

I S S N 1810-4800



РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY

Медицинский научно-практический журнал

Основан в 2002 году

(Выходит один раз в два месяца)

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

*Для физических лиц индекс 41225 в каталоге «Пресса России»
Для юридических лиц индекс 41223 в каталоге «Пресса России»*

Совместное издание

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

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

Российское общество оториноларингологов



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

Х. Т. Абдулкеримов (Екатеринбург)	В. И. Кочеровец (Москва)	А. Н. Пашинин (Санкт-Петербург)
И. А. Аникин (Санкт-Петербург)	В. И. Кошель (Ставрополь)	Г. З. Пискунов (Москва)
В. Ф. Антонив (Москва)	А. И. Крюков (Москва)	В. М. Свистушкин (Москва)
М. Р. Богомилский (Москва)	С. В. Лиленко (Санкт-Петербург)	А. В. Староха (Томск)
А. Г. Волков (Ростов-на-Дону)	Г. С. Мальцева (Санкт-Петербург)	Ю. Е. Степанова (Санкт-Петербург)
Т. И. Гарашенко (Москва)	И. И. Нажмудинов (Москва)	Г. А. Таварткиладзе (Москва)
Х. Ш. Давудов (Москва)	Я. А. Накатис (Санкт-Петербург)	Э. А. Цветков (Санкт-Петербург)
В. И. Егоров (Москва)	Ю. М. Овчинников (Москва)	А. В. Шахов (Нижний Новгород)
А. С. Киселев (Санкт-Петербург)	Е. В. Осипенко (Москва)	А. С. Юнусов (Москва)
В. Э. Кокорина (Хабаровск)	В. Т. Пальчун (Москва)	С. В. Яблонский (Москва)
О. И. Коноплев (Санкт-Петербург)	А. В. Пашков (Москва)	

№ 3 (58) 2012 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абабий И. И. (Кишинев, Молдова)	Забилов Р. А. (Оренбург)	Петров А. П. (Якутск)
Алиметов Х. А. (Казань)	Заболотный Д. И. (Киев, Украина)	Петрова Л. Г. (Минск, Беларусь)
Амонов Ш. Э. (Ташкент)	Захарова Г. Ф. (Санкт-Петербург)	Пискунов С. З. (Курск)
Арефьева Н. А. (Уфа)	Иванов Н. И. (Сыктывкар)	Полякова С. Д. (Воронеж)
Бабияк В. И. (Санкт-Петербург)	Игнатъева Е. Л. (Петрозаводск)	Портенко Г. М. (Тверь)
Боджоков А. Р. (Майкоп)	Извин А. И. (Тюмень)	Портнов В. Г. (Ленинградская обл.)
Беляев В. М. (Вологда)	Ильин С. Н. (Санкт-Петербург)	Проскурин А. И. (Астрахань)
Блоцкий А. А. (Благовещенск)	Калинин М. А. (Архангельск)	Пудов В. И. (Санкт-Петербург)
Бобошко М. Ю. (Санкт-Петербург)	Карпищенко С. А. (Санкт-Петербург)	Семенов Ф. В. (Краснодар)
Бойко Н. В. (Ростов-на-Дону)	Карпова Е. П. (Москва)	Сергеев М. М. (Краснодар)
Бойко С. Г. (Сыктывкар)	Киселев А. Б. (Новосибирск)	Сергеев С. В. (Пенза)
Бойкова Н. Э. (Москва)	Козлов В. С. (Москва)	Статьюха В. С. (Уссурийск)
Бокучава Т. А. (Мурманск)	Коркмазов М. Ю. (Челябинск)	Субботина М. В. (Иркутск)
Борзов Е. В. (Иваново)	Кравчук А. П. (Ижевск)	Тачиев Б. А. (Элиста)
Борноев С. А. (Улан-Удэ)	Кржечковская Г. К. (Ставрополь)	Тимен Г. Е. (Киев, Украина)
Быковский В. Н. (Псков)	Кротов Ю. А. (Омск)	Тулбаев Р. К. (Астана, Казахстан)
Вахрушев С. Г. (Красноярск)	Кунельская Н. Л. (Москва)	Уханова Е. А. (Великий Новгород)
Виницкий М. Е. (Ростов)	Лопатин А. С. (Москва)	Фанта И. В. (Санкт-Петербург)
Вишняков В. В. (Москва)	Макарина-Кибак Л. Е. (Минск, Беларусь)	Фридман В. Л. (Владимир)
Гаджимирзаев Г. А. (Махачкала)	Мареев О. В. (Саратов)	Хакимов А. М. (Ташкент, Узбекистан)
Гилифанов Е. А. (Владивосток)	Машкова Т. А. (Воронеж)	Хоров О. Г. (Гродно, Беларусь)
Георгиади Г. А. (Владикавказ)	Мингалев Н. В. (Кемерово)	Храбриков А. Н. (Киров)
Говорун М. И. (Санкт-Петербург)	Михайлов Ю. Х. (Чебоксары)	Храпко Н. С. (Самара)
Гусейнов Н. М. (Баку, Азербайджан)	Насреддинов Т. Х. (Самарканд)	Худиев А. М. (Баку, Азербайджан)
Гюсан А. О. (Черкесск)	Никонов Н. А. (Воронеж)	Шантуров А. Г. (Иркутск)
Джамалудинов Ю. А. (Махачкала)	Носуля Е. В. (Москва)	Шахов В. Ю. (Нижегород)
Джапаридзе Ш. В. (Тбилиси, Грузия)	Обвинников А. Ю. (Москва)	Шахова Е. Г. (Волгоград)
Енин И. П. (Ставрополь)	Отвагин И. В. (Смоленск)	Шукурян А. К. (Ереван, Армения)
Еремина Н. В. (Самара)	Панин В. И. (Рязань)	Шульга И. А. (Оренбург)
Жуков В. С. (Ярославль)	Панкова В. Б. (Москва)	

Журнал зарегистрирован Государственным комитетом РФ по печати.

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

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

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России»

Издатель:

ООО «Полифорум»

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, С. М. Ермольчев

Адрес редакции:

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

Компьютерная верстка: Т. М. Каргапольцева

Подписано в печать 22.05.2012 г.
Формат: 60×90^{1/8}. Объем 29,0 усл. печ. л.
Тираж: 3000 экз. (1-й завод — 500 экз.)

Отпечатано с готовых диапозитивов
в типографии «К-8».
Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.
Лицензия ПЛД № 69 291 от 19.10.1998 г.
Зак. тип. 2355.

© СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России, 2012

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва, 2012



УДК 616.212.5-007.251-089.844

ДАЛЬНЕЙШИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

А. В. Акимов, М. В. Григорьева, Р. А. Забиров

FURTHER POSSIBILITIES OF SURGICAL TREATMENT OF NASAL SEPTUM PERFORATIONS

A. V. Akimov, M. V. Grigoreva, R. A. Zairov

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия

Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации»

(Ректор – засл. д. н. РФ, проф. В. М. Боев)

В статье представлен обзор различных методов пластики дефектов носовой перегородки и рассмотрены возможности применения биопластических материалов для пластики перфораций носовой перегородки при выполнении эндоскопических операций.

Ключевые слова: биопластические материалы, хронический ринит, перфорация носовой перегородки, хирургическое лечение.

Библиография: 12 источников.

It was presented in the article the review of different methods of plastic nasal septum defects and possibility of use bioplastic materials for plastic of nasal septum perforations during carrying out of endoscopic operations.

Key words: bioplastic materials, chronic rhinitis, nasal septum perforation, surgical treatment.

Bibliography: 12 sources.

Перфорация носовой перегородки (ПНП) – одна из наиболее актуальных проблем современной оториноларингологии. Эта патология остается скрытой, пока пациента не начинают беспокоить рецидивы носовых кровотечений, неприятный запах из носа, рефлекторная головная боль. ПНП может являться причиной психогенных заболеваний и способствовать развитию хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух.

Наиболее частыми причинами возникновения ПНП являются ятрогенные воздействия. Около 60% случаев возникновения ПНП – это результат неправильно выполненной подслизистой резекции носовой перегородки. Среди других ятрогенных факторов можно выделить такие, как трансназальная интубация, криохирургия и коагуляция кровоточащих сосудов, последствия лечения гематомы и абсцесса носовой перегородки.

Причиной ПНП может быть атрофический ринит, протекающий на фоне вдыхания горячего, сухого и пыльного воздуха или токсических веществ. Эти воздействия вызывают механическое раздражение на выпуклой стороне деформированной перегородки носа, что приводит к потере реснитчатого эпителия, нарушению кровообращения и дальнейшим дегенеративным изменениям во всех слоях перегородки носа. Удаляя корки из носа, пациент заносит инфекцию, которая вызывает перихондрит и некроз хряща.

Неуклонно возрастает частота ПНП у наркоманов, употребляющих кокаин. ПНП может быть проявлением системных заболеваний соединительной ткани, что также связано с нарушением кровоснабжения слизистой оболочки и хряща перегородки носа.



3. Молоков К. В. Перфорация перегородки носа – причины возникновения и способы лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 32 с.
4. Пальчун В. Т., Туманов В. П., Поматилов А. А. Возможность трансплантации клеток в реконструктивной оториноларингологии // Вестн. оторинолар. Прил. – 2004. – С. 57.
5. Пат. № 2367476. Рахматуллин Р. Р., Поздняков О. А. Биопластический материал. // Б. И. 2009. № 26. – С. 12.
6. Туровский А. Б., Чумаков П. Л. Перфорация перегородки носа: вопросы этиологии, патогенеза и лечения // Вестн. оторинолар. 2009. – № 1. – С. 54–57.
7. Benedetti L. Biomaterials of hyaluronic acid // Wound Repair and Regeneration, 1999. – N 11. – P. 32–37.
8. Chen W. J. The functions of hyaluronan in wound repair. A review // Wound Repair and Regeneration, 1999. – N 7. – P. 78–89.
9. Navsaria H. A. Biological rationale for the application of hyaluronan in wound healing. New Frontiers in Medical Sciences: Redefining Hyaluronan // Symposium Proceedings, Padua, Italy. – June, 1999. – P. 279.
10. Schultz-Coulon H. J., Stange T. Closure of nasoseptal defects: the endonasal extended bridge-flap concept. – GmbH, Germany, 2010. – 22 p.

Акимов Александр Владимирович – канд. мед. наук, асс. каф. оториноларингологии Оренбургской ГМА. 460000 Оренбург, ул. Советская, д. 6, тел.: 8-3532-71-87-17; e-mail: akimov.59@list.ru; **Григорьева** Марина Васильевна – заочный аспирант каф. оториноларингологии Оренбургской ГМА. 460000, Оренбург, ул. Советская, д. 6; тел.: 8-3532-71-87-17; e-mail: Lorkafedra@mail.ru; **Забиров** Рамиль Ахметович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Оренбургской ГМА. 460000, Оренбург, ул. Советская, д. 6, тел.: 8-3532-71-87-17; e-mail: Lorkafedra@mail.ru

УДК: 616.211/.232-08-039.57:614.2

МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СТАЦИОНАРОВ ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

И. М. Алибеков, Х. Т. Абдулкеримов, А. Р. Белявский

MEDICAL AND SOCIALLY-THE ECONOMIC IMPORTANCE OF HOSPITALS OF DAY STAY AT DISEASES OF THE TOP RESPIRATORY WAYS IN THE CONDITIONS OF THE NORTH

I. M. Alibekov, H. T. Abdulkarimov, A. R. Belyavsky

*Комитет по здравоохранению Администрации г. Сургута
(Председатель – А. Р. Пелевин)*

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия
Минздравсоцразвития РФ», Екатеринбург*

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Х. Т. Абдулкеримов)

Социально-экономические реформы, начатые в последнее десятилетие, привели к существенной перестройке отечественного здравоохранения.

Пути повышения эффективности системы здравоохранения и более экономичного использования больничных ресурсов, определенных концепций развития здравоохранения в Российской Федерации, одобренной Правительством Российской Федерации, являются внедрение малоинвазивных технологий и развитие стационар-замещающих форм оказания медицинской помощи населению. К их числу относятся дневные стационары (ДС) на базе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, стационары на дому, а также только недавно вошедшие в практику здравоохранения центры амбулаторной хирургии (ЦАХ) или отделения хирургии одного дня.

Активное внедрение стационар-замещающих технологий в лечебных учреждениях позволяет провести перераспределение части объемов медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторный, а также рационально использовать имеющийся коечный фонд.



Алибеков Иманкарим Магомедович – канд. мед. наук, зав. ЛОР-отделением городской поликлиники № 3, главный оториноларинголог г. Сургута. 628400, ХМАО-Югра, Тюменская обл., г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 14. тел./факс: 8-3432-52-59-01; 52-58-87, e-mail: alibekovu@bk.ru; **Абдулкеримов** Хийит Тагирович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Уральской ГМА. 620109, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 189. тел. 8-3432-400-476; 400-614, e-mail: tag@r66.ru; **Белявский** Аркадий Романович – докт. мед. наук, министр здравоохранения Свердловской обл., e-mail: mzso@zdravso.ru

УДК: 616.284-002.1-089:616.287-089.843

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ СЛУХОУЛУЧШАЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ОССИКУЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОНСЕРВАТИВНО-ЩАДЯЩИЕ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА СРЕДНЕМ УХЕ

И. А. Аникин, Х. М. Диаб, С. В. Асташенко, Р. В. Карапетян, И. Ф. Мустивый¹

RECONSTRUCTIVE MIDDLE EAR SURGERY WITH VARIOUS OSSICULOPLASTY VARIANTS IN PATIENTS, WHO UNDERWENT CANAL WALL-DOWN MASTOIDECTOMY

I. A. Anikin, H. M. Diab, S. V. Astashchenko, R. V. Karapetian, I. F. Mustiviy

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

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

¹ ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздравсоцразвития России»

(И. о. ректора – проф. О. Г. Хурицлава)

В целях оценки эффективности оссикулопластики были обследованы 72 пациента, перенесших санирующие операции на среднем ухе. После тщательной ревизии трепанационной полости и удаления всех патологических тканей, в тех случаях, когда цепь слуховых косточек не функционировала, выполнялась реконструкция звукопроводящего аппарата. Формировалась малая барабанная полость на уровне канала лицевого нерва для углубления барабанной полости, над каналом лицевого нерва укладывались аутохрящевые полоски, затем производилась оссикулопластика частичным или полным титановым протезом в зависимости от сохранности элементов звукопроводящего аппарата. Сравнивая результаты средних показателей прироста слуха в отдаленных сроках, выявили, что наилучшие результаты получены у пациентов, которым в ходе операций был установлен частичный титановый протез.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, консервативно-щадящая радикальная операция, оссикулопластика.

Библиография: 17 источников.

According to literary sources, ossiculoplasty is performed in 70–90% cases of tympanoplasty. In order to assess the effectiveness of ossiculoplasty 72 patients who underwent canal – wall down mastoidectomy in the middle ear were studied. After a thorough revision of tympanomastoidal cavity and removal of all pathological tissue in cases where the ossicular chain was not functioning the reconstruction was carried out. Auto-cartilage stripes were placed above the facial nerve canal at the level of the facial ridge in order to decrease the volume of the tympanic cavity. Then ossiculoplasty was performed with the use of partial or total titanium prosthesis. Having compared the results of hearing average rate, it was found out that the best results were obtained in patients who underwent surgeries with partial titanium prosthesis installation.

Key words: chronic suppurative otitis media, canal wall down mastoidectomy, ossiculoplasty.

Bibliography: 17 sources.



Аникин Игорь Анатольевич – докт. мед. наук, руководитель отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8(812)575-94-47; **Диаб** Хассан Мохамад Али – ст. науч. с. отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения СПб НИИ ЛОР, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8(812)316-25-01, e-mail: Hasandiab@mail.ru; **Астащенко** Светлана Витальевна – канд. мед. наук, зав. взрослым хирургическим отделением СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8(812)316-25-01; e-mail: 3178442@mail.ru; **Карапегян** Рузанна Вазгеновна – очный аспирант отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-316-25-01, e-mail: k-ruzanka@mail.ru; **Мустиный** Игорь Федорович – очный аспирант кафедры оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. 195067, Санкт-Петербург, пр. Пискаревский, д. 47, тел.: 8(906)2581828, e-mail: Imustivi@rambler.ru

УДК: 616.831:616.281.008.55-002

ЛАБИРИНТНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В. И. Бабияк, А. Н. Пащинин, В. Н. Тулкин

LABYRINTH BREACHES UNDER A VASCULAR DISEASE OF THE CEREBRUM

V. I. Babiyak, A. N. Paschinin, V. N. Tulkin

ФГБУ «СПб НИИ уха горла носа и речи Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург

(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

В статье рассматриваются некоторые теоретические проблемы лабиринтопатий, обусловленных нарушениями мозгового кровообращения. В частности, приводятся сведения о болезни Меньера как об одном из проявлений этих нарушений, рассматривается вопрос об этиологии и патогенезе, диагностике и лечении этого заболевания. Рассматриваются также проблемы вертеброгенных лабиринтопатий, обусловленных нарушением кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне. В статье уделено особое внимание монографии Б. М. Сагаловича и В. Т. Пальчуна [17] как одного из фундаментальных трудов о болезни Меньера последнего времени.

Ключевые слова: *сужение сосудов, расширение сосудов, артериоспазм, окклюзия артерии, вестибулярная дисфункция, вестибулярный аппарат, улитка, классификация, этиология, патогенез, синдром.*

Библиография: *28 источников.*

In article are considered some theoretical problems of the labyrinthopatie, conditioned by breaches brain the circulation of the blood. In particular, happen to the information about disease Meniera, as about one of the manifestations of these breaches, is considered question about etiology and pathogenesis, diagnostics and treatment of this disease. They Are Considered also problems vertebrobasilar genesis of t\labyrinthopatie, conditioned by breach кровообращения in vertebral of basilar pool. In article is spared emphases to monographs of B. M. Sagalovich and V. T. Palichun (1999), as one of the fundamental works about disease Menier last time.

Key words: *vaso-constriction, vaso-dilatation, arteriospasm, arterial occlusion, vestibular dysfunction, vestibular device, snail, categorization, etiology, pathogenesis, syndromes.*

Bibliography: *28 sources.*



УДК: 616.322/323-085835.5-053.2

ПРЕИМУЩЕСТВА НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В. П. Вавилова, Т. А. Караульнова

ADVANTAGES OF NEBULIZING THERAPY WHILE TREATMENT OF CHILDREN WITH ADENO-TONSILLAR PATHOLOGY

V. P. Vavilova, T. A. Karaulnova

ГБОУ ВПО «Кемеровская ГМА Минздравсоцразвития РФ»

(Ректор – проф. В. М. Ивойлов)

ООО «Клиника современных медицинских технологий», Кемерово

(Директор – проф. В. П. Вавилова)

Определена эффективность применения небулайзерной терапии с пульсирующей подачей лекарственного вещества при лечении детей с адено tonsиллярной патологией. Выделены две группы: основная ($n = 113$), получавшая десятидневный курс небулайзерной терапии с пульсирующей подачей будесонида на слизистые оболочки носа, и контрольная ($n = 95$), получавшая симптоматическое лечение. Применение данного метода позволило оценить местные факторы защиты – sIgA, активность лизоцима в назальном секрете после проведенной терапии возрастали и достоверно превышали показатели в контроле в течение 1 месяца ($p < 0,01$). Содержание эозинофилов, нейтрофилов в течение 6 месяцев сохранялось на нормальных значениях ($p < 0,01$).

Ключевые слова: дети, небулайзер, адено tonsиллярная патология, местный иммунитет.

Библиография: 6 источников.

Defined the effectiveness of nebulizing therapy with medicaments pulsating delivery while treatment of children with adeno-tonsillar pathology. There were two groups: treatment group ($n = 113$) having got 10-days course of nebulizing therapy with budesonide pulsating delivery to nasal mucosa, and control group ($n = 95$) having got expected treatment. Application of the given method made possible to estimate: site related shielding factors – sIgA, after therapy, being carried out, lisocyme potency in nasal secretion enhanced and positively exceeded control indices for a month ($p < 0,01$). Percentage of eosinophiles and neutrophiles were stated at normal level for 6 months ($p < 0,01$).

Key words: children, nebulizer, adeno-tonsillar pathology, immunity.

Bibliography: 6 sources.

Специфическая защита слизистых оболочек дыхательных путей определяется в первую очередь местным иммунитетом. Лимфоэпителиальные органы глотки, располагаясь на пересечении воздухоносных и пищепроводных путей, обеспечивают функцию «сторожевого поста», первым реагирующего на очередное антигенное раздражение включением механизмов иммунной защиты [4]. Важная физиологическая роль миндалин лимфоаденоидного глоточного кольца, являющихся своеобразной «вакциной лабораторией», в создании иммунного барьера слизистых оболочек и его регуляции оправдывает органосохраняющую тактику лечения хронических тонзиллитов и аденоидитов в раннем детском возрасте. Лечение хронической носоглоточной инфекции в большинстве случаев комплексное и обусловлено выраженностью воспалительного процесса [3, 5]. Большое значение в комплексном лечении адено tonsиллярной патологии имеет местное лечебное воздействие. При местном лечении предпочтительным является ингаляционный способ доставки лекарственных препаратов, так как при этом препараты равномерно распределяются на слизистой оболочке и за счет мелкодисперсной структуры глубже проникают в ткани, что создает более длительный и выраженный терапевтический эффект [2]. Небулайзер с пульсирующей подачей отличается от обычного небулайзера способом подачи аэрозоля: наряду с постоянным ламинарным потоком используется пульсирующая подача, что позволяет доставлять создаваемые высокие концентрации лекарственного вещества на лимфоидную ткань носоглотки.



ЛИТЕРАТУРА

1. Дорофейчук В. Г. Определение лизоцима нефелометрическим методом // Лабораторное дело. – 1968. – № 1. – С. 28–30.
2. Ингаляционная небулайзерная терапия заболеваний респираторной системы у детей / Геппе Н. А. [и др.] // Практик. руководство для врачей. – М., 2008. – 82 с.
3. Маккаев Х. М. Распространенность, особенности клинических проявлений и осложнений хронических заболеваний лимфоидного глоточного кольца у детей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2002. – № 1. – С. 28–32.
4. Матвеева Л. А. Местная защита респираторного тракта у детей. – Томск, 1993. – 276 с.
5. Самсыгина Г. А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // Педиатрия. – 2005. – № 1. – С. 66–73.
6. Mancini G. Immunochemical quantitation of antigens by single radial diffusion // Immunochemistry. – 1965. – N 2. – P. 235.

Вавилова Вера Петровна – докт. мед. наук, проф., директор ООО «Клиника современных медицинских технологий». 650065, Кемерово, ул. Весенняя, д. 10, тел.: 8-923-616-09-53, e-mail: vavilovavp@mail.ru; **Караульнова** Татьяна Александровна – аспирант КемГМА 650029, Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, тел.: 8-905-965-21-25; 8-905-993-04-84, e-mail: dbalabaev@mail.ru

УД К: 616.28-073.43 (571.51)

ИТОГИ ВНЕДРЕНИЯ УНИВЕРСАЛЬНОГО АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

М. А. Валькова¹, Н. А. Зорин¹, С. Г. Вахрушев², Л. А. Торопова², Т. В. Жуйкова²

THE RESULTS OF IMPLEMENTATION OF A UNIVERSAL HEARING SCREENING IN THE KRASNOYARSK TERRITORY

M. A. Valkova, N. A. Zorin, S. G. Vahrushev, L. A. Toropova, T. V. Zhuikova

¹ Красноярская краевая клиническая детская больница, сурдологический центр
(Главный врач – Ю. А. Павлов)

² Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – проф. С. Г. Вахрушев)

В статье говорится о необходимости раннего выявления снижения слуха у детей, об этапах внедрения универсального аудиологического скрининга на территории Красноярского края, подводятся итоги работы за три года. Приведены причины ложноположительных результатов скрининга на первом этапе. Проведен анализ причин неудовлетворительного охвата детей вторым этапом скрининга и предложены возможные пути устранения недостатков.

Ключевые слова: раннее выявление снижения слуха у детей аудиологический скрининг, Красноярский край.

Библиография: 8 источников.

The article refers to the need for early detection of hearing loss in children, the stages of implementation of universal hearing screening in the Krasnoyarsk Territory, summed up the work for three years. The reasons of false-positive screening results in the first stage. The analysis of the causes of poor coverage of the second stage of screening children and suggest possible ways of removing deficiencies.

Key words: early detection of hearing loss in children, universal hearing screening, Krasnoyarsk Territory.

Bibliography: 8 sources.



УДК: 616.21 (571.51)

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ**С. Г. Вахрушев, Н. В. Терскова, М. А. Хорольская, Г. И. Буренков,
Л. А. Торопова****OTORHINOLARYNGOLOGY IN KRASNOYARSK REGION****S. G. Vachrushev, N. V. Terskova, M. A. Horolskaya, G. I. Burenkov,
L. A. Toropova***ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
(Ректор – проф. И. П. Артюхов)**В статье представлены этапы развития оториноларингологии в Красноярском крае.****Ключевые слова:** оториноларингология, Красноярский край.**In article stages of development of otorhinolaryngology in Krasnoyarsk Region are presented.****Key words:** otorhinolaryngology, Krasnoyarsk Region.*

Оториноларингология в Красноярском крае берет свои истоки с формирования кафедры ЛОР-болезней Красноярского медицинского института в 1942 г.

Первым заведующим кафедрой ЛОР-болезней был назначен Левин Александр Захарович. С 1944 по 1946 год заведующим кафедрой был доцент Лемберский Борис Абрамович, получивший высшее образование в Швейцарии. В своем научном творчестве и практической деятельности Борис Абрамович тяготел к вопросам ринологии. В 1946 г. из Ленинграда в Красноярский медицинский институт на должность заведующего кафедрой ЛОР-болезней был приглашен профессор Ефим Григорьевич Михлин. В Красноярске он создал свою школу оториноларингологов. За время работы под руководством Е. Г. Михлина в клинике осваивается методика удаления инородных тел из дыхательных путей и пищевода под контролем рентгеновского аппарата (ЭОП), выполняется глухой кетгутовый шов при ларингэктомии, внедряются новый метод закрытия фистул лабиринта, оригинальный метод лечения мастоидита с субпериостальным абсцессом у детей, используются новые способы анестезии при удалении инородных тел дыхательных путей и пищевода, предлагается методика оперативного лечения абсцессов мозга и мозжечка. Этому способствовал высокий кадровый потенциал сотрудников кафедры, где наряду с профессором Е. Г. Михлиным, работали доцент Б. А. Лемберский, врачи высшей категории А. З. Левин и А. А. Врублевская, а в последующем Б. И. Хромечек, С. Г. Айзенберг, В. Е. Париков, Г. И. Буренков. Е. Г. Михлин блестяще оперировал на ухе, в том числе одним из первых в Советском Союзе начал делать тимпаноластику.

В 1969 г. заведующим кафедрой стал д. м. н. Борис Исаакович Псахис. Научная деятельность Бориса Исааковича посвящена физиологии и патологии верхних дыхательных путей и в дальнейшем это направление получило развитие на нашей кафедре в работах его аспирантов и соискателей. Под руководством профессора Б. И. Псахиса было подготовлено и защищено 10 кандидатских диссертаций (Мельникова Л. П., Шапиро М. А., Шушеначев Ю. М., Федюкович Л. В., Сметана Т. П., Чернобельский С. И., Шевченко Л. Б., Торопова Л. А., Жуйкова Т. В., Псахис Г. Б.). Он является автором более 120 научных работ.

При лечении хронических синуситов были предложены: облитерация аутожиром или мышечной тканью верхнечелюстных пазух (Нудьга А. П. и Рыков П. С.), аппаратный метод гидровакуумного перемещения лекарств аппаратом собственной конструкции (Федюкович Л. В.), перемещение лекарств у детей первых 2 лет жизни (Хромечек Б. И.). В целях оптимизации регенерации тонзиллярной ниши после тонзиллэктомии (Шушеначев Ю. М., Торопова Л. А., Медведева Л. Л., Вахрушев С. Г.) использовались закись азота, лазерное облучение.



