после первого курса лечения **Умкалором**, подобный результат был достигнут только у 33,3% детей, получавших традиционную терапию. Хирургическое лечение – аденотомия было назначено 12,5% больных опытной группы и 20% пациентам группы контроля.*

**Ключевые слова:** антибактериальная терапия, риносинусит, аденоидит, средний отит.

**Библиография:** 5 источников.

*Wide prevalence of infectious diseases of the top respiratory ways and ear in pediatric practice, the numerous complications arising at application of antibiotics, were preconditions to practical application of a vegetative antibiotic of Umkador.*

*For the purpose of comparison of efficiency of traditional antibacterial therapy with treatment by a preparation of Umkador 102 children at the age from 1 year till 15 years with sharp and chronic риносинуситами and adenoiditis which at 13 children have become complicated sharp average otitises, and at 31 children – otitis media with effusion have been surveyed. Patients have been divided on two groups: skilled (48 patients) which received Umkador, and control (54 children), receiving traditional therapy. At treatment of sharp pathology results of treatment were comparable. Insignificant distinctions have been received and at treatment chronic adenoiditis. Thus at 50 % of patients acoustical function was restored after the first course of treatment by Umkador, the similar result has been reached only at 33,3 % of children receiving traditional therapy. Surgical treatment – adenoidectomy has been appointed 12,5 % of patients of skilled group and 20 % to patients of group of the control.*

**Keywords:** antibacterial therapy, rhinosinusitis, adenoiditis, otitis media.

**Bibliography:** 5 sources.





УДК: 616. 21/. 23–022. 6–053. 4:615. 5–002. 1

**ЛЕЧЕНИЕ ОРЗ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ****А. В. Почивалов, Е. И. Погорелова****AN ACUTE RESPIRATORY INFECTION TREATMENT FOR CHILDREN SUFFERING FROM ATOPIC DERMATITIS****Pochivalov A. V., E. I. Pogorelova***ГОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко (Зав. каф. факультетской педиатрии – проф. А. В. Почивалов)*

*Дети, страдающие атопическим дерматитом, достоверно чаще болеют острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). Лечение ОРЗ у этих детей имеет дополнительные трудности, т. к. возможно обострение аллергического процесса. Патогенетическая терапия включает назначение противовоспалительных средств, в том числе фенспирида гидрохлорида. Применение фенспирида у детей с ОРЗ, протекающих на фоне атопического дерматита, повышает эффективность лечения и позволяет значительно уменьшить частоту обострений атопического дерматита на фоне респираторной вирусной патологии.*

**Ключевые слова:** острая респираторная инфекция, атопический дерматит, лечение.

**Библиография:** 7 источников.

*It is known for sure that children, suffering from atopic dermatitis, have frequent acute respiratory infections (ARI). Then the treatment for ARI is a matter of some difficulty, because an acute attack of allergy is possible. A pathogenetic therapy includes some antiphlogistic agents prescription, including phenspiride hydrochloride. In this case the course of phenspiride treatment flushes the cure efficacy and enables to reduce the incidence of atopic dermatitis disease when a virus respiratory infection takes place.*

**Key words:** acute respiratory infection, atopic dermatitis, medical treatment

**Bibliography:** 7 sources.

Острые респираторные заболевания – достаточно частая патология среди детей всех возрастных групп. В России ежегодно регистрируется около 70 тысяч случаев ОРЗ на 100 тыс. детского населения. Максимальная частота острых респираторных инфекций отмечается в возрасте от 6 мес до 6 лет, среди этой группы наиболее высокий уровень заболеваемости ОРЗ отмечается у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы.

Высокая частота инфекционной респираторной патологии у детей связана с особенностями развития иммунной системы, значительной контагиозностью вирусов, нестойким иммунитетом к ряду возбудителей, др. Иммунная система у детей в возрастном интервале, на который приходится наибольшее число случаев ОРЗ, характеризуется максимальным риском развития неадекватных или парадоксальных реакций при встрече ее с антигеном.

