

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)	О. И. Коноплев (Санкт-Петербург)	А. В. Пашков (Москва)
И. А. Аникин (Санкт-Петербург)	В. И. Кочеровец (Москва)	А. Н. Пащинин (Санкт-Петербург)
В. Ф. Антонив (Москва)	В. И. Кошель (Ставрополь)	Г. З. Пискунов (Москва)
Н. А. Арефьева (Уфа)	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)

**№ 6 (61) 2012 г.**

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Журнал зарегистрирован Государственным комитетом РФ по печати.

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

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

### Учредители:

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Научно-клинический центр оториноларингологии  
ФМБА России»  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт  
уша, горла, носа и речи Минздравсоцразвития 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; tulkin@pfco.ru

### Компьютерная верстка: Т. М. Каргапольцева

Подписано в печать 03.12.2012 г.

Формат: 60×90<sup>1</sup>/<sub>8</sub>. Объем усл. печ. л. 28,25.

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 Минздравсоцразвития  
России, 2012

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



УДК: 616.28-008.55-02:616.831.71

## МОЗЖЕЧОК

### (СООБЩЕНИЕ ТРЕТЬЕ: ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ, ОКОНЧАНИЕ)

И. А. Аникин<sup>1</sup>, В. И. Бабияк<sup>2</sup>, В. А. Воронов<sup>2</sup>, Н. Е. Конеченкова<sup>3</sup>, А. Н. Пащинин<sup>2</sup>  
CEREBELLUM (THE THIRD MESSAGE: PRIVATE PATHOLOGY)

I. A. Anikin, V. I. Babiyak, V. A. Voronov, N. E. Konechenkova, A. N. Pashchinin

<sup>1</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздравоохранения России»

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

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Северо-Западный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздравоохранения России», Санкт-Петербург

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Ю. К. Янов)

<sup>3</sup> ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский медицинский педиатрический университет Минздравоохранения России»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Э. А. Цветков)

*В статье рассмотрены основные болезни и синдромы при патологии мозжечка, избрание которых было обусловлено близостью их симптоматики с таковой при заболеваниях и поражениях ушного лабиринта. Знание этих признаков должно оптимизировать прямую и дифференциальную диагностику, т. е. повышать эффективность доказательной медицины. Многие из этих заболеваний относятся к редким и наследственным болезням, внимание к которым со стороны практических ЛОР-специалистов, по нашему мнению, недостаточно для повышения своего профессионального роста.*

**Ключевые слова:** синдром, кровообращение, мозжечок, наследственная болезнь, аномалия развития, агенезия, гипоплазия, доказательная медицина.

**Библиография:** 16 источников.

*In article are considered main diseases and syndromes at pathology of cerebellum, which election was their symptoms conditioned by vicinity with such at disease and defeats of the ear labyrinth. The knowledge these sign must optimize direct and differential diagnostics i.e. raise efficiency an demonstrative medicine. Many from these diseases pertain to rare and hereditary disease, attention to which on the part of practical LOR specialist, on our opinion. it is not enough for increasing its professional stature.*

**The key words:** syndrome, cerebellum, hereditares diseases, anomaly of the develoment, agenesis, aplasia.

**Bibliography:** 16 sources.

**Нарушения кровообращения.** Этот вид патологического состояния мозжечка составляет часть общей проблемы нарушения мозгового кровообращения, являющейся в настоящее время едва ли не главной профессиональной заботой невропатологов всего мира. Актуальность данной проблемы заключается не только в неуклонно нарастающем количественном выражении случаев возникновения инсультов, но и в резком их «омоложении». За последние годы инсульты, аневризмы и другие виды приобретенной сосудистой патологии головного мозга встречаются у лиц в возрасте 30 лет и младше.



УДК 616.211/216-031.14-085

## ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ОТВЕТНОЙ РЕАКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ

А. С. Белошангин

### VARIABILITY IN THE NASAL MUCOSA RESPONSE TO THE POLYPOID RHINOSINUSITIS THERAPY

A. S. Beloshangin

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия  
Минздравсоцразвития России»

(Зав. каф. оториноларингологии – докт. мед. наук. М. Ю. Коркмазов)

*В работе представлен сравнительный анализ эффективности консервативной терапии полипозного риносинусита с применением разных методик. Обследовано 45 пациентов с полипозным риносинуситом, из них 24 мужчины и 21 женщина в возрасте от 18 до 65 лет. Наилучшие результаты терапии выявлены при использовании топических кортикостероидов в сочетании с натуральной изотонической морской водой.*

**Ключевые слова:** полипозный синусит, патофизиологические состояния, мукоцилиарный клиренс, гемодинамика, топические кортикостероиды.

**Библиография:** 9 источников.

*This paper presents a comparative analysis of conservative therapy of polypoid rhinosinusitis using different techniques. The study involved 45 patients with rhinosinusitis polypoid, including 24 men and 21 women, aged 18 to 65 years. The best results were found in patients who underwent topical corticosteroids therapy in combination with natural isotonic seawater.*

**Key words:** polypoid sinusitis, pathophysiological states, mucociliary clearance, hemodynamics, topical corticosteroids.

**Bibliography:** 9 sources.

Полипозный риносинусит (ПРС) – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП), характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отечной ткани [3].

Риносинуситы относятся к самым распространенным заболеваниям ЛОР-органов. За последние 10 лет заболеваемость синуситами выросла в 3 раза, а больные, госпитализированные по поводу болезней околоносовых пазух, составляют примерно  $\frac{2}{3}$  от общего числа пациентов специализированных стационаров. По данным С. З. Пискунова и соавт. [6], за 2005 год число случаев этих заболеваний выросло с 4,6 до 12,2 на 1000 населения, а ежегодный прирост хронических заболеваний носа и околоносовых пазух среди госпитализированных больных составляет 1–2% [2]. По данным Европейских рекомендаций лечения полипозного риносинусита EPOS, 2–4% жителей планеты страдают ПРС [8].

Поиск новых, наиболее эффективных диагностических методов, а также патогенетически обоснованных способов лечения больных с полипозным синуситом диктуется еще и высокой частотой рецидивирования, которая, по данным разных авторов, достигает 60–80% [3].

Как правило, ПРС лечится консервативно и лишь при запущенных состояниях требует хирургического вмешательства. Выбор медикаментозной терапии определяется патогенетическими механизмами формирования полипов [9]. Убедительно доказана эффективность применения топической кортикостероидной терапии. При всех своих позитивных лечебных проявлениях, иногда имея ряд побочных эффектов, топическая гормональная терапия не всегда предотвращает рецидив заболевания [7].

Одним из ключевых моментов в патогенезе развития ПРС является недостаточность двигательной активности цилиарного аппарата (ДАЦА) и мукоцилиарного транспорта (МТ) сли-



УДК: 612.858.78

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА ОБНАРУЖЕНИЯ ПАУЗЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВРЕМЕННОЙ РАЗРЕШАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ СЛУХОВОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА

М. Ю. Бобошко<sup>1</sup>, Е. С. Гарбарук<sup>2</sup>, Е. В. Жилинская<sup>1</sup>, А. Х. Абу-Джамеа<sup>3</sup>

## THE USE OF THE GAP DETECTION TEST TO ASSESS TEMPORAL RESOLUTION OF HUMAN AUDITORY SYSTEM

M. Yu. Boboshko, E. S. Garbaruk, E. V. Zhilinskaia, A. H. Abu Jamee

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова»

(И. о. ректора – акад. РАМН С. Ф. Багненко)

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская  
академия»

(Ректор – проф. В. В. Леванович)

<sup>3</sup> ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург

(Ректор – проф. О. Г. Хурицлава)

Обследовано 28 человек с нормальными порогоми слуха: 16 молодых (18–25 лет), 12 пожилых (64–74 года). Всем испытуемым проводились тесты для оценки функционирования центральных отделов слухового анализатора. Для исследования временной разрешающей способности слуховой системы человека использовался тест обнаружения паузы. Достоверно доказано, что разборчивость речи и пороги обнаружения паузы у пожилых испытуемых снижены по сравнению с молодыми, что может являться доказательством начинающихся изменений центральных отделов слухового анализатора людей старше 64 лет.

**Ключевые слова:** тест обнаружения паузы, временная разрешающая способность слуховой системы человека.

**Библиография:** 24 источника.

28 participants with normal hearing sensitivity, among which 16 listeners were from 18 to 25 years old, 12 listeners – from 64 to 74 years old, underwent tests created to evaluate central auditory pathways functioning. The gap detection test was used to assess temporal resolution of human auditory system. Speech perception tests results and gap detection thresholds obtained from older listeners were significantly worse than those obtained from younger ones, that can argue the beginning of central auditory pathways alteration in people older than 64 years.

**Key words:** gap detection test, temporal resolution of human auditory system.

**Bibliography:** 24 sources.

В корковых отделах слуховой системы происходит высший анализ звуковых сигналов, передаваемых из периферической части анализатора, а также их синтез в слитный звуковой образ. Центральные отделы ответственны за такие функции, как:

- локализация звукового стимула;
- распознавание и интеграция звуковой информации;
- восприятие звука при наличии конкурирующего сигнала, шумовой помехи;
- восприятие искаженного акустического сигнала [5–7, 11].

Нарушение деятельности центральных отделов слухового анализатора может приводить к следующим проблемам: сложность с локализацией звука; нарушение частотной избирательности и временной разрешающей способности; проблема различения музыкального ритма, различения звуков в шуме; снижение разборчивости искаженной речи. У пациентов с центральными слуховыми расстройствами может не нарушаться способность воспринимать простые



УДК: 616.284-002.1 (053.2):616.833.17-009.11

**ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ОСТРОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ У ДЕТЕЙ****Н. В. Бойко<sup>1</sup>, Г. Г. Сорока<sup>2</sup>, В. Н. Колесников<sup>3</sup>****FACIAL PALSY SECONDARY TO ACUTE OTITIS MEDIA IN CHILDREN****N. V. Boyko, G. G. Soroка, V. N. Kolesnikov**<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»  
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)<sup>2</sup> МЛПУЗ «Горбольница № 1 им. Н. А. Семашко», Ростов-на-Дону  
(Главный врач – засл. врач РФ, канд. мед. наук В. Г. Жданов)<sup>3</sup> Областной консультативно-диагностический центр, Ростов-на-Дону  
(Главный врач – канд. мед. наук Д. В. Бурцев)

Парез лицевого нерва – редко встречающееся осложнение острого воспаления среднего уха. В статье представлены 2 случая пареза лицевого нерва при остром среднем отите у детей, обсуждаются этиологические механизмы и различные подходы к лечению. Как следует из нашего опыта и обзора литературы, первоочередными мерами являются мириготомия, антибактериальная терапия и стероидотерапия. Показаниями к хирургическому вмешательству являются деструктивный или латентный мастоидит и отсутствие положительной динамики при лечении.

**Ключевые слова:** парез лицевого нерва, дети, острый средний отит, лечение.

**Библиография:** 23 источника.

*Facial palsy is an uncommon complication of acute inflammation of the middle ear. We present two cases of facial palsy in children with acute otitis media and discuss the etiological mechanisms and different approaches to the treatment. Following our experience and revision of literature on the subject, myringotomy, antibiotic therapy and are the first-line procedures, as well as steroids. Surgery should be employed in case of coalescent or masked mastoiditis and lack of clinical regression.*

**Key words:** facial palsy; children, acute otitis media, management.

**Bibliography:** 23 sources.

В доантибиотиковую эру парез лицевого нерва (ПЛН) встречался в 0,5–0,7% случаев воспалительных заболеваний среднего уха. В настоящее время его частота не превышает 0,005% [11]. Однако снижение частоты осложнений острого среднего отита (ОСО) у детей не умаляет значимости проблемы, если учесть, что восстановление функции лицевого нерва наблюдается только у 60–75% больных [2, 12].