УДК:616.37.-006.2-07-06:616.216.1-002.2/.3-056.7-036

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДВУСТОРОННЕГО ГНОЙНОГО СИНУСИТА У ДВУХ СЕСТЕР, ПОЗВОЛИВШИЕ ДИАГНОСТИРОВАТЬ МУКОВИСЦИДОЗ**Н. В. Еремина¹, Н. Ю. Леньшина²****THE PECULIARITIES OF CHRONIC AMBILATERAL SUPPURATIVE SINUSITIS OF 2 SISTERS, WHICH HELP TO DIAGNOSE CYSTIC FIBROSIS****N. V. Eryomina, N. Y. Len'shina**¹ ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ»

(Ректор – лауреат Государственной премии РФ, дважды лауреат премии Правительства РФ, з. д. н. РФ, академик РАМН, проф. Г. П. Котельников)

² Городская поликлиника ММБУ ГП № 9, Самара

(Главный врач – Т. Н. Кукушкин)

Представлена демонстрация заболевания двух сестер, страдающих хроническим гнойным синуситом. Особенности течения заболевания явились сходство клинической картины, его длительность, густой вязкий характер тянущихся гнойно-слизистых выделений из носа, частые обострения с короткими периодами ремиссий в сочетании с бронхолегочной патологией. Своевременное лечение патологии полости носа и околоносовых пазух у двух сестер, страдающих муковисцидозом, предупредило развитие обострения процесса в легких.

Ключевые слова: муковисцидоз, хронический риносинусит, околоносовые пазухи.

Библиография: 8 источников.

There is a demonstration of chronic suppurative sinusitis disease of 2 sisters. The peculiarities of this disease was similarity clinical presentation of its time duration, thick mucilaginous character with puriform rheum (mucoit discharge, rhino rhea), frequent exacerbation with short period remissions in combination. The treatment of pathology of nasal cavity and paranasal sinuses of 2 sisters who suffer from cystic fibrosis prevented the development of exacerbation process in lungs.

Key words: cystic fibrosis, chronic rhinisinusities, paranasal sinuses.

Bibliography: 8 sources.

Муковисцидоз является весьма актуальной медико-социальной проблемой в нашей стране и в мире. Частота заболевания в разных популяциях существенно варьирует, составляя в среднем 1 : 2000–1 : 2500 новорожденных у представителей белой расы и реже, 1 : 9000–1 : 10 000, у представителей африканской расы [1, 5, 6]. Эпидемиологические исследования в России дают различные показатели распространенности муковисцидоза: от 1 : 3860 новорожденных до 1:12300 [1, 5, 7]. По оценке ВОЗ частота выявления муковисцидоза в России составляет одно наблюдение на 4900 новорожденных [7].

Заболевание имеет тяжелое течение, прогнозировать его очень непросто. В 50-х годах прошлого столетия более 60% больных муковисцидозом умирали в возрасте до одного года, сейчас более 30% наблюдающихся в развитых странах таких пациентов старше 18 лет [6].

Известно, что муковисцидоз – моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена муковисцидозного трансмембранного регулятора [1, 6]. Впервые было описано в 1938 г. Дороти Андерсен, патологоанатомом Нью-Йоркской детской больницы. Автор описала кистозную дегенерацию поджелудочной железы в сочетании с легочной патологией у маленьких детей, выделив его в самостоятельную нозологическую единицу под названием «кистозный фиброз» (англ. – cystic fibrosis). В 1946 г. Faber предложил термин «муковисцидоз» (от лат. mucus – слизь, viscus – вязкий), указывая на роль повышения вязкости экскрета, выделяемого экзокринными железами. Муковисцидоз наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Так как оба родителя гетерозиготные по аномальному гену муковисцидозного трансмембранного ре-



3. Ленарт Т. В., Моногарова Н. Е. Муковисцидоз у детей // Новости медицины и фармации. Аллергология, пульмонология и иммунология (Тематический номер). – 2008. – № 256.
4. Лечение риносинуситов у детей с муковисцидозом / И. В. Мартынова [и др.]. // Рос. оторинолар. – 2011. – № 3. – С. 90–94.
5. Муковисцидоз. Современные достижения и проблемы / Н. И. Капранов [и др.]; метод. рек. – М., 2001. – 76 с.
6. Муковисцидоз. Ранняя диагностика и лечение / Н. И. Капранов [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 104 с.
7. Пульмонология. Практическое руководство / Под ред. А. Г. Чучалина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 960 с.
8. Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus / Eitan Keren [et al.] // Of cystic fibrosis. – 2005 – N 4. – P. 7–26.

Ерёмина Наталья Викторовна – докт. мед. наук, проф. каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова, Самарского ГМУ, e-mail: erjomialor@mail.ru; **Леньшина** Надежда Юрьевна – врач-оториноларинголог городской поликлиники № 9, Самара, e-mail: lenshinanu@mail.ru

УДК: 376.3:616.283.1-089.843-053.5

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ БИНАУРАЛЬНОЙ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

О. В. Зонтова, О. М. Базова

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER BINAURAL COCHLEAR IMPLANTATION

O. V. Zontova, O. M. Bazova

*ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи»
(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

Благодаря бинауральному эффекту человек лучше осуществляет локализацию источника звука в пространстве, ориентируется в окружающей среде и определяет направление движения звука в пространстве, лучше понимает неречевые и речевые звуки окружающего мира в сложных акустических условиях (шум, опосредованное восприятие речи и пр.). Все это является важным для оптимизации коммуникации с людьми и ориентировки в окружающем мире. При слушании одним ухом (моноурально) человек испытывает значительные трудности как в определении месторасположения источника звука в пространстве, так и в разборчивости разговорной речи в шуме или одновременной речи нескольких человек. Специалисты всеми доступными им средствами должны информировать пациента и его родителей об основных преимуществах бинауральной кохлеарной имплантации, о показаниях и противопоказаниях.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, реабилитация, бинауральный слух, бинауральная кохлеарная имплантация.

The binaural hearing gives to the person localization of a source of a sound in space, orientation in environment. It is possible to determine by two ears the direction of movement of a sound in space, it is better to understand nonverbal and speech sounds of world around in difficult acoustic conditions (the noise, the mediated perception of speech and so forth). All this is important for the best communication and orientation in world around. When using one ear, people experiences considerable difficulties in definition of a site of a source of a sound in space, feels difficulties in legibility of informal conversation in noise and in the conditions of several speaking. Experts all means available to them should inform the patient and his parents on the main advantages of binaural hearing aid and binaural cochlear implantation, about indications and contra-indications.

Key words: cochlear implantation, rehabilitation, binaural hearing, binaural cochlear implantation.



При настройке процессоров систем кохлеарной имплантации важно учитывать оптимизацию параметров настройки речевых процессоров по частотным характеристикам и по громкости. Для достижения лучших результатов на второе ухо, оперированное после первого через значительный промежуток времени, рекомендуется не использовать процессор первого оперированного уха до тех пор, пока разборчивость устной речи второго уха не достигнет близких результатов с первым ухом.

Конечно, после второй операции пациенты первое время зачастую испытывают неудовлетворенность и разочарование от кохлеарной имплантации на втором ухе по сравнению с первым. Специалисты всеми доступными им средствами должны информировать пациента и его родителей об основных преимуществах бинауральной кохлеарной имплантации, о показаниях и противопоказаниях. Дополнительно специалисты могут провести тестирование пациента, чтобы наглядно продемонстрировать потенциальные возможности и достоинства бинаурального протезирования конкретно для него, надев на второе ухо адекватно подобранный слуховой аппарат и предложив для восприятия неречевые и речевые звуки в разных акустических условиях.

Зонтова Ольга Викторовна – методист реабилитации пациентов после кохлеарной имплантации СПб НИИ ЛОР и программы реабилитации детей с ограниченными возможностями по слуху «Я слышу мир!». 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-981-892-86-47, e-mail: ozontova@yandex.ru; **Базова** Ольга Михайловна – старший сурдопедагог СПб НИИ ЛОР, тел.: 8-921-368-64-43, e-mail: olga_bazova@mail.ru

УДК: 616.284-002-036.12:534.773

БАХА – СПОСОБ КОРРЕКЦИИ СЛУХА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Л. Н. Карпенко¹, С. Г. Вахрушев², Л. А. Торопова²

BAHA – A WAY OF HEARING CORRECTION AT THE PATIENTS HAVING CHRONIC AVERAGE OTITIS

L. N. Karpenko, S. G. Vakhrushev, L. A. Toropova

¹ КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск
(Главный врач – Е. Е. Корчагин)

² Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. Г. Вахрушев)

Пациентов, страдающих хроническим гнойным средним отитом, трудно слухопротезировать обычными электроакустическими устройствами из-за частых рецидивов отита. В статье дана оценка коррекции слуха данного контингента больных с помощью частично имплантированного слухового аппарата костной проводимости Баха. У пяти проимплантированных пациентов наблюдался очень хороший результат.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, электроакустические устройства, имплантированный слуховой аппарат Баха.

Библиография: 7 источников.

It is difficult to fit a prosthesis hearing by ordinary electro-acoustic devices for the patients having chronic purulent average otitis, because of frequent recurrence of otitis. In the article the assessment of hearing correction of this contingent of patients by means of partially implanted hearing aid of bone conductivity of Baha is given. At five pro-implanted patients very good result was observed.



Key words: *chronic purulent average otitis, ordinary electro-acoustic devices, implanted hearing aid of bone conductivity of Baha.*

Bibliography: 7 sources.

Согласно статистическим и анкетным данным лишь 30% больных полностью удовлетворены слухопротезированием. Причина столь высокого процента отрицательных результатов носит множественный характер и до конца не ясна [1]. В структуре тугоухости 70–80% приходится на долю сенсоневрального поражения органа слуха, соответственно около 30–20% составляет тугоухость кондуктивного или смешанного типа и связана с поражением звукопроводящего аппарата органа слуха. Это хронические гнойные средние отиты, экссудативные отиты, адгезивные отиты, врожденные и приобретенные аномалии развития наружного и среднего уха, отосклероз.

Добиться полного восстановления слуха хирургическими методами при кондуктивной или смешанной формах тугоухости не всегда возможно. Часто возникают ситуации, когда при осложненных формах хронического гнойного среднего отита слухосохраняющий и реконструктивный принцип оперативного вмешательства порой ограничен. Современное течение хронического гнойного среднего отита характеризуется более частым выявлением холестеатомы, развитием упорного мукозита, выраженными деструктивными изменениями в клеточной системе сосцевидного отростка, что осложняет условия для реконструктивных слухоулучшающих операций [2].

В ряде случаев характер патологического процесса (наличие внутричерепных осложнений, распространенный холестеатомный процесс) обуславливает выполнение открытой санирующей операции – радикальной операции на среднем ухе.

В послеоперационном периоде эти пациенты вынуждены пользоваться обычными слуховыми аппаратами (СА).

Электроакустическая коррекция слуха у пациентов с кондуктивными или смешанными типами тугоухости на фоне хронического среднего отита имеет ряд существенных отличий в сравнении с коррекцией при сенсоневральных нарушениях слуха. При протезировании мощными или супермощными СА пользователи должны носить индивидуальные ушные вкладыши, которые часто являются причиной появления дискомфорта, раздражения и инфицирования послеоперационной полости и слухового прохода.

Когда по данным тональной пороговой аудиометрии у пациентов имеется большой костно-воздушный интервал (30–60 дБ) или постоянные выделения из уха, показано использование слухового аппарата костного звукопроведения. Костный вибратор такого слухового аппарата представляет собой покрытый пластиком передатчик, прикладываемый со статическим усилием, развиваемым стальным оголовьем или пластиковым обручем. С сосцевидного отростка звук передается через мягкие ткани и кость к улитке.

При слухопротезировании пациентов с наличием кондуктивной тугоухости врач-сурдолог сталкивается с множеством вопросов, иногда противоречивого характера. С одной стороны, эти пациенты нуждаются в использовании слухового аппарата костного звукопроведения. С другой стороны, эстетический вид СА костного звукопроведения с видимым оголовьем обуславливает отказ от их применения, особенно у лиц молодого возраста.

Аппараты воздушного звукопроведения наряду с эстетичностью обеспечивают более комфортные акустические условия и лучшую разборчивость речи. Однако использование этих аппаратов у лиц, страдающих хроническим средним отитом, невозможно при наличии выделений из уха. А в период ремиссии отита obturация слухового прохода вкладышем может приводить к обострению воспаления в ухе. Изготовление же вкладыша с большим вентиляционным отверстием для аэрации среднего уха приводит к потере усиления в низкочастотной области.

Кроме того, при увеличении остаточного объема наружного слухового прохода больным субъективно воспринимается меньшее звуковое давление по сравнению с обеспечиваемым на выходе СА. Этот факт должен обязательно учитываться при электроакустической коррекции слуха пациентов с нарушенной архитектурой среднего уха [1].

Преимущества и недостатки различных способов костного слухопротезирования описаны в работах В. Г. Базарова и В. А. Лисовского (1984), сообщении С. Я. Косякова (1992). В этих



ЛИТЕРАТУРА

1. Альтман Я. А., Таварткиладзе Г. А. Руководство по аудиологии. – М.: ДМК. Пресс, 2003. – 360 с.
2. Бакулина Л. С. Причины гноетечения у больных ХГСО: тез. докл. научно-практ. конф. – Курск, 2000. – С. 35–36.
3. Основы аудиологии и слухопротезирования / В. Г. Базаров [и др.]. – М.: Медицина, 1984. – 256 с.
4. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. В. Заболевания среднего уха. – М.: Медицина, 1988. – 286 с.
5. Consensus statements on the Baha system: where do we stand at present? / A. F. Snik [et al.] // The Annals of otology, rhinology & laryngology. – 2005. – Vol. Dec 114 (195). – P. 2–12.
6. Hearing rehabilitation using the Baha bone-anchored hearing aid: results in 40 clients / L. R. Lustig [et al.] // Otology & Neurotology. – 2001. – Vol. 22 (3). – P. 328–334.
7. Patients' opinion of bone-anchored vs. conventional hearing aids / E. A. Mylanus [et al.] // Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery. – 1995. – Vol. Apr 121(4). – P. 421–425.

Карпенко Лариса Николаевна – зав. сурдологическим центром для взрослых ККБ. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3, тел.: +7 (913) 170-50-87; **Вахрушев** Сергей Геннадиевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. ЛОР-болезней с курсом ПО Красноярского ГМУ им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: +7 (902) 990-25-95, e-mail: vsg20061@yandex.ru; **Торопова** Людмила Афанасьевна – канд. мед. наук, доцент, завуч каф. ЛОР-болезней с курсом ПО Красноярского ГМУ им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: +7 (904) 895-83-03, e-mail: tludmila49@mail.ru

УДК: 616.216.1-002+616.284-002.1:615.235

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ РИНОСИНУСОТУБАРНОЙ ОБЛАСТИ

С. А. Карпищенко, Г. В. Лавренова, Л. Р. Кучерова, А. С. Красненко

OUR EXPERIENCE IN TREATMENT OF NASAL CAVITY, PARANASAL SINUSES, MIDDLE EAR AND EUSTACHIAN TUBE INFLAMATION

S. A. Karpischenko, G. V. Lavrenova, L. R. Kucherova, A. S. Krasnenko

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

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

Современная элиминационная терапия и муколомодификаторы включены в комплексное лечение сочетанного поражения околоносовых синусов и полости среднего уха как патогенетическая терапия.

Ключевые слова: *острый синусит, острый средний отит, дисфункция слуховой трубы, элиминационная терапия, муколитики.*

Библиография: *6 источников.*

Current elimination therapy and mucolytics included in complex treatment for combined sinus and middle ear disease as a pathogenesis affecting therapy.

Key words: *acute sinusitis, acute otitis media, eustachian tube dysfunction, elimination therapy, mucolytics.*

Bibliography: *6 sources.*

Сочетанные заболевания околоносовых пазух, слуховой трубы и среднего уха занимают высокий удельный вес среди всех заболеваний ЛОР-органов, затрагивая преимущественно людей трудоспособного возраста. Как показывают наблюдения, меняется структура самой патологии в сторону увеличения числа сочетанных поражений риносинусотубарной зоны, возрастает число хронических и вялотекущих процессов [3, 6].



УДК: 616.216.1-002:616.314.17-008.1]-085

**ОДНОВРЕМЕННОЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО
ОДОНТОГЕННОГО ГНОЙНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА
И ХРОНИЧЕСКОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПЕРИОДОНТИТА
С СОХРАНЕНИЕМ «ПРИЧИННОГО» ЗУБА****А. Б. Киселев, В. А. Чаукина, К. О. Самойлов, А. О. Изюмов, Г. Г. Пуль****SIMULTANEOUS THERAPEUTIC TREATMENT
OF THE ODONTOGENIC ACUTE PURULENT MAXILLITIS
AND DESTRUCTIVE CHRONIC PERIODONTITIS IN CAUSABLE DENS****A. B. Kiselev, V. A. Chaukina, K. O. Samoylov, A. O. Isumov, G. G. Pull***ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»**(Зав. каф. оториноларингологии – проф. М. А. Рымша,**зав. каф. терапевтической стоматологии – докт. мед. наук. Т. Г. Петрова)**ЗАО «Стоматологическая поликлиника № 4», Новосибирск**(Главный врач – В. П. Высочкин)*

Представлен метод одновременной терапевтической санации воспалительного очага в анатомической области, включающей в себя канал корня зуба и дентинные каналы, периапикальный периодонт и верхнечелюстную пазуху. Метод лечения соответствует принятому в стоматологии принципу одномоментного тройного воздействия по И. Г. Лукомскому на различные ткани воспалительного очага. Эффективность разработанного метода лечения показана в клиническом исследовании с привлечением 30 пациентов с хроническим верхушечным гранулематозным (гранулирующим) периодонтитом, одонтогенным верхнечелюстным синуситом. Авторы считают, что предложенная методика в случае резорбции кортикальной пластинки дна гайморовой пазухи в области периапикального хронического деструктивного периодонтита позволяет купировать синусит и сохранить причинный зуб.

Ключевые слова: *верхнечелюстной синусит, хронический деструктивный периодонтит.*

Библиография: *13 источников.*

Authors suggest new method of simultaneous therapeutic sanitation of destructive chronic periodontitis complicated by acute purulent maxillitis. This way of treatment corresponds to proved in stomatology I.G. Lukomsky's principle of triple action in heteroheneous tissues in the suppurative focus: root channel, dentine canaliculi; periodontal tissue and mucosal tissue of the maxillaries sinus. Authors demonstrate efficiency of the method in the clinical research, witch includes 30 patients with chronic granulomic / granulomatous apical periodontitis, complicated by acute purulent maxillitis. Authors believe, the method breaks maxillitis off and preserves causal dens in cases of cortical lamina resorbtion in chronic periodontitis complicated by acute purulent maxillitis.

Kea words: *maxillitis, destructive chronic periodontitis.*

Bibliography: *13 sources.*

Одонтогенный гайморит можно отнести к числу распространенных заболеваний. В структуре заболеваемости острым верхнечелюстным синуситом одонтогенные гаймориты в течение последних десяти лет составляют от 7,2 до 63% [1, 6]. Больные острым одонтогенным верхнечелюстным синуситом (ООВС) составляют 3,6–8% из числа госпитализированных в стационары стоматологического профиля [7, 10]. По данным Т. Г. Робустовой, за 50 лет (с 1954 по 2004 г.) заболеваемость одонтогенным синуситом увеличилась в 10 раз [8]. Анализ оказания лечебной стоматологической помощи больным с одонтогенным гайморитом, проведенный многими авторами, показывает, что в большинстве случаев больной с одонтогенным гайморитом независимо от характера одонтогенной причины, сразу подвергается хирургическому лечению (экстракции зуба), предшествующая активная противовоспалительная терапия часто не проводится [4, 7].



Киселев Алексей Борисович – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Новосибирского ГМУ, Главный внештатный оториноларинголог Департамента здравоохранения мэрии г. Новосибирска. 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52, тел.: 8-383-226-63-52; сот. тел. +7-913-949-63-22, e-mail: kislor@list.ru; **Чаукина** Виктория Александровна – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Новосибирского ГМУ. 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52, тел.: 8-383-226-63-52; сот. тел. +7-923-231-70-81, e-mail: vict.chau@mail.ru; **Самойлов** Константин Олегович – докт. мед. наук, профессор каф. терапевтической стоматологии Новосибирского ГМУ. 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52, сот. тел.: +7-913-940-16-38, раб. тел.: 8-383-278-31-76; **Изюмов** Александр Олегович – канд. мед. наук, сотрудник каф. стоматологии детского возраста Новосибирского ГМУ. 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52, сот. тел.: +7-913-939-10-10, раб. тел.: 8-383-353-53-03; **Пуль** Галина Геннадьевна – стоматолог-терапевт, заведующая лечебно-профилактическим отделением №2 в ЗАО «Стоматологическая поликлиника № 4», раб. тел.: 8-383-269-12-96, сот. тел.: +7-913-939-10-10.

УДК:616.211:616.212.4:616.213:616.213.6:616.214.2:616.216

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИНВЕРТИРОВАННОЙ ПАПИЛЛОМЫ И РАКА ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

И. А. Коршунова, В. И. Попадюк, И. И. Бабиченко, И. И. Матела

DIAGNOSTIC CRITERIA OF INVERTED PAPILLOMA AND CANCER OF NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

I. A. Korshunova, V. I. Popadyuk, I. I. Babichenko, I. I. Matela

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. В. И. Попадюк,
зав. каф. патологической анатомии – проф. И. И. Бабиченко)

В статье представлены результаты исследования, посвященного ранней диагностике опухолей полости носа (ПН) и околоносовых пазух (ОНП), выявлению источника малигнизации слизистой оболочки ПН и ОНП. С помощью иммуногистохимического (ИГХ) метода произведена оценка злокачественного потенциала инвертированных папиллом (ИП) и дисплазии эпителия, установлены критерии диагностики рака слизистой оболочки ПН и ОНП.

Анализ полученных данных показал, что ИП и ее рецидивы являются доброкачественными новообразованиями, связанными с вирусом папилломы человека, участки дисплазии эпителия слизистой оболочки ПН и ОНП могут быть причиной развития рака данной локализации.

Ключевые слова: инвертированная папиллома, рак, полость носа, околоносовые пазухи.

Библиография: 11 источников.

This article presents the results of a study on the early diagnosis of tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses, identifying the source of malignancy mucosa membrane nasal cavity and paranasal sinuses. Using immunohistochemical method evaluated the malignant potential of inverted papilloma and epithelial dysplasia, established criteria for diagnosis of cancer of the mucous membrane nasal cavity and paranasal sinuses.

Analysis of the data showed that inverted papilloma and its recurrences are benign tumors associated with human papilloma virus, mucosal epithelium dysplasia sites nasal cavity and paranasal sinuses can cause cancer of this localization.

Key words: inverted papilloma, carcinoma, nasal cavity, paranasal sinuses.

Bibliography: 11 sources.

Проблема ранней диагностики и своевременного лечения опухолей ПН и ОНП – одна из наиболее трудных в современной онкологии. Злокачественные опухоли, имея скрытые клинические проявления, диагностируются и верифицируются на достаточно поздних стадиях опу-



УДК: 616.288.1:576.8.093.1

**МИКРОФЛОРА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА
У БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ НАРУЖНЫМ ДИФФУЗНЫМ ОТИТОМ****М. О. Кустов, С. А. Артюшкин, П. В. Начаров, Г. В. Вержбицкий,
В. К. Артюшкина, Л. А. Гребенщикова****MICROFLORA OF EXTERNAL AUDITORY PASSAGE IN PATIENTS WITH
BACTERIAL EXTERNAL OTITIS DIFFUSE****M. O. Kustov, S. A. Artyushkin, P. V. Nacharov, G. V. Verzbickiy, V. K. Artyushkina,
L. A. Grebenshikova**

ФГБУ «СПб НИИ уха, горла, носа, голоса и речи Минздравсоцразвития РФ»

(Директор – засл. врач РФ, член.-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

ГУЗ «Городская Покровская больница», Санкт-Петербург

(Главный врач – М. Н. Бахолдина)

Проведено изучение микробного пейзажа наружного слухового прохода у больных бактериальным наружным диффузным отитом. Дана характеристика видовой структуры микрофлоры при наружном отите. Представлены данные о нормальной флоре кожи наружного слухового прохода на основе анализа данных литературы. Проанализирована чувствительность наиболее частых возбудителей наружного отита к антибиотикам, входящим в состав используемых в терапии ушных капель.

Ключевые слова: бактериальный наружный диффузный отит, микрофлора.

Библиография: 11 источников.

The research in studying of microflora of external auditory meatus in patients with bacterial otitis externa diffusa has been conducted. The characteristic of species composition of microflora in otitis externa has been made. The data based on literature analysis of the normal microflora of external auditory meatus derma has been demonstrated. Sensitivity of most common pathogens of external otitis towards antibiotics included in ear drops has been analysed.

Key words: bacterial otitis externa diffusa, microflora.

Bibliography: 11 sources.

Проблемы диагностики и профилактики воспалительных заболеваний наружного уха и в настоящее время остаются актуальными для практического оториноларинголога. Обусловлено это тем, что частота наружных отитов в повседневной практике, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 23% от всей патологии ЛОР-органов и от 21 до 25% среди всех воспалительных заболеваний уха [7, 8].

Как известно, бактериальные формы наружного отита встречаются наиболее часто и составляют 64–70% всех воспалительных заболеваний наружного уха. При исследовании отделяемого из наружного слухового прохода у больных, страдающих бактериальным наружным отитом, в 67–70% случаев обнаруживается монофлора [8]. Как и при любой другой патологии, микробный пейзаж при наружном отите бактериальной этиологии меняется со временем в зависимости от формы воспалительного процесса [5]. Характер патогенной бактериальной флоры довольно разнообразен, и в настоящее время нет однозначного мнения по этому поводу, что требует более детального изучения микробного пейзажа у больных, страдающих бактериальным наружным отитом [9].

В период с 2008 по 2011 г. на базе ЛОР-отделения Городской Покровской больницы нами проведено обследование и лечение 100 пациентов с воспалительными заболеваниями наружного слухового прохода бактериальной этиологии в возрасте от 18 до 65 лет. Микробиологическое исследование проводилось в Санкт-Петербургском НИИ ЛОР.

Для бактериологического исследования забор отделяемого из наружного слухового прохода осуществляли стерильной марлевой турундой. Турунду помещали в стерильные пробирки и



ЛИТЕРАТУРА

1. Долгушин И. И., Бухарин О. В. Нейтрофилы и гомеостаз. – Екатеринбург: УрО РАН, 2001. – 278 с.
2. Заварзин Б. А., Аникин И. А. Кандибиотик в лечении острых средних и наружных отитов // Рос. оторинолар. – 2011. – № 2. – С. 146–149.
3. Коротяев А. И., Бабичев С. А. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология. – СПб.: СпецЛит, 1998. – 552 с.
4. Лабораторные методы исследования в клинике: справ. / Под ред. В. В. Меньшикова. – М.: Медицина, 1987. – 368 с.
5. Никитин К. А., Бачегова Е. М., Генералова О. В. Острые воспалительные заболевания наружного и среднего уха и их осложнения в практике семейного врача. – СПб.: СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2009. – 24 с.
6. Нобл У. К. Микробиология кожи человека. – Пер. с англ. – М.: Медицина, 1986. – 496 с.
7. Поливода А. М. Воспалительные заболевания наружного уха // Вестн. оторинолар. – 2006. – № 3. – С. 63–66.
8. Радциг Е. Ю., Богомильский М. Р. Возможности местной антибактериальной терапии у детей // Проблема реабилитации в оториноларингологии. Тр. конф. с междунар. участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии», посвящ. 80-летию акад. И. Б. Солдатова. – Самара, 2003. – С. 159–160.
9. Рязанцев С. В., Заварзин Б. А. Применение фторхинолонов в лечении наружных отитов // Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. – Т. 2. – СПб., 2011. – С. 342–343.
10. Clark W. B., Brook I. Pseudomonas otitidis sp. isolated from patients with otic infections // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1997; N 116. – P. 23–25.
11. Rea P., Joseph T. AGP strategy for otitis externa // The Practitioner. – 1998; Jun. 242: 1587: 466–468, 470–471.