Во второй половине первого года жизни происходит утрата пассивного иммунитета, полученного от матери. Способность к формированию собственного активного иммунитета у ребенка развивается постепенно и на большинство антигенов в этот период появляется первичный иммунный ответ с синтезом антител класса IgM (или IgE), не оставляющий иммунологической памяти. Недостаточность местной защиты слизистых оболочек связана с дефицитом секреторного IgA. В связи с этим чувствительность ребенка к ОРЗ в данный период очень высока.



дерматита было выявлено усиление клинических проявлений (к 10 дню лечения среднее значение индекса SCORAD составило 20, 7), в подгруппе с легким течением заболевания – у 69% больных (среднее значение индекса SCORAD через 10 дней составляло 13, 4).

**Выводы:**

*Полученные нами результаты исследования позволяют считать применение фенспирида у детей при ОРВИ, протекающих на фоне atopического дерматита, целесообразным в качестве противовоспалительной терапии. Это повышает эффективность лечения детей с данными заболеваниями и позволяет значительно уменьшить частоту обострений atopического дерматита на фоне респираторной вирусной патологии.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцева О. В. Современные подходы к лечению острых респираторных инфекций у детей. Возможности системной противовоспалительной терапии // Вопросы современной педиатрии. 2008. – Т. 7. – С. 93–98.
2. Намазова Л. С., Ботвиньева В. В., Вознесенская Н. И. Современные возможности иммунотерапии часто болеющих детей с аллергией // Педиатрическая фармакология. 2007. – Т. 4. – №1
3. Самсыгина Г. А., Фитилев С. Б., Левин А. М. Результаты многоцентрового исследования эффективности фенспирида гидрохлорида (Эреспал) при лечении острой респираторной инфекции у детей // Педиатрия. – 2002. – №2. – С. 81–85.
4. Самсыгина Г. А., Коваль Г. С. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии // Лечащий врач. – 2009. – №1. – С. 10–15.
5. Современные аспекты профилактики респираторных инфекций у детей с atopией/ Малахов А. Б. [и др.] // Лечащий врач. – 2007. – № 7. – С. 91–93.
6. Таточенко В. К. Профилактика ОРВИ у детей с аллергией. Справочник педиатра. – 2008. – № 10. – С. 21–25.
7. Фенспирид (Эреспал) в терапии бронхитов у детей/ Середа Е. В. [и др.] Пособие для педиатра. М, 2001.

УДК: 616. 216 – 002 – 085

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ  
АНТИБИОТИКОМ И СЕКРЕТОЛИТИКОМ У ПАЦИЕНТОВ  
С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ РИНОСИНОСИТИСОМ**

**Е. Г. Шахова**

**COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF THE COMBINAD TREATMENT  
WITH ANTIBIOTIC AND SECRETOLITIC AT PATIENTS  
WITH ACUTE PURULENT RHINOSINUSITIS**

**E. G. Shakhova**

*ГОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет» Росздрава  
(Ректор – Засл. д. н. РФ, академик В. И. Петров)*

*Проведено исследование эффективности и безопасности препарата Синупрет в комплексном лечении больных острым гнойным риносинуситом. Обследовано и пролечено 60 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет. Полученные результаты позволили сделать вывод, что использование синупрета в комплексном лечении со стандартным антибиотиком, дает дополнительные преимущества в лечении, по сравнению с антибиотикотерапией без муколитика.*

**Ключевые слова:** синусит, риносинусит, лечение, синупрет.

**Библиография:** 8 источников.

*A study of the efficacy and safety of medicine Sinupret in the treatment of acute purulent sinusitis. We examined 60 patients aged 18 to 60 years. The results demonstrated the effectiveness and preference of the Sinupret at the combined treatment with standard antibiotic.*