В литературе нет единого мнения о патогенетических механизмах развития пареза лицевого нерва при ОСО. Предполагается, что такими факторами могут быть:

- 1) токсическое поражение нерва при бактериальном воспалении, вызывающее его демиелинизацию [12];
- 2) тромбоз венозных сосудов, приводящий к развитию острого неврита лицевого нерва с воспалительным отеком его периневрия [15];
- 3) ретроградное распространение инфекции в канал лицевого нерва по ходу chorda tympani [17];
- 4) реактивация латентной персистирующей герпес-вирусной инфекции, вызванная гнойным воспалением в среднем ухе [16].

Предрасполагающими к возникновению ПЛН факторами являются дегисценции в стенках костного канала лицевого нерва [22]. Эти дегисценции далеко не всегда обнаруживаются на КТ, чаще они становятся операционной находкой [9].

Поскольку отогенный ПЛН у детей встречается редко, большинство клинических исследований содержат небольшое число наблюдений, что затрудняет выработку рекомендаций по лечению.



УДК: 617.51-001.4-003.93-089.843

## ОСОБЕННОСТИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛОБНОЙ КОСТИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ПЛАСТИКЕ ДЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫМИ КОСТНЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ В УСЛОВИЯХ ИНФИЦИРОВАНИЯ РАНЫ

А. Г. Волков, И. И. Ромашевская, Л. Б. Ящинский

### REPARATIVE PROCESSES IN EXPERIMENTAL ANIMALS FRONTAL BONE AT DEMINERALIZED BONE GRAFT PLASTICS UNDER CONTAMINATED WOUND

A. G. Volkov, I. I. Romashevskaya, L. B. Yashchinsky

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет  
Минздравсоцразвития РФ»

(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

Проведено исследование на 18 беспородных белых крысах для определения сроков окончания репаративных процессов в искусственно созданных ранах лобных костей черепа при имплантации костной ткани в условиях искусственного инфицирования ран тремя патогенными микроорганизмами. Для эксперимента был использован деминерализованный костный трансплантат из бедренной кости здоровых белых крыс. Оценку особенностей остеогенеза проводили по данным гистологического исследования тканей через 30 и 100 дней. Микроскопически ни в одной из групп животных по окончании эксперимента не наблюдались признаки завершённого остеогенеза с формированием новообразованной относительно зрелой костной ткани.

**Ключевые слова:** белая крыса, деминерализованная кость, патогенные микроорганизмы, остеогенез, репаративные процессы.

**Библиография:** 17 источников.

We have investigated 18 outbred albino rats to determine the term of reparative processes in the artificially made wounds of frontal bones at bone tissue implantation under artificial contamination of wounds with three pathogenic germs. A demineralized bone graft made of femoral bones taken from sound albino rats, was used in the experiment. Bone formation peculiarities were assessed in accordance with a tissue histologic examination after 30 and 100 days. Microscopically, none of the groups of animals revealed upon completion of the experiment any signs of finished osteogenesis with a formation of neoformed osteoid and relatively mature bone tissue.

**Key words:** albino rat, demineralized bone, pathogenic germs, osteogenesis, reparative processes.

**Bibliography:** 17 sources.

В настоящее время спектр патогенных микроорганизмов верхних дыхательных путей несколько изменяется, в качестве патогенов начинает выступать уже не монофлора, а ассоциации нескольких возбудителей. И хотя признаки формирования ассоциаций патогенных и непатогенных микроорганизмов обнаруживались в дыхательных путях и описаны уже давно, в том числе и учеными ростовской научной школы [17], но только в последние два десятилетия некоторые представители этого класса микроорганизмов – *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae* и др. – стали принимать весьма активное участие в развитии воспалительных процессов в дыхательных путях с более частыми осложнениями и неблагоприятными исходами [1, 2, 6, 7, 9, 10, 16].

В Ростовской ЛОР-клинике более 15 лет для пластики стенок околоносовых пазух и близлежащих структур лицевого скелета используются деминерализованные костные трансплантаты (ДКТ), которые имеют ряд положительных свойств – легкость моделирования, пластичность и упругость, возможность фиксации в ранах сложной конфигурации, а также обладают остеоиндуктивными свойствами [3, 8, 14].



12. Ромашевская И. И. Остеогенез лобной кости при имплантации деминерализованного костного трансплантата у экспериментальных животных // Рос. оторинолар. – № 1 (56). – 2012. – С. 144–148.
13. Рязанцев С. В., Науменко Н. Н., Захарова Г. П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: методич. рекомендации. – 2-е изд., доп. – СПб., 2006. – 42 с.
14. Савельев В. И. Деминерализованный костный трансплантат: его свойства, заготовка и возможности клинического применения / В кн.: Проблемы аллопластики в стоматологии. – М., 1984. – С. 10–15.
15. Тулупова И. Г. Клинико-экспериментальное обоснование использования деминерализованных костных алло-трансплантатов в челюстно-лицевой хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1988. – 24 с.
16. Ульянов В. В. Дифференцированная пластика посттравматических дефектов костей свода черепа у детей школьного возраста (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов н/Д, 2002. – 23 с.
17. Эссель А. Е., Мясенко А. М., Пантелеева Л. Г. Вирусобактериальные ассоциации. – Ростов н/Д: Изд-во Ростовск. ун-та, 1978. – 221 с.

**Волков** Александр Григорьевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. болезней уха, горла и носа Ростовского ГМУ, e-mail: vag@aanet.ru; тел.: 8-863- 232-37-54; **Ромашевская** Ирина Игоревна – аспирант каф. болезней уха, горла и носа Ростовского ГМУ, 344000, Ростов-на-Дону, Ворошиловский пр., д. 105, ЛОР-кафедра; тел.: 8-863-2500-659; **Яцинский** Леонид Борисович – ассистент каф. патологической анатомии Ростовского ГМУ, тел.: 8-918-557-96-67.

УДК: 616.28-008.55-08

## ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ БОЛЬНЫХ

**В. А. Воронов<sup>1</sup>, О. В. Захаренкова<sup>1</sup>, А. Ф. Барсуков<sup>1</sup>,  
С. В. Левин<sup>2</sup>, В. И. Бабияк<sup>2</sup>, В. Н. Тулкин<sup>2</sup>**

### APPROACHES TO THE TREATMENT OF BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO WITH SUBSEQUENT REHABILITATION OF PATIENTS

**V. A. Voronov, O. V. Zakharenkova, A. F. Barsukov, S. V. Levin, V. I. Babiyak,  
V. N. Tulkin**

<sup>1</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России»

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

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Северо-Западный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздравсоцразвития России»

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

На базе центра «Шум и Головокружение» СЗГМУ им. И. И. Мечникова проведено обследование и лечение 22 пациентов с каналолитиазом. В целях сокращения сроков вестибулярной реабилитации в качестве антигипоксанта применялся препарат цитохром С. После проведения курса лечения во всех случаях отмечены улучшение самочувствия пациентов, отсутствие расстройств равновесия. Кутирование вестибулярной дисфункции происходило на 4–5-й день лечения.

**Ключевые слова:** отоневрология, головокружение, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, тест Дикса–Холтайка, позиционное маневрирование, маневр Epley, маневр Lempert, цитохром С.

**Библиография:** 6 источников.



*At the Department of Otolaryngology and clinics SZGMU of I.I. Mechnikov were examined and treated 22 patients with canalolithiasis. With the purpose of reduction of time of the vestibular rehabilitation as a drug used antihypoxant cytochrome C. After a course of treatment in all cases noted the improvement of the state of health of patients, lack of balance disorders. Relief of vestibular dysfunction occurred at 4-5 days of treatment.*

**Key words:** *otoneurology, vertigo, benign paroxysmal positional vertigo, test Dix–Hallpike, test Pagnini-McClure, positional maneuvers, maneuver Epley, maneuver Lempert, cytochrome C.*

**Bibliography:** 6 sources.

Мировая статистика в настоящее время отмечает повышение числа пациентов, страдающих расстройствами равновесия, головокружением, шумом в ушах, снижением слуха, нарушением разборчивости речи, вкуса, обоняния. По данным ВОЗ, головокружение является второй по частоте жалобой у пациентов. Диагностика дисфункции сенсорных систем вызывает значительные трудности у врачей различных специальностей, не всегда можно распознать причину и назначить эффективную терапию, вследствие чего правильный диагноз и адекватное лечение получают не более 20% пациентов. Такие больные зачастую тратят свое время в постоянных метаниях между терапевтом, невропатологом и ЛОР-врачом, что значительно снижает качество жизни этой категории пациентов.

В практике российской отоневрологии на данном этапе недостаточно четко разработан алгоритм скрининга отоневрологических заболеваний, клиники недостаточно оснащены новой аппаратурой для диагностики и лечения больных с вестибулярной дисфункцией и нарушением слуха. В клиниках малоэффективных фармакологических препаратов и разработок реабилитации больных с головокружением, включающих применение не только медикаментозных средств, но и апробированных методик физиотерапевтического и физкультурного воздействия, поэтому актуальным является создание организационных единиц, в которых интегрированы кадровые ресурсы и современная развитая инфраструктура.

Центр «Шум и головокружение», организованный на базе клиники оториноларингологии Северо-Западного государственного университета им. И. И. Мечникова, оказывает высокоспециализированную помощь пациентам отоневрологического профиля, осуществляет программы эффективной диагностики, лечения, реабилитации и диспансеризации больных с вестибулярной дисфункцией, нарушением слуха и другими заболеваниями ЛОР-органов. Одной из задач центра является проведение клинических исследований по оценке эффективности фармакологических препаратов для диагностики и лечения больных с вестибулярной дисфункцией и нарушением слуха. За последние пять лет работы центра накопилось большое количество данных о возможностях диагностики и лечения головокружений различной этиологии.

Самым частым вариантом головокружения, возникающего в 11–34% от всех головокружений, является доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) [1, 2].

Причиной возникновения головокружений при ДППГ являются фрагменты отолитовой мембраны, проникающие в эндолимфатическое пространство полукружных каналов. По данным зарубежной литературы, наиболее часто поражается задний полукружный канал (70–90%) [1]. Поражение остальных полукружных каналов рассматривается как редко встречаемое [1, 2, 6].

ДППГ вызывается изменением положения головы относительно силы тяжести при вставании из положения лежа, после поворотов с одного бока на другой в кровати, при мытье головы под душем, доставании предметов, расположенных высоко. Головокружение начинается после латентного периода от 1 до 60 с. Нистагм следует за головокружением в течение нескольких секунд и продолжается около 5–20 с. Головокружение и нистагм уменьшаются при повторении, нистагм обратим [1, 2]. Существуют два варианта отолитиаза: каналолитиаз и купулолитиаз. При каналолитиазе статоконии отрываются от мембраны и из-за недостаточного лизиса в эндолимфе опускаются в канал, где образуют сгусток. В этом случае изменение позиции головы через латентный период ведет к головокружению и нистагму, которые уменьшаются со временем и при повторении (утомляемость). При купулолитиазе отоконии адгезируются на ку-



### Выводы

На основании полученных результатов рекомендуем использование препарата цитохром С в лекарственной реабилитации пациентов с отолитиазом.

Применение цитохрома С способствует более раннему выздоровлению, ускорению социальной реабилитации, повышению качества жизни пациента, а также повышению качества оказания медицинской помощи посредством назначения эффективного лечения и реабилитационных методик.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Брандт Т., Дитерих М., Штрупп М. Головокружение. – М.: Практика, 2009. – 200 с.
2. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 208 с.
3. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение в практике ЛОР-врача / В. А. Воронов [и др.] // Мат. I Петерб. форума оторин. России. – 2012. – Т. II. – С. 213–215.
4. Парфенов В. А., Замерград М. В., Мельников О. А. Головокружение. – М.: МИА, 2009. – 150 с.
5. Сравнительный подход к лечению доброкачественного позиционного головокружения / В. А. Воронов [и др.] // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. – 2011. – Прил. 1 (33). – С. 357–358.
6. Тупе М. Основные диагнозы при головокружении и расстройствах равновесия. – М.: БофурИПСЕН, 2002. – 36 с.