Кустов Максим Олегович – врач-оториноларинголог Городской Покровской больницы. 190036, Санкт-Петербург, В. О. Б. П., д. 85, тел.: 812-322-25-57, e-mail: kustovlor@mail.ru; **Артюшкин** Сергей Анатольевич – докт. мед.наук, зав. ЛОР-отделением Городской Покровской больницы. 190036, Санкт-Петербург, В. О. Б. П., д. 85; тел.: 812-322-25-57; e-mail: lorartyushkin@mail.ru; **Начаров** Петр Васильевич – канд. мед. наук, старш. науч. сотр. Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 812-316-15-23, e-mail: pashaarov@mail.ru; **Артюшкина** Валентина Кузьминична – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии СЗГУ им. И. И. Мечникова. 190036, Санкт-Петербург, В. О. Б. П., д. 85; тел.: 812-322-25-57; **Гребенщикова** Людмила Александровна – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии СЗГУ им. И. И. Мечникова. 190036, Санкт-Петербург, В. О. Б. П., д. 85; тел.: 812-322-25-57.

УДК: 616.28-008.1-089.819.843-76-036.8

ДИНАМИКА ПОТРЕБНОСТИ В АУДИОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА РАЗНЫХ СРОКАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

М. М. Литвак^{1, 2}, А. В. Староха^{1, 2}, А. С. Мачалов^{1, 2}, А. В. Балакина^{1, 2}

AUDIOLOGICAL MAINTENANCE DEMAND CHANGES IN PATIENTS AFTER COCHLEAR IMPLANTATION ACCORDING TO PHASE OF REHABILITATION PROCESS

M. M. Litvak, A. V. Starokha, A. S. Machalov, A. V. Balakina

¹ Томский филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

(Директор – засл. врач РФ, проф. А. В. Староха)

² ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития», Томск

(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А. В. Староха)

В настоящей статье описывается 5-летний опыт кохлеарной имплантации и организации последующей реабилитации 402 больных сенсоневральной тугоухостью и глухотой в Томском филиале ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии». Приводится ретроспективный анализ потребности пациентов в сопровождении аудиолога и сурдопедагога на разных



этапах реабилитации. Предложен оптимальный алгоритм организации реабилитационного процесса.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, тугоухость, реабилитация, речевого процессор, настройка, аудиолог.

Библиография: 9 источников.

Current paper describes 5 year experience of cochlear implantation of 402 patient with profound sensorineural hearing loss and rehabilitation process organization in Tomsk branch of "Scientific clinical center of Otorhinolaryngology". Retrospective analysis of audiological maintenance demand changes during rehabilitation process is given. Optimal algorithm of rehabilitation is proposed and discussed.

Key words: cochlear implantation, sensorineural hearing loss, rehabilitation, audiology, speech processor fitting.

Bibliography: 9 sources.

Кохлеарная имплантация приобретает главенствующее значение как метод реабилитации больных сенсоневральной тугоухостью высокой степени и глухотой. Уже не вызывает сомнений высокая эффективность методики, равно как и сложность процесса реабилитации. Очевидно, что от того, насколько корректно организован процесс реабилитации, будет зависеть и эффективность. Важнейшую роль в реабилитации глухих пациентов играют сурдопедагоги-дефектологи и психологи [2, 3].

В настоящее время разработаны десятки методик, направленных на оптимизацию работы педагогов и родственников с больными после кохлеарной имплантации [2, 8, 9]. Однако намного более значимой является своевременная и адекватная настройка речевого процессора кохлеарного имплантата, поскольку в отсутствие адекватной речевой программы вся реабилитационная работа сводится к нулю. Описано множество способов настройки речевых процессоров и оценки слухового ощущения как по субъективным, так и по объективным параметрам [6, 7]. Обычно вопрос о сроках проведения настройки решается индивидуально, тем не менее резко возросшее количество пациентов требует определения четких сроков и планирования тактики настройки в каждом конкретном случае.

Цель исследования. Оценить потребность пациентов после кохлеарной имплантации в аудиологическом сопровождении на разных сроках реабилитации и разработать оптимальный алгоритм реабилитационного процесса.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением в течение последних 5 лет находились 402 пациента, имплантированных по традиционной методике слуховыми системами Cochlear Nucleus (Австралия), MedEl (Австрия), Advanced Bionics (США) и Neurelec (Франция) и находящихся на разных сроках реабилитации. Первое подключение речевого процессора проводилось через месяц после хирургического вмешательства, затем с планированной периодичностью 1, 3, 6 месяцев, затем постоянно через 6 месяцев, а также дополнительно при желании пациента либо его родителей. Оценивались сроки запросов на дополнительные настройки, а после ее проведения на основании объективных параметров оценивалась значимость внесенных изменений для последующей реабилитации. Значимыми изменениями в настроечную программу считались: изменение средних порогов стимуляции и комфорта более чем на 10%, удаление одной или нескольких карт, изменение частоты и амплитуды стимуляции. Всем пациентам, способным давать адекватную обратную связь в ответ на звуковую стимуляцию до и после настройки, проводилась тональная пороговая аудиометрия по методике, предложенной нами ранее [7]. Пациентам (либо их родственникам) после проведения стандартной процедуры настройки речевого процессора и выполнения тональной пороговой аудиометрии в свободном звуковом поле предлагалось анкетирование с использованием русскоязычного варианта опросного листа оценки качества жизни SF-36 [1].

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных об изменениях порогов стимуляции демонстрировал существенность модификаций (более чем на 10%), вносимых аудиологом при настройке речевого процессора на второй и третьей настройке соответственно через 1 и 3 месяца после первого включения. Важно отметить, что во многих случаях происходило изменение конфигурации порогов стимуляции и комфорта без существенного изменения



3. Детская оториноларингология / Под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой: руководство для врачей в 2 т. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
4. Литвак М. М., Конушкин В. А., Мачалова А. С. Тимпанометрия в ранние сроки после кохлеарной имплантации // Передовые технологии диагностики и лечения в оториноларингологии: сб. мат. науч.-практ. конф. молодых ученых-оториноларингологов Сибирского и Дальневосточного федеральных округов с международным участием. – Томск, 2011. – С. 67–68.
5. Мачалов А. С. К вопросу оценки состояния среднего и внутреннего уха у больных с сенсоневральной тугоухостью после кохлеарной имплантации // Актуальные вопросы оториноларингологии: сб. мат. межрегион. науч.-практ. конф. оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока. – Благовещенск, 2012. – С. 34–37.
6. Cochlear implantation at under 12 months: report on 10 patients / V. Colletti [et al.] // Laryngoscope // 2005. – Vol. 115. – P. 445–449.
7. Freefield audiometry during cochlear implant fitting in children / M. M. Litvak [et al.] // Cochlear implants international. – 2010. – Vol. 11, suppl. 11. – P. 442–443.
8. Holt R. F., Svirsky M. A. An exploratory look at pediatric cochlear implantation: is earliest always best? // Ear Hearing – 2008. – N 29. – P. 492–511.
9. Pediatric cochlear implantation in the first and second year of life: a comparative study. / A. Lesinsky-Schiedat [et al.] // Cochlear Implants Int. 2004. – Vol. 5. – P. 146–159.

Староха Александр Владимирович – д-р мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, директор Томского филиала НКЦО ФМБА России. 634050, Томск, ул. Московский тракт, д. 2, тел.: 8-903-955-21-32, e-mail: ent-ssmu@mail.ru; **Литвак** Максим Михайлович – канд. мед. наук, асс. каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, врач оториноларинголог-сурдолог Томского филиала НКЦО ФМБА России. 634034, Томск, ул. Нахимова, д. 3, тел.: 8-903-913-40-54, e-mail: mm_litvak@mail.ru; **Мачалов** А. С. – аспирант каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, н. с. Томского филиала НКЦО ФМБА России. 634034, Томск, ул. Нахимова, д. 3, тел.: 8-923-423-36-60, e-mail: anton-machalov@mail.ru; **Балакина** А. В. – аспирант каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, н. с. Томского филиала НКЦО ФМБА России. 634034, Томск, ул. Нахимова, д. 3., тел.: 8-952-888-76-85, e-mail: abc2021@yandex.ru

УДК: 616.285-089.844-073.756.8

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С РЕЗУЛЬТАТАМИ РЕВИЗИОННОЙ ТИМПАНОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ КИЦРО С ТИМПАНОПЛАСТИКОЙ

И. Ф. Мустивый², И. А. Аникин¹, Х. М. Диаб¹, Р. В. Карапетян¹, М. В. Комаров¹

COMPARATIVE EVALUATION OF CT-SCAN DATA WITH THE RESULTS OF THE REVISION TYMPANOTOMY IN PATIENTS WITH A HISTORY OF CONSERVATIVE RADICAL OPERATION WITH TYMPANOPLASTY

I. F. Mustivi, I. A. Anikin, H. M. Diab, R. V. Karapetyan, M. V. Komarov

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

² ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России»

(И. о. ректора – проф. О. Г. Хурцилава)

В работе представлен опыт проведения ревизионной тимпанотомии у больных, имевших в анамнезе консервативно-щадящую операцию по поводу эпитимпанита. Были обследованы 23 пациента, 8 мужчин и 15 женщин в возрасте от 4 до 62 лет. Проведено сравнение данных, полученных в ходе операции, с результатами компьютерной томографии височной кости. В сравнении с ревизионной тимпанотомией достоверность КТ составила 63,2%. Наиболее частой локализацией холестеатомного процесса являлась область эпитимпанума (8 случаев).



Ключевые слова: ревизионная тимпанотомия, ретимпанопластика, компьютерная томография, холестеатома, эпитимпанит.

Библиография: 20 источников.

In this work we present experience of revision tympanotomy performance in patients who underwent canal wall down mastoidectomy for epitympanitis. 23 patients: 8 male and 15 female aged from 4 to 62 years were examined. Intraoperative findings were compared with preoperative temporal bone CT scans. CT accuracy in comparison with revision tympanotomy amounted to 63,2%. Most frequently cholesteatoma was revealed in epitympanum (8 cases).

Key words: revision tympanotomy, retympanoplasty, CT scan, cholesteatoma, attic disease.

Bibliography: 20 resources.

Пациенты, страдающие хроническим гнойным средним отитом, составляют 0,8–1%, а на его наиболее тяжелую форму, эпитимпано-антральную, приходится 28–42% во взрослом возрасте и 16–32% у детей [8].

По данным литературы, холестеатома при ХГСО выявляется у 24–63% при любой локализации перфорации барабанной перепонки [3, 4, 15]. Патоморфологическим признаком холестеатомного процесса является резорбция височной кости с повреждением прилегающих структур вследствие эрозии и кариозного процесса [6].

Выделяют врожденную, приобретенную холестеатому и третичную приобретенную холестеатому [7, 9] – постравматическую или развившуюся после оперативного вмешательства на среднем ухе (ятрогенную) [17]. Частота рецидивирования холестеатомы после первичной операции составляет 15–80,9% [2, 11, 14], такое большое число рецидивов связано с недостаточно полно выполненной санацией во время оперативного вмешательства вследствие стремления отохирурга к консервативно-щадящим методам оперативного вмешательства [10, 13, 15, 16, 20].

По данным А. Faramarzi [11], наиболее частой локализацией холестеатомы при реоперациях были в 28% случаев нескрытые клетки в области синодурального угла, 23% – аттик и по 13% – верхушка сосцевидного отростка и антрум.

Е. Vartiainen [19] в своем исследовании отметил, что у 43 (12,3%) пациентов отмечался рецидив после первичной радикальной операции, а вероятность повторной холестеатомы у детей выше, чем у взрослых. На вероятность рецидива влияет состояние среднего уха во время первичного вмешательства, т. е. исход операции, проведенной на «сухом ухе», более благоприятен. М. Gersdorff и М. Hamoir [12], выполнив 85 ревизионных операций у пациентов, перенесших первичную консервативно-щадящую операцию, отмечают, что рецидив холестеатомы выявлен у 17,5% взрослых, тогда как у детей он составлял 36%.

К одному из основных методов диагностики при хроническом гнойном среднем отите относится компьютерная томография (КТ). Однако чувствительность данного метода остается недостаточно высокой и составляет порядка 71%, при том что специфичность этого метода в отношении холестеатомного процесса равна 55%. [1]. Такой небольшой процент специфичности связан с тем, что плотность холестеатомы соответствует плотности грануляционной ткани.

В период с 2008 по 2010 г. А. Tatlipinar [18] провел анализ данных 50 пациентов, имевших в анамнезе КЩРО, среди интраоперационных находок у которых была обнаружена холестеатома. При проведении КТ заподозрить холестеатому было возможным у 31 пациента, тогда как интраоперационно она была выявлена в 19 случаях. Таким образом, в данной работе чувствительность КТ в отношении к холестеатоме составила 61,3%, однако наличие дефекта костных структур (состояние оссикулярной цепи, целостность молоточка, некроз наковальни) на дооперационном этапе выявлено в 90% случаев.

Е. И. Зеликович [5] подтверждает, что отличить холестеатомные массы от другого мягкотканого субстрата при хроническом гнойном среднем отите по данным денситометрии невозможно, так как плотность этих тканей составляет в таких случаях от +30 до +40 ед. Н. Однако заподозрить наличие холестеатомы позволяют локализация мягкотканого образования (Пруссаково пространство, задние отделы аттика), деструктивные изменения и дислокация цепи слуховых косточек, деструктивная полость в антростагмальной области. Также было



12. Gersdorff M., Hamoir M. Cholesteatoma Surgery of the Middle Ear: Reflections on Recurrences // Arch. Otorhinolaryngol. – 1982. – Vol. 237. – P. 77–82.
13. Jackson Gary C., Schall David G., Glasscock Michael E. A Surgical Solution for the Difficult Chronic Ear // The American Journal of Otolaryngology. – 1996. – Vol. 17, N 1. – P. 7–1.
14. Kaylie David M., Gardner Edward K. Revision Chronic Ear Surgery Otolaryngology // Head and Neck Surgery. – 2006. – Vol. 134. – P. 443–450.
15. Kim J. H., Choi S. H., Chung J. W. Clinical results of atticotomy with attic reconstruction or attic obliteration for patients with an attic cholesteatoma // Clin. Exp. Otorhinolaryngol. – 2009 – Vol. 2, N 1. – P. 39–43.
16. Portmann M., Portmann D. Otolologic surgery manual of otosurgical techniques // Singular Pub. Group. – 1998. – 286 p.
17. Results of revision mastoidectomy / S. Berçin [et al.] // Acta Otolaryngol. – 2009. – Vol. 129, N 2. – P. 138–141.
18. Tatlipinar A. et al The role of computed tomography scanning in chronic otitis media Tuncel A., Ogredik E., Gokceer C. // Eur Arch Otorhinolaryngol. – 2011.
19. Vartiainen E. Factors associated with recurrence of cholesteatoma // J. Laryngol. Otol. – 1995. – Vol. 109. – P. 590–592.
20. Williams M. T., Ayache D. Imagerie des otites chroniques de l'adulte // J. Radiol. – 2006. – Vol. 87, N 11. – P. 1743–1755.

Мусти́вый Игорь Федорович – очный аспирант кафедры оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. 195067, Санкт-Петербург, пр. Пискаревский, д. 47, тел.: 8(906)258-18-28, e-mail: imustivi@rambler.ru; **Аникин** Игорь Анатольевич – руководитель отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи, докт. мед. наук. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8(812)575-94-47; **Диаб** Хассан Мохамад Али – старший научный сотрудник отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8(812)316-25-01, e-mail: Hasandiab@mail.ru; **Карапетян** Рузанна Вазгеновна – очный аспирант отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-316-25-01, e-mail: k-ruzanka@mail.ru; **Комаров** Михаил Владимирович – очный аспирант СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-905-2122-251, e-mail: 7_line@mail.ru

УДК: 616. 22-006.6-089.28

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

**М. Р. Мухамедов^{1, 2}, О. В. Черемисина¹, Е. Л. Чойнзонов^{1, 2}, Д. Е. Кульбакин¹,
Л. Н. Балацкая¹, Н. В. Васильев¹, В. Э. Гюнтер³**

THE MODERN VIEW ON COMPLEX APPROACH WHEN DIAGNOSING, TREATING AND AFTERCARING IN LARYNX CANCER PATIENTS

**M. R. Muhamedov, O. V. Cheremisina, E. L. Choynzonov, D. E. Kulbakin,
L. N. Balatskaya, N. V. Vasiliev, V. E. Gunther**

¹ ФГБУ «НИИ онкологии СО РАМН», Томск
(Директор – академик РАМН, проф. Е. Л. Чойнзонов)

² ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет
Минздрава России», Томск
(Ректор – академик РАМН, проф. В. В. Новицкий)

³ НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы при СФТИ, Томск
(Директор – проф. В. Э. Гюнтер)

Проведено обследование 171 пациента с хронической патологией гортани в условиях НИИ онкологии. В 35,3% случаев были выявлены диспластические (предопухолевые) изменения слизистой оболочки различной степени тяжести, требующие динамического наблюдения, а в 8,7%



случаях был верифицирован злокачественный процесс. Приводятся результаты органосохраняющего хирургического лечения у 267 больных раком гортани с использованием биоадаптированных имплантатов на основе никелида титана. Получены удовлетворительные функциональные результаты – голосовая и дыхательная функции гортани сохранены в 92,2%, защитная – в 96% случаев.

Ключевые слова: рак гортани, ранняя диагностика, органосохраняющее хирургическое лечение, эндопротезирование, голосовая реабилитация.

Библиография: 20 источников.

171 patients having the chronic larynx pathology have been investigated in Research Institute of Oncology. There were found dysplasia (pretumor) mucous changes of different severity in 35.3% of cases to be dynamically observed and verified larynx cancer in 8,7% of cases. Results of larynx preserving surgery in 267 cancer patients with the aid of bio-adapted TiNi-based implants were shown. Acceptable functional and clinical outcomes have been achieved as follows: voice and respiratory larynx ability maintenance in 92,2% of cases; protective one in 96% of cases.

Key words: larynx cancer, early diagnosing, larynx preserving surgery, endografting, voice rehabilitation .

Bibliography: 20 sources.

Несмотря на быстрое развитие и постоянное совершенствование инструментальных и высокотехнологичных методов исследования органов верхних дыхательных путей, выявление, дифференциальная диагностика предопухолевой патологии и ранних форм опухолевого процесса гортани остаются актуальными проблемами [7, 12, 19]. В большинстве случаев, несмотря на доступность для осмотра ЛОР-органов, отоларингологом и эндоскопистом, регистрируется распространенный рак гортани, что, с одной стороны, обусловлено низким уровнем сознательности пациента, несвоевременностью обращения к врачу и, с другой стороны, большим процентом диагностических ошибок и запущенных случаев [6, 13, 14].

Существующие методы лечения рака гортани зависят от стадии опухолевого процесса. В начальных стадиях – это преимущественно хирургический или лучевой. При местно-распространенных формах основным видом лечения остается комбинированный (лучевой + хирургический), где хирургическому методу придается решающая роль. На хирургическом этапе в основном производится полное удаление гортани. Соотношение удалений гортани к органосохраняющим операциям в России составляет 15–18 к 2–3, что уже не может удовлетворять ни самих пациентов, ни специалистов, занимающихся этой проблемой. По данным ряда авторов, из общего числа больных раком гортани, поступающих в специализированные учреждения, 55–60% получают лучевую терапию по радикальной программе в качестве самостоятельного метода лечения. Комбинированное лечение получают лишь 20–25% больных, только хирургическое – 12–15% пациентов, а остальные 8–10% заболевших – химиолучевую терапию [1, 5, 7, 12].

Значительная распространенность злокачественных новообразований гортани, сложность функциональных нарушений после хирургического этапа лечения, сопровождающихся длительной и нередко стойкой утратой трудоспособности, социальной дезадаптацией, ставят проблему реабилитации данной категории больных в ряд важнейших медико-социальных проблем [4, 8, 9, 17].

Развитию органосохраняющих и функционально-щадящих методов хирургического лечения больных раком гортани в настоящее время придается большое значение. Функциональная хирургия рака гортани преследует единую цель и подчинена решению двух основных задач: радикальному удалению злокачественного новообразования и максимальному сохранению функций органа. Это значительно повышает качество жизни пациентов, что отвечает новым требованиям современной онкологии [2, 10, 15, 20]. При этом совершенствование хирургического вмешательства идет по пути дифференцированного выбора адекватного поражению объема оперативного вмешательства. Однако, если учитывать, что при местно-распространенных формах рака гортани приходится иссекать большие фрагменты органа, функциональные результаты оставляют желать лучшего. Так по данным В. О. Ольшанского с соавт. (1997), комби-



8. Рациональный подход к реабилитации ларингэктомированных больных / А. Мицконас [и др.] // Мат. III съезда онкологов и радиологов СНГ. – Минск, 2004. – Ч. 1. – С. 366.
9. Реабилитация больных с опухолями головы и шеи / Е. Л. Чойнзонов [и др.]. – Томск: НТЛ, 2003. – 296 с.
10. Решетов И. В., Чиссов В. И. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в онкологии. – М.: Стройматериалы, 2001. – 200 с.
11. Смирнов Н. М. Реабилитация больных раком гортани после резекции и ларингэктомии / Проблема реабилитации в оториноларингологии: тр. Всерос. конф. с междунар. участием. – Самара, 2003. – С. 463–464.
12. Ушаков В. С., Иванов С. В. Рак гортани: современные возможности и перспективы // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4, №1. – С. 56–60.
13. Черемисина О. В., Чойнзонов Е. Л. Возможности эндоскопической диагностики предопухолевых заболеваний и рака гортани в современной онкологии // Сибирский онкологический журнал. – 2007. – № 3. – С. 5–9.
14. Чойнзонов Е. Л., Мухамедов М. Р., Балацкая Л. Н. Рак гортани. Современные аспекты лечения и реабилитации. – Томск: НТЛ, 2006. – 280 с.
15. Шахсуварян С. Б. Трахеостомия у больных с опухолями головы и шеи. – СПб.: Эскулап, 2004. – 116 с.
16. Babin E. Life after total laryngectomy // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord). – 2001; 122 (5): 303–309.
17. Godin D. A. Tracheal stenosis // J. La State Med. Soc. – 2000. – Vol. 152 (6). – P. 276–280.
18. Kasperbauer J. L., Thomas J. E. Voice rehabilitation after near-total laryngectomy // Otolaryngol. Clin. North Am. – 2004. Jun; 37(3): 655–677.
19. Lefebvre J. L., Lartigau E. Preservation of form and function during management of cancer of the larynx and hypopharynx // World. J. Surg. – 2003. Jul.
20. Stewart M. G., Chen A. Y., Stach C. B. Outcomes analyses of voice and quality of life in patients with laryngeal cancer // Arch. Otolaryng. Head Neck Surg. – 1998. – Vol. 124, N 2. – P. 143–148.

Мухамедов Марат Рафкатович – докт. мед. наук., зав. отделением опухолей головы и шеи НИИ онкологии СО РАМН, Томск, профессор каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ. Томск, тел.: 8-382-241-80-69, e-mail: muhamedov@oncology.tomsk.ru; **Черемисина** Ольга Владимировна – докт. мед. наук, вед. н. с. отделения эндоскопии НИИ онкологии СО РАМН, Томск, тел.: 8-(382) 241-80-84; **Чойнзонов** Евгений Лхаматцыренович – докт. мед. наук, профессор, академик РАМН, директор НИИ онкологии СО РАМН, зав. каф. онкологии Сибирского ГМУ, Томск, тел.: 8-382-241-80-87; **Кульбакин** Денис Евгеньевич – аспирант отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии СО РАМН, Томск, тел.: 8-382-241-80-62; **Балацкая** Л. Н. – докт. биол. наук, вед. н. с. отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии СО РАМН, Томск, тел.: 8-382-242-00-53; **Васильев** Николай Вольгович – канд. мед. наук, ст. н. с. отделения патоморфологии НИИ онкологии СО РАМН, Томск, тел.: 8-382-241-80-81; **Понтер** Виктор Эдуардович – докт. техн. наук, профессор, директор НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы при СФТИ, Томск, тел.: 8-382-241-34-57.

УДК 616.323-007.61-053.2:612.017.1

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

А. И. Николаева¹, Л. М. Куртасова², С. Г. Вахрушев¹, Л. А. Торопова¹

CHARACTERISTICS OF THE IMMUNE STATUS AT CHILDREN WITH A HYPERTROPHY OF THE NASOPHARYNGEAL TONSIL

A. I. Nikolaeva, L. M. Kurtasova, S. G. Vakhrushev, L. A. Toropova

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»

(¹ Зав. каф. ЛОР-болезней с курсом ПО – проф. С. Г. Вахрушев;

² зав. каф. клинической иммунологии – проф. Н. И. Камзалакова)

Исследовано состояние иммунного статуса у детей с гипертрофией глоточной миндалины, проживающих в разных по уровню загрязнения атмосферы районах г. Красноярска. Выявлены признаки напряженности гуморального и фагоцититарного звена иммунитета у детей, проживающих в районе с экстремально высоким уровнем загрязнения атмосферы.



Ключевые слова: гипертрофия глоточной миндалины, иммунный статус, дети, экология.

Библиография: 4 источника.

The condition of the immune status at children with a hypertrophy of the nasopharyngeal tonsil, living in districts of Krasnoyarsk city with different level of pollution of the atmosphere is investigated. The signs of intensity of a humoral and phagocytic part of immunity at children living in the area with extremely high level of pollution of the atmosphere are revealed.

Key words: hypertrophy of the nasopharyngeal tonsil, immune status, children, ecology.

Bibliography: 4 sources.

Распространенность хронической оториноларингологической патологии у детей России составляет от 181,9 до 465 на 1000 детского населения, при этом адено tonsиллярная патология занимает ведущие позиции, так как лимфоэпителиальное глоточное кольцо является точкой приложения массивного антигенного воздействия факторов как инфекционного, так и неинфекционного происхождения [1]. Одним из самых ранних проявлений влияния факторов окружающей среды на организм является изменение иммунологической реактивности организма [2, 4].

Нами было проведено изучение особенностей заболеваемости по обращаемости у детей г. Красноярска, проживающих в районах, отличающихся уровнем загрязнения атмосферы за 2009, 2010 и 2011 гг. Наибольшая распространенность патологии лимфаденоидного глоточного кольца характерна для детей в возрасте от 3 до 6 лет независимо от района проживания [3].

При сравнении распространенности гипертрофии глоточной миндалины в возрастной группе от 3 до 6 лет было выявлено, что эта патология встречается в 2,3–2,5 раза чаще у детей, проживающих в районе с экстремально высоким уровнем загрязнения атмосферы, по сравнению с детьми, проживающими в районе с относительно благоприятной экологической ситуацией.

Цель исследования. Изучение особенностей иммунного статуса у детей с гипертрофией глоточной миндалины, проживающих в разных по уровню загрязнения атмосферы районах г. Красноярска.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 56 детей с гипертрофией глоточной миндалины в возрасте от 3 до 6 лет, проживающих в разных районах г. Красноярска: 33 – в относительно экологически благоприятном районе (I группа), 23 – в районе с экстремально высоким уровнем загрязнения атмосферы (II группа).

Диагноз гипертрофия глоточной миндалины пациентам основной группы был установлен на основании клинической картины: жалоб на затруднение носового дыхания, дыхание через рот, отделяемое из носа, храп в ночное время; эндоскопической картины: наличие аденоидных вегетаций II, III степеней в полости носоглотки; данных передней активной риноманометрии.

Контрольную группу составили 10 практически здоровых детей в возрасте от 3 до 6 лет. Критериями включения добровольцев являлись: отсутствие жалоб со стороны ЛОР-органов в течение 6 месяцев, хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух, выраженного искривления носовой перегородки и гипертрофии глоточной миндалины.

Количественное определение содержания иммуноглобулинов (Ig) классов А, М, G проводилось с использованием наборов «IgА общий – ИФА – БЕСТ», «IgМ общий – ИФА – БЕСТ» и «IgG общий – ИФА – БЕСТ». Результаты ИФА регистрировались с помощью спектрофотометра Microplate Reader. Измерение оптической плотности проводилось при длине волны 450 нм. По результатам измерения рассчитывались значения оптической плотности для исследуемых сывороток.

Уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) определяли методом спектрофотометрии сыворотки крови, обработанной полиэтиленгликолем с помощью спектрофотометра при длине волны 450 нм, и выражали в единицах оптической плотности.