**Key words:** sinusitis, rhinosinusitis, treatment, sinupret

**Bibliography:** 8 sources



УДК: 616. 22-006. 311. 03-089

## ГЕМАНГИОМА ПОДГОЛОСОВОЙ ПОЛОСТИ ГОРТАНИ И ВЕРХНИХ КОЛЕЦ ТРАХЕИ

Р. А. Забиров, В. П. Колганов, С. Н. Макаров, Т. Ю. Козлова

## HEMANGIOMA IN CAVUM INTRAGLOTTICUM OF LARYNX AND SUPERIOR RINGS OF TRACHEA

R. A. Zabirov, V. P. Kolganov, S. N. Makarov, T. Yu. Kozlova

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава

(Ректор – Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

МУЗ Муниципальная городская клиническая больница скорой медицинской помощи  
№ 1, г. Оренбург

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

*Авторы представляют редкий клинический случай хирургического лечения гемангиомы гортани и верхних колец трахеи.*

**Ключевые слова:** гемангиома, гортань, трахея, операция.

**Библиография:** 4 источника.

*The authors represent the uncommon clinical case of surgical treatment for hemangioma in cavum intraglotticum of larynx and superior rings of trachea*

**Key words:** hemangioma, larynx, trachea, operation

**Bibliography:** 4 sources

Среди доброкачественных опухолей гортани гемангиомы встречаются крайне редко [1, 2, 3, 4]. Приводим наше клиническое наблюдение. Больная А., 60 лет, поступила 6. 10. 09 в пульмонологическое отделение с затянувшимся приступом удушья.

В анамнезе бронхиальная астма в течение 30 лет. Получала базисную терапию в виде ингаляционных глюкокортикостероидов. Ухудшение отмечается в последние 5 дней, приступы удушья наблюдались до 8 раз в сутки. В период пребывания в пульмонологическом отделении было несколько эпизодов кровохарканья. 23. 10. 09 г. больная осмотрена оториноларингологом и с подозрением на новообразование верхней трети трахеи переведена в ЛОР отделение.

Состояние больной средней тяжести. Дыхание в легких везикулярное, масса сухих свистящих крипов: частота дыхания – 24 в 1 мин. АД – 140/70 мм. рт. ст. Пульс 86 в 1 мин., ритмичный, температура тела 36, 6°.

При непрямой ларингоскопии: в нижней трети подголосовой полости справа с переходом на верхние кольца трахеи определяется участок сочной ярко-розового цвета, разрыхленной слизистой оболочки с эрозией эпителия в центре, покрытый в ограниченном месте небольшим сгустком крови. Черпаловидные хрящи подвижные, голосовая щель широкая, дыхание свободное, голос чистый.

Диагноз: новообразование (гемангиома) подголосовой полости гортани справа и верхних колец трахеи.

После предоперационной подготовки 5. 11. 09г. больной произведена операция: нижняя трахеостомия, крикотрахеофиссура с удалением новообразования подголосовой полости гортани справа и двух верхних колец трахеи.

Больная интубирована через трахеостому и операция производилась под наркозом с ИВЛ.



На операции: трахея рассечена вертикально вниз от перстневидного хряща до III кольца. У больной началось артериальное кровотечение. Для обозрения изменений в подголосовой полости и трахее дополнительно пересечен перстневидный хрящ. Края раны разведены. При отсасывании крови отсосом удалось рассмотреть, что слизистая оболочка правой стенки подголосовой полости и двух колец трахеи утолщенная, сочная, рыхлая, ярко розового цвета с небольшой эрозией, в центре которой кровоточащий артериальный сосуд. Измененная слизистая оболочка отслоена от хрящевой основы и резецирована в пределах здоровых тканей вместе с кровоточащим сосудом. Края дефекта тканей на отдельных кровоточащих участках обработаны коагулятором. Произведена тампонада раны подголосовой полости и верхнего отрезка трахеи по Микуличу.

В трахеостому вставлена трахеотомическая трубка № 5.

Результат патогистологического исследования: № 9754 от 10. 11. 09 г. – Смешанная гемангиома слизистой оболочки гортани.