**Воронов** Виктор Алексеевич – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47; тел. : 8(812)543-94-13; e-mail: voronov\_v-r@mail.ru; **Захаренкова** Ольга Вячеславовна – студентка 6-го курса СЗГМУ им. И. И. Мечникова. 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47; e-mail: zaharenkova\_o@mail.ru; **Барсуков** Алексей Федорович – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47; тел. раб.: 8(812)543-94-13; e-mail: aleks.barsukov43@yandex.ru; **Левин** Сергей Владимирович – канд. мед. наук, н. с. СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел. раб.: 8(812)3164579; **Бабияк** Вячеслав Иванович – докт. мед. наук, профессор, гл. н. с. Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013. Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; e-mail: vbabiyak@mail.lanck.net; **Тулкин** Валентин Николаевич – ст. н. с. СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел./факс: 8-812-316-29-32, e-mail: tulkin19@mail.ru

УДК:616.284-007-089

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДНЕГО УХА

**Х. М. Диаб, И. А. Аникин, А. В. Терехов, Ю. К. Ревской**  
**SURGICAL TECHNIQUE IN CASES WITH ISOLATED CONGENITAL MALFORMATION OF THE MIDDLE EAR**

**H. M. Diab, I. A. Anikin, A. V. Terekhov, Yu. K. Revskoy**

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

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

По данным отечественных и зарубежных авторов большинство случаев обнаружения изолированных аномалий среднего уха фиксировались как случайные интраоперационные находки при операциях по поводу отосклероза и адгезивного отита или диагностических тимпанотомиях. При этом в мировой литературе отсутствует единая тактика хирургического лечения изолированных аномалий среднего уха, большинство ученых сводит хирургическое лечение к различным вариантам оссикулопластики.

**Ключевые слова:** среднее ухо, изолированные аномалии развития среднего уха, хирургическое лечение, классификация.

**Библиография:** 21 источник.

*According to domestic and foreign authors detected a large number of cases of isolated middle ear anomalies were recorded as incidental findings intraoperative, in operations for otosclerosis and*



*adhesive otitis media or diagnostic tympanotomy. In the international literature no single tactic of surgical treatment of isolated anomalies of the middle ear, most scientists reduces surgical treatment of the various options ossiculoplasty.*

**Key words:** middle ear, isolated malformation of the middle ear, surgical treatment, classification.

**Bibliography:** 21 sources.

По данным мировой литературы [1, 4, 6, 10–12, 14, 16] врожденные изолированные аномалии среднего уха являются довольно редкой патологией и занимают незначительную долю в составе болезней, сопровождающихся потерей слуха, и составляют 0,5–0,6 на 10 000 человек [1, 10–12, 14]. На основании скринингового обследования патология слуха, связанная с врожденными пороками уха, выявляется гораздо чаще – от 1 до 6% всего населения [6, 7, 16, 17, 19, 21], в то время как их доля в аномалиях развития ЛОР-органов довольно высока (до 22%) [2, 3, 8, 9]. Большинство случаев обнаружения изолированных аномалий среднего уха, фиксировались как случайные интраоперационные находки, при операциях по поводу отосклероза и адгезивного отита или диагностических тимпанотомиях [1, 2, 4, 5, 9, 13, 16]. При этом в мировой литературе отсутствует единая тактика хирургического лечения изолированных аномалий среднего уха, большинство ученых сводит хирургическое лечение к различным вариантам оссиклопластики. Основными сложностями при наличии изолированных аномалий среднего уха являются трудности диагностики и отсутствие единой тактики хирургического лечения.

**Цель работы.** Повышение эффективности хирургического лечения изолированных аномалий развития среднего уха за счет детального изучения различных вариантов аномалии и разработки хирургических подходов в зависимости от варианта аномалий.

**Пациенты и методы.** С 2008 по 2012 г. в клинике отдела патофизиологии уха Санкт-Петербургского НИИ ЛОР выполнены 47 оперативных вмешательств по поводу врожденных изолированных аномалий развития среднего уха. Показанием к операции служило наличие аномалии развития среднего уха; тугоухость II–III степеней кондуктивного или смешанного типа с наличием костно-воздушного интервала (КВИ) в зоне речевых частот не менее 35 дБ.

Все пациенты проходили стандартное обследование: сбор анамнеза, отологический осмотр (отоскопия, отомикроскопия), камертональные пробы (Левиса–Федеричи, Желе, Ринне, Вебера), тональную пороговую аудиометрию, импедансометрию.

У всех пациентов основной жалобой было снижение слуха, с раннего возраста, не прогрессирующее. Сбор анамнеза, помимо традиционных разделов, включал расспросы о давности и характере слуховых нарушений.

Особое внимание уделялось характеру снижения слуха (прогрессирующее или нет).

Как видно из табл. 1 средний возраст, на момент постановки диагноза, составлял 16,3 года. Возраст большинства прооперированных пациентов до 18 лет (76,59%).

Средний порог звукопроводения по воздуху на частотах 0,5; 1; 2 и 3 кГц до операции был на уровне  $50,9 \pm 7,2$  дБ.

Костно-воздушный интервал (КВИ) в среднем составлял  $40,25 \pm 9,38$  дБ (табл. 2).

При анализе тимпанограмм использовалась классификация Jerger (1974).

Таким образом, чаще всего (24 пациента) фиксировалась кривая типа – As (со снижением «пика»), что встречается при неподвижности основания стремени.

В 11 случаях наблюдали тимпанограмму типа Ad (с раздвоенной вершиной), что указывало на разрыв цепи слуховых косточек (табл. 3).

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Пол	5–10 лет	10–18 лет	Старше 18 лет
Число пациентов	20	18	9
Мужчины	9	11	5
Женщины	11	7	4



12. Lee J. H., Jung S. H., Kim H. C. A dominant hereditary ossicular anomaly: bilateral incus anomaly and stapes fixation // Laryngol. Otol. – 2009. – Vol. 28. – P. 1–5.
13. Marangos N. Dysplasien des Innenohres und inneren Gehörganges // HNO. – 2002 – Vol. 50 (9). – P. 66–81.
14. Park K., Choung Y.H. Isolated congenital ossicular anomalies // Acta Otolaryngol. – 2008. – Vol. 30. – P. 1–4.
15. Rijn van P. M., Cremers C. W. Surgery for congenital conductive deafness in Klippel–Feil syndrome // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1988. – Vol. 97. – P. 347–352.
16. Suzuki M., Kanebayashi H., Kawano A. Involvement of the incudostapedial joint anomaly in conductive deafness // Acta Otolaryngol. – 2008. – Vol. 128. – P. 515–519.
17. Sennaroglu L., Saatci I. A new classification for cochleovestibular malformations // Laryngoscope. 2002. – Vol. 112. – P. 30–41.
18. Takahashi S., Shinoda H., Nakano Y. Congenital stapedia fixation associated with Beckwith–Wiedemann syndrome: two cases of a woman and her brother. // American Journal Otology. – 1996. – Vol. 17. – P. 111–114.
19. Teunissen E. B., Cremers W. R. Classification of congenital middle ear anomalies. Report on 144 ears // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1993. – Vol. 102. – P. 606–612.
20. Teunissen E., Cremers C.W. Surgery for congenital anomalies of the middle ear with mobile stapes // Eur. Arch Otorhinolaryngol. 1993. – Vol. 250. – P. 327–331.
21. Weerda H. Chirurgie der Ohrmuschel. Verletzungen, Defekte und Anomalien // Stuttgart: Thieme. – 2004. – Vol. 34. – P. 105–226.

**Диаб** Хассан Мохаммад али – канд. мед. наук, ст. н. с. 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; **Аникин** Игорь Анатольевич – докт. мед. наук, профессор, руководитель отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-01, e-mail: dr-Anikin@mail.ru; **Терехов** Артем Владиславович – клинический ординатор отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-01, e-mail: suomu@mail.ru; **Ревской** Юрий Константинович – докт. мед. наук, профессор, гл. н. с. Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; e-mail: lor-obchestvo@bk.ru

УДК:616.283.1-089.843:616.281-007+616.289]-073.756.8

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННЕГО УША ПО ДАННЫМ КТ ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ И МРТ ВНУТРЕННЕГО УША**

**Х. М. Диаб, С. Н. Ильин, А. С. Лиленко**

### **SURGICAL APPROACH TO COCHLEAR IMPLANTATION IN PATIENTS WITH INNER EAR MALFORMATIONS BASED ON TEMPORAL BONES CT SCAN AND INNER EAR MRI DATA**

**H. M. Diab, S. N. Ilin, A. S. Lilenko**

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

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

*Изучение особенностей строения среднего уха по данным предоперационной компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациентов с аномалиями развития внутреннего уха позволяет определить тактику доставки активного электрода к спиральному каналу улитки. Принимая во внимание такие анатомические особенности, как*



вариант мальформации внутреннего уха, наличие окна улитки, интерпозиция лицевого нерва, предлежание сигмовидного синуса, риск развития ликвореи, возможно определение оптимального варианта подхода к барабанной полости (классический, комбинированный или доступ с мобилизацией задней стенки наружного слухового прохода). Для облегчения выбора хирургической тактики проведения кохлеарной имплантации на предоперационном этапе и минимализации риска развития осложнений нами предложена балльная система оценки особенностей строения среднего и внутреннего уха, основанная на данных КТ и МРТ.

**Ключевые слова:** кохлеарная имплантация, аномалии развития внутреннего уха, КТ височных костей, МРТ внутреннего уха, аномалия Мондини, общая полость.

**Библиография:** 14 источников.

*Preoperative CT and MRI study of middle ear structures peculiarities in patients with inner ear malformations enables determination of active electrode delivery tactic. Taking into consideration inner ear malformation variant, presence of round window, facial nerve interposition, sigmoid sinus dystopia and risk of CSF leak one can choose the optimal approach to the tympanic cavity (classical approach, combined approach or approach with external auditory canal posterior wall mobilization). To facilitate determination of cochlear implantation surgical tactic in preoperative period and to minimize risks of complications we put forward point system, which evaluates middle and inner ear individual features on the basis of CT and MRI data.*

**Key words:** cochlear implantation, inner ear malformation, CT scan of temporal bones, MRI of the inner ear, Mondini malformation, common cavity.

**Bibliography:** 14 sources.

В последние годы количество выполняемых кохлеарных имплантаций неуклонно растет. Если в относительно недавнем прошлом многие аномалии развития внутреннего уха являлись категорическим противопоказанием к проведению данных хирургических вмешательств, то в последнее время спектр пациентов, являющихся кандидатами на установку кохлеарного импланта, расширяется [13].

Аномалии развития внутреннего уха могут быть односторонними или двусторонними [7–9]. В мировой литературе встречаются различные данные о частоте встречаемости аномалий развития внутреннего уха [11, 12]. Так, по данным Jackler R. K. et al., эти мальформации встречаются у 20% пациентов с врожденной сенсоневральной тугоухостью [5]. De la Cruz et al. в 1989 г. сообщили о том, что аномалии развития улитки составляют 76% от всех аномалий внутреннего уха [4].

Были предложены различные классификации аномалий внутреннего уха, которые широко используются в клинической практике [2, 8–10, 14].

В мировой практике общепринятой считается классификация L. Sennaroglu, которая наиболее полно отражает все встречающиеся варианты аномалий развития внутреннего уха.