Фенотипирование лимфоцитов осуществляли с применением двухцветной проточной цитометрии на лазерном проточном цитофлуориметре. Для исследования использовали моноклональные антитела, конъюгированные с FITC (зеленое окрашивание) и PE (красное окра-



УДК 616.322-002.2: 612.312.2+616.322

ИММУНОЛОГИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН В НОРМЕ И ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

В. Г. Песчаный, М. М. Сергеев

IMMUNOLOGY OF TONSILLS IN NORM AND AT A CHRONIC TONSILLITIS: MODERN SIGHT AT A PROBLEM

V. G. Peschany, M. M. Sergeev

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации»
(Зав. каф. ЛОР-болезней – проф. Ф. В. Семенов)

Обзор литературы посвящен одной из актуальных тем – проблеме хронического тонзиллита. Он содержит современные представления об иммунологии небных миндалин в норме и при хроническом тонзиллите, иммунологическим особенностям диагностики, методикам консервативного лечения.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, диагностика, методы лечения.

Библиография: 62 источника.

The literature review is devoted one of actual topic – a problem of the chronic tonsillitis. It contains modern representations about immunology tonsils in norm and at a chronic tonsillitis, immunological features of diagnostics, techniques of conservative treatment.

Keywords: chronic tonsillitis, diagnostics, methods of the treatment.

Bibliography: 62 sources.

Одним из актуальных вопросов современной оториноларингологии остается проблема хронического тонзиллита (ХТ). Его распространенность значительно варьирует и составляет от 5–16 до 37% [28]. У детей с возрастом наблюдается рост заболеваемости ХТ: до 3 лет – 2–3%, в 5–6 лет – 5–6,5%, 10–12 лет – 12–17%, 14–17 лет – 19,5%, 18–20 лет – 25–35% [6, 23, 25]. Особенно часто он встречается в группе часто болеющих детей – до 63% [3, 29].

Небные миндалины (НМ) входят в состав NALT – лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистой оболочкой ВДП, и служат одним из главных источников эффекторных иммунокомпетентных клеток. Эта система является местом, где происходит знакомство с антигеном и начинается иммунный ответ [11, 22, 29, 36, 41].

По сравнению с Пейеровыми бляшками NALT содержит больше Т-лимфоцитов, хотя количество клеток с мембранным IgA здесь меньше. Под влиянием интраназальной иммунизации увеличиваются количество плазматических клеток и концентрация IgA в назофарингеальном секрете, появляются клетки памяти [11, 36, 51].

Важнейшими элементами НМ являются Т- и В-лимфоциты. Тимусзависимые области представлены диффузной межфолликулярной лимфоидной тканью, которая располагается вокруг сосудов, и зоной посткапиллярных венул. В этих областях при развитии Т-клеточного ответа происходит пролиферация иммунных клеток и обнаруживаются лимфобласты. Основными антигенпредставляющими клетками являются макрофаги. Однако для нативных Т-лимфоцитов ими являются интердигитатные дендритные клетки. В результате активации микробными продуктами или провоспалительными цитокинами (ФНО, γ -интерферон, IL-1) они созревают и мигрируют в межфолликулярную область, где и взаимодействуют с антигенспецифичными Т-клетками. В процессе трансэндотелиальной миграции активно участвуют рецепторы лейкоцитов и сосудистой стенки, экспрессия которых возрастает под влиянием гуморальных медиаторов воспаления [11, 22, 23, 29, 36, 41].

Тимуснезависимыми зонами миндалин являются лимфоидные фолликулы и участки, примыкающие к эпителию крипт. Периферическая область вторичных фолликулов состо-



51. Induction of compartmentalized B-cells responses in human tonsils / M. Quiding-Jarbrink [et al.] // Infect. Immunol. – 1995. – Vol. 63, N 3. – P. 853–857.
52. Kaiserlian D., Etchart N. Entry sites for oral vaccines and drugs: A role for M cells, enterocytes and dendritic cells? // Semin. Immunol. – 1999. – Vol. 11, N 3. – P. 217–224.
53. Komic N., Wilson M., Poole S. The effect of photodynamic action on two virulent factors of gram-negative bacteria // Photochem. Photobiol. – 2000. – Vol. 72 (5). – P. 676–680.
54. Low D. E., Brown S., Felmingham D. Clinical and bacteriological efficacy of the ketolide telithromycin against isolates of key respiratory pathogens: a pooled analysis of phase 3 studies // Clin. Microbiol. and Infect. – 2004. – Vol. 10. – P. 27–36.
55. Pat. 6346529 United States, International classes: A61 K 3/54. Antiviral therapy using thiazine dyes / Floyd R. A., Schinazi R. F.; assignee: Oklahoma Medical Research Foundation, filing date: 15.04.98; publication date: 12.02.02.
56. Response to Neisseria gonorrhoeae by cervicovaginal epithelial cells occurs in the absence of toll-like receptor 4-mediated signaling / R. N. Fichorova [et al.] // J. Immunol. – 2002. – Vol. 168. – P. 2424–2432.
57. Salivary growth factors in health and disease / H. Kagami [et al.] // Adv. Dent. Res. – 2000. – Vol. 14, N 5. – P. 99–102.
58. Six-day amoxicillin versus ten-day penicillin v therapy for group A streptococcal tonsillopharyngitis / R. Cohen [et al.] // Pediatr. Infect. Dis. J. – 1996. – Vol. 15. – P. 678–682.
59. Steele C., Fidel P. L. Cytokine and chemokine production by human oral and vaginal epithelial cells in response to Candida albicans // Infect. Immun. – 2002. – Vol. 70. – N 2. – P. 577–583.
60. Triantafilov M., Triantafilov K. Lipopolysaccharide recognition: CD14, TLRs and the LPS-activation cluster // Trends Immunol. – 2002. – Vol. 23. – P. 301–305.
61. Underhill D., Ozinsky A. Toll-like receptors: key mediators of microbe detection // Curr. Opin. Immunol. – 2002. – Vol. 1. – P. 103–110.
62. Vasselon T., Detmers P. A. Toll receptors: a central element in innate immune responses // Infect. Immun. – 2002. – Vol. 70. – P. 1033–1041.

Песчаный Владимир Григорьевич – канд. мед. наук, врач-оториноларинголог государственного унитарного предприятия «Институт аллергии и астмы». 350063, Краснодар, ул. Седина, д. 4, тел.: (861) 268-49-56, тел.: 8 (918) 218-20-81, e-mail: peschanuyvladimir1@rambler.ru; **Сергеев** Михаил Михайлович – к. м. н., доцент каф. ЛОР-болезней Кубанского ГМУ. 350063, Краснодар, ул. Седина, д. 4, тел.: 8-861-220-21-14.

УДК: 616.284.7-002-089.874

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ МАСТОИДИТОВ

С. Д. Полякова, Е. А. Некрасова, Н. Н. Батенева

COMPLEX METHOD FOR DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE MASTOIDITIS

S. D. Polyakova, E. A. Nekrasova, N. N. Bateneva

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко,
институт дополнительного последилового образования
(Ректор – проф. И. Э. Есауленко)*

За последние 5 лет обследованы и пролечены 136 пациентов, имеющих признаки острого мастоидита. Установлено, что наиболее частыми причинами развития осложнения являются несвоевременность и неадекватность терапии острого среднего отита, недостаточное внедрение в практику аудиологического обследования и компьютерной томографии в поликлинике. Своевременное хирургическое лечение мастоидита позволяет устранить воспалительный процесс в полостях среднего уха и сохранить слух.

Ключевые слова: острый средний отит, мастоидит, антромастоидотомия.

Библиография: 4 источника.



For last 5 years it is surveyed and treated 136 patients having signs acute mastoiditis. It is established, that the most frequent reasons of development of complication are inopportuneness and inadequacy of therapy of the acute otitis media, insufficient introduction in practice of audiologic- and CT- inspection in the polyclinic. Timely surgical treatment mastoiditis allows to eliminate inflammatory process in cavities of a middle ear and to keep hearing.

Key words: acute otitis media, mastoidit, antromastoidotomia.

Bibliography: 4 sources.

Несмотря на внедрение в клиническую практику антибактериальных препаратов широкого спектра действия, одним из распространенных осложнений острого гнойного среднего отита (ОГСО) остается мастоидит. Как показала статистика последних 5 лет, из 1377 больных с затяжным течением острого среднего отита (ОСО), находившихся на стационарном лечении в сурдологическом отделении Воронежской областной клинической больницы № 1, мастоидит в 2007 г. диагностирован у 24 пациентов, в 2008 г. – у 26, в 2009 г. – у 27, в 2010 г. – у 29, в 2011 г. – у 31 госпитализированных, что свидетельствует о неуклонном росте данного осложнения. В последнее время все чаще встречаются «вялотекущие» мастоидиты, когда клинические проявления минимальны и не всегда заметны для больного [2, 3]. К появлению стертых форм мастоидитов часто ведет неправильная тактика лечения больных острым гнойным средним отитом в поликлинике: несвоевременность и неадекватность терапии катаральных форм ОСО на догоспитальном этапе, недостаточно активная тактика врача в поликлинике (транстубарное введение препаратов, производство парацетеаза), раннее назначение антибиотиков, выбор антибактериальных препаратов без учета специфики этиологии заболевания [4]. Развитию мастоидита способствуют также и затруднение дренирования гнойного очага из полости среднего уха, с одной стороны, из-за блока адитоантрального сообщения [1], с другой стороны – из-за выраженного воспалительного отека слизистой оболочки глоточного устья слуховой трубы, снижающего дренажную функцию слуховой трубы и тем самым способствующего застою патологического отделяемого в воздухоносной системе среднего уха.

Поэтому сегодня проблемы ранней диагностики, эффективного лечения и профилактики ОГСО, предотвращение развития мастоидита сохраняют свою актуальность.

Цель работы. Проведение анализа причин развития осложнений ОГСО, выявления наиболее характерных признаков «вялотекущего» мастоидита, сопоставление данных объективного обследования с операционными находками.

Пациенты и методы. На стационарном лечении в сурдологическом отделении ВОКБ № 1 с 2007 по 2011 г. находились 136 больных с ОГСО, осложненным мастоидитом. Среди них 79 (58,1%) женщин, 57 (41,9%) мужчин. Возраст пациентов: от 18 до 30 лет – 43 (31,6%) человек, от 31 до 55 лет – 56 (41,2%), от 55 до 71 лет – 37 (27,2%).

Всем больным, помимо традиционных клинических исследований, были проведены: ото-микроскопия, аудиологическое, тимпанометрическое обследование, компьютерная томография пирамид височных костей.

Результаты. Анализ данных анамнеза 136 больных с мастоидитом отита свидетельствовал, что до поступления длительность заболевания от 2 до 3 недель отметили 72 (52,9%) пациента, от 1 до 2 месяцев – 42 (30,9%), от 2 до 6 месяцев – 22 (16,2%). На догоспитальном этапе лечение острого среднего отита на 3-и сутки от начала заболевания начато было только у 3 (2,2%) больных, на 5-е сутки – у 16 (11,8%), через неделю – у 94 (69,1%), позже 10 дней – у остальных.

Все больные независимо от стадии заболевания получали ушные капли, системные антибиотики, при наличии острого ринита – деконгестанты. Из системных антибиотиков чаще назначались цефалоспорины I и III поколений (цефазолин или цефатоксим) – 54 (39,7%) пациентов, 52 (38,2%) больных получали комбинацию амоксициллина с ингибиторами бета-лактамаз, 23 (16,9%) – фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин), 7 (5,1%) пациентов не смогли назвать антибактериальный препарат. Необоснованность назначения антибиотиков фторхинолонового ряда II поколения свидетельствует о недостаточной осведомленности врачей о микрофлоре, имеющей место при ОСО, а также о ее резистентности к антибактериальным препаратам.



3. Своевременное хирургическое лечение мастоидита с использованием современного оборудования (хирургического микроскопа, фрез) позволяет не только устранить воспалительный процесс в полостях среднего уха, предотвратить развитие внутричерепного осложнения, но и улучшить слух.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арефьева Н. А., Стратиева О. В., Шварцер Д. Механизм возникновения и признаки латентного мастоидита у больных экссудативным средним отитом // Вестн. оторинолар. – 2001. – № 3. – С. 14–17.
2. Заболотная Д. Д., Рыльская О. Г., Запорощенко А. Ю. Хронический вялотекущий мастоидит при сухой перфорации барабанной перепонки // Журн. вушн., нос. и горл. хвороб. – 2005. – № 1. – С. 39–41.
3. Загайнова Н. С., Загайнова З. С. Особенности клинического течения острого мастоидита // Вестн. оторинолар. – 2002. – № 4. – С. 23–24.
4. Полякова С. Д., Некрасова Е. А., Твильдiani Т. А. Особенности лечения острого среднего отита на современном этапе // Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. 2 т. – СПб., 2011. – С. 216–219.

Полякова Светлана Дмитриевна – докт. мед. наук, профессор, зав. сурдологическим центром Воронежской ОКБ № 1. 394082, Воронеж, Московский пр., д. 153, корп. 2, тел.: 8-473-257-96-49, e-mail: SD.Polyakova@yandex.ru; **Некрасова** Екатерина Аркадьевна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии Воронежской ГМА, e-mail: nekrasova.vr@mail.ru; **Батенева** Наталья Николаевна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии Воронежской ГМА, e-mail: m3ot@vmail.ru

УДК: 616.283.1-089.843:534.6

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА

Ф. В. Семенов, Д. Л. Перехода

FUNCTIONAL AND AESTHETIC REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH HEARING ANALYZER PATHOLOGY

F. V. Semenov, D. L. Perekhoda

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар
(Зав. каф. ЛОР-болезней – проф. Ф. В. Семенов)*

Обобщен опыт лечения пациентов с патологией различных отделов слухового анализатора. Полноценная реабилитация пациентов с нарушением строения и функции органа слуха может потребовать как решения эстетических проблем (протезирование ушной раковины), так и улучшения функции. Оптимальным, на наш взгляд, является использование силиконовых протезов ушных раковин с системой имплантов Vistafix, стандартных или костно-фиксируемых слуховых аппаратов, а также кохлеарных имплантов.

Ключевые слова: протезирование ушных раковин, костно-фиксируемые слуховые аппараты, кохлеарная имплантация

Библиография: 4 источника.

We tell about our experience in the field of rehabilitation of the patient with different kinds of hearing analyzer pathology. In some cases it is necessary to use different methods of treatments of the same patient. We use facial prosthesis Vistafix to restore the auricle, bone anchored hearing aid (BAHA) for patients with middle ear pathology, and cochlear implantation for patients with sudden hearing loss.

Key words: facial prosthesis, bone anchored hearing aid, cochlear implantation.

Bibliography: 4 sources.

Слуховой анализатор от ушной раковины до нейронов коры головного мозга представляет собой единый механизм, обеспечивающий трансформацию звукового давления в биопотенциал с последующим его анализом в центральных отделах нервной системы. Аномалии внутриу-



Таким образом, полноценная реабилитация пациентов с нарушением строения и функции органа слуха может потребовать как решения эстетических проблем (протезирование ушной раковины), так и улучшения функции. Оптимальным, на наш взгляд, является использование силиконовых протезов ушных раковин с системой имплантов Vistafix, стандартных или костно-фиксируемых слуховых аппаратов, а также кохлеарных имплантов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Королева И. В. Реабилитация глухих детей с кохлеарными имплантами. – СПб.: СПб НИИ уха, горла, носа и речи, 2006. – 102 с.
2. Янов Ю. К. Организационные основы кохлеарной имплантации в Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи / О. В. Зонтова [и др.]. – Рос. оторинолар. – 2009. – С. 27–30.
3. Пудов В. И., Зонтова О. В. Возрастные аспекты кохлеарной имплантации у детей с врожденной тугоухостью и глухотой. – Рос. оторинолар. Прил. № 1. – 2008. – С. 355–358.
4. Таварткиладзе Г. А. Современные имплантационные технологии в реабилитации больных с различными формами тугоухости // Рос. оторинолар. – 2008. – Прил. № 1. – С. 387–392.

Семенов Федор Вячеславович – зав. кафедрой болезней уха, горла и носа ГБОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, д. м. н., проф., главный оториноларинголог Департамента здравоохранения Краснодарского края, главный врач краевой больницы № 3. 350000, Краснодар, ул. Захарова, д. 59, тел.: 8 (861)268-99-49, e-mail: ent@mail.kuban.ru; **Перехода Денис Леонидович** – врач ЛОР-отделения ГБУЗ Детская краевая клиническая больница, главный детский внештатный оториноларинголог Департамента здравоохранения Краснодарского края, к. м. н. 350000, Краснодар, ул. Площадь Победы, д. 1, тел.: 8 (861) 267-05-83, +7-988-242-40-36, e-mail: d_perehoda@mail.ru

УДК: 616.22-006.6-089.5

СПОСОБ ЧРЕСКАТЕТЕРНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ГОРТАНИ С ПОЛИМЕРНЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ

А. Е. Смирнов, А. Л. Ключихин, В. В. Бырихина

THE METHOD OF TRANSCATHETER VENTILATION OF THE LUNGS FOR RESECTION OF THE LARYNX WITH A POLYMERIC ENDOPROSTHETICS

A. E. Smirnov, A. L. Klochikhin, V. V. Byrihina

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Ключихин)*

В данной работе представлены результаты обследования 18 больных раком гортани II–III стадии, которым выполнена резекция гортани с полимерным эндопротезированием с применением чрескатетерной оротрахеальной высокочастотной искусственной вентиляции легких без формирования трахеостомы. Проведен анализ течения общей анестезии и раннего postanестетического периода с оценкой характера и количества послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: *рак гортани, резекция гортани, трахеостомия, высокочастотная искусственная вентиляция легких.*

Библиография: *7 источников.*

This paper presents the results of a survey of 18 patients with cancer of larynx of the II–III stage, which is made resection of the larynx with a polymeric endoprosthesis with the use of transcatheter high-frequency jet ventilation of the lungs without tracheostomy. The analysis of the flow of general anesthesia and early postanesthetic period with an estimate of the character and the number of postoperative complications.



Key words: cancer of the larynx, laryngeal resection, tracheostomy, high-frequency ventilation.

Bibliography: 7 sources.

В последние десятилетия в связи с внедрением в практику современных диагностических и лечебных технологий, позволяющих четко определить границу распространения опухоли и выполнить радикальную операцию с сохранением части пораженного органа, появлением новых полимерных материалов активное развитие получила функционально-щадящая хирургия гортани. «Золотым стандартом» в настоящее время является понятие о том, что оперативный метод лечения рака гортани должен сочетать в себе онкологическую радикальность и возможность реабилитации дыхательной, защитной и голосовой функций органа [1, 5]. То есть особое значение придается качеству жизни оперированных онкологических больных. Основной функционально-щадящей операцией при местно-распространенном раке гортани без отдаленных и регионарных метастазов является резекция гортани с эндопротезированием полым полимерным протезом [5].

Рутинно резекцию гортани выполняют под общей анестезией с интубацией трахеи через предварительно сформированную под местной анестезией трахеостому и объемной искусственной вентиляцией легких [6]. Трахеостомия приводит к ряду негативных последствий:

- возрастает риск инфицирования операционной раны;
- увеличивается риск диссеминации раковых клеток;
- трахеостомия способствует возникновению трахеохондромалии и поздних стенозов трахеи, требующих длительного лечения с ретрахеостомией и трахеопластикой.

После заживления трахеостомы сохраняется дополнительный косметический дефект на открытом участке шеи и, наконец, от 5 до 15% пациентов остаются постоянными канюленосителями [7].

В Ярославском центре хирургии «Голова-шея» разрабатываются методы общей анестезии с применением высокочастотной искусственной вентиляцией легких (ВЧ ИВЛ) при резекции гортани с эндопротезированием по поводу рака, позволяющие отказаться от предоперационной трахеостомии [4]. Результаты изучения одной из таких методик описаны в данной работе.

Цель исследования. Разработка способа респираторной поддержки с чрескатетерной ВЧ ИВЛ при резекции гортани с полимерным эндопротезированием по поводу рака без формирования трахеостомы.

Задачи исследования. Изучить изменения основных показателей гемодинамики, пульсоксиметрии, капнометрии и кислотно-щелочного состояния на этапах общей анестезии и периода ранней постнаркозной адаптации при резекции гортани с эндопротезированием, проводимой в условиях чрескатетерной ВЧ ИВЛ у больных раком гортани.

Проанализировать послеоперационные осложнения при резекции гортани с эндопротезированием с чрескатетерной ВЧ ИВЛ.

Оценить влияние чрескатетерной ВЧ ИВЛ на обеспечение «хирургического комфорта» при выполнении резекции гортани с полимерным эндопротезированием.

Пациенты и методы. Исследование проведено в Ярославском центре хирургии «Голова-шея». Разработанная методика общей анестезии с чрескатетерной ВЧ ИВЛ (ЧК ВЧ ИВЛ) апробирована у 18 больных раком гортани II–III стадий в возрасте от 45 до 72 лет (средний возраст $56,5 \pm 4,5$ года). Всем пациентам в плановом порядке выполнена резекция гортани с эндопротезированием полым полимерным протезом ЭГ 1-4, ТУ 42-2-467–85.

При обследовании у 13 (72,2%) больных диагностирована III стадия рака гортани, у 5 (27,8%) больных – II стадия. Среди операций, выполненных исследуемым пациентам, преобладали стандартные резекции гортани – 16 (88,9%). У 2 (11,1%) больных проведены расширенные резекции. Средняя продолжительность операций составила 54 ± 14 мин.

У пациентов выявлена следующая сопутствующая патология: хроническая обструктивная болезнь легких (55,6%), гипертоническая болезнь (61,1%), ишемическая болезнь сердца (38,9%) и ожирение (16,7%). У всех исследуемых больных сопутствующая патология находилась в стадии компенсации.



УДК: 616.22-006.6-089.5

СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ РАКОМ ГОРТАНИ БЕЗ ТРАХЕОСТОМИИ

А. Е. Смирнов, А. Л. Клочихин, Д. В. Лилеев

THE CASE OF THE COMBINED SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENT WITH LOCALLY ADVANCED STENOSING CANCER OF THE LARYNX WITHOUT TRACHEOSTOMY

А. Е. Smirnov, А. L. Klochikhin, D. V. Lileev

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Минздрава России»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)

В данной работе представлен случай комбинированного хирургического лечения больного с местно-распространенным стенозирующим раком гортани. Пациенту выполнена диагностическая прямая опорная ларингоскопия с биопсией опухоли гортани с одномоментным комбинированным хирургическим лечением в объеме субтотальной резекции гортани с полимерным эндопротезированием и шейной лимфодиссекцией в условиях общей анестезии с чрезкожной транстрахеальной высокочастотной искусственной вентиляцией легких без формирования трахеостомы.

Ключевые слова: рак гортани, резекция гортани, трахеостомия, высокочастотная искусственная вентиляция легких.

Библиография: 9 источников.

This paper presents a case of combined surgical treatment of patients with locally advanced stenosing cancer of the larynx. Patients are fulfilled diagnostic direct laryngoscopy with biopsy of tumors of the larynx with one-stage combined surgical treatment in the amount of subtotal resection of the larynx with a polymeric endoprosthesis and cervical lymph node dissection under general anesthesia with percutaneous transtracheal high-frequency artificial lung ventilation without a tracheostomy.

Key words: cancer of the larynx, laryngeal resection, tracheostomy, high-frequency artificial lung ventilation.

Bibliography: 9 sources.

В процессе хирургического лечения местно-распространенного стенозирующего рака гортани остается много нерешенных проблем. Ввиду поздней диагностики данной патологии больные чаще всего поступают в профильный стационар с преимущественно III–IV стадиями заболевания (70–80%), что диктует необходимость выполнения им комбинированных и сочетанных операций [2, 3]. Однако успешное проведение расширенных хирургических вмешательств у данной категории больных возможно лишь в условиях адекватного периоперационного анестезиологического обеспечения. При этом необходимо учитывать некоторые анатомические и клинко-физиологические особенности больных со стенозирующим раком гортани. Это наличие дыхательной недостаточности инспираторного или клапанного характера с хронической гипоксемией и гиперкапнией, нарушение дренажной функции бронхов и мукоцилиарного клиренса с обострением хронической обструктивной болезни легких, часто встречающейся у таких пациентов [1, 9]. Следует также обращать внимание на параметры трофологического статуса больного со стенозирующим раком гортани, оценивая степень нутриционной недостаточности и метаболической дисфункции, оказывающих непосредственное влияние на течение послеоперационного периода.

Судя по современным тенденциям в онколарингологии в настоящее время основной функционально-щадящей операцией при местно-распространенном раке гортани является резекция гортани с эндопротезированием полым полимерным протезом [4, 6, 7]. В большинстве



9. Торчинский Л. Г., Осипова Н. А., Ветшева М. С. Общая анестезия и вентиляция легких при эндоскопических операциях по поводу опухолей гортани, трахеи и бронхов // Анестезиология и реаниматология. – 2001. – № 5. – С. 22–26.

Смирнов Андрей Евгеньевич – канд. мед. наук, врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница», докторант каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. Ярославль, пр. Октября, д. 67, тел.: 8-4852-315-684, e-mail: andsmr@list.ru; **Ключихин** Аркадий Львович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5, тел.: 8-4852-303-985, e-mail: klochikhin@yandex.ru; **Лилеев** Дмитрий Владимирович – канд. мед. наук, зав. отделением анестезиологии и реанимации ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница». 150049, Ярославль, пр. Октября, д. 67, тел.: 8-4852-315-684, e-mail: andsmr@list.ru

УДК: 616.284-002.258

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ С ХОЛЕСТЕАТОМОЙ

И. А. Сребняк

NEW APPROACHES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA WITH CHOLESTEATOMA

I. A. Srebniak

*ГУ «Институт оториноларингологии им. проф. А. И. Коломийченко Национальной академии медицинских наук Украины», Киев
(Директор – академик НАМНУ, проф. Д. И. Заболотный)*

Целью исследования было разработать новые подходы в лечении пациентов хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой, чтобы снизить вероятность развития резидуальной холестеатомы, а в случае ее возникновения инактивировать ее протеолитический потенциал.

Разработаны и внедрены в клинику схемы комплексного лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой. В схемы комплексного лечения, наряду с основным хирургическим этапом лечения (различные виды saniрующих операций в зависимости от условий), пациентам местно вводился полифункциональный ингибитор протеолитических ферментов – апротинин, а в случаях распространенных инфицированных инвазивных холестеатом – препарат, угнетающий явления ангиогенеза, активной пролиферации кератиноцитов, – интерферон. По разработанным схемам пролечены 124 пациента с хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, холестеатома, протеолитическая активность, энзиматическая активность, апротинин, интерферон.

Библиография: 16 источников.

The aim was to develop the new approaches in the management of chronic otitis media with cholesteatoma to reduce the risk of residual cholesteatoma development or in the cases of its appearance to inactivate cholesteatoma's enzymatic activity.

The schemes of complex treatment were developed and provided in clinic. The main stage was surgical treatment with the local use of polyfunctional enzymatic activity inhibitor – aprotinin; in cases with diffuse extended middle ear cholesteatoma – interferon – to deprive angiogenesis and active keratinocytes proliferation. By these schemes of complex treatment 124 patients with middle ear cholesteatoma were treated on.

Key words: chronic otitis media, cholesteatoma, protheolytic activity, enzymatic activity, aprotinin, interferon.

Bibliography: 16 sources.