7. 11. 09 – удален тампон Микулича из подголосовой полости и верхнего отрезка трахеи.

14. 11. 09 – больная деканулирована. Рана после трахеостомии зажила вторичным натяжением. Перед выпиской: голосовые складки розовые, черпаловидные хрящи подвижные, голосовая щель широкая, дыхание свободное, голос чистый. Признаков рецидива опухоли не определяется.

Выписана домой 1. 12. 09 на амбулаторное наблюдение.

Контрольный осмотр через 2 месяца: жалоб больная не предъявляет. При непрямой ларингоскопии: голосовая щель широкая, голосовые складки подвижные, голос чистый, дыхание свободное. Признаков рецидива опухоли не определяется.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Козлова А. В., Калина В. О., Гамбург Ю. Л. Опухоли ЛОР органов. М.: Медицина, 1979. – 352 с.
2. Особенности клинической симптоматики сосудистых опухолей гортани у детей в зависимости от локализации / Солдатский Ю. Л. [и др. ] // Вестн. оторинолар. – 2003. – № 1 С. 45–46.
3. Светлаков М. И. Раковые опухоли гортани ( клиника и лечение). Л.: Медицина, 1964. – 310 с.
4. Шустер М. А., Селин В. Н., Погосян М. Г. Гемангиома гортани у детей // Вестн. оторинолар. – 1989. – № 1. – С. 28–31.

УДК: 616. 285–089. 844–053. 2

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ ПОЛИМЕРНОЙ ПЛЕНКИ «ОМИДЕРМ» ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРФОРАЦИЙ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ У ДЕТЕЙ**

**М. В. Маркова**

### **OUR EXPERIENCE OF NEW POLYMER «OMIDERM» USE IN SURGICAL TREATMENT IN CHILDREN WITH TYMPANIC MEMBRANE'S TRAUMATICALLY DAMAGES**

**M. V. Markova**

*ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет Росздрава,  
г. Москва*

*(Зав. каф. ЛОР-болезней педиатрического факультета – Засл. деятель науки РФ,  
член-корр. РАМН, проф. М. Р. Богомильский)*

*Представлены результаты использования нового пластического материала для закрытия травматического дефекта барабанной перепонки у детей.*



**Ключевые слова:** травматическая перфорация барабанной перепонки, мирингопластика.

**Библиография:** 2 источника.

*The article presents results of new reparative material use for closure tympanic membrane's traumatically damages*

**Key words:** eardrum's traumatically damage, myringoplastic.

**Bibliography:** 2 sources.

Существует много различных материалов для закрытия травматических дефектов барабанной перепонки, среди которых широко известны: папиросная бумага, жировая ткань, лоскут куриного амниона, фасция височной мышцы, хрящ ушной раковины, оболочка головного мозга, культуры аллофибробластов. Однако, несмотря на большой опыт хирургов с мировым именем, разнообразие материалов и способов их укладки, послеоперационные результаты, особенно отдаленные, отражают элементы неблагоприятных исходов, в послеоперационном периоде нередко имеют место осложнения: западение или латерализация трансплантата, его отторжение, рецидивы дефекта барабанной перепонки и хронического воспаления среднего уха, что негативно отражается на результатах лечения и реабилитации больных, в числе которых перфорации, экссудация, нестабильность позиции барабанной перепонки, образование рубцов и спаек в тимпанальной полости, что определяет нарастающее со временем ухудшение слуха [1, 2].