С увеличением количества проводимых предоперационных МРТ, позволяющих визуализировать нервные волокна, многие отохирурги стали выделять в отдельную группу такое понятие, как недостаточное развитие кохлеарной порции статоакустического нерва, оказывающее значительное влияние на оценку возможности проведения кохлеарной имплантации, а также определяющее прогноз качества послеоперационной слухоречевой реабилитации.

Истечение спинномозговой жидкости (ликвора) в полость среднего уха, являющееся следствием аномалий развития внутреннего уха, рассматривается некоторыми авторами (Kazahaya и Potsic) как порок развития среднего уха [6].

С помощью КТ могут быть выявлены следующие особенности строения структур среднего и внутреннего уха:

- отсутствие окна улитки и (или) преддверия (нормальным диаметром овального окна считается 2 мм, а круглого – как минимум 1 мм);
- аномалии развития улитки (отсутствие выраженных 2,5 завитка) – неполное разделение улитки тип 1 и 2;
- аплазия улитки;
- недостаточное развитие или полное отсутствие полукружных каналов;



7. Lehnhardt E., Koch T. Missbildungen des Innenohres // In: Helms J., Hrsg. Oto-Rhino-Laryngologie in Klinik und Praxis. – 1994, Vol. 1. – P. 742–746.
8. Marangos N. Dysplasien des Innenohres und inneren Gehorganges // HNO. – 2002, Vol. 50. – P. 866–881.
9. Sennaroglu L., Saatci I. A new classification for cochleovestibular malformations // Laryngoscope. – 2002, Vol. 112. – P. 2230–2241.
10. Stellenwert der MRT bei Verdacht auf Innenohrmissbildung / S.Kosling [et al.] // Fortschr Rontgenstr. – 2003. – Vol. 175. – P. 1639–1646.
11. Swartz J. D., Faerber E. N. Congenital malformations of the external and middle ear: high-resolution CT findings of surgical import // AJR. – 1985, Vol. 144. – P. 501–506.
12. Thorn L. Entwicklung des Ohres (einschließlich Entstehung von Missbildungen, experimentelle Embryologie und In-vitro-Studien) // In: Helms J., Hrsg. Oto-Rhino-Laryngologie in Klinik und Praxis. – 1994, Vol. 1. – P. 1–22.
13. Weerda H. Chirurgie der Ohrmuschel. Verletzungen, Defekte und Anomalien. – 2004. – P. 105–226.
14. Weerda H., Siegert R. Klassifikation und Behandlung der Ohrmuschelmissbildungen // Dt. Arzteblatt. – Vol. 96. – 1999. – P.1795-1797.

**Диаб Хассан Мохамад Али** – канд. мед. наук, ст. н. с. 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; **Ильин Сергей Никитович** – канд. мед. наук, зав. рентгенологическим отделением Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-08-26, e-mail: lor.ct.spd@rambler.ru; **Лиленко Андрей Сергеевич** – клинический ординатор 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: lilenko@mail.ru

УДК : 616.211/.216.1-002.193-006.5:615.844.6

## ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ

**К. Б. Добрынин**

### EFFERENT METHODS OF ANTIRELAPSE THERAPY AT THE POLYPOUS RHINOSINUSITIS

**К. В. Dobrynin**

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития России»  
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. М. Портенко)

*Полипозный риносинусит рассматривается как проявление иммунного воспаления. Для достижения противорецидивного эффекта необходимо использовать средства исправления дефектов в иммунной системе и коррегировать структурные изменения. Нами применены эфферентные методы гравитации крови (лечебный плазмаферез, УФО аутокрови, озонотерапия) у различных групп больных с полипозным риносинуситом. На основании клинических и лабораторных данных удалось увеличить длительность ремиссии у больных полипозным риносинуситом.*

**Ключевые слова:** полипозный риносинусит, лечебный плазмаферез, УФО аутокрови, озонотерапия.

**Библиография:** 15 источников.

*Polypous rhinosinusitis is considered, how manifestation of immune inflammation. In the achievement of anti-relapse effect it is necessary to use means of correction of defects in the immune system and correct structural alterations. We applied efferent methods gravitation blood (therapeutic plasmapheresis, ultraviolet irradiation autoblood, ozonotherapy) in different groups of patients with polypous rhinosinusitis. On the basis of the clinical and laboratory data has increased in terms of the duration of remission in each group of patients polypous rhinosinusitis. The efferent methods of treatment we recommend you to clinical practice.*



**Key words:** *polypous rhinosinusitis, therapeutic plasmapheresis, ultraviolet irradiation autoblood, ozonotherapy.*

**Bibliography:** *15 sources.*

Полипозные риносинуситы (ПР) относятся к хроническим заболеваниям слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, являются распространенным заболеванием, симптомы и осложнения которого существенно влияют на качество жизни человека. Несмотря на рационально проводимые хирургические методы лечения, рецидив полипов носа остается высоким, поэтому на современном этапе преследуется не только восстановление носового дыхания, но и возможность предупредить развитие рецидива. Для достижения противорецидивного лечения ПР необходимо учитывать дисбаланс в различных звеньях иммунитета как одного из возможных патогенетических факторов возникновения и хронизации процесса. Лечение ПР является очень сложной проблемой на современном этапе. В настоящее время определенные результаты в решении этой проблемы достигнуты применением интраназальных кортикостероидных препаратов, но в большинстве случаев этого недостаточно для предотвращения рецидивов полипов носа. Современная лечебная тактика требует новых методов и подходов для решения этой задачи.

Для подхода к противорецидивному лечению ПР нужно исходить из трех важнейших составляющих, которые не значимы при острых заболеваниях и являются основополагающими при рецидивирующем хроническом течении.

*Возрастная эволюция.* Представление о возрастной эволюции динамики течения хронического патогенетического процесса позволяет не только более качественно лечить эту патологию в соответствующем возрасте, но и своевременно диагностировать и предупреждать эти изменения. В одних случаях необходимо активировать иммунную систему, в других – замещать утраченные ими нарушенные функции.

*Экологическая эволюция.* Представление о длительности течения ПР нужно рассматривать в качестве происходящих за этот период изменений среды обитания больного, которые внесут определенные изменения в динамику течения патологического процесса. Реакцию организма на изменение экологии следует рассматривать как компенсаторную, однако в условиях хронической патологии она может трансформироваться в свою противоположность, став дополнительным звеном патогенеза.

*Эволюция патогенетического лечения в динамике течения ПР.* Основным механизмом длительности прогрессирования течения ПР являются иммунные, метаболические, рефлекторные и структурные расстройства. В своем сочетании удельный вес этих расстройств у разных больных в разные отрезки времени может быть различным. Взаимосвязь и взаимовлияние этих систем определяют неоднозначность патогенеза у конкретного больного. Поэтому в динамическом процессе лечения должно быть направление на подавление доминанты прогрессирования и рецидива ПР [7].

Основными критериями эффективности противорецидивного лечения ПР является стойкость и длительность ремиссии. Наступление ремиссии оценивается на основании клинических критериев, иногда лабораторных критериев [11].

Существует частичная ремиссия (клиническая, иммунологическая, метаболическая, регуляторная, структурная).

Существует полная ремиссия, когда проведенные лечебно-профилактические мероприятия дают возможность удержать состояние ремиссии на неопределенно долгое время.

ПР является проявлением иммунного воспаления, при котором наблюдается изменение местного и общего иммунитета, и рассматривать его надо как заболевание всего организма в целом [3, 10]. Поэтому главную роль будет играть противорецидивное лечение в послеоперационном периоде. Целесообразно использовать современные методы комплексного лечения, обладающих иммунокорректирующим, бактерицидным, антиоксидантным действиями, а также рефлекторно воздействовать на вегетативную нервную систему.

Противорецидивное лечение должно отвечать некоторым требованиям:

– являться средством исправления тех или иных дефектов при дисбалансе иммунного статуса;



## ЛИТЕРАТУРА

1. Алехина С. П., Щербатюк А. К. Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты. – Н. Новгород: Литера, 2003. – 240 с.
2. Беляков Н. А., Гуревич К. Я., Шевкунов С. В. Плазмоферез и энтеросорбция в комплексном лечении больных бронхиальной астмой // Эфферентная терапия. – 1995. – Т. 1, № 4. – С. 5–10.
3. Быкова В. П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей // Рос. ринология. – 1993. – № 1. – С. 40–46.
4. Джандаев С. Ж. Комбинированное лечение полипозных риносинуситов с применением лазера на иттрий-алюминиевом гранате с неодимом // Новости оторинолар. и логопатол. – 2000. – № 3. – С. 113–117.
5. Карандашов В. И., Петухов Е. Б. Ультрафиолетовое облучение крови. – М.: Медицина, 1997. – 224 с.
6. Лопатин А. С. Медикаментозное и хирургическое лечение полипозного риносинусита. Лечение синусита, ассоциированного с бронхиальной астмой // Рос. ринология. – 1999. – № 1. – С. 65–67.
7. Михайленко А. А., Покровский В. И. Новые подходы к лечению хронических воспалительных заболеваний // Губернские медицинские вести. – 2000. – № 3.
8. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – 390 с.
9. Поберский Д. А., Балабанцев А. Г. Обоснование дифференциального подхода к лечению больных полипозным риносинуситом // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 2004. – № 5. – С. 37.
10. Ярлыков С. А., Шагова В. С., Ярлыков А. С. Некоторые иммунологические показатели у больных полипозным риносинуситом // Вестн. оторинолар. – 1993. – № 5–6. – С. 20–22.
11. Davis R. M., Wagner E. H., Groves T. Managing chronic disease // B. M. J. – 1999. – Vol. 318. – N 71. – P. 1090–1091.
12. Ebner C. Immunological mechanisms operative in allergen-specific immunotherapy // Int. Arch. Allergy Immunol. – 1999. – Vol. 119. – N 1. – P. 1–5.
13. Kon O. M., Kay A. B. T cells and chronic asthma // Int. Arch. Allergy Immunol. – 1999. – Vol. 118. – N 2–4. – P. 133–135.
14. Majchrowicz Martin A. Ozon // Oxygen. – Baden-Baden, 2000. – 187 p.

Добрынин Кирилл Борисович – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Тверской ГМА. 170001, Тверь, ул. Советская, д. 4; тел.: (4822) 77-54-14; 8-910-649-80-36, e-mail: kbd2009@mail.ru

УДК: 616.284-004-089-089.168

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЧЕВОГО И ТОНАЛЬНОГО СЛУХА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ОТОСКЛЕРОЗА

А. М. Еловиков

### RESULTS AND DYNAMICS OF INDICATORS OF SPEECH AND VOICE-FREQUENCY HEARING IN THE POSTOPERATIVE PERIOD AT VARIOUS STAGES OTOSCLEROSIS

А. М. Elovikov

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера Минздравсоцразвития России»  
(Ректор – проф. И. П. Корюкина)

*Цель: оценить прибавку речевого и тонального слуха на оперированном ухе после вмешательства на стремени при разных стадиях отосклероза. Оценить динамику речевого и тонального слуха в послеоперационном периоде до 3 лет. Объекты и методы исследования: 349 пациентов (349 ушей) с отосклерозом, из них 79 мужчин, 270 женщин, в возрасте от 18 до 66 лет. Больных с отосклерозом I было 55,3%, с отосклерозом II – 26,07%, с отосклерозом III – 18,62%. Всем проведены операции на стремени одним хирургом. Результат: лучшие функциональные результаты речевого и тонального слуха получены при отосклерозе II. Наибольшая прибавка тонального слуха отмечена в диапазоне 2–4 кГц при всех стадиях заболевания. Наименьшая прибавка была в диапазоне 6–8 кГц. Улучшение показателей речевого и тонального слуха отмечается в течение всего периода наблюдения до 3 лет.*





*Заключение:* наибольшие позитивные изменения качественных и количественных характеристик слуха наблюдаются в первый месяц после операции на стремени, особенно при тимпано-кохлеарной и кохлеарной формах отосклероза. В течение следующих 3 лет после операции темпы улучшения слуха несколько снижаются. Прибавка по количественным и качественным показателям слуха при всех стадиях отосклероза имеется в течение 3 лет после операции.