6. Charachon R., Schmerber S., Lavielle J. P. La chirurgie des cholesteatomes de l'oreille moyenne // Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac. – 1999. – Dec. – N 6. – P. 322–340.
7. Expression of matrix-degrading cysteine proteinase cathepsin K in cholesteatoma / T. Hansen [et al.] // Mod. Pathol. – 2001. – Vol. 14. – N 12. – P. 1226–1231.
8. Hosoi H., Takahashi S., Hinohira Y. Cholesteatoma surgery – current trends in Japan // MJO. – 2008. – Vol. 4, Suppl. 1. – P. 26.
9. Identification of enzymes and proteins involved in the cholesteatoma development / V. Svan-Knudsen [et al.]. Abstract book VII-th International Conference on Cholesteatoma and Ear Surgery (22–24 June 2004, The Hague, The Netherlands). – P. 29.
10. Immunohistochemical analysis of the cytokeratin expression in middle ear cholesteatoma and related epithelial tissues / D. Broekaert [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1992. – Vol. 101. – P. 931–938.
11. Isolation and characterization of trypsin-like and chymotrypsin-like proteinases from human cholesteatoma / K. Hochstrasser [et al.] // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 1994. – Vol. 251. – P. 30–35.
12. Lysosomal exoglycosidas in acquired cholesteatoma / S. Olzewski [et al.] // MJO. – 2008. – Vol. 4, suppl. 1. – P. 153.
13. Miyao M., Shinoda H., Takahashi S. Expressions of caspase-3–8 and NF-KB in human ear cholesteatoma / Abstract book VII-th International Conference on Cholesteatoma and Ear Surgery. (22–24 June 2004, The Hague, The Netherlands). – P. 29.
14. Polyfunctional proteinases inhibitor influence on enzymatic activity in aural cholesteatoma (in vitro study) / Yu. Soushko [et al.] // – MJO. – 2008. – Vol. 4, Suppl. 1. – P. 106.
15. Sterkers O. Extensive intratemporal cholesteatoma: surgical strategy // Cholesteatoma & Ear Surgery: VII International Conference of Cholesteatoma & Ear Surgery. – The Hague, The Netherlands, 2004. – P. 14.
16. Tos Mirko. Individualised cholesteatoma surgery // MJO. – 2008. – Vol. 4, Suppl. 1. – P. 28.

Сребняк Илона Анатольевна – канд. мед. наук, ст. н. с. отдела микрохирургии уха и отонейрохирургии Института оториноларингологии им. проф. А. И. Коломийченко. Украина, Киев, ул. Зоологическая, д. 3, тел.: 03680; +380-44-)483-70-47, e-mail: isribnyak@hotmail.com

УДК: 616.285-089.844-77

СПОСОБ МИРИНГОПЛАСТИКИ БЕЗ ЗАПОЛНЕНИЯ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ РАССАСЫВАЮЩИМИСЯ МАТЕРИАЛАМИ

А. В. Староха^{1,2}, А. В. Давыдов^{1,2}, С. Н. Кочеров³

MYRINGOPLASTY WITHOUT FILLING THE TYMPANIC CAVITY ABSORBABLE MATERIALS

A. V. Starokha, A. V. Davydov, S. N. Kocherov

¹ *Томский филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»*

(Директор – засл. врач РФ, проф. А. В. Староха)

² *ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России», Томск*

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. В. Староха)

³ *МБЛПУ «Городская клиническая больница № 3», Томск*
(Главный врач – М. А. Лукашов)

Сущность способа состоит в следующем. После деэпителизации поверхности барабанной перепонки с помощью микроинструментария измеряют перфорацию барабанной перепонки. Формируют надхрящично-хрящевой аутотрансплантат из козелка ушной раковины, при этом удаляют с одной стороны используемого хряща надхрящичцу, а из оголенной части хряща формируют аутотрансплантат в форме усеченного конуса (угол составляет 40–50°), узкое основание прилегает к надхрящичце, а широкое – свободное. Размеры широкого основания больше перфорации барабанной перепонки на 1 мм. Трансплантат вставляют в перфорацию, широким



основанием хряща в сторону барабанной полости, происходит фиксация по типу «защелки». Надхрящница располагается на дезэпителизированной поверхности и фиксирует со стороны слухового прохода, а широкое основание – со стороны барабанной полости. Использование данного способа позволяет предупредить западение и смещение аутотрансплантата относительно перфорации, исключить тем самым заполнение барабанной полости рассасывающимися материалами в целях фиксации.

Ключевые слова: мирингопластика, трансплантат, лечение хронического перфоративного отита.

Библиография: 7 источников.

The essence of the method is as follows: after deepitelization surface of the eardrum with the aid of mikrohook the perforation is measured. Perichondrium cartilage graft of tragus pinna are removed. From one side of the cartilage perichondrium is used, and out of the bare form autotransplantant cartilage in the shape of a truncated cone (the angle is 40–50°), narrow base adjacent to the perichondrium, and broad free. Dimensions of a broad base, more perforations of the eardrum to 1 mm. Graft is inserted into the perforation, a broad base of the cartilage to the side of the tympanum, there is a fixation on the type of "catch." Perichondrium is located on the deepitelized surface and fixed from the ear canale with wide base to the tympanum. Using this method helps to prevent retraction and offset relative to autotransplantant perforations, thereby eliminating the tympanic cavity filling materials to absorbable fixation.

Key words: myringoplasty, transplantat, treatment of chronic otitis perforated.

Bibliography: 7 sources.

Перфорации, возникшие вследствие травмы или перенесенного острого среднего отита, зачастую приводят к формированию хронического мезотимпанита. Такая патология характеризуется снижением слуха в речевом диапазоне по кондуктивному типу, способствует проникновению и персистенции инфекции в полостях среднего уха. Основываясь на физиологии звукопроводения в зависимости от нарушения функции тех или иных элементов барабанной полости, выполняются различного типа операции. Если патология ограничена перфорацией барабанной перепонки без нарушения других элементов звукопроводящей цепи, то выполняется хирургическая реконструкция, которая называется мирингопластикой. Мирингопластика может быть как самостоятельной операцией, так и заключительным этапом тимпаноластики [2, 3, 7].

В целях замещения дефекта применяют самые различные материалы: консервированный амнион, биопластик, спонгостан, аутогенную фибринную пленку, коллагеновую губку и др. Однако применение вышеуказанных материалов клинически не всегда эффективно. Некоторые из них способствуют алергизации организма, другие не являются достаточно биологически инертными, что приводит к чрезмерному развитию соединительной ткани и склерозированию трансплантата. Кроме того, искусственные материалы лишены сосудистого русла, что может приводить к отторжению трансплантата [1, 3, 7].

Многолетний клинический опыт показал, что наиболее эффективно использование ауто-трансплантатов при мирингопластике, так как они обеспечивают полную иммунологическую совместимость тканей [6].

В большинстве методик в целях фиксации трансплантата барабанная полость заполняется рассасывающимися материалами. Недостатком данных методов является раздражение слизистой оболочки барабанной полости, что может вызвать гиперсекрецию и развитие в ней острого воспалительного процесса. При нарушенной функции слуховой трубы материал полностью не утилизируется, вследствие чего возникает большая вероятность развития рубцовых изменений в среднем ухе [1, 4, 7]. Отсутствие надежной фиксации трансплантата с внутренней стороны барабанной перепонки нередко приводит к смещению лоскута относительно дефекта в ближайшем послеоперационном периоде с последующим развитием реперфораций [2].

Анализ литературных данных показывает, что описанные методики не обеспечивают достаточной точности при измерении дефекта перепонки и не позволяют объективно оценить динамику процесса.



ЛИТЕРАТУРА

1. Забиров Р. А., Рахматуллин Р. Р., Аникин М. И. Мирингопластический тампон. №2182017, Б. И. 10.05.2002.
2. Мареев О. В., Жигалов В. А., Рогова Е. Г., Шувалова Л. В., Мареев Г. О. Способ тимпанопластики № 2237443. Б. И. 10.10.2004
3. Мирингопластика у больных хроническим мезотимпанитом / Р. А. Забиров [и др.] // Мат. 1-го съезда оторинолар. Кыргызской республики. – Бишкек, 1999. – С. 41–42.
4. Мухамедов И. Т., Дайхес Н. А. Способ формирования тимпанальной мембраны при тимпанопластике // № 2342087, Б. И. 27.12.2008 г.
5. Сушко Ю. А. Некоторые варианты мирингопластики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1966. – 15 с.
6. Шадыев Х. Д., Вишняков В. В. Опыт применения надхрящницы и хряща козелка и фасции височной мышцы в тимпанопластике // Вестн. оторинолар. – 1997. – № 4. – С. 46–47.
7. Hirata, Keisuke Eardrum perforation patch and eardrum undersurface scraper // Pat. № 5501700, Date Issued: 26.03.1996.

Староха Александр Владимирович – засл. врач РФ, д-р мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, директор Томского филиала ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»; **Давыдов** А. В. – д-р мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, заместитель директора Томского филиала ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»; **Кочеров** Станислав Николаевич – врач-ординатор ЛОР-отделения МБЛПУ «Городская клиническая больница № 3», Томск, тел.: 8-952-806-69-36, e-mail: stas3822@mail.ru

УДК:616.22/.231-007.271-036.12-089.168-089.844:546.82-034.24-19

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОПОРНЫХ БИОАДАПТИВНЫХ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ НИКЕЛИДА ТИТАНА

А. В. Староха^{1,2}, С. В. Симонов^{1,2}, В. Ю. Павлов²

SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS BY CHRONIC TRACHEA AND LARYNX STENOSES WITH TITANIUM NICKELIDE BIOADAPTIVE MATERIALS APPLICATION

A. V. Starokha, S. V. Simonov, V. Yu. Pavlov

¹ ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России», Томск

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. В. Староха)

² Томский филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

(Директор – проф. А. В. Староха)

В настоящее время продолжается поиск оптимальных методов и трансплантационных материалов для проведения пластики стойких бесканюльных трахеостом и дефектов трахеи. В статье подробно описана методика пластики трахеостом с применением опорных материалов на основе никелида титана. Оценены результаты пластики трахеостомы при применении данного способа хирургического лечения в ближайшие и отдаленные сроки.

Ключевые слова: стенозы гортани и трахеи, трахеостома, никелид титана.

Библиография: 11 источников.

Now search of optimal methods and transplantation materials for carrying out resistant nontube tracheostomas and trachea wall defects plastic reconstruction. In article the tracheostomas plastic reconstruction technique with application of titanium nickelide bioadaptive materials is in detail described. Results of tracheostomas plastic reconstruction with application of this way of surgical treatment at the short-term and long-term periods are estimated.



Key words: *larynx and trachea stenoses, tracheostoma, titanium nickelide.*

Bibliography: 11 sources.

Несмотря на достигнутый за последние годы прогресс в лечении хронических стенозов гортани и трахеи, по-прежнему остаются дискуссионными вопросы пластики стойких ларинготрахеостом. Пластическое закрытие трахеостомы является основным и заключительным методом хирургической реабилитации больных с данной нозологией, что подтверждает анализ литературы [1, 4, 8–10].

Выбор метода пластического устранения дефекта передней стенки трахеи, образующегося после многоэтапных реконструктивно-пластических операций, зависит от его размеров, глубины просвета дыхательных путей и состояния кожи в области операции. Необходимость в опорных тканях возникает при обширных стомах, когда создаются условия для западения и патологической флотации вновь образованной передней стенки и сужения респираторного тракта во время дыхания [8]. В настоящее время продолжается поиск оптимальных методов и трансплантационных материалов для проведения подобных оперативных вмешательств.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургической реабилитации больных хроническими стенозами гортани и трахеи с применением биоадаптивных имплантационных материалов на основе никелида титана.

Задачи исследования. 1. Разработать метод высокоточного измерения площади бесканюльных трахеостом и дефектов трахеи любой конфигурации.

2. Разработать технику пластического закрытия бесканюльных трахеостом при стенозах гортани и трахеи посттравматического генеза с применением биоадаптивных материалов на основе никелида титана.

3. Оценить функциональные результаты пластики трахеостомы.

Пациенты и методы. С 2009 по 2012 г. нами реабилитированы 57 больных хроническими стенозами гортани и трахеи, в том числе 22 мужчин и 35 женщин, в возрасте от 21 до 78 лет. Наиболее часто патология встречалась у пациентов трудоспособного возраста — от 20 до 60 лет (68,4%). Количество трахеальных канюленосителей составило 41 (71,9%) человек. По этиологии возникновения преобладали посттравматические стенозы гортани и трахеи 49 (86%), наиболее часто встречались послеоперационные параличи гортани — 24 (42,1%) больных, а также постреанимационные повреждения гортани и трахеи — 17 (29,8%) больных. Распределение больных по нозологическим формам представлено в табл. 1.

Всем пациентам выполнялись этапные реконструктивно-пластические операции на гортани и трахее, включающие в себя устранение патологического процесса, формирование стой-

Таблица 1

Распределение больных по нозологическим формам

Нозологическая форма	Количество пациентов	
	абс. число	%
Постреанимационный стеноз гортани и трахеи	17	29,8
Посттравматический стеноз и деформация гортани и трахеи	4	7
Посттрахеостомический стеноз трахеи	4	7
Послеоперационный паралич гортани	24	42,1
Врожденная рецидивирующая мембрана гортани	1	1,8
Лимфома гортани и трахеи	1	1,8
Хронический гиперпластический ларингит	2	3,5
Самостоятельно незакрывающаяся трахеостома	4	7
Итого	57	100



2. Качество жизни пациентов с хроническими стенозами гортани и трахеи: современное состояние вопроса и предварительные результаты апробации опросника / А. Е. Усков [и др.] // Рос. оторинолар. – 2005. – № 4 (17). – С. 115–124.
3. Никелид титана. Материал нового поколения / В. Э. Гюнтер [и др.]. – Томск: МИЦ, 2006. – 296 с.
4. Павлов В. Ю. Методы формирования и пластики бесканюльной трахеостомы в лечении и реабилитации больных посттравматическими и опухолевыми стенозами гортани и трахеи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2009. – 22 с.
5. Пат. 113136 РФ, МПК А61В 17/24 U1. Устройство для профилактики аспирационного синдрома у больных паралитическими стенозами гортани в раннем послеоперационном периоде / А. В. Староха, С. В. Симонов, В. Ю. Павлов; заяв. и патентообладатель ГОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России. – № 2011121479/14; заявл. 27.05.2011; опубл. 10.02.2012, Бюл. №4.
6. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ 2011617326 РФ, «AreaMeter. Tracheostomy» / Б. В. Шилов, Н. А. Энгельский, М. В. Шилов, А. В. Староха, А. В. Давыдов, С. В. Симонов, В. Ю. Павлов; заяв. и патентообладатель ГОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России. – №2011615761; заявл. 29.07.2011; опубл. 21.09.2011, Бюл. «Программы для ЭВМ. Базы данных. Топологии интегральных микросхем».
7. Староха А. В. Новые технологии хирургического лечения риносинуситов с применением сверхэластичных имплантатов с памятью формы трахеи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1998. – 40 с.
8. Ягудин Р. К., Ягудин К. Ф. Аллопластика ларинготрахеостомы полипропиленовой сеткой Эсфил // Вестн. оторинолар. – 2007. - № 1. – С. 32–36.
9. Closure of persistent tracheocutaneous fistula following «starplasty» tracheostomy in children / N. V. Sautter [et al.] // Int. Pediatr Otorhinolaryngol. – 2006. – Vol. 70, N 1. – P. 99–105.
10. Lebensbedrohende Komplikationen nach plastischem Tracheostomaverschluss / S. Wenzel [et al.] // HNO. – 2004. – Bd. 52, N 11. – S. 979–983.
11. Quality of Life in Head and Neck Cancer / E. A. Weymuller [et al.] // Laryngoscope. – 2000. – Vol. 110, N 3, suppl. – P. 4 – 7.

Староха Александр Владимирович – д-р. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, директор Томского филиала ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»; **Симонов** Сергей Викторович – аспирант каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ, врач-оториноларинголог Томского филиала ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»; тел.: 8-962-781-11-33, e-mail: drsimonov@yandex.ru; **Павлов** Владимир Юрьевич – канд. мед. наук, ст. н. с. Томского филиала ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России».

УДК: 616.323-007.61:612.017-053.2

ВОЗРАСТНЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АССОЦИАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ВИДОВ МИКРООРГАНИЗМОВ

Н. В. Терскова¹, С. Г. Вахрушев¹, А. С. Смбалян¹, Е. Н. Сизова²

AGE QUANTITATIVE AND FUNCTIONAL INDICATORS OF IMMUNE SYSTEM OF CHILDREN WITH CHRONIC ADENOIDITIS DEPENDING ON THE ASSOCIATION OF BIOLOGICAL SPECIES OF MICROORGANISMS

N. V. Terskova, S. G. Vakhrushev, A. S. Smbatyan, E. N. Sizova

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

(¹ Зав. каф. ЛОР-болезней с курсом последипломного образования – проф. С. Г. Вахрушев; ² зав. Центральной научной исследовательской лабораторией – проф. Ю. В. Котловский)

Проведено иммунологическое исследование у детей с хроническим аденоидитом в стадии ремиссии. На валидной выборке (n = 158) установлен резко поляризованный Tх1 тип иммунного ответа на антиген у детей, страдающих ХА. Показана гипофункция гуморального звена им-



мунного ответа. Продемонстрировано, что выявленные изменения в состоянии Т-клеточного звена иммунитета у детей с ХА развиваются на фоне нормального онтогенеза организма в целом и иммунной системы в частности. Авторами высказано предположение, что в ответ на разнообразный спектр возбудителей заболевания характер иммунных нарушений является прототипным. Показано, что при ремиссии хронического аденоидита выделенную микрофлору с поверхности глоточной миндалины нельзя считать причинной развития нозологии, так как ни один из возбудителей не сообщает заболеванию специфических черт.

Ключевые слова: иммунитет, иммунные нарушения, хронический аденоидит.

Библиография: 16 источников.

We have carried out an immunological research of children with chronic adenoiditis in remission. The valid sampling (n = 158) has shown a highly polarized Tx1 antigene immune response type among children with chronic adenoiditis. We have shown the hypofunction of the humoral part of the immune response. The research demonstrates that the changes in the state of the T-cell part of the immunity of children with chronic adenoiditis develop against the background of normal ontogenesis of the whole organism as well as its immune system. The authors make an assumption that the immune dysfunctions are prototypical in response to various pathogenic agents. The research shows that at the remission stage of chronic adenoiditis microflora from the pharyngeal tonsil surface cannot be considered the cause of the nosology development because none of the pathogenic agents give the disease any specific properties.

Key words: immunity, immune malfunctions, chronic adenoiditis.

Bibliography: 16 sources.

Проблема иммунных нарушений при хронических заболеваниях носа и глотки у детей сохраняет свою актуальность на протяжении длительного периода. Этот факт позволяет предположить, что ни один из предложенных методов профилактики и (или) лечения не является ведущим. В приложении к хроническому аденоидиту (ХА), при котором возбудитель является общепризнанной причиной, можно сказать, что форма, течение, исход болезни будут определяться рядом условий. Все эти условия создают цепь причинно-следственных отношений, которые, в свою очередь, представляют лишь моменты взаимозависимости. Если причиной ХА считать определенный спектр возбудителей, то, следовательно, каждый из них должен сообщать заболеванию специфические черты. В этом контексте возникает вопрос: легко ли понять и принять, что направленность иммунных нарушений может быть различной или же должна быть прототипной? По мере накопления знаний обо всех видах причин ХА будут улучшаться его предупреждение и лечение.

Оценка иммунного статуса системы человека – одна из наиболее трудных проблем врача и до настоящего времени не оптимизирована [8]. Ежедневная практика диктует врачам любой специальности необходимость диагностики иммунных нарушений, определение степени их тяжести, прогноза течения и исхода. Кроме того, значительное число детей с аллергиями, возрастание заболеваемости инфекционными заболеваниями, промышленный прессинг на экологическую обстановку, нарушения иммунных взаимоотношений в результате неадекватно проводимой терапии – все это побудило нас постараться привлечь новое внимание к вышеуказанной проблеме.

Так как созревание иммунной системы проходит постепенно, подвергаясь непрерывной тренировочной нагрузке со стороны внешней среды, при высокой частоте возникновения инфекций иммунная система находится в состоянии постоянного функционального напряжения [6]. Сукцессии микробиоценоза носоглотки, реализуя свое действие на слизистой оболочке верхних дыхательных путей, стимулируют активность сложнейших взаиморегулируемых процессов иммунной защиты, направленных на поддержание и сохранение гомеостаза организма. Не вызывает сомнения тот факт, что наличие хронического процесса в носоглотке сопровождается нарушениями иммунологической реактивности. Однако при изучении иммунного статуса существенные изменения иммунологических показателей отмечаются лишь у незначительной части пациентов. При этом по уровням отдельных параметров закономерные нарушения в иммунной системе выявить не удастся [13].

Цель исследования. Определение уровней иммунологических показателей и оценка иммунологического статуса у детей с хроническим аденоидитом в период ремиссии, проживающих



13. Чучалин А. Г. Респираторная медицина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1616 с.
14. Ярилин А. А. Иммунология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
15. CD molecules 2006 – Human cell differentiation molecules / H. Zola [et al.] // J. of Immun. Methods. – 2007. – Vol. 319. – P. 1–5.
16. T cell priming by dendritic cells: Thresholds for proliferation, differentiation and death and intracloal functional diversification / A. Langenkamp [et al.] // Eur. J. Immunol. – 2002. – Vol. 32, N 7. – P. 2046–2054.

Терскова Наталья Викторовна – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: 8(391)-220-16-25, e-mail: terskovanatasha@mail.ru; **Вахрушев** Сергей Геннадиевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: 8(391)-220-16-25, e-mail: vsg20061@yandex.ru; **Смбатян** Армине Смбатовна – клинический ординатор каф. оториноларингологии Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: 8(391)-220-16-25, e-mail: amag-88@mail.ru; **Сизова** Елена Николаевна – врач иммунолог-аллерголог Центральной научно-исследовательской лаборатории Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, тел.: 8-908-024-54-24.

УДК: 616.21-07

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Н. В. Терскова¹, С. Г. Вахрушев¹, Н. А. Шнайдер²

MODERN APPROACH TO MEDICAL AND BIOLOGICAL PROBLEMS IN OTORHINOLARYNGOLOGY

N. V. Terskova, S. G. Vakhrushev, N. A. Shnayder

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

(¹ Зав. каф. ЛОР-болезней с курсом последипломного образования – проф. С. Г. Вахрушев; ² зав. каф. медицинской генетики и клинической нейрофизиологии Института последипломного образования – проф. Н. А. Шнайдер)

Неоднократные доказательства, представленные в научной литературе, позволили предположить, что генетические факторы принимают участие в контроле ответной иммунной реакции организма при инфекционных процессах. Провоспалительный цитокин интерлейкин-1 β , индуцированный при хроническом аденоидите, кодируется в полиморфном локусе 3954. Авторами проведено клиничко-генетическое обследование 407 детей с хроническим аденоидитом в возрасте от 2,5 до 10 лет. Показано, что у лиц, гомо- или гетерозиготных по высокопродуцирующему аллелю *С гена интерлейкина-1 β изучаемого полиморфного локуса, продуцируется большее количество цитокина, чем у лиц, гомозиготных по дикому аллелю *Т гена этого цитокина. Таким образом, полиморфизм гена интерлейкина-1 β влияет на цитокиновый ответ и может быть определяющим в стратификации групп риска хронического аденоидита у детей. Предложенная стратификация позволяет персонализированно подойти к решению современных медико-биологических задач в оториноларингологии.

Ключевые слова: хронический аденоидит, персонализированная диагностика, стратификация.

Библиография: 5 источников.

Numerous proven examples presented in medical literature allow us to assume that genetic factors play a certain role in controlling the immune reaction in infectious diseases. Proinflammatory cytokine interleukin-1 β , induced in chronic adenoids, is encoded in the polymorphic locus 3954. We have conduct



*out a clinical genetic study of 407 children with chronic adenoiditis aged from 2,5 to 10 years. It shows that in individuals homo-or heterozygous for highly productive allele of *C interleukin-1 β gene of the polymorphous locus studied more cytokine is produced then in individuals homozygous for the wild allele of *T gene of this cytokine. Thus, the polymorphism of interleukin-1 β gene influences the cytokine response and can be a determining factor in risk group stratification of chronic adenoiditis in children. This stratification allows to adopt a more personalized approach to the solution of contemporary biomedical problems in otorhinolaryngology.*

Key words: *chronic adenoiditis, personalized diagnosis, stratification.*

Bibliography: *5 sources.*

В настоящее время медико-биологические задачи в оториноларингологии диктуют необходимость интегративного подхода для их решения.

Современные направления биомедицинских исследований подразумевают как изучение клинико-молекулярных механизмов заболеваний и молекулярную лабораторную диагностику, так и индивидуальную профилактику, терапию, установление прогноза. В то же время медицина становится персонализированной, пациент-ориентированной, постулирующей гетерогенность заболеваний. Следовательно, двустороннее движение навстречу друг другу – биологии и медицины – должно являться приоритетным на данном этапе развития науки в целом и оториноларингологии в частности.

Системный подход к решению медико-биологических задач позволит обеспечить не только эффективность медицинских программ, но и продуктивность инвестиций, вложенных в исследования. Понимание типовых биологических процессов с новой точки зрения потребует анализа объема медицинской биобазы данных, переориентации клинического мышления, междисциплинарного подхода к исследованиям с формированием команды и привлечением специалистов.

Для докторов-клиницистов, в частности оториноларингологов, золотым стандартом всегда являлся прикладной аспект результатов проведенных исследований, основанный на доказательной медицине.

Известно, что в основе всех физиологических и патологических процессов организма лежат генетически детерминированный путь иммунного ответа на факторы окружающей среды и иммунологическая реактивность – своеобразный «темперамент» иммунного ответа – при реализации генетической программы (рис. 1).

Указанные составляющие определяют фундамент состояния организма с постоянным балансированием между адаптацией и дезадаптацией, либо оставаясь в рамках относительного здоровья, либо погружаясь в патологию и формирование болезни [4]. Но обратимость изменений зависит не только от характера и продолжительности воздействий, но и от компетентности организма, его потенциальных, резервных возможностей. Становится очевидной необходимость определения роли генетически детерминированных иммунопатологических механизмов в развитии воспалительных ЛОР-заболеваний.

Хронический аденоидит (ХА) занимает первое место в структуре распространенности ЛОР-заболеваний среди детей дошкольного возраста. По данным С. В. Бобровой, М. Н. Мельникова, Н. В. Терсковой (2008), на его долю приходится 45,2% в структуре ЛОР-патологии детского населения до 10-летнего возраста г. Красноярска [1]. Пути повышения эффективности лечения и профилактики ХА направлены в основном на совершенствование методов терапии уже развившегося заболевания и устранение факторов, способствующих его развитию. К сожалению, на практике, даже при проведении комплекса лечебно-профилактических мероприятий у детей с ХА, оториноларингологи сталкиваются с частыми рецидивами активного воспаления в лимфаденоидной ткани глоточной миндалины, прогрессирующим заболеванием. При этом существующие диагностические методы позволяют констатировать уже развившийся патологический процесс. В то же время недостаточно разработаны методология медико-генетической диагностики и консультационная поддержка лиц с ХА как полигенного (мультифакториального) заболевания. Вследствие вышеуказанного естественно попытки оториноларингологов, воздействуя на иммуномодуляции, купировать патологический процесс.



terskovanatasha@mail.ru; **Вахрушев** Сергей Геннадиевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: 8(391)220-16-25, e-mail: vsg20061@yandex.ru; **Шнайдер** Наталья Алексеевна – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. медицинской генетики и клинической нейрофизиологии Института последипломного образования Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: 8-913-535-47-77.; e-mail: NASHnaider@yandex.ru.

УД К: 616. 28-008. 14-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУГОУХОСТИ

Л. А. Торопова, Т. В. Жуйкова, А. И. Николаева

SURGICAL TREATMENT OF DEAFNESS

L. A. Toropova, T. V. Zhuikova, A. I. Nikolaeva

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

(Зав. каф. ЛОР болезней с курсом ПО – проф. С. Г. Вахрушев)

Описаны способы хирургического лечения тугоухости, используемые отохирургами в клинике. Приведены послеоперационные результаты, в том числе при стапедопластике в зависимости от типа протеза (тефлоновый, титановый, титаново-тефлоновый), после установки частично имплантируемого аппарата Баха.

Ключевые слова: отит, отосклероз, пороговая тональная аудиометрия, протезы.

Библиография: 4 источника.

Methods of surgical treatment of the deafness, used otosurgeons in the clinic are described. Postoperative results are given, including at stapedotomy, depending on a type of a prosthesis (teflon, titanic, titanium-teflon), after installation of partially implanted device "Baha".

Key words: otitis, otosclerosis, pure tone audiometry, prostheses.

Bibliography: 4 sources.