**Пациенты и методы.** В период с 2006 по 2009 г. г. в ЛОР-отделении Морозовской детской городской клинической больницы находились на лечении по поводу травматического разрыва барабанной перепонки 110 человек, что составило 84, 6% от общего числа обратившихся по поводу травматического повреждения уха. 20 из 110 детей (18, 2%) с перфорациями барабанной перепонки проведена мирингопластика новой полимерной пленкой «Омидерм». Материал имеет сертификат соответствия, а также регистрационное и токсикологическое удостоверение для использования в медицине. Данный материал широко применяется в хирургии и косметологии, о чем свидетельствуют данные исследований, проведенные в клиниках г. Москвы (НИИ им. Склифосовского). «Омидерм» – стерильный материал для покрытия ран, выполняющий функции живой кожи, имеет толщину 20 мкм, получен способом радиационной трансплантации гидрофильных мономеров на полиуретановую основу. Материал пластичный и прозрачный, что необходимо для визуального контроля за процессом закрытия перфорации барабанной перепонки. «Омидерм» легко налагается на перфорацию, повторяет ее контуры, плотно прилегает к поверхности краев перфорации, благодаря чему нет необходимости использовать дополнительную подложку при закрытии дефекта. Пленка обладает хорошими адсорбционными свойствами, выполняет функцию барьера инфекции, при этом способна пропускать извне экссудат из барабанной полости и одновременно пропускать извне лекарственные препараты. Согласно нашим наблюдениям ни у одного ребенка не отмечено аллергической реакции. При проведении мирингопластики пленкой «Омидерм» локализация перфорации, а также сроки получения травмы не имели значения. Хирургическое вмешательство проводили по следующим показаниям:

- наличие перфорации барабанной перепонки, занимающей 25% и более площади барабанной перепонки (1 или более квадрант),
- отсутствие признаков воспаления и патологического отделяемого. Перед оперативным вмешательством проводилась: отоскопия/видеоотоскопия/диагностическая отоэндоскопия, тональная пороговая аудиометрия (детям с 4-х лет), акустическая импедансометрия и отоакустическая эмиссия. Мирингопластика проводилась классическим способом: под аппаратно-масочным наркозом, под контролем операционного микроскопа микроинструментами освежали края перфорации с последующим наложением материала для закрытия дефекта барабанной перепонки.

**Результаты.** Заживление перфорации под пленкой наступало в среднем в течение 7–10 дней, после чего пленка самостоятельно отторгалась. Случаев возникновения воспалительного процесса в среднем ухе после проведенной мирингопластики «Омидерм» нами не зарегистрировано.



При динамическом наблюдении за больными после оперативного вмешательства, а также в катамнезе в течение 3 месяцев после проведенного хирургического лечения, нами не было выявлено развития реперфораций, адгезивного процесса в среднем ухе, формирования холестеатомы, снижения слуха. Барабанная перепонка после перенесенной травмы была контурирована, подвижна.

**Выводы:**

*Проведение мирингопластики полимерной пленкой «Омидерм» детям с травматическими повреждениями барабанной перепонки является методом выбора при лечении детей с травматическими повреждениями барабанной перепонки. Хирургическое вмешательство в данном случае позволяет сократить сроки пребывания в стационаре, а также избежать развития воспалительного процесса в среднем ухе и как следствия стойкой тугоухости у данной группы больных.*

ЛИТЕРАТУРА

1. A multivariate analysis of otological, surgical and patient-related factors in determining success in myringoplasty / Onal K. [et al. ] //Clin Otolaryngol. 2005; 30(2):115–20.
2. Fa Yi, Xue Za Zhi Analysis on characters of 220 cases of tympani membrane perforated. 2001; 17(1):28–9, 31, 62.

УДК: 616. 213. 6—006. 52

**ИНВЕРТИРОВАННАЯ ПАПИЛЛОМА ЛЕВОЙ ПОЛВИНЫ НОСА  
С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ В ЛЕВУЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ  
И КЛЕТКИ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА**

**Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, С. Б. Цагадаева**

**THE INVERTED PAPILLOMA OF THE LEFT HALF OF NOSE  
WITH DISTRIBUTION TO THE LET MAXILLARY SINUS  
AND LEFT ETHMOIDAL CELLS**