**Ключевые слова:** отосклероз, хирургия отосклероза, результаты тонального и речевого слуха после вмешательства на стремени.

**Библиография:** 3 источника.

*Objective:* To estimate an increase of speech and voice-frequency hearing on the operated ear after intervention on a stapes at different stages otosclerosis. To estimate dynamics of speech and voice-frequency hearing in the postoperative period till three years. **PATIENTS:** 349 patients (349 ears) with otosclerosis, from them 79 men, 270 women, at the age from 18 till 66 years. Patients with the first stage of disease there were 55,3 %, with otosclerosis II – 26,07 %, with otosclerosis III – 18,62 %. All performs operations on a stirrup one surgeon. **RESULTS:** the best functional results of speech and voice-frequency hearing are received at otosclerosis II. The greatest increase of voice-frequency hearing is noted in a range 2–4 κГц at all stages of disease. The least increase was in a range 6–8 κГц. Improvement of indicators of speech and voice-frequency hearing is marked during all period of supervision till 3 years. **Conclusions:** the greatest positive changes of qualitative and quantitative characteristics of hearing are observed in the first month after stapes surgery, especially at the second and third stages otosclerosis. Within next three years after operation rates of improvement of hearing decrease a little. The increase on quantitative and to hearing quality indicators at all stages otosclerosis is available within 3 years after operation.

**Key words:** otosclerosis, surgical treatment of otosclerosis, results after stapes surgery.

**Bibliography:** 3 sources.

Функциональные результаты вмешательств на стремечке зависят от уровня поражения внутреннего уха пациента. При тимпанальной форме отосклероза у 75–100% пациентов после операции на стремени отмечается прибавка речевого слуха: по восприятию шепотной речи (ШР) до 4–5 м, разговорной речи (РР) – более 6 м [1, 2]. У лиц со смешанной и кохлеарной формами отосклероза исходный предоперационный речевой слух значительно хуже. После операций на стремени у 80% пациентов этой группы удается получить прибавку речевого слуха, а у примерно 20% больных – его нормализацию [2, 3].

У пациентов с тимпанальной формой отосклероза результат по оценке показателей тонального слуха достигает 98%, при смешанной – 63–85%. При кохлеарной форме результат несколько ниже – только 37,5–82% пациентов отмечают улучшение слуха [1–3]. При выраженном снижении слуха с преобладанием сенсоневрального компонента в некоторых случаях операция может привести к ухудшению [3].

**Цель исследования.** Оценка прибавки речевого и тонального слуха на оперированном ухе после вмешательства на стремени при различных стадиях отосклероза и оценка динамики речевого и тонального слуха в послеоперационном периоде до 3 лет.

**Объекты и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 349 пациентов (349 ушей) с отосклерозом, из них 79 мужчин, 270 женщин, в возрасте от 18 до 66 [40,18±8,74 (34,0; 47,0)] лет. Всем пациентам проведено хирургическое лечение в период 2001–2009 гг., операции выполнены одним хирургом. Больные с отосклерозом I составили 55,3%, с отосклерозом II – 26,07% с отосклерозом III – 18,63%. Операций впервые проведено 276 (79,08%), на втором ухе – 73 (20,92%).

По видам оперативных вмешательств на стремечке распределение следующее: поршневой вариант стапедопластики проведен 340 (97,42%) больным, тимпанотомия с прямой и непрямой мобилизацией стремечка проведена 9 (2,58%) пациентам. Результаты стапедопластики нами оценивались по данным восприятия шепотной и разговорной речи, тональной пороговой аудиометрии [показатели костного звукопроводения (КП), воздушного звукопроводения (ВП) и костно-воздушный интервал (КВИ) на частотах 0,5–1, 2–4, 6–8 κГц и средние показатели]. Контрольные исследования проведены перед выпиской из стационара, через 1, 12 месяцев и



ные показатели сближаются, но сохраняются у пациентов с кохлеарной стадией заболевания за счет изменений во внутреннем ухе. Наибольшие позитивные изменения качественных и количественных характеристик слуха наблюдаются в первый месяц после операции на стремени. В течение первого года после операции, а затем и до 3 лет, темпы улучшения слуха несколько снижаются. Данное улучшение можно объяснить, с одной стороны, нормализацией функций внутреннего уха, а с другой – процессами адаптации в центральной нервной системе. При операции на стремени создаются условия для улучшения функций рецептора улитки, о чем свидетельствуют улучшение показателей костного звукопроведения в ближайшем послеоперационном периоде и постепенное повышение количественных и качественных показателей слуха, особенно при тимпанокохлеарной и кохлеарной формах отосклероза. Именно этими данными можно объяснить то, что лучшие показатели прибавки слуха получены у пациентов со второй и третьей стадиями отосклероза.

### Выводы

1. Улучшение слуха после операции на стремечке при отосклерозе отмечается у пациентов со всеми стадиями отосклероза. Лучшие послеоперационные результаты тонального и речевого слуха отмечены при тимпано-кохлеарной и кохлеарной стадиях отосклероза.

2. Показатели речевого и тонального слуха на оперированное ухо улучшаются в течение 3 лет после оперативного вмешательства на стремени.

3. Изменения слуха свидетельствуют об улучшении функционирования улитки и улучшении условий функционирования рецептора слухового анализатора в послеоперационном периоде при вмешательстве на стремени.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Диаб Х., Аникин И. А., Заварзин Б. А. Результаты реопераций при неудачных функциональных исходах стапедопластики // Рос. оторинолар. – 2007. – № 4(29) – С. 69–73.
2. Дискаленко В. В., Курмашова Л. М. Клинико-аудиометрическая оценка результатов лечения больных отосклерозом // Вестн. оторинолар. – 2008. – № 4. – С. 71–73.
3. Effect of preoperative hearing level on success of stapes surgery / F. Caylakli [et al.] // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2009. – Vol. 141, N1. – P. 12–15.

**Еловиков** Алексей Михайлович – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. оториноларингологии Пермской ГМА им. акад. Е. А. Вагнера. 614000, Пермь, ул. Петропавловская, д. 26; тел.: 8-342- 236-28-87, 8-919-458-23-05, e-mail: aleks.elovikov@yandex.ru

УДК: 616.284-004-089-089.168

## ДИНАМИКА ТОНАЛЬНОГО И РЕЧЕВОГО СЛУХА ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**А. М. Еловиков**

### DYNAMICS OF FREQUENCY HEARING AND SPEECH HEARING AT THE OTOSCLEROSIS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

**A. M. Elovikov**

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера Минздравсоцразвития России»  
(Ректор – проф. И. П. Корюкина)

*Цель исследования: Оценить динамику показателей речевого и тонального слуха у пациентов после оперативных вмешательств на стремени в течение трехлетнего периода наблюдения. Объекты исследования: 349 пациентов (349 ушей), из них 79 мужчин, 270 женщин, в возрасте от 18 до 66 лет.*

*Результат: Отличный и хороший результат после операции (костно-воздушный интервал до 20 дБ) достигнут у 76,9% пациентов, через 3 года наблюдения данный показатель составил 98,39%. После операций на стремени при отосклерозе улучшение показателей тонального и речевого слуха на оперированном ухе отмечаются в течение всего трехлетнего периода наблюдения. На протяжении первого месяца и первого года после операции отмечается в большей степени улучшение восприятия разговорной речи, прибавка слуха по шепотной речи несколько отстает. После оперативного лечения улучшается слух на низкие и средние частоты речевого диапазона (0,5–4 кГц). В течение первого месяца после операции отмечается сокращение костно-воздушного интервала по всему диапазону речевых частот, но больше на частотах 2–4 кГц.*

**Ключевые слова:** отосклероз, хирургические вмешательства на стремени, тональный слух, речевой слух, результаты улучшения слуха, послеоперационный костно-воздушный интервал.

**Библиография:** 7 источников.

*Objective: Dynamics of indicators of speech hearing and voice-frequency hearing at patients after operative interventions on a stirrup during the three-year period of supervision is investigated. Material and methods: 349 patients (349 ears), from them 79 men, 270 women, at the age from 18 till 66 years. An estimation of voice-frequency hearing and speech hearing after operation on a stirrup within 3 years of supervision.*

*Results: Excellent and good result (postoperative air-bone gaps to 20 dB) after operation are reached at 76,9% of patients, in 3 years of supervision the given indicator has made 98,39%. After operations on a stapes at otosclerosis improvement of indicators of voice-frequency hearing and speech hearing on the operated ear are marked during all three-year period of supervision. Within the first month and the first year after operation improvement of quality of perception of speech is marked. After operative treatment the hearing on low and average frequencies of a speech range (500–4000 Hz) improves. Within the first month after operation reduction of a air-bone gaps on all range of speech frequencies is marked, but it is more on frequencies 2000–4000 Hz.*

**Key words:** otosclerosis, stapes surgery for otosclerosis, the hearing results, postoperative air-bone gaps.

**Bibliography:** 7 sources.

Современные методы оперативного лечения отосклероза позволяют улучшить слух на речевых частотах подавляющему большинству пациентов (85–97%) [1, 2, 4–6]. В отдаленные сроки слух сохраняется примерно у 92% больных [2, 4–6].

Критерием успешности при выполнении стапедопластики считается сокращение костно-воздушного интервала (КВИ) до 10 дБ и менее [3, 6, 7]. Функциональная эффективность оперативного лечения оценивается как отличная, если остаточный КВИ после операции для частот 0,5–8 кГц равен 10 дБ и менее; хорошая – 11–20 дБ; удовлетворительная – 21–40 дБ [3, 6, 7]. Отличный результат стапедопластики – закрытие КВИ в пределах 10 дБ на речевых частотах – достигается у 28,9–94,2% пациентов [2, 3, 6]. При этом полное закрытие КВИ (эффект сверхзакрытия) отмечается в 5% наблюдений [6, 7]. Хороший результат – послеоперационный КВИ 10–20 дБ – отмечен у 8–64,8% больных [2, 3, 6]. Отличный и хороший результат хирургического лечения отосклероза по тональному слуху отмечаются в 83–96% случаев [6, 7].

**Цель исследования.** Оценка динамики показателей речевого и тонального слуха на оперированное ухо у пациентов после оперативных вмешательств на стремени в течение трехлетнего периода наблюдения.

**Пациенты и методы исследования.** В группу оценки результата хирургического лечения вошло 349 пациентов (349 ушей), из них 79 мужчин, 270 женщин, в возрасте от 18 до 66 [40,18±8,74 (34,0; 47,0)] лет. Наибольшее количество составили больные с отосклерозом I – 55,3%, с отосклерозом II – 26,07%, с отосклерозом III – 18,62%. Операций впервые проведено 276 (79,08%), на втором ухе – 73 (20,92%).