Хирургическая реабилитация больных с кондуктивной и смешанной формами тугоухости, вызванной хроническим гнойным средним отитом и его последствиями либо негнойными заболеваниями уха, всегда являлась сложной и интересной проблемой для отохирургов. С 1946 г. в клинике проводились слухоулучшающие операции заведующим кафедрой Е. Г. Михлиным, который одним из первых в Советском Союзе начал делать тимпаноластику. В 1967 г. С. Г. Айзенберг, защитив кандидатскую диссертацию на тему «О применении некоторых видов трансплантатов при радикальной операции и тимпанопластике», внедряет эти методики в работу клиники, в том числе с созданием большей тимпанальной полости за счет смещения неотимпанальной мембраны кнаружи. В 1969 г. для формирования тимпанальной мембраны продолжается использование кожного, кожно-фасциального лоскута, фасции височной мышцы (Айзенберг С. Г., Псахис Б. П., Хромечек Б. И.). С 1999 г. нами активно выполняется палисадная тимпаноластика либо для устранения дефекта используется тонкий слой хряща с надхрящницей, взятый из внутренней поверхности ушной раковины или козелка.

Перед нами стояла задача усовершенствования техники и качества операций за счет использования протезов фирмы Kurz для оссикулопластики и стапедопластики. Выполнение тимпаноластики и пластики задней стенки слухового прохода, антромастоидальной полости проводилось с защитой неотимпанального лоскута и раневой поверхности силиконовыми



4. Торопова Л. А., Жуйкова Т. В., Николаева А. И. Реабилитация слуха у больных отосклерозом // Famili health in the XXI century oncology – XXI century. Materials of XII International Scientific Conference and III International Scientific Oncological Conference, Part II – Elat. – Perm. – 2008. – P. 296–299.

Торопова Людмила Афанасьевна – канд. мед. наук, доцент каф. ЛОР-болезней с курсом ПО Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: 8(391) 220-16-25, 8-904-895-83-03, e-mail: tludmila49@mail.ru; **Жуйкова** Татьяна Васильевна – канд. мед. наук, доцент каф. ЛОР-болезней с курсом ПО Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: 8(391) 220-16-25, 8-905-976-25-56, e-mail: zhuikova.tat@mail.ru; **Николаева** Анна Игоревна – аспирант каф. ЛОР-болезней с курсом ПО Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел.: 8(391) 220-16-25, моб. тел.: 8-908-020-31-91, e-mail: annanikolaevalor@mail.ru

УДК: 616.211-002.2-072.1

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОНТАКТНОЙ МИКРОЭНДОСКОПИИ В ВОПРОСЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА

М. А. Хорольская, С. Г. Вахрушев

PROGNOSTIC POSSIBILITIES OF A CONTACT ENDOSCOPY IN A QUESTION OF EARLY DIAGNOSTICS OF A CHRONIC INFLAMMATION OF A MUCOUS MEMBRANE OF A CAVITY OF A NOSE

M. A. Horolskaya, S. G. Vachrushev

*Красноярский государственный медицинский университет им. профессора
В. Ф. Войно-Ясенецкого
(Зав. каф. ЛОР-болезней с курсом ПО – проф. С. Г. Вахрушев)*

В статье рассматриваются вопросы применения контактной микроэндоскопии в ринологии для скрининга заболеваний. В целях оценки возможностей контактной микроэндоскопии был исследован 41 клинически здоровый доброволец. По данным контактной микроэндоскопии у 12 человек подгруппы 2А отмечались критерии вазомоторного ринита, у 9 подгруппы 2Б – критерии хронического гипертрофического ринита. По истечении срока наблюдения (1 год) у 5 человек подгруппы А (41,67 %) развился клинически верифицированный вазомоторный ринит, в подгруппе Б гипертрофический ринит был зафиксирован в 3 (33,33 %) случаях. Таким образом, метод контактной микроэндоскопии объективен в диагностике ранних патологических процессов в слизистых оболочках.

Ключевые слова: *контактная микроэндоскопия, вазомоторный ринит, хронический гипертрофический ринит, донозологическая диагностика.*

Библиография: 7 источников

In article questions of application of a contact endoscopy in a rhinology for screening of diseases are considered. For the purpose of an assessment of possibilities of a contact endoscopy 41 clinically healthy volunteers were investigated. According to a contact endoscopy at 12 people of a subgroup 2A criteria of a vasomotor rhinitis, at the 9th subgroup 2Б – criteria of a chronic hypertrophic rhinitis became perceptible. After observation term (1 year) at 5 people of a subgroup A (41,67 %) clinically verified vasomotor rhinitis developed, in a subgroup of B the hypertrophic rhinitis was fixed in 3 cases (33,33 %). Thus, the method of a contact endoscopy is objective in diagnostics of early pathological processes in mucosas.



Key words: *contact endoscopy, vasomotor rhinitis, chronic hypertrophic rhinitis, till nosology diagnostics.*

Bibliography: 7 sources.

Проблема донозологической диагностики различных заболеваний, в том числе и ЛОР-органов, остается актуальной.

Возможность определить донозологические состояния, пограничные между здоровьем и болезнью, предопределяет поиск адаптационных возможностей организма и получение научно обоснованного ответа на вопрос о том, как далеко от возможной дезадаптации и развития заболевания находится человек.

Основным методом донозологической диагностики является скрининг – оценка состояния, поиск фактора риска или заболевания путем опроса, клинического обследования, инструментального или лабораторного исследования, которые могут быть выполнены относительно быстро.

В оториноларингологии скрининговым инструментальным методом можно назвать стандартный и (или) эндоскопический осмотр ЛОР-органов. Но даже при эндоскопическом исследовании спорная визуализация не всегда позволяет точно поставить диагноз, а тем более определить начальные признаки того или иного заболевания.

С этой точки зрения новым направлением является контактная микроэндоскопия. Контактная микроэндоскопия – это осмотр поверхностных слоев эпителия *in vivo* и *in situ* после окрашивания слизистой оболочки 1%-ным водным раствором метиленового синего при увеличении в 60 раз. Прижизненное морфологическое исследование слизистой оболочки позволяет верифицировать различные заболевания полости носа [4, 6], носоглотки [5], гортани [3, 7].

Цель исследования. Оценка возможности контактной микроэндоскопии для донозологической диагностики хронических ринитов.

Пациенты и методы исследования. Обследован 41 клинически здоровый доброволец (10 мужчин и 31 женщина) в возрасте от 18 до 30 лет.

Всем добровольцам, участвовавшим в исследовании, проводилось: стандартное клиническое обследование (сбор жалоб, стандартный осмотр ЛОР-органов), эндоскопическое и микроэндоскопическое исследование полости носа, функциональное исследование (передняя активная риноманометрия и лазерная доплеровская флоуметрия), бактериологическое и цитологическое исследование мазков из полости носа.

Критериями отбора являлись: отсутствие в анамнезе хронических заболеваний полости носа; отсутствие ОРВИ и любой местной терапии на момент осмотра и в течение предшествующего месяца; отсутствие в анамнезе аллергических реакций; эндоскопическое исследование полости носа в норме.

Микроэндоскопическое исследование слизистой оболочки полости носа проводили всем испытуемым после эндоскопического осмотра и окрашивания слизистой оболочки полости носа 1%-ным водным раствором метиленового синего. Для проведения контактной микроэндоскопии применяли контактный микроэндоскоп диаметром 4 мм передне-бокового видения с углом зрения 30° с увеличением в 60 раз (x60).

При микроэндоскопическом исследовании определяли критерии: качественные (форма, размер ядра, однородность окраски эпителия, расположение клеточных элементов, продукция слизи, наличие метаплазии эпителия) и количественные [количество ядер в поле зрения; цветовые координаты (ЦК) ядра, цитоплазмы, метилен-резистентных полей (МРП); цветовое соотношение (ЦС) ядра, цитоплазмы, МРП; цветовой индекс (ЦИ) ядра, цитоплазмы, МРП; абсолютная и удельная площади МРП]. Все критерии изучали в компьютерной программе Adobe Photoshop CS3 Extended version 10.0.1. Для исключения субъективизма при определении цветовых количественных показателей мы использовали аддитивную цветовую модель RGB, где R (Red), G (Green), B (Blue) – красный, зеленый, синий, – это составляющие цветовые компоненты, количество которых характеризует уровень насыщенности окраски исследуемого объекта [2].

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета программ прикладной статистики SPSS v.11.5 for Windows и программы



УДК: 616.21 (09): 378: (470.43)

ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ ВЕХИ САМАРСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ

Н. С. Храппо

THE SIGNIFICANT STAGES OF THE SAMARA OTOLARYNGOLOGICAL SCHOOL

N. S. Khrappo

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет
Минздрава России»

(Зав. каф. оториноларингологии им. академика И. Б. Солдатова –
доц. А. П. Мирошниченко)

В статье даны сведения, характеризующие состояние оториноларингологической службы в Самаре (ранее Куйбышев) в период 1942–1998 гг., и показана роль кафедры оториноларингологии Самарского государственного медицинского университета (ранее Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова) в ее развитии и успехах.

Ключевые слова: оториноларингология, научно-педагогическая школа.

Библиография: 8 источников.

This article presents the data characterizing the state of the otolaryngological service in Samara (earlier Kuibyshev) from 1942 till 1998 and the role of the Otolaryngological Department of the Samara State Medical University (earlier Kuibyshev medical Institute named after D. I. Ulyanov) and its development and success.

Key words: otolaryngology, scientifically-pedagogical school.

Bibliography: 8 sources.

Научно-педагогические школы не рождаются на пустом месте и не создаются по приказу сверху. Они возникают там, где коллективом руководит яркая личность, талантливый ученый, образованный человек высокой культуры, с хорошим вкусом, большой любовью к своему делу и глубочайшими профессиональными знаниями.

Всеми этими качествами обладал *Игорь Борисович Солдатов*, когда 38-летним доктором медицинских наук прибыл в 1961 г. заведовать кафедрой оториноларингологии в Куйбышевский медицинский институт. Он принял от профессора Б. Н. Лукова, который заведовал кафедрой 18 лет, молодой, работоспособный, хорошо профессионально подготовленный коллектив, где превыше всего ценились порядочность и чувство локтя, но где наука не стояла на первом месте и не занимала умы сотрудников. Главным было лечить и учить.

Игорь Борисович, девизом жизни которого были слова одного из героев любимого писателя А. П. Чехова – «наука самое главное, самое важное, самое нужное в жизни человека», довольно быстро сумел сделать так, что и для нас наука стала любимым делом, потребностью. Оказалось, что лечить и учить через науку и интереснее, и полезнее. Будучи к моменту приезда в Куйбышев уже состоявшимся ученым и клиницистом, Игорь Борисович щедро делился своими знаниями и умениями с сотрудниками, вникал в их нужды, заботился и помогал. Его отношение еще больше сплачивало коллектив. На следующей фотографии Игорь Борисович с коллективом кафедры и клиники через год после принятия кафедры.

Сухие цифры статистики иллюстрируют, что удалось сделать Игорю Борисовичу со своими сотрудниками и помощниками за 37 лет его пребывания на должности заведующего кафедрой и главного оториноларинголога облздраотдела для самарской оториноларингологии и что можно считать знаменательными вехами в ее истории.

Впервые в истории самарской оториноларингологии были проведены 1-я (1962), затем 2-я (1964) научно-практические конференции врачей-оториноларингологов с участием фониастров, сурдологов и онкологов.



УДК: 616.284-002.155-022.7-036-07-053.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИРУС-ИНДУЦИРОВАННОГО ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Л. Н. Хулугурова², Н. В. Щербик^{1, 2}, А. В. Староха^{1,2}, К. И. Чуйкова³

FEATURES OF CURRENT, CLINIC AND LABORATORY DISPLAYS A VIRUS-INDUCED OTITIS MEDIA WITH EFFUSION AT CHILDREN

L. N. Khulugurova, N. V. Shcherbik, A. V. Starokha, K. I. Chuikova

¹ Томский филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

(Директор – засл. врач РФ, проф. А. В. Староха)

ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет

(² Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А. В. Староха; ³ зав. каф. инфекционных болезней ФПК и ППС – проф. К. И. Чуйкова)

Проведен анализ результатов вирусологического, аудиологического, лабораторных методов исследований у 140 детей в возрасте от 3 до 12 лет, страдающих экссудативным средним отитом (ЭСО). В результате определения вирусоносительства у этих детей была выявлена более частая встречаемость Эпштейн–Барр вирусной инфекции (ВЭБ-инфекции) – в 83,3% случаев, реже аденовирусная (АВ) – 39% случаев и респираторно-синцитиальная (РС) вирусная инфекция (19,3%). Установлено, что вирусные инфекции играют роль в развитии ЭСО у детей, что требует рациональной диагностики и соответствующего лечения.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, дети, Эпштейн–Барр вирус, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальная инфекция, аудиометрия.

Библиография: 15 источников.

At 140 children in the age of from 3 till 12 years suffering OME was lead the analysis of results virologic, audiologic, laboratory methods. As a result the virus persisstation at these children more frequent occurrence Epstein-Barr virus infection – in 83,3 % of cases, less often adenovirus infection – 39 % of cases and respiratory syncytial infection a virus infection (19,3 %) has been revealed. It is established, that the virus infections play a role in development OME in children that demands rational diagnostics and corresponding treatment.

Key words: otitis media with effusion, children, Epstein-Barr virus, adenovirus infection, respiratory syncytial infection, audiometry.

Bibliography: 15 sources.

Проблема патологии органа слуха с каждым годом становится все более актуальной не только в медицинском, но и социально-экономическом отношении. В последние годы появилась тенденция к увеличению количества пациентов с негнойными заболеваниями среднего уха, среди которых особое место занимает ЭСО. По частоте встречаемости заболевание выходит на одно из первых мест среди пациентов детского возраста [1, 4, 7].

Тугоухость, являющаяся одним из наиболее постоянных симптомов ЭСО, часто становится причиной социальной дезадаптации больных, а у детей ведет к нарушению психоэмоционального, речевого и интеллектуального развития [1, 7, 8, 10].

Среди этиологических факторов ЭСО на сегодняшний день наиболее активно обсуждаются инфекционные [7, 9, 14], иммунологические [2, 5, 12], аллергические [11, 13] факторы.

В настоящее время активно дискутируется вопрос и о роли острой респираторной вирусной инфекции, в том числе ее рецидивирующих форм, как запускающего фактора в развитии ЭСО. Кроме того, не вызывает сомнений связь заболевания с герпесвирусными инфекциями, в частности с вирусом Эпштейна–Барр (ВЭБ), чаще проявляющаяся в детском возрасте [3, 6, 15].



ФПК и ППС Сибирского ГМО. 634050, Томск, ул. Московский тракт, д. 2, тел.: 8-952-152-49-47, e-mail: kirainf@elefot.tsu.ru; **Щербик Н. В.** – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии ГБОУ ВПО Сибирский ГМУ, врач-оториноларинголог Томского филиала НКЦО ФМБА России. 634050, Томск, ул. Московский тракт, д. 2, тел.: 8-960-979-35-03, e-mail: ent-ssmu@mail.ru; **Хулугурова** Лариса Николаевна – аспирант каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ. 634034, Томск, ул. Нахимова, д. 3, тел.: 8-961-096-12-13, e-mail: lkhulugurova@mail.ru

УДК: 616.28-002-08

ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО РАСТВОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ОТИТОВ

Н. Ж. Хушвакова, Н. О. Хамракулова

MOTIVATION OF ANTISEPTIC DECASAN SOLUTION EFFICACY IN TREATMENT OF PERFORATIVE OTITIS

N. J. Khushvakova, N.O. Khamrakulova

*Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
(Ректор – проф. А. М. Шамсиев)*

Изучены возможности использования самого действенного антисептического раствора (АСР) декаметаксина в лечении средних отитов. Показана эффективность нового лекарственного средства для внешнего и внутрисредного использования у больных острым перфоративным отитом и при обострении хронического гнойного среднего отита. Использование этого раствора при гнойных отитах у больных с хроническим лейкозом показало хорошие результаты в раннем периоде, когда достигается положительный эффект без хирургического вмешательства, а также сокращаются длительность лечения и риск осложнений хронических гнойных отитов.

Ключевые слова: *средний отит, бактериологическое исследование, антибактериальная терапия, наблюдение.*

Библиография: *6 источников.*

Possibilities of employment of the most effective antiseptic decametaxin solution in treatment of middle otitis have been studied. Efficacy of the new remedy for external and internal cavital use has been shown in patients with acute perforative otitis and in exacerbation of chronic purulent middle otitis. Usage of this solution in purulent otitis in patients with chronic leucosis revealed good results in an early period and favourable effect without surgical intervention and also shortens duration of treatment and risk of chronic purulent otitis complication.

Key words: *otitis media, bacteriological research, antibacterial therapy, observation.*

Bibliography: *6 sources.*

Наличие перфорации барабанной перепонки при бактериальном среднем отите позволяет вводить медикаментозные средства непосредственно в тимпанальную полость. Однако число препаратов, разрешенных для введения в среднее ухо, ограничено в связи с их раздражающим действием (спиртовые растворы), ототоксическим эффектом (аминогликозиды) и др. В этой связи устойчивые позиции в лечении перфоративных средних отитов занимает антисептический раствор декаметаксин, в частности, он имеет широкий антимикробный спектр действия, имеет выраженное бактерицидное действие на стафилококки, стрептококки, дифтерийную и синегнойную палочки. Высоактивен относительно микроорганизмов, стойких к антибиоти-



УДК:616.288.1:616-006.5:616-006.6

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕКОТОРЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НАРУЖНОГО УХА

А. И. Чернолев, В. И. Попадюк, А. С. Гришина

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SOME NEOPLASMS OF EXTERNAL EAR

A. I. Chernolev, V. I. Popadyuk, A. S. Grishina

*ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. В. И. Попадюк)*

В работе приведены результаты наблюдения 146 больных опухолями и опухолеподобными образованиями наружного уха. Определена группа методов исследования, которые необходимо применить при данной патологии, а также значение радиоволнового скальпеля и склерозирующей терапии в лечении некоторых новообразований наружного уха. Методика проведения склерозирующей терапии описана детально и может быть применена даже в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: новообразования наружного уха, «Сургитрон», склерозирующая терапия.

Библиография: 10 источников.

146 cases of external ear neoplasms have been observed in the paper. We have thoroughly analyzed the role of different investigation methods and treatment of neoplasms of external ear, especially usage of the ultra-wave scalpel and sclerosating therapy. Method of providing of sclerosating therapy has been described in details and could be used even in ambulatory conditions.

Key words: neoplasms of external ear, „Surgitron”, sclerosating therapy.

Bibliography: 10 sources.

Новообразование уха – сравнительно редкое заболевание, но в последние годы количество больных с данной патологией неуклонно растет. Некоторые авторы связывают увеличение количества больных опухолями уха с изменением окружающей среды и социально-экономической обстановкой. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные состояния опасны тем, что имеют потенциальную возможность озлокачествляться. Морфологическая структура злокачественных опухолей наружного уха многообразна.

Цель работы. Повышение эффективности лечения больных с опухолеподобными, доброкачественными и злокачественными новообразованиями наружного уха путем совершенствования ранней диагностики и способов лечения.

Наше исследование основано на результатах всестороннего и углубленного анализа развития болезни, методов диагностики и результатов лечения 146 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями наружного уха, которые находились на лечении в ЛОР-клинике Российского университета дружбы народов (ЛОР-отделение ГБУЗ «Городская клиническая больница № 4» ДЗ г. Москвы).

Первое место по частоте занимали опухолеподобные образования – 58 (40%) больных, реже встречались доброкачественные опухоли – 48 (33%) больных, еще реже – злокачественные новообразования – 40 (27%) больных.

Большинство больных были в возрасте от 20 до 80 лет – 129 (88,3%). Больных моложе 20 лет было 7 (4,8%), старше 80 лет – 10 (6,9%) больных.

Из опухолеподобных образований чаще всего встречались невусы – 22 (15,3%) больных, меньше было больных атеромами – 16 (11%), старческим кератозом – 8 (5,4%), келоидами – 7 (4,9%), кожным рогом – 3 (2%), кистами – 2 больных.

Среди больных доброкачественными опухолями на первом месте были пациенты с плоскоклеточной папилломой – 14 (9,7%), на втором – больные гемангиомами и остеомами – по 11 (7,5%), реже встречались церуминомы (7) и дерматофибромы (3), отмечены также по одному наблюдению гемангиоперицитомы и лейомиомы.



9. Ранняя диагностика доброкачественных опухолей уха и их рецидивов / В. Ф. Антонив [и др.] // Вестн. оторинолар. – 1995. – № 4. – С. 17–20.
10. Чернолев А. И., Попадюк В. И. Злокачественные опухоли наружного уха // XI международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке». – М., 2010. – С. 261.

Чернолев Анна Ильинична – ассистент каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов, тел.: 8-926-182-73-77, e-mail: acernolev@yandex.ru; **Попадюк** Валентин Иванович – зав. каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов, тел.: 8-916-113-30-32, e-mail: logval04@mail.ru; **Гришина** Анастасия Сергеевна – аспирант каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов., тел.: 8-916-739-49-64, e-mail: rain138@mail.ru

УДК: 616.284–002.253:616.839

СТАПЕДОТОМИЯ И РЕКОНСТРУКЦИЯ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕЙ ЦЕПИ У БОЛЬНЫХ ТИМПАНОСКЛЕРОЗОМ С ФИКСАЦИЕЙ СТРЕМЕНИ

И. И. Чернушевич, И. А. Аникин

STAPEDOTOMY AND OSSICULAR CHAIN RECONSTRUCTION IN PATIENTS WITH STAPES FIXATION DUE TO TYMPANOSCLEROSIS

I. I. Chernushevich, I. A. Anikin

ФГБУ «СПб НИИ ЛОР Минздравсоцразвития России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

В статье представлены результаты хирургического лечения 35 больных тимпаносклерозом, которым в связи с фиксацией стремени были выполнены стапедотомия (стапедэктомия) и реконструкция звукопроводящей цепи. Были использованы три способа реконструкции: поршневая стапедопластика с фиксацией протеза на длинной ножке наковальни, поршневая стапедопластика с фиксацией протеза на рукоятке молоточка и установка полного оссикюлярного протеза на фасциальный аутоотрансплантат.

Ключевые слова: тимпаносклероз, фиксация стремени, стапедотомия, стапедэктомия, оссикюлопластика.

Библиография: 21 источник.

In this article we described the results of surgical treatment of 35 patients with tympanosclerosis undergone stapedotomy (stapedectomy) and ossicular chain reconstruction due to stapes fixation. We used 3 methods of surgical correction: stapedoplasty with prosthesis fixed to incus, stapedoplasty with prosthesis fixed to malleus, ossiculoplasty with total prosthesis on facial graft.

Key words: tympanosclerosis, stapes fixation, stapedotomy, stapedectomy, ossiculoplasty.

Bibliography: 21 sources.

В ранних работах, посвященных проблеме лечения тимпаносклероза, отношение к операциям было скептическим. Считалось, что хирургическое вмешательство при тимпаносклерозе является малоэффективным, а в некоторых случаях, например при необходимости мобилизации фиксированного стремени, – чрезвычайно рискованным вследствие неизбежного воздействия на внутреннее ухо. В настоящее время подавляющее большинство авторов сходится во мнении, что хирургическое лечение является наиболее эффективным способом слуховой реабилитации больных тимпаносклерозом [4, 5, 11, 19].

Тимпаносклеротические очаги, фиксирующие стремя, рекомендуют удалять микрохирургическими иглами и крючками, добиваясь мобилизации стремени, а реконструкцию цепи слуховых косточек при необходимости выполнять за счет установки частичного или полного оссикюлярного протеза [9, 10, 16].



УДК: 616.28-008.1:616.22-008.5.001.8

**ПОКАЗАТЕЛИ ИМПЕДАНСОМЕТРИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ
С ДАННЫМИ ВИДЕОЛАРИНГОСТРОБОСКОПИИ
ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ ГОЛОСА****Т. А. Шидловская, Е. Ю. Куренева****PERFORMANCE IN RELATION TO THE IMPEDANCE DATA
VIDEOLARINGOSTROBOSKOPII
WITH FUNCTIONAL VOICE DISORDERS****T. A. Shidlovskaya, E. Yu. Kureneva**

*ГУ «Институт отоларингологии им. А. И. Коломийченко НАМН Украины», Киев
(Директор – академик Национальной академии медицинских наук Украины –
Д. И. Заболотный)*

Авторы исследовали показатели акустической импедансометрии во взаимосвязи с данными видеоларингостробоскопии у пациентов с функциональной гипотонусной дисфонией. Показано, что у пациентов с более тяжелым течением гипотонусной дисфонии отмечается достоверное снижение амплитуды акустического рефлекса. Авторы рекомендуют использовать показатели амплитуды акустического рефлекса наряду с данными видеоларингостробоскопии в качестве объективных критериев оценки тяжести течения гипотонусной дисфонии, а также при проведении профотбора лиц голосоречевых профессий.

Ключевые слова: гипотонусная дисфония, акустический рефлекс внутриушных мышц, видеоларингостробоскопия, амплитуда акустического рефлекса.

Библиография: 24 источника.

The authors investigated the performance of acoustic impedance in conjunction with the data videolaringostroboskopii in patients with functional dysphonia gipotonusnoy. It is shown that in patients with more severe dysphonia gipotonusnoy noted a significant decrease in the amplitude of the acoustic reflex. The authors recommend the use of indicators of the amplitude of the acoustic reflex, the data videolaringostroboskopii as objective criteria for assessing the severity of gipotonusnoy dysphonia, as well as during prfotbora golosorechevyh those professions.

Key words: gipotonusnaya dysphonia, acoustic reflex in-the-muscle, videolaringostroboskopiya, the amplitude of the acoustic reflex.

Bibliography: 24 sources.

Проблемы диагностики функциональных заболеваний голосообразования, повышения качества их лечения, профилактики, а также профотбора лиц голосоречевых профессий и решение вопросов трудовой экспертизы по сей день остаются одними из наиболее важных в отоларингологии и фониатрии. С каждым годом актуальность этих проблем повышается, что связано с возрастанием роли коммуникационных связей в современном обществе и увеличением контингента лиц, имеющих повышенную голосовую нагрузку во время выполнения своих профессиональных обязанностей [1, 2, 8, 9, 12, 21].

Учитывая сложность патогенеза функциональных дисфоний и важную роль дисфункций центральных регуляторных механизмов фонации, а также важную роль слухового анализатора для полноценной дифференцированной фонации [4, 18], многие авторы предлагают исследовать не только ларингеальные, но также экстраларингеальные, не связанные непосредственно с состоянием гортани, проявления функциональных дисфоний, прежде всего состояние слуховой и центральной нервной систем. Так, в работах Т. А. Шидловской [10–12] приводятся данные о состоянии центральной нервной системы, сосудов головного мозга, различных отделов слухового анализатора при функциональных дисфониях. В работах [6, 15–17] приводятся данные относительно характеристик акустического рефлекса (АРВМ) при функциональной гипотонусной дисфонии. Авторы показывают, что характеристики АРВМ, а особенно его ам-



17. Шидловська Т. А., Куреньова К. Ю. Характеристика амплітуди АРВМ та слухової функції в конвенціональному та розширеному діапазонах частот у хворих з функціональними порушеннями голосу // Журн. вушн., нос. та горл. хвороб. – 2002. – № 1. – С. 6–11.
18. Юссон Р. Певческий голос. – М.: Музыка, 1974. – 262 с.
19. Bosatra A., Russolo M., Poli P. Modifications of the stapedius muscle reflex unde spontaneus and experital brain stem impairment // Acta Otolaryngol., 80 (1–2). – 1975. – P. 61–66.
20. Colletti V. Stapedius reflex abnormalities in multiple sclerosis // Audiology. – 1975, N 14. – P. 63–71.
21. Franco R. A., Andres J. G. Common Diagnoses and Treatments in Professional Voice Users // Otolaryngol. Clin. North Am. – 2007. – Vol. 40, N 5. – P. 1025–1061.
22. Hammershlag V. Uber die Reflex-bewegung des muskulus tenzor tympani und ihre centralen Bahnen // Arch. Ohrenheilk. – 1998. – Vol. 47. – P. 261–275.
23. Laryngeal mechanisms during human 4-kHz vocalization studied with CT, videostroboscopy and Color Doppler imaging / Ch. G. Tsai [et al.] // J. Voice. – 2008. – V. 22, N 3. – P. 275–282.
24. Schindler O., Gonella M. L., Pisani R. Doppler ultrasound examination of the vibration speed of vocal folds // Folia Phoniatr. – 1990. – M42. – P. 265–272.