**D. M. Mustafaev, V. M. Svistushkin, S. B. Tsagadaeva**

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

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

*Инвертированные папилломы - местом роста, которых является слизистая оболочка, покрывающая полости носа и околоносовых пазух, относительно редко встречающиеся опухоли, в литературе встречаются под разными названиями. Хирургический радикальный метод лечения через наружные подходы является единственным методом для борьбы с рецидивами. Рекомендуется обязательное всестороннее гистологическое исследование всех удаленных полипов носа.*

**Ключевые слова:** *инвертированная папиллома, хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия.*

**Библиография:** *4 источников.*

*Inverted papillomas arising from the lining membranes of nose and paranasal sinuses are relatively unfamiliar lesions which have been reported in the literature under a variety of titles. Extensive surgical treatment through external approach is necessary to avoid recidive. An exhaustive histologic examination of all removed polyps is recommended.*

**Key words:** *inverted papilloma, surgery, radiotherapy, chemotherapy.*

**Bibliography:** *4 sources.*

## Содержание

### Научные статьи

**Э. К. Азаматова, З. Ф. Хараева, Г. С. Мальцева**

Иммунотропное влияние фитотерапии с эффектом закаливания при хронических тонзиллитах у детей ..... 3

**З. З. Алагирова, В. С. Корвяков, Т. В. Бурмистрова, А. А. Якшин, А. А. Гапонов**

Этиопатогенетическое обоснование лечения больных с ретракционными карманами барабанной перепонки ..... 6

**А. Р. Андреищев, С. А. Карпищенко, А. А. Баиндурашвили, А. Э. Шахназаров**

Эндоскопическая оценка состояния полости носа после реконструктивных операций на верхней челюсти ..... 12

**М. В. Дроздова, Е. В. Тырнова, Ю. К. Янов**

Оценка состояния системы гемостаза при хроническом лимфопролиферативном синдроме у детей ..... 17

**П. А. Затолока**

Распространенность воспалительной патологии ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных пациентов ..... 27

**П. А. Затолока**

Характеристика стационарной оториноларингологической помощи ВИЧ-инфицированным больным ..... 31

**Г. С. Карабаева**

О распространенности патологии ЛОР-органов у работников энергетической промышленности в зависимости от вида профессиональной деятельности ..... 36

**В. Е. Кузовков, О. А. Пащинина**

Комбинированный доступ к среднему и внутреннему уху при проведении хирургического этапа кохлеарной имплантации ..... 38

**В. Е. Кузовков, Ю. К. Янов, О. А. Пащинина, Х. М. Диаб, С. Н. Ильин**

Классификация оксификаций лабиринта ..... 45

**Е. Ю. Куренева**

Результаты обследования состояния стволомозгового отдела слухового анализатора у рабочих шумового производства с различной степенью сенсоневральной тугоухости по данным акустической импедансометрии ..... 52

**Р. Р. Миниахметова, А. С. Симбирцев, И. А. Аникин,**

**Е. В. Тырнова, П. В. Начаров**

Остеотропные цитокины при хроническом среднем отите с тимпаносклерозом ..... 56

**Ю. В. Митин, А. Ю. Шидловский**

Диагностика сенсоневральной тугоухости при вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности ..... 63

**Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, В. Н. Селин,**

**И. Н. Ахмедов, С. Б. Цагадаева, Э. В. Исаев**

Эндоларингеальная холодноплазменная хирургия при первичном локальном амилоидозе гортани с распространением на верхнюю треть трахеи ..... 70