По видам оперативных вмешательств на стремечке распределение следующее:

– поршневой вариант стапедопластики у 340 (97,42%) больных: из них у 20 (5,73%) пациентов – поршневая стапедопластика по Ши, у 320 (91,69%) больных – щадящий вариант поршневой стапедопластики;



УДК: 616.284-002-2/.3-06:616.213.6-008.87-07(571.121)+  
616.284-002-2/.3-06:616.284-008.87-07(571.121)

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ НОСА И СРЕДНЕГО УХА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Н. В. Еремина<sup>1</sup>, Н. А. Конаков<sup>1,2</sup>

## COMPARATIVE EVALUATION OF THE MICROFLORA OF THE NASAL CAVITY AND MIDDLE EAR IN PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA, LIVING IN THE NORTH

N. V. Eremina, N. A. Konakov

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ»

(Зав. каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова – доцент, канд. мед. наук А. П. Мирошниченко)

<sup>2</sup> Пыть-Яхская окружная больница, г. Пыть-Ях, Ханты-Мансийский автономный округ, Россия

(Главный врач – канд. мед. наук В. А. Гильванов)

*Проблема оптимизации лечения хронического гнойного среднего отита актуальна для населения Севера, где климатические условия могут усугублять течение воспалительного процесса в среднем ухе. Важная роль в возникновении деструктивных изменений и формировании защитных реакций организма принадлежит характеру микрофлоры. В работе приведены результаты исследования качественного состава, вирулентности микрофлоры среднего уха и полости носа, а также особенностей клинического течения хронического гнойного среднего отита у населения Севера.*

**Ключевые слова:** хронический гнойный средний отит, микрофлора среднего уха и полости носа, население Севера.

**Библиография:** 12 источников.

*The Problem to optimization of the treatment chronic festering average omuma actual for population of the North, where climatic conditions can aggravate the current of the inflammatory process to at the average fish soup. Important role in origin destructive change and shaping defensive reaction belongs to the nature microflora otitis media. In work are brought results of the study of the qualitative composition, virulence of microflora average fish soup and cavities of the nose, as well as particularities of the clinical current chronic festering average omuma beside populations of the North.*

**Key words:** chronic suppurative otitis media, middle ear and flora of the nasal cavity, the population of the North.

**Bibliography:** 12 sources.

Суровые климатические условия Севера, характеризующиеся низкой среднегодовой температурой воздуха, повышенной влажностью, резкими нарушениями фотопериодичности и перепадами атмосферного давления, могут влиять на особенности качественного состава микрофлоры, частоту возникновения и особенности течения хронического гнойного среднего отита (ХГСО). Имеются данные о высокой распространенности ХГСО у проживающего в этих условиях населения [1, 2, 5]. В свою очередь, характер и вирулентность микрофлоры полостей среднего уха, носа и околоносовых пазух также определяют клинические проявления воспалительного процесса среднего уха [9, 12].

По данным литературы в составе бактериологического отделяемого из уха у 65–70% больных ХГСО преобладает монофлора, представленная патогенными штаммами *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, а также условно-патогенными микроорганизмами *Streptococcus*



мов, активизации патогенных и условно-патогенных микроорганизмов слизистой оболочки полости носа, околоносовых пазух и уха, что ведет к нарушению экологического баланса, возникновению и хроническому течению воспалительных заболеваний среднего уха.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авцын А. П., Жаворонков А. А., Кениг Э. Э. Некоторые аспекты адаптации человека в полярных районах. – Якутск, 1974. – С. 17–22.
2. Буганов А. А. Ямальский регион: Проблемы здоровья. Надым, 2000. – 147 с.
3. Гуров А. В., Гусева А. Л. Микробиологические особенности хронического гнойного среднего отита и их влияние на течение заболевания // Вестн. оторинолар. – 2007. – № 2. – С. 7–10.
4. Дискаленко В. В., Никитин К. А. Болезни среднего уха: пособие. – СПб.: СПбГМУ, 2002. – 24 с.
5. Извин А. И. Динамика изменений микрофлоры полости уха у больных хроническим гнойным средним отитом в зависимости от применения лекарственных веществ // Вестн. оторинолар. – 1988. – № 6. – С. 72–74.
6. Ерёмкина Н. В., Конаков Н. А., Владимиров Т. Ю. Особенности микрофлоры полости носа среднего уха у больных хроническим гнойным средним отитом, проживающих в условиях Крайнего Севера // Медицинская наука и образование Урала. – 2007. – № 5/49. – С. 93–96.
7. Мишенькин Н. В. Вопросы клиники, диагностики и лечения хронических средних отитов. – Омск, 1979. – 88 с.
8. Полякова Т. С., Гуров А. В., Гусева А. Л. Ципринол в лечении хронического гнойного среднего отита // Русский медиц. журн. – 2006. – Т. 14. – № 21. – С. 1525–1528.
9. Семенов Ф. В. Отомикроскопическое обследование больных с патологией среднего уха // Вестн. оторинолар. – 2001. – № 4. – С. 48–50.
10. Солдатов И. Б. Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1994. – 608 с.
11. Судакова Т. Н., Тихомирова Н. Н., Фейгин Г. А. Микрофлора среднего уха при гнойном поражении его полостей / Науч. тр. Иркутского мединститута. – М., 1968. – Вып. 90. – С. 20–27.
12. Фурсов В. В. Особенности течения хронического гнойного среднего отита и связанные с этим вопросы врачебной тактики // Вестн. оторинолар. – 2000. – № 1. – С. 57–58.

**Ерёмкина** Наталья Викторовна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова Самарского ГМУ. 443099, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; тел.: (+7)-963-116-33-44, e-mail: erjominalor@mail.ru;  
**Конаков** Николай Александрович – соискатель каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова Самарского ГМУ, зав. ЛОР-отделением Пыть-Яхской окружной больницы Ханты-Мансийского автономного округа, e-mail: konakov.64@mail.ru

УДК:616.211–008.811:57.012.4

## ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СТРУКТУРИЗАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ В НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

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

### THE TIME OF BIOLOGICAL FLUID STRUCTURE ISHIN IN NON-INVASIVE DIAGNOSTIC INFLAMMATION PROCESS OF NOSE AND SINUSES

**G. P. Zaharova, V. V. Schabalin, Yu. K. Yanov**

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

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

*Разработан новый метод неинвазивной диагностики хронического риносинусита. В качестве критерия диагностики использовано время структуризации твердой фазы биологической жидкости.*



**Ключевые слова:** хронический риносинусит, биологическая жидкость, время структуризации биологической жидкости.

**Библиография:** 6 источников.

*It was developed a new method of non-invasive chronic rhinosinusitis diagnostics. As diagnostic criterions was used structuring time of biological fluid.*

**Key words:** chronic rhinosinusi, biological fluid, structuring time of biological fluid.

**Bibliography:** 6 sources.

Секрет слизистой оболочки дыхательных путей – второй после респираторного эпителия неотъемлемый компонент мукоцилиарной системы и мукоцилиарного клиренса. Вместе с ресничками он принимает участие в сохранении гомеостаза внутренней среды организма с помощью удаления продуктов метаболизма, инородных частиц, микроорганизмов наружу из дыхательных путей. По химическому составу секрет состоит из: воды (95%), белков (1-3%), углеводов – мукогликопротеидов (1%), липидов – фосфолипидов, нуклеиновых кислот (1%), сурфактанта (0,8%), ионов электролитов (Na, Cl, Ca), антипротеаз, антиоксидантов (1%). Двухфазная структура секрета служит средой и основой для двигательной активности ресничек. Реснички находятся и движутся в более глубоком слое, так называемой перилициарной жидкости – золь. Поверхностный слой – гель, расположен над золей и над ресничками и непосредственно контактирует с воздухом. Золь, имеющий низкую вязкость, близкую к вязкости воды, действует как вспомогательная среда, координирующая движение ресничек, которые транспортируют слой геля, вязкость которого примерно в 1000 раз больше вязкости слоя золь. Известно, что изменение физических свойств секрета эпителия, соотношения вязкости слоев золь и гель – одна из основных причин нарушения защитной функции мукоцилиарной системы и мукоцилиарного транспорта. При воспалении продукция слизистого секрета бокаловидными клетками и железами подслизистого слоя увеличивается, наблюдается увеличение вязкости секрета.

Содержание в секрете дыхательных путей мукогликопротеидов, извитые молекулы которых создают молекулярную структуру слизи, определяет физические свойства секрета. В мукогликопротеидах выявлено большое количество перекрестных связей, дисульфидных мостиков, ионных, водородных связей и сил Ван дер Вальса. Благодаря этим связям, секрет имеет физические характеристики жидкости – вязкость, и твердого тела – эластичность. Физические свойства секрета укладываются в понятия и принципы реологии – науки о текучести жидкости. Время релаксации слизистого секрета очень большое (до 30 мс), что дает возможность секрету свободно захватывать и удерживать посторонние частицы.

Известно, что переходу золь в гель и ухудшению мукоцилиарного транспорта способствует увеличение концентрации мукогликопротеидов в секрете, сопровождающееся уменьшением скрученности и увеличением длины молекул муцина, увеличением осмолярности секрета, уменьшением глубины слоя золь и увеличением вязкости слоя геля.

Несмотря на значимость секрета слизистой оболочки верхних дыхательных путей в жизнедеятельности всего организма человека, большая часть информации, заложенной в этой биологической жидкости, остается недоступной, что обусловлено несовершенством методов ее получения и исследования.

В настоящее время разработка новых способов получения и исследования носового секрета представляет несомненную актуальность. Применение нами нового в медицине методологического направления – морфологического исследования структур твердой фазы биологических жидкостей, позволило изучить секрет дыхательных путей на принципиально новом – молекулярном уровне и дать характеристику его морфотипов в норме и при патологии [1]. Теоретической основой к «функциональной морфологии» биологических жидкостей послужило учение о самоорганизации и поведении сложных систем, разработанное школами нобелевских лауреатов И. Пригожина и Г. Хакена [4]. Методологическая основа для исследования структур биологических жидкостей – методы клиновидной и краевой дегидратации разработаны В. Н. Шабалиным и С. Н. Шатохиной [9].

Биологические жидкости, выполняя широкий спектр жизненно важных функций в организме человека, при переходе в твердую фазу образуют кристаллические структуры, морфотип



УДК: 616.284.-002.258-06-089

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФИСТУЛОЙ ЛАБИРИНТА

В. Н. Колесников<sup>1</sup>, Н. В. Бойко<sup>2</sup>

### OPERATIVE THERAPY IN CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA COMPLICATED WITH LABYRINTHINE FISTULA

V. N. Kolesnikov, N. V. Boyko

<sup>1</sup> Областной консультативно-диагностический центр, г. Ростов-на-Дону  
(Главный врач – канд. мед. наук. Д. В. Бурцев)

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»  
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

В статье обобщен опыт лечения 10 больных хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой и фистулой лабиринта. У большинства больных (8 человек) фистула локализовалась в области латерального полукружного канала, у 1 – в области заднего полукружного канала, у 1 больного обнаружены множественные фистулы (латеральный и задний полукружные каналы). Для обеспечения полного удаления холестеатомы всем больным произведена операция по открытому типу, у 7 больных – с первичной тимпанопластикой. Пластику фистулы выполняли костной стружкой из кортикального слоя сосцевидного отростка, поверх которой укладывали свободный надкостничный лоскут. Критериями эффективности хирургического вмешательства были сохранность порогов слуха по костной проводимости, исчезновение фистульного симптома после операции и восстановление целостности стенки полукружного канала по данным СКТ.

**Ключевые слова:** фистула лабиринта, холестеатома, хронический гнойный средний отит.

**Библиография:** 22 источника.

*The article generalizes the treatment of 10 patients suffering from chronic suppurative otitis complicated with cholesteatoma and labyrinthine fistula. Most patients (8 in number) had the fistula localized in the lateral semicircular duct, while 1 patient had it in the posterior semicircular duct, and 1 other revealed multiple fistulae (lateral and posterior semicircular ducts). To provide complete cholesteatoma ablation, all the patients underwent open type surgery, 7 of them with tympanoplasty. The fistula plastics was made by bone chips from the mastoid cortical layer, with a free periosteal flap laid upon it. The surgery effectiveness criteria were audibility threshold integrity in bone conduction, post-operation fistula symptom disappearance, restoration of integrity of the semicircular duct wall (ac. to computer tomography).*

**Key words:** labyrinthine fistula, cholesteatoma, chronic otitis media.

**Bibliography:** 22 sources.

Фистула лабиринта встречается у 4,8–14,8% больных (в среднем 7%), прооперированных по поводу хронического гнойного среднего отита (ХГСО) [5, 9, 11, 12, 20, 21]. Чаще всего фистула располагается в области латерального полукружного канала у больных с длительным течением ХГСО, однако возможно ее формирование и в других отделах лабиринта (задний и верхний полукружные каналы, область преддверия, основание стремечка). Фистула лабиринта может повлечь за собой развитие внутричерепных осложнений, а также стойкую утрату функций лабиринта. В связи с этим данная патология требует хирургического лечения, несмотря на существующую угрозу послеоперационной глухоты.