Шидловская Татьяна Анатольевна – докт. мед. наук, профессор, вед. н. с. лаборатории профессиональных нарушений голоса и слуха Института отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко. Украина, Киев, тел.: +3-044-483-24-69, e-mail: lorprof@ukr.net; **Куренева** Екатерина Юрьевна – канд. мед. наук, ст. н. с. лаборатории профессиональных нарушений голоса и слуха Института отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко НАМН Украины. Украина, Киев, тел.: +3-044-483-29-86, e-mail: lorprof@ukr.net

УДК: 616.28-008.14:616.711-001.8

ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОРОТКОЛАТЕНТНЫХ СЛУХОВЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

А. Ю. Шидловский

TIME INDEXES OF BRAINSTEM AUDITORY EVOKED POTENTIALS IN PATIENTS WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS IN CERVICAL OSTEOCHONDROSIS

A. U. Shidlovsky

*Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, Киев, Украина
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. деятель науки и техники Украины,
проф. Ю. В. Митин)*

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

В статье описаны результаты обследования 38 больных с сенсоневральной тугоухостью при остеохондрозе и 20 здоровых нормально слышащих лиц, у которых были изучены временные характеристики коротколатентных слуховых вызванных потенциалов и проведено их сравнение. Показано, что у больных с сенсоневральной тугоухостью при остеохондрозе страдает не только периферический отдел слухового анализатора, но и ствол мозговых его структуры.

Полученные данные важны при диагностике и лечении больных с сенсоневральной тугоухостью на фоне остеохондроза.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, КСВП, диагностика, остеохондроз.

**Библиография:** 15 источников.

This article describes the results of a survey of 38 patients with sensorineural hearing loss in osteochondrosis and 20 healthy people which have been studied the temporal characteristics of brainstem auditory evoked potentials and compared. It is shown that in patients with sensorineural hearing loss in osteochondrosis affects not only the peripheral auditory analyzer, but also brainstem its structure. These data are important in the diagnosis and treatment of patients with sensorineural hearing loss on the background of osteochondrosis.

Key words: *sensorineural hearing loss, brainstem potentials, diagnostic, osteochondrosis.*

Bibliography: 15 sources.

Среди многочисленных причин, которые приводят к развитию сенсоневральной тугоухости (СНТ), во многих работах отмечается и остеохондроз [2, 4, 7, 10 и др.].

В. Т. Пальчун и соавт. [7] у 30% больных с СНТ вначале не могли установить причину ее возникновения. Однако после тщательного их обследования они установили, что основной причиной заболевания были следующие нарушения: спазм сосудов, эмболия, тромбоз, сдавление сосудов вследствие остеохондроза шейного отдела позвоночника, вегето-сосудистая дистония, нарушение со стороны свертывания крови и другие вазогенные нарушения, которые приводят к гипоксии мозга.

Е. Г. Шахова [10] среди 400 больных с СНТ в 21% случаев выявила остеохондроз. М. Ю. Бобошко и соавт. [2] провели анализ этиологических факторов, которые привели к развитию хронической СНТ, и выявили, что в 83% случаев тугоухость развилась на фоне таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, атеросклероз сосудов головного мозга и недостаточность мозгового кровообращения вследствие остеохондроза шейного отдела позвоночника (остеохондроз межпозвоночных дисков, наличие остеофитов, унковертебрального артроза).

При этом в ряде работ описаны не только корешковые, плечелопаточные, церебральные, вегетативные и офтальмологические изменения, но и кохлеовестибулярные, обусловленные шейным остеохондрозом [2, 5, 8 и др.].

Однако в работах обычно приводятся характеристики о состоянии периферического отдела слухового анализатора. Известно также, что по данным многих авторов в основе патогенеза кохлеовестибулярных и неврологических расстройств при шейном остеохондрозе лежит травматизация симпатического сплетения позвоночной артерии, что, в свою очередь, приводит к нарушению кровообращения во внутреннем ухе.

В работах Н. В. Верещагина [1]; П. Р. Камчатнова [5] также показано, что нарушения кровообращения в позвоночных артериях приводят к развитию пастозности или преходящей недостаточности ствола мозга, мозжечка, затылочных долей и задних отделов височных долей мозга, медиальных отделов таламуса и гипоталамуса, шейного отдела спинного мозга, внутреннего уха. Поэтому представляет интерес изучение и стволотомозговых структур слухового анализатора по данным регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП). Многие авторы считают, что реакция мозгового ствола на звуковые стимулы по данным компьютерной аудиометрии является одним из наиболее эффективных и перспективных методов [6, 9, 12–14 и др.].

Цель работы. Изучение состояния стволотомозговых структур слухового анализатора по данным временных показателей коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) у больных с СНТ, обусловленной остеохондрозом, а также у здоровых нормально слышащих лиц и их сравнительный анализ.

Пациенты и методы. Для решения поставленной цели нами были обследованы 38 больных с СНТ, обусловленной остеохондрозом, в возрасте от 37 до 50 лет. Из них женщин было 23, а мужчин – 15. Контролем служили 20 здоровых нормально слышащих лиц в возрасте от 30 до 40 лет.

Нами также проводились детальный сбор анамнеза и анализ жалоб пациентов, общий клинический отоларингологический осмотр больных в целях выявления острых и хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов, а также их осложнений и последствий, которые могли бы повлиять на результаты проведенных нами исследований.



6. Левин С.В. Использование слуховых вызванных потенциалов в современных аудиологических исследованиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 16с.
7. Пальчун В. Т., Кунельская Н. Л., Захаров А. Г. Аудиометрия в диагностике ишемии головного мозга в остром периоде субарахноидального кровоизлияния // Вестн. оторинолар. – 1995. – № 1. – С. 5–8.
8. Практическое руководство по сурдологии / А. И. Лопотко [и др.] – СПб.: Диалог, 2008. – 273 с.
9. Хечинашвили С. Н. Исследование слуховой функции: Руководство по оториноларингологии / Под ред. И. Б. Солдатова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1997. – С. 48–62.
10. Шахова Е. Г. Оценка эффективности действия препаратов тауфона, фенибута и глицина в комплексном лечении сенсоневральной тугоухости // Рос. оторинолар. – 2007. – № 6. – С. 182–187.
11. Chiappa K. H., Gladstone K. J., Young R. R. Brainstem auditory evoked responses. Studies of wave form variations in 50 normal human subjects // Archives of Neurology. – 1980. – Vol. 7, N 1. – P. 1350–1143.
12. Cueva Roberto A., MD, FACS Auditory brainstem response versus magnetic resonance imaging for the evaluation of asymmetric sensorineural hearing loss / Roberto A. Cueva, MD, FACS // Laryngoscope. – 2004. – Vol. 114, oct. – P. 1686–1692.
13. Geremek A., Kochanek K., Skarzynski H. Evolution of auditory brainstem evoked potentials in children with Down syndrome. 4th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. Abstracts // Laryngo-Rhino-Otologie. – 2000. – N 1 Suppl. 79. – P. 84.
14. Human audiology steady-state responses / T. W. Picton [et al.] // Int. J. Audiol. – 2003. – Vol. 42. – P. 177–219.
15. Thornton A.R.D., Hawkes C.H. Neurological applications of surface-recorded electrocochleography // J. Neurol. Neurosurg. Psych. – 1976. – 39, N 4. – P. 586–592.

Шидловский Анатолий Юрьевич – ст. лаборант каф. оториноларингологии НМУ им. А. А. Богомольца. 01607, Киев, бул. Тараса Шевченко, д. 13, тел. раб.: +38-044-235-20-96.

УДК: 616.831-002-022:616.523-07:616.282.7-079

НАРУШЕНИЕ СЛУХОВОЙ АФФЕРЕНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ НЕЙРОИНФЕКЦИЕЙ

Н. А. Шнайдер¹, С. В. Крыжановская^{1,2}, Ю. С. Панина¹

VIOLATION OF AUDITORY AFFERENTATION IN PATIENTS WITH CHRONIC HERPES VIRUS NEUROINFECTION

N. A. Shnyder, S. V. Krijanovskaya, Yu. S. Panina

¹ ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»,

Университетская клиника

(Ректор – проф. И. П. Артюхов)

² ФБГУЗ «Сибирский Клинический центр ФМБА России», Красноярск

(Главный врач – Е. А. Мячина)

Цель – оптимизация диагностики нарушений слуховой афферентации у больных с хроническим герпес-вирусным энцефалитом (по данным акустических стволовых вызванных потенциалов). Материалы и методы: обследованы 113 человек, в том числе: взрослые – 99 (88%), дети – 22 (12%). Медиана возраста – 28 лет. Нейрофизиологическое исследование: амбулаторный мониторинг электроэнцефалограммы (ЭЭГ), видео-ЭЭГ-мониторинг, акустические стволовые вызванные потенциалы (АСВП). Результаты: нарушения слуховой афферентации преобладают на уровне периферического отдела (проксимальные отделы слуховых нервов) и на понтомезенцефальном внутриволовном уровне, демиелинизирующего характера. Выводы: АСВП является ранним и чувствительным методом нейрофизиологической диагностики нарушения слуховой афферентации у больных с хроническим герпес-вирусным энцефалитом.

Ключевые слова: герпес, энцефалит, акустические стволовые вызванные потенциалы.

Библиография: 8 источников.



Purpose was optimization of auditory afferentation diagnosis in patients with chronic herpes virus encephalitis (according to auditory brainstem potentials). Materials and Methods: We observed 113 people, including 99 (88%) adult and 22 (12%) children. Median age of patients was 28 years old. Neurophysiological research: ambulatory monitoring of electroencephalogram (EEG), video-EEG monitoring, auditory brainstem potentials (ABPs). Results. We shown aural asymmetry of auditory afferentation on peripheral and ponto-mesencephalon levels. Conclusion: ABPs is an early and sensitive method for diagnosis of auditory pathways in patients with chronic herpes virus encephalitis.

Key words: herpes, encephalitis, auditory brainstem potentials.

Bibliography: 8 sources.

Нейроинфекции составляют $\frac{1}{3}$ всей патологии нервной системы. Среди инфекционных поражений центральной нервной системы (ЦНС) 20–30% занимают вирусные энцефалиты. Вирусный энцефалит, вызванный вирусом простого герпеса (ВПГЭ), – наиболее распространенная вирусная инфекция ЦНС человека. Удельный вес этого заболевания составляет около 20% в структуре вирусных энцефалитов [6, 8]. В целом 60–90% жителей в мире инфицируются одним или несколькими штаммами вирусов семейства *Herpes viridae*, включая вирус простого герпеса 1-го типа – ВПГ1, вирус простого герпеса 2-го типа – ВПГ2, вирус герпеса человека 6-го типа – ВГЧ6, вирус герпеса человека 7-го типа – ВГЧ7, вирус герпеса человека 8 типа – ВГЧ8, вирус Эпштейна–Бар – ВЭБ, вирус ветряной оспы или *Virus varicela zoster* – ВВЗ, цитомегаловирус – ЦМВ [6, 7]. Клиническая симптоматика ВПГЭ зависит от стадии заболевания и характера его течения. Типичные симптомы дебюта (острой стадии) ВПГЭ: лихорадка (90%), головная боль (81%), психиатрические симптомы (71%), эпилептические припадки (67%), тошнота (46%), фокальная мышечная слабость (33%), снижение памяти (24%). При объективном осмотре чаще диагностируются лихорадка и нарушения психических функций. Типичные симптомы развернутой клинической картины острого ВПГЭ: нарушение поведения и уровня сознания (97%), лихорадка (92%), дисфазия (76%), атаксия (40%), эпилептические припадки (38%), в том числе: фокальные (28%), вторично-генерализованные (10%), гемипарезы (38%), поражение черепных нервов (32%), снижение зрения (14%), отек дисков зрительных нервов (14%) [6]. ВПГЭ является результатом первичной ВПГ-инфекции в одной трети случаев [4]. В других случаях ВПГ является следствием активации хронической латентной ВПГ-инфекции периферической нервной системы [хронические очаги в области луковицы обонятельного нерва и/или ганглиях тройничного нерва, реже первично-хронических очагов в ЦНС]. В большом числе случаев неврологически асимптомные индивидуумы имеют латентную хроническую ВПГ-инфекцию [4].

Переход ВПГ-нейроинфекции в хроническое состояние является главным фактором развития нарушений функционирования лимбической области мозга [3]. В клинической картине хронического ВПГЭ на первый план выступают: симптоматическая эпилепсия (70%), психические нарушения и расстройства поведения (26%), нарушения зрительной и слуховой афферентации (69%) [5]. В последние годы применение высокочувствительных неинвазивных диагностических методов показало высокую частоту стертых форм, атипичных и подострых экзacerbаций с первично-хроническим прогрессивным течением, чаще у пациентов с иммунодефицитным состоянием. Однако клиническая диагностика поражения сенсорных систем (в первую очередь слухового анализатора) при хронических ВПГЭ и развития сенсоневральной тугоухости (акустического неврита) на начальных стадиях заболевания сложна, так как активных жалоб пациенты не предъявляют (в редких случаях возникает ощущение нечеткости при распознавании звуков высокой тональности), что побудило нас к проведению настоящего исследования.

Проведение звукового сигнала осуществляется по наружному слуховому каналу до тимпанической мембраны, которая передает колебания на группу косточек среднего уха: молоточек, наковальню, стремечко. Последние передают сигнал на овальное окно улитки, где располагается кортиев орган. Собственно воспринимающие элементы – волосковые клетки – расположены на базилярной мембране *scala tympani*. Существуют два типа волосковых клеток: внутренние высокопороговые и наружные низкопороговые. От волосковых клеток отходят



УДК: 616.22-089.168.1-06:616.839

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВНС У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А. Ю. Юрков

THE FUNCTIONAL STATE OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH LESIONS OF THE LARYNX AFTER SURGICAL TREATMENT

А. Y. Yurkov

ФГБУ «СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

Проведено исследование функционального состояния ВНС у больных с поражениями гортани в до- и послеоперационном периодах. До операции у большинства больных была выявлена вегетативная дисфункция, обусловленная недостаточным или избыточным вегетативным обеспечением деятельности. При сопоставлении до- и послеоперационных параметров было выявлено, что у одних больных «операционный стресс» вызывал изменение активности вегетативной нервной системы, дающее адекватное вегетативное обеспечение деятельности и положительно влияющее на восстановительные процессы в гортани, а у других больных вегетативная дисфункция, зафиксированная до операции, сохранилась.

Ключевые слова: заболевания гортани, функциональное состояние вегетативной нервной системы, хирургическое лечение.

Библиография: 10 источников.

The investigation of the functional state of autonomic nervous system in patients with lesions of the larynx in the pre- and postoperative periods was performed. Before surgery, most patients showed neurovegetative dysfunction due to insufficient or excessive neurovegetative maintenance activity. The comparison of pre- and postoperative parameters found that in some patients "operational stress" caused a change in activity of the autonomic nervous system, ensuring adequate neurovegetative maintenance activity with positive effects to the regenerative processes in the larynx, and in other patients neurovegetative dysfunction recorded prior to surgery persisted.

Key words: laryngeal disease, functional status of the autonomic nervous system, surgical treatment.

Bibliography: 10 sources.

Оториноларингологическая практика показывает, что нейродистрофические изменения, связанные с нарушениями адаптационно-трофической функции ВНС, являются одним из эндогенных факторов патогенеза многих ЛОР-заболеваний и нередко определяют тяжесть течения и исход болезни [1–4, 6–10].

В связи с этим весьма актуальным становится не только поиск наиболее целесообразных подходов к удалению патологических образований в ЛОР-органах, но и разработка оптимальных способов ведения больных в пред- и послеоперационном периодах с учетом всех патогенетических механизмов [5].

В настоящее время результаты оперативных вмешательств, проведенных по поводу удаления патологических образований гортани, не всегда являются удовлетворительными из-за длительности восстановительного периода и таких результатов лечения, при которых функции гортани восстанавливаются не полностью, возникают рецидивы заболеваний, а в некоторых случаях доброкачественные изменения переходят в злокачественные.

Цель исследования. Изучение функционального состояния вегетативной нервной системы после оперативных вмешательств на гортани и его влияния на течение восстановительного периода.

Пациенты и методы. Для достижения поставленной цели в процессе работы выясняли анамнез заболевания, проводили клиническое и оториноларингологическое обследование больных по общепринятым методикам, видеоэндоларингостробоскопию, диагностику состо-



ЛИТЕРАТУРА

1. Казимирко Н. М. Вегетативная нервная система и регуляция функции слизистой оболочки полости носа, околоносовых пазух и среднего уха в норме и при патологии // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1995. – № 1. – С. 71–77.
2. Лазарев В. Н., Суздальцев А. Е. Состояние вегетативной нервной системы при хронических воспалительных заболеваниях ЛОР-органов у детей // Вестн. оторинолар. – 1994. – № 1. – С. 27–30.
3. Нейровегетативная составляющая патогенеза заболеваний верхних дыхательных путей / А. Ю. Юрков [и др.] // Рос. оторинолар. – 2004. – № 1 (8). – С. 13–16.
4. Нейровегетативный компонент патогенеза функциональной дисфонии по гипотонусному типу / А. Ю. Юрков [и др.] // Там же. – 2007. – № 3. – С. 120–122.
5. Пискунов Г. З. Выбор оптимального метода хирургического вмешательства при аллергическом рините. Предоперационная подготовка больных и ведение послеоперационного периода // Рос. ринология. – 1999. – № 1. – С. 61–64.
6. Роль вегетативной нервной системы в патогенезе заболеваний верхних дыхательных путей / С. В. Рязанцев [и др.] // Болезни органов дыхания. – 2005. – № 2. – С. 32–34.
7. Сравнительный анализ функциональной активности вегетативной нервной системы у больных с патологией гортани. / Юрков А. Ю. [и др.] // Рос. оторинолар. – 2008. – № 5 (36). – С. 185–189.
8. Функциональная диагностика состояния ВНС у больных с патологией верхних дыхательных путей / Т. И. Шустова [и др.] // Там же. – 2005. – № 6 (19). – С. 18–23.
9. Шустова Т. И., Рязанцев С. В., Янов Ю. К. Вегетативная иннервация уха, горла и носа. – СПб.: Диалог, 2010. – 192 с.
10. Юрков А. Ю., Шустова Т. И. Функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных с хроническим гипертрофическим ларингитом // Рос. оторинолар. – 2005. – № 4 (17). – С. 133–137.

Юрков Александр Юрьевич – ст. н. с. отдела физиологии и патологии голоса и речи НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8(812)316-41-17, e-mail: yurkovaleks@yandex.ru

УДК: 681.513.674: 616.283.1-089.843

ВЛИЯНИЕ ФЕНОМЕНА УСКОРЕННОГО НАРАСТАНИЯ ГРОМКСТИ НА НАСТРОЙКУ РЕЧЕВОГО ПРОЦЕССОРА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Ю. К. Янов, В. И. Пудов, Д. С. Клячко

THE RECRUITMENT INFLUENCE ON A SPEECH PROCESSOR SET UP IN PATIENTS AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

U. K. Yanov, V. I. Pudov, D. S. Klyachko

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

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

Программирование многоканальных кохлеарных имплантатов является сложной задачей для аудиолога, так как требует оценки субъективных реакций, отражающих серию сложных психофизических ощущений. Даже взрослые пациенты, имеющие слуховой опыт, не всегда могут точно охарактеризовать подаваемый им при настройке сигнал, не говоря уже о маленьких прелингвально оглохших детях. Особенно сложно установить уровни максимальной комфортной громкости, когда неправильная оценка субъективной реакции пациента при настройке кохлеарного импланта может привести к повышению уровня громкости до болевого порога. Регистрация стапедального рефлекса помогает при настройке речевого процессора. Чтобы оценить влияние феномена ускоренного нарастания громкости на соотношение между порогами стапедального рефлекса и уровнями максимальной комфортной громкости было проведено обследование 11 пациентов с пре- и постлингвальной глухотой в возрасте от 10 до 40 лет.



Установлено, что при наличии феномена ускоренного нарастания громкости корреляция между порогам стapedиального рефлекса и уровнями максимальной комфортной громкости значительно выше. Стандартизация методики регистрации стapedиального рефлекса позволяет получить более стабильные результаты и повысить точность настройки.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, стapedиальный рефлекс, максимальная комфортная громкость, феномен ускоренного нарастания громкости.

Библиография: 9 источников.

Programming of multichannel cochlear implants is a complex challenge for audiologist because it demands an estimation of subjective reactions reflecting a series of difficult psychophysical sensations. Even adult patients with an acoustical experience, can't always characterize a given control signal exactly, and so do the small prelingually deaf children. It is especially difficult to establish the level of the maximal comfortable loudness when the wrong estimation of patient's subjective reaction on the cochlear implant set up can lead to a level of loudness increasing to a pain threshold. Registration of a stapedial reflex helps in a speech processor set up. To estimate the recruitment influence on a relationship between stapedial reflex thresholds and the levels of maximal comfortable loudness an exam of 11 patients with pre- and postlingual deafness aged from 10 to 40 has been made. It was established that in the presence of a the recruitment, correlation between stapedial reflex thresholds and the levels of maximal comfortable loudness is significantly higher. The stapedial reflex registration technique standartization allows to receive more stable results and to increase an accuracy of setting.

Key words: cochlear implantation, stapedius reflex, maximum comfortable loudness, recruitment.

Bibliography: 9 sources.

Эффективность слухоречевой реабилитации пациентов после кохлеарной имплантации в значительной степени зависит от качества настройки речевого процессора [1–3]. Адекватная настройка параметров речевого процессора представляет собой весьма сложную проблему, особенно у маленьких детей. С одной стороны, они не имеют слухового опыта, с другой – выбор оптимальной громкости сигнала является для них слишком трудной задачей. В настоящее время самым распространенным и доступным методом, используемым для объективизации процесса настройки, является регистрация электрически вызванного стapedиального рефлекса [5], однако он не дает стопроцентного совпадения с субъективными уровнями максимальной комфортной громкости [6–9]. В связи с этим было проведено исследование, которое позволило стандартизировать методику настройки речевого процессора [4], но даже после этого не во всех случаях удавалось добиться оптимальных результатов, что и заставило продолжить работу в направлении поиска физиологических параметров, влияющих на настройку.

В качестве такого параметра был избран феномен ускоренного нарастания громкости (ФУНГ), в медицинской литературе называемый также рекруитментом (recruitment). Этот феномен заключается в том, что звуковые раздражители воспринимаются больным ухом гораздо более громкими, чем в норме, и наблюдается при некоторых нарушениях слуха, главным образом при поражениях клеток кортиева органа, расположенного во внутреннем ухе. При ФУНГ сокращается дистанция между порогом слышимости и порогом дискомфорта, нарушается способность приспособления к звукам разной громкости, а также восприятие и воспроизведение речи.

С учетом того, что при настройке речевого процессора основной целью специалиста является создание оптимальной карты настройки, обеспечивающей восприятие звуков максимально широкого диапазона громкости, но не причиняющей пациенту дискомфорта, **целью настоящего исследования** являлось выяснение влияния ФУНГ на корреляцию между порогам максимально комфортной громкости, избранной самим пациентом, и уровнями стapedиального рефлекса, которые регистрируются в ответ на стимуляцию слухового нерва.

Для решения поставленной задачи были обследованы пациенты, у которых речевой процессор настраивался по субъективным ощущениям и в то же время регистрировался стapedиальный рефлекс.

В собственном исследовании использовался персональный компьютер с программным обеспечением CI.Studio-2.0 (старая версия программного продукта, которая по сравнению с



УДК: 616.28-009.12-053.1:616.12-008

НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Ю. К. Янов¹, Л. Э. Тимчук¹, В. Е. Кузовков¹, А. С. Симбирцев², А. В. Демьянов²,
Л. М. Бернатович¹, Л. В. Юрченко¹, А. Н. Мироненко¹, С. С. Зудова¹

VIOLATION OF A WARM RHYTHM AT PATIENTS WITH CONGENITAL SENSONEVRALNY RELATIVE DEAFNESS

Y. K. Janov, L. I. Timchuk, V. E. Kuzovkov, A. S. Simbirtsev, A. V. Demyanov,
L. M. Bernatovich, L. V. Yurchenko, A. N. Mironenko, S. S. Zudova

¹ ФГБУ «СПб НИИ уха горла и речи Минздравсоцразвития России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

² ФГУП «Государственный научно-исследовательский институт особо чистых
биопрепаратов ФМБА России»

(Директор – проф. А. С. Симбирцев)

Предоперационную подготовку больных с врожденной сенсоневральной тугоухостью необходимо проводить с учетом факторов риска развития синкопе и (или) внезапной смерти на фоне нарушения сердечного ритма. Изучение патогенетических механизмов развития СНТИV расширит взгляд на причинно-следственные связи запуска необратимых процессов в слуховом нерве, а также позволит разработать тактику подготовки больных в предоперационном периоде и в периоде речевой реабилитации.

Ключевые слова: нарушения сердечного ритма, синкопе, сенсоневральная тугоухость, кохлеарная имплантация, функциональный полиморфизм генов.

Библиография: 55 источников.

Preoperative preparation of patients with congenital sensorineural hearing loss should be carried out taking into account the risk factors for syncope and (or) sudden death against heart rhythm disorders. Study of pathogenetic mechanisms of development of SNTIV, expand the view of the causal relationships start irreversible processes in the auditory nerve and allow the development of tactics training patients in the preoperative period and the period of voice rehabilitation.

Key words: cardiac arrhythmias, syncope, sensorineural hearing loss, cochlear implants, functional polymorphisms of genes.

Bibliography: 55 sources.

Врожденная сенсоневральная тугоухость является одной из актуальных проблем современной отиатрии, что связано с многообразием этиологических факторов, вызывающих развитие патологии слухового нерва.

Сочетание врожденной сенсоневральной тугоухости с патологией сердечно-сосудистой системы определяет необходимость индивидуального подхода к обследованию и лечению больных данной категории, а также создает предпосылки для более глубокого изучения патогенетических механизмов развития сочетанного поражения, на первый взгляд, не связанных между собой органов и систем.

Нарушения ритма сердца у детей представляют собой наиболее сложный раздел клинической педиатрии, а в случае сочетания данной патологии с врожденной сенсоневральной тугоухостью IV степени (СНТИV) утяжеляет долю ответственности врачей, так как заболевания сердечно-сосудистой системы всегда сопряжены с риском для жизни пациента. Многообразие форм аритмий, трудности диагностики, отсутствие в ряде случаев эффективного лечения, неожиданности пароксизмов нарушения ритма, иногда приводящих к внезапной смерти, доказывают значимость изучения сочетанной патологии сердечно-сосудистой системы и слухового нерва. Сложность объясняется отсутствием единого понимания патогенетических механизмов, ответственных за возникновение аритмий, сочетающихся с поражением слухового нерва [1, 2].



УДК:616.216.1-002:615.33:615.451

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО СИНУСИТА****О. Ю. Мезенцева¹, А. В. Беседин², А. А. Воробьева¹, М. В. Родионова³****ASSESSMENT OF LOCAL TREATMENT OF ACUTE BACTERIAL SINUSITIS****O. U. Mezentseva, A. V. Besedin, A. A. Vorobeva, M. V. Rodionova**

ГОУ ВПО « Курский государственный медицинский университет»

*(¹Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. З. Пискунов; ²зав. каф. микробиологии, вирусологии, иммунологии – проф. П. В. Калуцкий)**³ ОБУЗ Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи**(Городской цитологический центр)**(Главный врач – канд. мед. наук В. Е. Ивакин)*

Длительная антибиотикотерапия приводит к нарастанию резистентности к антибиотикам. Все чаще в литературе появляются сообщения о необходимости ограничения использования системной антибактериальной терапии. Мы изучили клиническую эффективность применения местного антибактериального препарата биопарокс при лечении острого бактериального синусита.

Применение антибиотика местного действия биопарокс в лечении острого бактериального синусита показывает более быстрое восстановление клинических и функциональных показателей состояния слизистой оболочки, а сравнительная оценка цитограмм говорит о сокращении продолжительности воспалительного процесса.

Повышение уровня секреторного лактоферрина у больных, получавших Биопарокс, может свидетельствовать об иммуномодулирующем эффекте препарата.