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

**В. Н. Селин, И. Н. Ахмедов, С. Б. Цагадаева**

Холодноплазменная хирургия воздушных кист гортани ..... 77

<b>Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, Е. В. Осипенко, В. Н. Селин, В. М. Исаев, С. Б. Цагадаева</b>	
Алгоритм клинического обследования при односторонних парезах и параличах гортани неясного генеза .....	84
<b>Е. А. Огородникова, И. В. Королева, С. П. Пак, А. А. Балякова</b>	
Развитие и оценка восприятия временных характеристик звуковых сигналов у пациентов с кохлеарными имплантами с использованием инструментальных методик .....	91
<b>Е. А. Огородникова, А. А. Балякова, Э. И. Столярова, Н. Г. Охарева</b>	
Особенности слухового восприятия ритмических последовательностей детьми с нарушениями речи и письма .....	97
<b>И. В. Отвагин, А. В. Колосов, И. А. Гучев, Р. С. Козлов</b>	
Аминопенициллины при нетяжёлом остром максиллярном риносинусите у лиц молодого возраста .....	102
<b>А. Ю. Петруничев, Э. А. Цветков, А. Н. Пашинин, Е. А. Андриевская</b>	
Долговременное наблюдение неоперированных детей с ларингомалацией. Популяционная частота синдрома. ....	109
<b>В. И. Пудов, М. А. Стефанович</b>	
Восприятие музыки пользователями кохлеарных имплантов .....	114
<b>Р. В. Савинцев, А. А. Корнеев, В. В. Иванов</b>	
Особенности оказания медицинской помощи пожилому населению в современных социально-демографических условиях .....	119
<b>Н. Ж. Хушвакова</b>	
Генетические аспекты наследственных несиндромальных нарушений слуха у детей узбекской популяции .....	125
<b>И. И. Чернушевич, И. А. Аникин, Л. В. Полшкова</b>	
Интраоперационные находки и тактика хирургического лечения больных тимпаносклерозом .....	129
<b>Х. Э. Шайхова, А. А. Хаджиметов, Л. А. Улутходжаева</b>	
Протеазная активность слюны у больных хроническим фарингитом .....	135
<b>И. Д. Шаталов, В. В. Киселев, А. А. Репьев, А. Б. Киселев</b>	
Оказание специализированной помощи при злокачественных опухолях гортани в г. Новосибирске .....	140
<b>Т. А. Шидловская, Т. В. Шевцова</b>	
Характеристика слуха на тоны в конвенциональном и расширенном диапазонах частот у стажированных рабочих «шумовых» профессий .....	144
<b>Обзоры</b>	
<b>В. А. Везезов</b>	
О классификации и диагностике юношеской ангиофибромы носоглотки и основания черепа. Обзор литературы. (продолжение) .....	149
<b>Р. А. Забиров, Н. В. Султанова</b>	
Этиология и патогенез хронического тонзиллита (обзор литературы) .....	154
<b>Школа фармакотерапии</b>	
<b>С. Л. Коваленко</b>	
Эффективность противомикробных средств растительного происхождения в терапии оториноларингологических заболеваний у детей .....	161
<b>А. В. Почивалов, Е. И. Погорелова</b>	
Лечение ОРЗ у детей с атопическим дерматитом .....	166
<b>Е. Г. Шахова</b>	
Сравнительная эффективность комбинированной терапии антибиотиком и секретолитиком у пациентов с острым гнойным риносинуситом .....	170



## **Из практики**

**Р. А. Забиров, В. П. Колганов, С. Н. Макаров, Т. Ю. Козлова**

Гемангиома подголосовой полости гортани и верхних колец трахеи ..... 176

**М. В. Маркова**

Опыт применения новой полимерной пленки «Омидерм»  
для закрытия травматических перфораций барабанной перепонки у детей ..... 177

**Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, С. Б. Цагадаева**

Инвертированная папиллома левой половины носа с распространением  
в левую верхнечелюстную пазуху и клетки решетчатого лабиринта ..... 179

## **Юбилей**

Невский Борис Николаевич ..... 183

## **Информационный раздел**

III съезд оториноларингологов Узбекистана ..... 185

Календарный план циклов на 2010 год ..... 187

## **Аннотации**

Экссудативный средний отит

Савенко И. В., Бобошко М. Ю., Лопотко А. И., Цвылева И. Д. СПб: Диалог, 2009. – 72 с. .... 189

К сведению авторов ..... 190

Алфавитный список авторов журнала «Российская оториноларингология» №2/2010 ..... 192