В литературе нет единого мнения о тактике лечения фистулы лабиринта. В обширном обзоре литературы В. J. Copeland, С. А. Buchman [6] отметили отсутствие универсальных критериев диагностики фистулы лабиринта, что делает проблематичной интерпретацию опубликованных результатов и не позволяет объективно оценить предлагаемые методы лечения.



УДК:616.22-007.271:615.211

## ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТРАНСТРАХЕАЛЬНОЙ СТРУЙНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ В ЭНДОХИРУРГИИ ГОРТАНИ

Л. В. Колотилов, В. Е. Павлов

### COMPLICATIONS AND THEIR PREVENTION IN THE USAGE OF TRANSTRACHEAL JET VENTILATION DURING ENDOSURGERY OF THE LARYNX

L. V. Kolotilov, V. E. Pavlov

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

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

*В статье представлены различные варианты развития осложнений и критических ситуаций при использовании высокочастотной струйной вентиляции легких во время анестезиологического обеспечения эндоскопических вмешательств в гортани и верхних отделах трахеи. Рассмотрены способы предупреждения развития осложнений и алгоритмы оказания неотложной помощи.*

**Ключевые слова:** транстрахеальная струйная вентиляция, эндоскопическая хирургия гортани.

**Библиография:** 13 источников.

*The article presents complications and critical situations with the use of high-frequency jet ventilation during the anesthesiological support of the endoscopic microsurgical operations in the larynx and the upper part of trachea. The methods of complications preventing and the algorithms of emergency care are treated.*

**Key words:** transtracheal jet ventilation, endolaryngeal surgery.

**Bibliography:** 13 sources.

Широкое внедрение в клиническую практику эндоскопической хирургии гортани выявило ряд специфических задач для анестезиологов. Помимо надежной интраоперационной защиты больного, крайне важно обеспечить максимальные удобства для работы хирурга, а также предупредить аспирацию крови и операционного материала. Как показывает наш и международный опыт, наилучшие условия для использования микроинструментария в узком пространстве гортани достигаются применением тотальной внутривенной анестезии в сочетании с миорелаксацией [7]. Адекватный газообмен во время микрохирургических вмешательств обеспечивается, как правило, с помощью струйных методов искусственной вентиляции легких (ИВЛ), так как традиционная ИВЛ через эндотрахеальные трубки (ЭТТ) даже малого диаметра (5–6 мм) далеко не всегда обеспечивает необходимую свободу манипуляций в просвете дыхательных путей (ДП). В случаях массивных эндофитных образований в трахее, выраженных стенозов или грубых анатомических изменений интубация ЭТТ может быть вообще невыполнима. Превентивная трахеостомия при сохраненном самостоятельном дыхании решает проблему, однако повышает травматичность операции, удлиняет послеоперационный период и дальнейшую реабилитацию больного [5]. Больные нередко отказываются от оперативного вмешательства на гортани из-за необходимости наложения трахеостомы. В некоторых случаях трахеостомия для обеспечения традиционной вентиляции во время общей анестезии значительно превышает по травматичности саму операцию [4].

Высокочастотная струйная вентиляция (ВЧСВ) с введением тонкого инсуффлирующего катетера (диаметром 1,4–2 мм) является надежным и безопасным методом респираторной поддержки при эндоскопических операциях на гортани и верхних отделах трахеи [11]. Катетер





УДК: 616.28-002-036.11-08-092.4:616.42

**ОБОСНОВАНИЕ РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ  
НА БАЗЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА****С. Ю. Кротов, Ю. А. Кротов, И. Н. Путалова, А. В. Павлов****SUBSTANTIATION OF REGIONAL LYMPHOTROPIC THERAPY BASED  
ON EXPERIMENTAL ACUTE OTITIS MEDIAE****S. Y. Krotov, Y. A. Krotov, I. N. Putalova, A. V. Pavlov**

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Ю. А. Кротов;

зав каф. анатомии человека – проф. И. Н. Путалова)

У 35 крыс-самцов породы Wistar моделировали острый средний отит путем инфицирования уха культурой *S. aureus* на фоне создания системного иммунодефицита. Изучали реакцию регионарных лимфатических узлов: у интактных животных, при индуцированном воспалении среднего уха, традиционной и регионарной лимфотропной терапии. В группах животных, которым проводили лимфотропную терапию, наблюдали более раннее купирование инфекции в барабанной полости и полное восстановление основных структурных компонентов регионарных лимфатических узлов.

**Ключевые слова:** острый средний отит, лимфотропная терапия.

**Библиография:** 8 источников

35 immunodeficient Wistar male rats were inoculated by substance *S. aureus* into the middle ear to model acute otitis. We examined the response of regional lymph nodes of intact animals under induced middle ear inflammation to traditional and regional lymphotropic treatment. Animals undergone lymphotropic therapy showed an earlier elimination of infection within the tympanic cavity and complete recovery of regional lymph nodes' structural units.

**Key words:** acute otitis media, lymphotropic treatment.

**Bibliography:** 8 sources.

Острый средний отит относится к часто встречающейся патологии уха. Его возникновение связано с инфицированием воздухоносных полостей височной кости бактериальной либо вирусной микрофлорой [3, 4, 6, 7]. Ответом на микробную инвазию является развитие воспалительного процесса со стороны как первичного очага (барабанная полость, слуховая труба, воздухоносные ячейки сосцевидного отростка), так и лимфатического аппарата (лимфатические сосуды и узлы) височной и подчелюстной областей, являющегося основным путем элиминации токсинов, дренажа и детоксикации тканевой жидкости и лимфы. Центральным звеном лимфатического региона среднего уха считаются регионарные лимфатические узлы, которые в различной степени могут быть вовлечены в воспалительный процесс [5, 8]. Тем не менее их роль в патогенезе отита мало изучена и не учитывается при разработке и реализации различных методов лечения больных.

**Цель исследования.** Выявление морфофункциональных особенностей вовлечения лимфатической системы среднего уха в воспалительный процесс в условиях экспериментальной модели острого среднего отита для обоснования и разработки способа регионарной лимфотропной терапии данной патологии в клинической практике.

**Материал и методы.** Экспериментальное исследование проведено на 35 белых половозрелых крысах-самцах породы Wistar, массой 200–250 г, которых содержали в общелабораторном режиме и включали в эксперимент после адаптации в течение 7 суток. Уход, кормление, режим содержания и забой животных осуществляли согласно нормативным документам. Объектом исследования служили лимфатические узлы, относящиеся к зоне лимфатического региона среднего уха.

По характеру исследования сформировали четыре экспериментальные группы. В 1-ю группу отнесены интактные животные (5 особей). Характер лимфооттока из интересующего реги-



УДК: 616.22-006.6

## ЭКСПРЕССИЯ P53 КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР В ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ГОРТАНИ?

Р. Н. Кулагин

### IS P53 A PROGNOSTIC FACTOR IN PATIENTS WITH LARYNGEAL CARCINOMA?

R. N. Kulagin

ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ Минздравсоцразвития России»

(Ректор – проф. А. С. Созинов)

Материалом для иммуногистохимического исследования служили парафиновые срезы 173 случаев плоскоклеточного рака гортани. Для исследования использовалось антитело p53 (клон DO7). Экспрессия p53 обнаружена в 109 случаях, что составляет 63%. Экспрессия мутантного белка p53 связана с лучшей выживаемостью ( $p < 0,05$ ). Не обнаружена связь между сверхэкспрессией мутантного белка p53 с клинической стадией, рецидивами, наличием регионарных метастазов в лимфатические узлы, степенью гистологической дифференцировки G и возрастом больных плоскоклеточным раком гортани. Сверхэкспрессия мутантного белка p53 не является важным прогностическим фактором, ухудшающим течение плоскоклеточного рака гортани.

**Ключевые слова:** рак гортани, иммуногистохимия, p53, прогноз.

**Библиография:** 24 источника.

173 cases (biopsy and operation material) of squamous laryngeal cancer were analyzed using of monoclonal antibody p53 (clone DO7). P53 expression was found in 109 (63%) of the patients. There was a significant correlation between p53 expression and with better survival rates ( $p < 0,05$ ). No relationship was observed with histologic differentiation, clinical and tumor (T) stages, recurrence and nodal metastasis. Our results suggest that p53 expression is not a prognostic factor in laryngeal cancer.

**Key words:** laryngeal cancer, immunohistochemistry, p53, prognosis.

**Bibliography:** 24 sources.

Вот уже более 20 лет p53 притягивает к себе внимание в качестве прогностического маркера для многих опухолей человека. Это касается и опухолей головы и шеи, включая плоскоклеточный рак гортани, заболеваемость которым в последние десятилетия остается стабильно высокой.

Рак – это многостадийный и очень сложный процесс, в котором одну из главных ролей играют мутации в генах-супрессорах, одним из которых является ген p53. Гены-супрессоры отвечают за кодировку белков, верифицирующих повреждения или дефекты последовательности ДНК клетки, блокирующих клеточный цикл в G1-фазе, и, если это возможно, восстанавливают последовательность ДНК, а в случае, если дефекты не подлежат восстановлению, то способны активировать механизмы клеточной смерти или апоптоз. Ген p53 локализуется в 17-й хромосоме и кодирует ядерный фосфопротеин с молекулярной массой 53 кДа (кратко p53, «природный», или «дикий», тип). Этот белок синтезируется в малых количествах и очень быстро распадается. Мутантные формы p53, напротив, синтезируются в больших количествах, а период полураспада достигает суток, что позволяет их легко выявлять иммуногистохимически и использовать в диагностике злокачественных опухолей. В большом количестве работ исследована экспрессия p53 в плоскоклеточном раке головы и шеи и, в частности, в раке гортани. Данные авторов противоречивые, неполные и выполнены на небольшом количестве материала [2, 7, 9, 13, 15, 16, 18].

**Цель работы.** Изучение экспрессии мутантного белка p53 в плоскоклеточном раке гортани, а также выявление его взаимосвязи с известными прогностическими факторами: клинической стадией, выживаемостью, наличием рецидивов и метастазов в регионарные лимфатические узлы, а также степенью гистологической дифференцировки.

**Материалы и методы.** Материалом для иммуногистохимического исследования служили парафиновые срезы 173 случаев плоскоклеточного рака биопсийного и операционного мате-



23. Smith B. D., Hafty B. G., Sasaki C. T. Molecular markers in head and neck squamous cell carcinoma: their biological function and prognostic significance // Ann Otol. Rhinol. Laryngol. – 2001. – Vol. 110. – P. 221–228.
24. Variability of genetic alterations in different sites of head and neck cancer / J. P. Rodrigo [et al.] // Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111. – P. 1297–1301.