Ключевые слова: *острый бактериальный синусит, местное лечение, клинические и функциональные показатели слизистой оболочки полости носа.*

Библиография: *19 источников.*

Long antibiotic therapy leads to increase of antibiotics resistance. Even more often in literature there are reports on need of restriction of usage of systemic antibacterial therapy. We studied clinical efficiency of application of a local antibacterial drug (Bioparox) in the treatment of acute bacterial sinusitis. Application of Bioparox in treatment of acute bacterial sinusitis shows faster restoration of clinical and functional properties of nasal cavity mucosa. The comparative assessment of cytograms speaks about reduction of duration of inflammatory process. Rising of secretory lactoferrin level in patients using Bioparox can testify the immunomodulating effect of the preparation.

Key words: *acute bacterial sinusitis, local treatment, clinical and functional properties of a nasal cavity mucosa.*

Bibliography: *19 sources.*

В 0,5–10% случаев простуда или грипп заканчиваются воспалением околоносовых пазух – острым риносинуситом [14, 17, 19]. Главные механизмы, обеспечивающие развитие бактериальной инфекции вслед за вирусной – это повреждение высоковирулентными агентами (грипп и аденовирус) эндотелия слизистой оболочки полости носа, супрессия вирусом активности нейтрофилов, макрофагов и лейкоцитов. Взрослые люди переносят приблизительно от

К 80-ЛЕТИЮ В. И. БАБИЯКА



Трудно и легко писать о своем друге Вячеславе Ивановиче Бабияке. Трудно потому, что так неожиданно он, всегда молодежавший, спортивный, в прошлом мастер спорта по спринту, теперь блестяще прошел стайерскую дистанцию длиной 80 лет. Находясь в полной боевой форме, получив в пути неизбежные «царапины», он готов и дальше накручивать свои годы-километры жизни. А легко потому, что я знаю его еще с молодых лет, которые выпали на те прекрасные 60-е годы минувшего века. Тогда мы в знаменитой вестибулярной лаборатории Военно-медицинской академии увлеченно работали над кандидатскими диссертациями. Он крутил на своем вестибулярном стенде условно здоровых больных, а я на своем – еще и ребят из школы «юных космонавтов». Была тогда в Ленинграде такая школа, созданная для юных романтиков и мечтателей. Да, в то время среди молодежи их было немало. Тогда наша страна во многих направлениях добивалась успехов, первой в мире осваивала космос, и будущее виделось им только в розовом цвете.

Это было время начала творческого пути Вячеслава Ивановича – яркой фигуры отечественной отоларингологии. Во всем, чтобы он ни делал, к чему бы ни прикасался, дома или в клинике и лаборатории, разрабатывая и создавая очередной оригинальный вестибулярный стенд для решения научных задач в интересах авиационной и космической медицины или работая за письменным столом над новой монографией, всегда чувствовалась рука талантливого человека.

Для большинства сослуживцев В. И. Бабияк – ученик В. И. Воячека, К. Л. Хилова и А. Е. Курашвили – заслуженно виделся будущим руководителем кафедры. Но время, в котором нам выпало жить, было не только успешным. К сожалению, научная карьера талантливого человека легко могла быть сломана усилиями анонимов и клеветников, процветавших в условиях прошлой партийной системы. Профессор В. И. Бабияк не был сломлен. Да, он не стал руководителем знаменитой кафедры, но капитальные монографии, написанные его талантливой рукой, стали на многие годы надежным руководством для отечественных отоларингологов, и с уверенностью можно сказать, не одного поколения. Ну а теперь позвольте привести некоторые подробности из жизни нашего юбиляра.

Вячеслав Иванович Бабияк родился 15 июня 1932 г. в Молдавии в г. Кишиневе. В то время в Молдавии была монархия, страной правила одна из ветвей Гогенцоллернов. Отец Вячеслава Ивановича служил на железной дороге машинистом. Мать зарабатывала рукоделием. В семье, где труд был в почете, детям прививали усердие и трудолюбие – те качества, которые позволяют занять достойное место в любом обществе.

С приходом в Молдавию освободительной Красной Армии многие квалифицированные рабочие и крестьяне, которые имели в личной собственности какое-то количество земли, полу-



чили «путевку» на освоение бескрайних сибирских просторов Советской России. Не минула эта участь и отца Вячеслава Ивановича. Воспитанием детей стал заниматься его дед – бондарь по профессии. Маленький Слава помогал ему с удовольствием мастерить бочки, спрос на которые в Молдавии, известной своими виноградниками и виноделами, никогда не иссякал. Славе нравилось не только делать бочки, но и дегустировать наливаемое в них вино, что, однако, не привело к дурным последствиям.

После окончания средней школы рабочей молодежи и работы токарем (вот откуда у Вячеслава Ивановича взялись навыки мастерового, которые ему оченьгодились при работе над своими вестибулярными стендами и прочей аппаратурой) он поступает в Военно-медицинскую академию. В те годы он, резвый и подвижный юноша, увлекается легкой атлетикой, где вскоре достигает больших успехов. Он становится одним из ведущих спринтеров страны, мастером спорта СССР, чемпионом Вооруженных сил СССР и стран Варшавского договора.

После окончания ВМА в 1957 г. и службы в войсках в 1963 г. Вячеслав Иванович, выдержав конкурс, снова поступает в Академию, теперь уже в клиническую ординатуру при кафедре отоларингологии.

Именно здесь Ученик нашел своего Учителя в лице начальника кафедры профессора К. Л. Хилова. В тот период на кафедре наряду с различными актуальными клиническими направлениями разрабатывались проблемы физиологии вестибулярного анализатора, в том числе профотбора и тренировки летчиков и космонавтов.

Это были уже упомянутые 60-е годы, годы триумфа советской науки и техники. Вся страна находилась под впечатлением наших космических успехов. Имена первых космонавтов были у всех на устах. Именно тогда кафедра отоларингологии Академии в лице ее руководителя К. Л. Хилова дала объяснение ведущих причин укачивания космонавтов и предложила меры по его профилактике.

Вскоре от одного из врачей «Зеленого городка», где находился Центр по отбору и подготовке космонавтов, стало известно, что будущий космонавт, врач по профессии, при исследовании на кресле Барани на вопрос: «В какую сторону он ощущает вращение (головокружение) после остановки кресла?» – ответил: «У меня нет головокружения». Все, кто хотя бы в малейшей степени знаком с основами физиологии вестибулярного аппарата, знают, что после прекращения вращения эндолимфа, заполняющая полукружные каналы, продолжает какое-то время движение по инерции и у здорового человека должно появиться ложное ощущение противовращения.

Летчики и кандидаты в космонавты, опасаясь придинок со стороны медицинского персонала, на всякий случай скрывали от врачей свои естественные физиологические ощущения. Необходимо было найти способ, объективизирующий эти субъективные ощущения и нередко скрываемое ощущение головокружения. Это было важно и потому, что головокружение появлялось также и у отдельных летчиков, совершавших слепые (ночные) полеты. Возникал конфликт ощущений пилотов и показаний приборов самолета. А это уже грозило появлением аварийной ситуации. Решение этой крайне важной задачи и было поручено молодому клиническому ординатору В. И. Бабияку, с первых дней своего пребывания на кафедре заявившему о желании заниматься наукой.

Им был сконструирован оригинальный вестибулометрический стенд – вращающееся кресло с программным автоматическим управлением. Стенд был оборудован приборами для записи окулограммы и фиксации ощущений головокружения, о которых сигнализировали обследуемые.

К исследованию привлекались добровольцы, не заинтересованные в даче ложных показаний. Это позволило установить, что появление нистагма (в начале и в конце вращения, а у отдельных лиц и на фоне длительного равномерного вращения) обязательно сопровождается головокружением, направление которого зависит от направления нистагма.

Таким образом, появилась возможность объективизировать субъективное чувство головокружения. Несомненно, выявление этого феномена представляет собой важнейшее открытие, не оцененное еще в достаточной мере. Появление спонтанного нистагма и головокружения



во время равномерного вращения, по мнению молодого ученого, свидетельствовало о возникающих в центральной нервной системе циклических реакциях неизвестного еще генеза. Исследование их положило начало новому направлению в современной лабиринтологии.

Результаты этой незаурядной работы были положены в основу кандидатской диссертации В. И. Бабияка «Некоторые рефлекссы вестибулярного анализатора применительно к профессиональному профотбору на летную службу», которая была защищена в 1967 г.

После окончания клинической ординатуры Вячеслав Иванович оставлен в Академии в должности научного сотрудника кафедры нормальной физиологии, где, не прерывая связи с кафедрой отоларингологии, работал течение 1967–1969 гг. С 1969 г. он снова сотрудник кафедры отоларингологии, где становится ее преподавателем, затем старшим преподавателем. В этот период своей научной деятельности Вячеслав Иванович с головой ушел в разработку другой важной темы – исследование взаимодействия вестибулярного и зрительного анализаторов. Эта работа стала особенно актуальной для истребительной и штурмовой авиации.

В 70-е годы происходили непрерывные военные конфликты, в том числе на Ближнем Востоке, в которых активно использовалась авиация. Уже давно перестало быть секретом участие в них наших самолетов и летчиков. Пилоты, совершавшие полеты на низких и предельно низких высотах, чтобы избежать радиолокационного обнаружения, должны были находить и поражать быстро мелькающие наземные цели. При этом пилот, получавший такие зрительные (оптокинетические) стимулы, одновременно находился под воздействием также и непрерывно меняющихся угловых и прямолинейных ускорений.

Для проведения исследований в этом направлении Вячеслав Иванович разработал еще один оригинальный оптокинетический вестибулометрический стенд, в котором испытуемый подвергался одновременному вестибулярному и оптокинетическому воздействию в различных вариантах. Проведенные исследования позволили выявить закономерности, представляющие огромное научное и практическое значение как для специального профотбора и тренировки военных летчиков, так и для интересов клинической лабиринтологии. Вячеславом Ивановичем была сформулирована концепция оптокинетовестибулярной системы, положившая начало целому ряду диссертационных исследований, выполненных на кафедре отоларингологии Академии.

По материалам этого фундаментального исследования в 1978 г. В. И. Бабияком была защищена докторская диссертация «Реакции глазодвигательного анализа и их сенсорные компоненты при сочетанных действиях вестибулярных и зрительных раздражителей».

В 1981 г. Вячеслав Иванович назначается на должность заместителя начальника кафедры, а в 1985 г. ему присваивается звание профессор. В это время он на базе центрифуги, построенной еще при В. И. Воячке, создает закрытый стенд, имитирующий космический корабль-тороид, предназначенный для появления силы тяжести. Однако научные исследования при тогдашнем руководстве кафедры не нашли поддержки.

В 1987 г. Вячеслав Иванович увольняется в запас по выслуге лет. Известный лабиринтолог, он привлекается к сотрудничеству во многие научные и лечебные учреждения Санкт-Петербурга, в том числе в Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи, Санкт-Петербургскую государственную медицинскую академию им. И. И. Мечникова, крупнейший медицинский центр города – МЧС № 122 и, конечно, в родную Военно-медицинскую академию.

С этого времени начинается его интенсивная научно-литературная работа, которая позволяет назвать Вячеслава Ивановича «золотым пером» отечественной отоларингологии. Вячеслав Иванович автор и соавтор многих научных статей и монографий, среди которых: «Электронистагмография» (1970), «Физиологические функции вестибулярной системы» (1975), «Вестибулярные и слуховые нарушения при шейном остеохондрозе» (1990), «Клиническая вестибулология» (2002), «Клиническая оториноларингология» (2005), «Вестибулярная функциональная система» (2007), «Профессиональные болезни верхних дыхательных путей и уха» (2009), «Оториноларингология. Учебник для вузов» (2012).

Неистощимую творческую энергию Вячеслав Иванович сочетает с удивительной отзывчивостью и готовностью оказывать помощь научной молодежи. Как хорошо, что в нашем го-



роде Санкт-Петербурге есть и продолжают трудиться такие прекрасный ученые, надежные и глубокие люди, каким является Вячеслав Иванович Бабияк, которому от всей души хочется пожелать здоровья, счастья и творческого долголетия.

Засл. врач РФ, профессор А. С. Киселев (Санкт-Петербург)

К поздравлениям юбиляру присоединяются:

Российское общество оториноларингологов,

Редакция журнала «Российская оториноларингология»,

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

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,

Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова,

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова



Г. М. Портенко, Е. Г. Портенко, Г. П. Шматов
Хронический тонзиллит с позиций современных информационных технологий

Монография посвящена проблеме хронического тонзиллита, а именно классификации и патогенезу. В монографии представлены на доказательной основе с помощью кластерного анализа и теории графов информационно значимые симптомы хронического тонзиллита, что позволило сделать заключение о неправомерности выделения его двух форм. Компенсированная форма ХТ по И. Б. Солдатову и простая по Б. С. Преображенскому не что иное, как проявление аллергической патологии организма, которое должно трактоваться как аллергическая фарингопатия и лечиться по стандарту аллергического заболевания. С помощью кластерного анализа симптомов ХТ доказано, что в основе патогенеза ХТ лежит иммунодефицитное

состояние организма. А это требует принципиально нового инновационного подхода к лечению данной патологии. Мы предлагаем принять во внимание то положение, что существует одно заболевание – хронический тонзиллит. Задача врача, таким образом, состоит в том, чтобы принять правильное диагностическое решение: есть у больного ХТ или нет его, а уже потом решать вопрос о консервативном или хирургическом лечении. Принятие данного положения позволит повысить достоверность диагностики ХТ и направит научные изыскания в нужном направлении для скорейшего решения данной актуальной проблемы оториноларингологии.

Стоимость экземпляра – 200 руб. (без почтовых расходов). Заказ направлять по эл. почте: E-mail:gennadij-j-portenko@yandex.ru



Извин А. И.

Клинические лекции по оториноларингологии: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. – Тюмень, 2012. – 224 с.

Во втором издании (первое вышло в 2003 г.) учебного пособия изложены пропедевтика, клиника, лечение и профилактика заболеваний уха, горла, носа, глотки и гортани. В лекциях отражены последние достижения науки и практики, касающиеся оториноларингологии. Книга иллюстрирована портретами выдающихся, ныне покойных оториноларингологов – академиков и членкорреспондентов Академий, а также таблицами, типовыми рентгенограммами, томограммами, рисунками и отдельными клиническими наблюдениями.

В книге приводятся клинические ситуационные задачи с ответами.



А. А. Чесноков

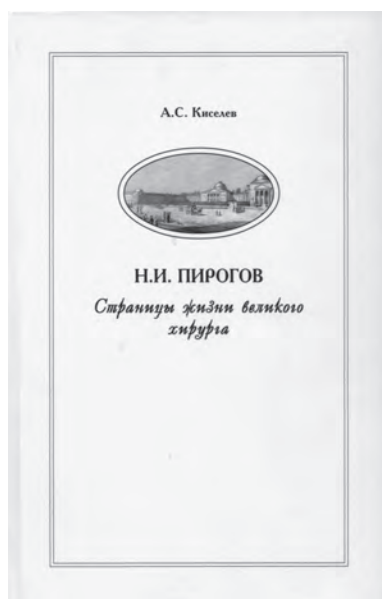
Чресщитовидные субтотальные резекции гортани с первичной ларингопластикой при раке гортани III и IV стадии

В монографии изложена история разработки вариантов лечения рака гортани III и IV стадии. Основным методом лечения этого заболевания в настоящее время является ларингэктомия, полное удаление гортани с наложением трахеостомы, через которую человек дышит. Нормальная речь отсутствует, как и отсутствует дыхание через нос. То есть прооперированные больные остаются на всю жизнь инвалидами без голосообразования и нормального дыхания. С 60-х годов прошлого столетия у нас и за рубежом разрабатывались методы субтотального удаления гортани при раке гортани III стадии с целью не только удалить опухоль, но и восстановить нормальное дыхание через нос и голосообразование. Однако у большинства оперированных больных расстраивался акт глотания, принимаемая пища попадала в дыхательные пути, что требовало до-

полнительного протезирования. Именно расстройство акта глотания после субтотального удаления гортани сдерживало внедрение операции в практику и гегемоном в лечении оставалась инвалидизирующая ларингэктомия.

Автор монографии по-новому осветил роль гортани в акте глотания и разработал свою рабочую классификацию всех мышц гортани. На основе этой классификации были разработаны 4 варианта чресщитовидных субтотальных резекций гортани с одномоментной ларингопластикой при раке гортани III и IV стадии, которые при сохранении онкологического эффекта ларингэктомии восстанавливали у абсолютного большинства оперированных больных нормальное дыхание через нос и речь при сохранении нормального акта глотания. Помимо этого автором разработаны хирургические подходы к гортани, обеспечивающие первичное заживление раны после операции, и особенности послеоперационного ведения больных, направленные на восстановление структуры реконструированной гортани. Все разработки автора подтверждены авторскими свидетельствами и проходили апробацию в онкоцентре СССР. В монографии представлен четвертьвековой опыт работы автора.

Книга предназначена для врачей-оториноларингологов, онкологов, онкологов-оториноларингологов.



А. С. Киселев

Н. И. Пирогов. Страницы жизни великого хирурга. – СПб.: ВМА, 2010. – 380 с.

Н. И. Пирогов (1810–1881) – великий отечественный хирург, ученый, педагог, оставивший значительный след в отечественной медицине, науке.

В этой книге рассказывается о жизни Н. И. Пирогова. Читатель может узнать о детстве Н. И. Пирогова, проведенном в Москве, о его учебе в Московском университете, стажировке в Дерптском университете, работе в Медико-хирургической академии, участии в Крымской войне, его работе на ниве народного образования, последних годах жизни великого хирурга. Автор освещает основные научные заслуги Н. И. Пирогова, рассказывает о его вкладе в науку, об основных его печатных трудах. Автор опирается на авторитетные источники по жизнеописанию Н. И. Пирогова, таким образом, эта книга является наиболее полной. Кроме того, автор проводит параллели между современностью и временем, в которое жил и трудился Н. И. Пирогов, что не может не вызвать интереса. Книга рассчитана на широкий круг читателей.

Книга рассчитана на широкий круг читателей.



А. А. Чесноков

Чресщитовидные субтотальные резекции гортани с первичной ларингопластикой при раке гортани III и IV стадии

В монографии изложена история разработки вариантов лечения рака гортани III и IV стадии. Основным методом лечения этого заболевания в настоящее время является ларингэктомия, полное удаление гортани с наложением трахеостомы, через которую человек дышит. Нормальная речь отсутствует, как и отсутствует дыхание через нос. То есть прооперированные больные остаются на всю жизнь инвалидами без голосоведения и нормального дыхания. С 60-х годов прошлого столетия у нас и за рубежом разрабатывались методы субтотального удаления гортани при раке гортани III стадии с целью не только удалить опухоль, но и восстановить нормальное дыхание через нос и голосоведение. Однако у большинства оперированных больных расстраивался акт глотания, принимаемая пища попадала в дыхательные пути, что требовало до-

полнительного протезирования. Именно расстройство акта глотания после субтотального удаления гортани сдерживало внедрение операции в практику и гегемоном в лечении оставалась инвалидизирующая ларингэктомия.

Автор монографии по-новому осветил роль гортани в акте глотания и разработал свою рабочую классификацию всех мышц гортани. На основе этой классификации были разработаны 4 варианта чресщитовидных субтотальных резекций гортани с одномоментной ларингопластикой при раке гортани III и IV стадии, которые при сохранении онкологического эффекта ларингэктомии восстанавливали у абсолютного большинства оперированных больных нормальное дыхание через нос и речь при сохранении нормального акта глотания. Помимо этого автором разработаны хирургические подходы к гортани, обеспечивающие первичное заживление раны после операции, и особенности послеоперационного ведения больных, направленные на восстановление структуры реконструированной гортани. Все разработки автора подтверждены авторскими свидетельствами и проходили апробацию в онкоцентре СССР. В монографии представлен четвертьвековой опыт работы автора.

Книга предназначена для врачей-оториноларингологов, онкологов, онкологов-оториноларингологов.



А. С. Киселев

Н. И. Пирогов. Страницы жизни великого хирурга. – СПб.: ВМА, 2010. – 380 с.

Н. И. Пирогов (1810–1881) – великий отечественный хирург, ученый, педагог, оставивший значительный след в отечественной медицине, науке.

В этой книге рассказывается о жизни Н. И. Пирогова. Читатель может узнать о детстве Н. И. Пирогова, проведенном в Москве, о его учебе в Московском университете, стажировке в Дерптском университете, работе в Медико-хирургической академии, участии в Крымской войне, его работе на ниве народного образования, последних годах жизни великого хирурга. Автор освещает основные научные заслуги Н. И. Пирогова, рассказывает о его вкладе в науку, об основных его печатных трудах. Автор опирается на авторитетные источники по жизнеописанию Н. И. Пирогова, таким образом, эта книга является наиболее полной. Кроме того, автор проводит параллели между современностью и временем, в которое жил и трудился Н. И. Пирогов, что не может не вызвать интереса. Книга рассчитана на широкий круг читателей.

СОДЕРЖАНИЕ

К юбилею каф. ЛОР-болезней с курсом ПО Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

А. В. Акимов, М. В. Григорьева, Р. А. Забиров Дальнейшие возможности хирургического лечения перфораций носовой перегородки . . .	3
И. М. Алибеков, Х. Т. Абдулкеримов, А. Р. Белявский Медицинская и социально-экономическая значимость стационаров дневного пребывания при заболеваниях верхних дыхательных путей в условиях Севера	7
И. А. Аникин, Х. М. Диаб, С. В. Астащенко, Р. В. Карапетян, И. Ф. Мустивый Реконструктивная слухоулучшающая операция с различными вариантами оссикулопластики у больных, перенесших консервативно-щадящие радикальные операции на среднем ухе.	10
В. И. Бабияк, А. Н. Пащинин, В. Н. Тулкин Лабиринтные нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга.	17
В. П. Вавилова, Т. А. Караульнова Преимущества небулайзерной терапии при лечении детей с аденотонзиллярной патологией.	29
М. А. Валькова, Н. А. Зорин, С. Г. Вахрушев, Л. А. Торопова, Т. В. Жуйкова Итоги внедрения универсального аудиологического скрининга на территории Красноярского края	32
С. Г. Вахрушев, Н. В. Терскова, М. А. Хорольская, Г. И. Буренков, Л. А. Торопова Оториноларингология в Красноярском крае.	36
Н. В. Еремина, Н. Ю. Леньшина Особенности течения хронического двустороннего гнойного синусита у двух сестер, позволившие диагностировать муковисцидоз	40
О. В. Зонтова, О. М. Базова Реабилитация пациентов после бинауральной кохлеарной имплантации	44
Л. Н. Карпенко, С. Г. Вахрушев, Л. А. Торопова БАХА – способ коррекции слуха у пациентов, страдающих хроническим средним отитом	46
С. А. Карпищенко, Г. В. Лавренова, Л. Р. Кучерова, А. С. Красненко Наш опыт лечения воспаления риносинусотубарной области	50
А. Б. Киселев, В. А. Чаукина, К. О. Самойлов, А. О. Изюмов, Г. Г. Пуль Одновременное терапевтическое лечение острого одонтогенного гнойного верхнечелюстного синусита и хронического деструктивного периодонтита с сохранением «причинного» зуба.	54
И. А. Коршунова, В. И. Попадюк, И. И. Бабиченко, И. И. Матела Диагностические критерии инвертированной папилломы и рака полости носа и околоносовых пазух	59

М. О. Кустов, С. А. Артюшкин, П. В. Начаров, Г. В. Вержбицкий, В. К. Артюшкина, Л. А. Гребенщикова Микрофлора наружного слухового прохода у больных бактериальным наружным диффузным отитом	66
М. М. Литвак, А. В. Староха, А. С. Мачалов, А. В. Балакина Динамика потребности в аудиологическом сопровождении у пациентов после кохлеарной имплантации на разных сроках реабилитации	70
И. Ф. Мустивый, И. А. Аникин, Х. М. Диаб, Р. В. Карапетян, М. В. Комаров Сравнительная оценка данных компьютерной томографии с результатами ревизионной тимпанотомии у пациентов, имевших в анамнезе КЩРО с тимпанопластикой	74
М. Р. Мухамедов, О. В. Черемисина, Е. Л. Чойнзонов, Д. Е. Кульбакин, Л. Н. Балацкая, Н. В. Васильев, В. Э. Гюнтер Современный взгляд на комплексный подход к диагностике, лечению и реабилитации больных раком гортани	78
А. И. Николаева, Л. М. Куртасова, С. Г. Вахрушев, Л. А. Торопова Особенности иммунного статуса у детей с гипертрофией глоточной миндалины	84
В. Г. Песчаный, М. М. Сергеев Иммунология небных миндалин в норме и при хроническом тонзиллите: современный взгляд на проблему	89
С. Д. Полякова, Е. А. Некрасова, Н. Н. Батенева Комплексный подход к диагностике и лечению острых мастоидитов	96
Ф. В. Семенов, Д. Л. Перехода Функциональная и эстетическая реабилитация пациентов с патологией слухового анализатора	99
А. Е. Смирнов, А. Л. Клочихин, В. В. Бырихина Способ чрескатетерной вентиляции легких при резекции гортани с полимерным эндопротезированием	103
А. Е. Смирнов, А. Л. Клочихин, Д. В. Лилеев Случай комбинированного хирургического лечения больного с местно-распространенным стенозирующим раком гортани без трахеостомии	108
И. А. Сребняк Новые подходы в лечении пациентов с хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой	111
А. В. Староха, А. В. Давыдов, С. Н. Кочеров Способ мирингопластики без заполнения барабанной полости рассасывающимися материалами	115
А. В. Староха, С. В. Симонов, В. Ю. Павлов Хирургическая реабилитация больных хроническими стенозами гортани и трахеи с применением опорных биоадаптивных материалов на основе никелида титана	119
Н. В. Терскова, С. Г. Вахрушев, А. С. Смбатян, Е. Н. Сизова Возрастные количественные и функциональные показатели иммунной системы у детей с хроническим аденоидитом в зависимости от ассоциации биологических видов микроорганизмов	126
Н. В. Терскова, С. Г. Вахрушев, Н. А. Шнайдер Современный подход к решению медико-биологических задач в оториноларингологии ..	139
Л. А. Торопова, Т. В. Жуйкова, А. И. Николаева Хирургическое лечение тугоухости	149

М. А. Хорольская, С. Г. Вахрушев	
Прогностические возможности контактной микроэндоскопии в вопросе ранней диагностики хронического воспаления слизистой оболочки полости носа	152
Н. С. Храпо	
Знаменательные вехи Самарской оториноларингологической школы	156
Л. Н. Хулугурова, Н. В. Щербик, А. В. Староха, К. И. Чуйкова	
Особенности течения и клинико-лабораторных проявлений вирус-индуцированного экссудативного среднего отита у детей	163
Н. Ж. Хушвакова, Н. О. Хамракулова	
Обоснование эффективности применения антисептического раствора при лечении перфоративных отитов	168
А. И. Чернолев, В. И. Попадюк, А. С. Гришина	
Диагностика и лечение при некоторых новообразованиях наружного уха	172
И. И. Чернушевич, И. А. Аникин	
Стапедотомия и реконструкция звукопроводящей цепи у больных тимпаносклерозом с фиксацией стремени	176
Т. А. Шидловская, Е. Ю. Куренева	
Показатели импедансометрии во взаимосвязи с данными видеоларингостробоскопии при функциональных нарушениях голоса	180
А. Ю. Шидловский	
Временные показатели коротколатентных слуховых вызванных потенциалов у больных с сенсоневральной тугоухостью при шейном остеохондрозе	183
Н. А. Шнайдер, С. В. Крыжановская, Ю. С. Панина	
Нарушение слуховой афферентации у больных с хронической герпесвирусной нейроинфекцией	187
А. Ю. Юрков	
Функциональное состояние ВНС у больных с поражениями гортани после хирургического лечения	194
Ю. К. Янов, В. И. Пудов, Д. С. Клячко	
Влияние феномена ускоренного нарастания громкости на настройку речевого процессора у пациентов после кохлеарной имплантации	198
Ю. К. Янов, Л. Э. Тимчук, В. Е. Кузовков, А. С. Симбирцев, А. В. Демьянов, Л. М. Бернатович, Л. В. Юрченко, А. Н. Мироненко, С. С. Зудова	
Нарушение сердечного ритма у больных с врожденной сенсоневральной тугоухостью ..	203
Школа фармакотерапии	
О. Ю. Мезенцева, А. В. Беседин, А. А. Воробьева, М. В. Родионова	
Оценка эффективности местного лечения острого бактериального синусита	214
Юбилей	
К 80-летию В. И. Бабяка	221
К сведению авторов	227