**Кулагин Роман Николаевич** – канд. мед. наук, доцент каф. патологической анатомии Казанского ГМУ. 420012, Республика Татарстан, Казань, ул. Бутлерова, д. 49а; тел.: 8-927-407-25-90, e-mail: rnkulagin@gmail.com

УДК: 616.211/216-089.843+616.45-001.1/3

## БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

**М. А. Ленгина, М. Ю. Коркмазов, А. И. Синицкий**

### NOSE OKSIDATIVNOGO'S BIOCHEMICAL INDICATORS OF THE STRESS OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE CAVITY AT RINOSEPTOPLASTIKA AND POSSIBILITY OF THEIR CORRECTION

**M. A. Lengina, M. Yu. Korkmazov, A. I. Sinitsky**

*ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия  
Минздравсоцразвития России»*

*(Зав. каф. оториноларингологии – докт. мед. наук М. Ю. Коркмазов)*

*Авторами настоящей работы оценена клиническая эффективность применения антиоксидантной терапии перед риносептопластикой и приведены биохимические показатели молекулярных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и содержания окислительно модифицированных белков слизистой и хрящевой тканей полости носа.*

**Ключевые слова:** *перекисное окисление липидов, окислительная модификация белков, антиоксидантная терапия.*

**Библиография:** *12 источников.*

*Authors of the real work estimated clinical efficiency of application of antioxidant therapy before rinoseptoplastiky and biochemical indicators of molecular products of perekisny oxidation of lipids (PAUL) and contents okislitelno the modified proteins of slizisty and hryashchevy fabrics of a cavity of a nose are given.*

**Key words:** *perekisny oxidation of lipids, oxidizing modifitsiya of proteins, antioxidant therapy.*

**Bibliography:** *12 sources.*

По данным многих исследователей, у 68–80% населения нашей планеты регистрируется патологическая деформация перегородки носа (ПН). Из них около 20% пациентов нуждаются в оперативном лечении. Поэтому хирургическая коррекция девиаций ПН является самой распространенной операцией в практической оториноларингологии [8, 9].

Общеизвестно, что любое оперативное вмешательство является стрессом для организма и приводит к угнетению функционирования антиоксидантной системы (АОС), в результате которого возникает дисбаланс между окислительными и антиокислительными процессами на молекулярном уровне с последующей активацией процессов свободнорадикального окисления (СРО) и повреждением клеточных макромолекул. Термин «оксидативный стресс» (oxidative stress) был введен Хельмутом Зисом в 1991 г. и официально вошел в словарь Mesh Pubmed в 1995 г. Согласно определению, данному в PubMed, оксидативный стресс – это нарушение баланса про- и антиоксидантов в пользу первых, которое может привести к повреждению кле-



2. Бакулина Л. С., Куц Б. В. Комплексное применение антиоксидантов при лечении острых гнойных средних отитов // Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – № 1. – С. 20–21.
3. Вавин В. В. Применение местной антиоксидантной терапии в комплексном лечении больных острым гнойным риносинуситом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 24 с.
4. Владимиров Ю. А., Проскурнина Е. В. Свободные радикалы и клеточная хемилюминесценция // Успехи биологической химии. – 2009. – Т. 49. – С. 341–388.
5. Зависимость функциональных эффектов продуктов ПОЛ от их содержания в организме / Е. И. Львовская [и др.] – Челябинск, 2005. – 170 с.
6. Окислительная модификация белков сыворотки крови человека, метод ее определения / Е. Е. Дубинина [и др.] // Вопр. мед. химии. – 1995. – № 41. – С. 24–26.
7. Оковитый С. В. Клиническая фармакология антиоксидантов. Клиническая фармакология. Избранные лекции. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
8. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М.: Медицинское информационное агенство, 2006. – 560 с.
9. Профилактика послеоперационных осложнений после септопластики / А. И. Крюков [и др.] // Мат. XVII съезда оторинолар. России: тез. докл. – СПб., 2011. – С. 190–192.
10. Сопоставление различных подходов к определению продуктов перекисного окисления липидов в гептан-изопропанольных экстрактах крови / И. А. Волчегорский [и др.] // Вопр. мед. химии. – 1989. – № 1. – С. 127–131.
11. Спектрофотометрическое определение конечных продуктов перекисного окисления липидов / Е. И. Львовская [и др.] // Там же. – 1991. – № 4. – С. 92–94.
12. Шмелева Н. В. Варианты консервативного и хирургического лечения хронических синуситов: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 2009. – 24 с.

**Ленгина** Мария Александровна – очный аспирант каф. оториноларингологии Челябинской ГМА. 454000, Челябинск, ул. Воровского, д. 64; тел.: 8-951-47-01-910, e-mail: Danilenko1910@mail.ru; **Коркмазов** Мусос Юсуфович – докт. мед. наук, зав. каф. оториноларингологии Челябинской ГМА. 454000, Челябинск, ул. Воровского, д. 64; тел.: 8-922-715-66-83, e-mail: korkmazov74@gmail.com; **Синицкий** Антон Иванович – канд. мед. наук, ассистент каф. биохимии Челябинской ГМА. 454000, Челябинск, ул. Воровского, д. 64; тел.: 8-904-307-30-17, e-mail: biochem2009@yandex.ru

УДК:616.216.2-006.34.03-089.844

## УДАЛЕНИЕ ОСТЕОМЫ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ПУТЕМ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ФРОНТОТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИКРОНАРНОГО ДОСТУПА

**К. А. Матвеев<sup>1</sup>, А. Н. Науменко<sup>1</sup>, И. И. Чернушевич<sup>1</sup>, Н. Н. Науменко<sup>2</sup>**

### REMOVAL OF THE FRONTAL SINUS OSTEOMA BY OSTEOPLASTIC FRONTOTOMY USING BICORONAL APPROACH

**К. А. Matveev, A. N. Naumenko, I. I. Chernushevich, N. N. Naumenko**

<sup>1</sup> ФГБУ «СПб НИИ ЛОР Минздрава России»

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

<sup>2</sup> ЗАО «МЕДИ», Санкт-Петербург

(Главный врач – докт. мед. наук Т. Ш. Мчедлидзе)

*В статье представлен опыт хирургического лечения 11 пациентов с остеомой лобных пазух. Подробно описан метод удаления остеом лобных пазух с использованием бикоронарного разреза с остеопластической фронтотомией. Определены преимущества и недостатки данного метода в сравнении с традиционным подходом, включающим разрез по брови и удаление фрагмента кости лицевой стенки лобной пазухи.*



**Ключевые слова:** остеома, лобная пазуха, бикоронарный разрез, остеопластическая фронтотомия.

**Библиография:** 10 источников.

*The article presents the experience of surgical treatment of 11 patients with osteoma of the frontal sinuses. The method of removal of the frontal sinus osteoma using bicoronal incision and osteoplastic frontotomy is described in details. The advantages and disadvantages of this method in comparison with the traditional approach, which includes the cut on the eyebrow and the partial removal of the front wall of frontal sinus, were determined.*

**Keywords:** osteoma, frontal sinus, bicoronal approach, osteoplastic frontotomy.

**Bibliography:** 10 sources.

Остеомы являются одними из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух. Чаще всего остеомы локализируются в лобных пазухах, реже – в решетчатых и верхнечелюстных и крайне редко – в клиновидных пазухах. Так, согласно данным, приведенным в работе Н. М. Смирнова (1982), из 1561 наблюдений остеом околоносовых пазух в 39% случаев они располагались в лобных пазухах, в 21,8% – в клетках решетчатой кости, в 8,5% – в верхнечелюстных, в 2,9% – в клиновидных пазухах. Уточнить первичную локализацию остеом в оставшихся 25,9% случаев не удалось вследствие расположения образований сразу в нескольких пазухах [4]. По другим данным, встречаемость остеом в лобных пазухах значительно выше [10]. Особенностью остеом околоносовых пазух является их крайне медленный, но агрессивный рост, в процессе которого происходит разрушение окружающих опухоль костных структур лицевого и мозгового скелета, а мягкие ткани подвергаются длительному нарастающему давлению с развитием в них хронических воспалительных и дегенеративно-дистрофических изменений [3, 5]. Остеомы лобных пазух в процессе своего роста чаще всего разрушают орбитальную, лицевую и заднюю стенки пазухи, что, как правило, сопровождается различными внутриглазничными и внутричерепными осложнениями [2].

В настоящее время хирургическое удаление является единственным действенным способом лечения остеом лобных пазух. При этом, по данным большинства зарубежных и отечественных авторов, хирургический доступ к опухоли чаще всего осуществляется через лицевую стенку пазухи с разрезом по брови и удалением фрагмента кости лицевой стенки, необходимого для визуализации и извлечения опухоли [1, 6]. Неизбежным последствием такого доступа при удалении остеом больших размеров считаются косметические нарушения – кожный рубец и западение тканей в проекции костного дефекта лицевой стенки пазухи, а также нарушение функции одной или нескольких пазух, требующие хирургической коррекции [7]. Таким образом, традиционный подход к лечению пациентов с данной патологией имеет ряд явных недостатков и не может считаться оптимальным.

Одним из перспективных направлений в области разработки качественно новых подходов к лечению пациентов хирургического профиля при решении традиционно сложных медицинских задач явилось внедрение междисциплинарного подхода. Так, при лечении больных с остеомами лобных пазух некоторые специалисты стали использовать бикоронарный доступ, применяемый в пластической и реконструктивно-восстановительной челюстно-лицевой хирургии, который в сочетании с остеопластической фронтотомией представляет собой качественно новый подход к решению сложной оториноларингологической задачи [9].

**Цель исследования.** Выявление преимуществ и недостатков метода удаления остеом лобных пазух с использованием бикоронарного разреза с остеопластической фронтотомией в сравнении с традиционным подходом, включающим разрез по брови и удаление фрагмента кости лицевой стенки лобной пазухи.

**Пациенты и методы.** За период с 2006 по 2011 г. в СПб НИИ ЛОР было прооперировано 11 пациентов, среди которых лишь у двоих была диагностирована изолированная остеома лобной пазухи, в то время как у остальных остеома располагалась преимущественно в просвете лобной пазухи и распространялась в клетки решетчатого лабиринта одной из сторон. Таким образом, в 9 случаях был установлен диагноз «остеома лобной пазухи и решетчатого лабиринта». Первую группу, где был применен классический доступ через переднюю стенку лобной пазухи



6. Craniofacial osteotomies for skull base access / G. Neil-Dwyer [et al.] // Acta Neurochir. – 1995. – Vol. 134, N 1–2. – P. 5–15.
7. Reconstruction of the anterior cranial base with the galeal frontalis myofascial flap and the vascularized outer table calvarial bone graft / M. Hasegawa [et al.] // Neurosurgery. – 1995. – Vol. 36, N 4. – P. 725–729.
8. The role of endonasal surgery in the management of frontoethmoidal osteomas / B. Schick [et al.] // Rhinology. – 2001. – Vol. 39, N 2. – P. 66–70.
9. Treatment of frontal sinus osteoma, using a craniofacial approach / S. Chang [et al.] // Ann. Plastic Surg. – 1997. – Vol. 38, N 5. – P. 455–459.
10. Vowles R., Bleach N. Frontoethmoid osteoma // Ann Otol. Rhinol. Laryngol. – 1999. – Vol. 108, N 5. – P. 522–524.

**Матвеев** Константин Александрович – канд. мед. наук, н. с. отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: (812) 316–25–01, e-mail: kmatv@mail.ru; **Науменко** Аркадий Николаевич – канд. мед. наук, н. с. отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: (812) 316–25–01, e-mail: naumenko-arkady@mail.ru; **Чернушевич** Игорь Иванович – докт. мед. наук, ст. н. с. отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: (812) 316–25–01, e-mail: igor1st@mail.ru; **Науменко** Николай Николаевич – докт. мед. наук, главный специалист ЗАО «МЕДИ». 191025, Санкт-Петербург, Невский пр., 82; тел.: (812) 324-00-24, e-mail: naumenko-arkady@mail.ru

УДК 376.3:616.283.1-089.843-089.168.1-053.2

## РЕЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

**А. С. Матвеева**

### SPEECH THERAPY IN CHILDREN'S PEDAGOGICAL REHABILITATION AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

**A. S. Matveeva**

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

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

*Данное исследование посвящено проблеме восстановления речи у детей после кохлеарной имплантации (КИ). Создание методики речевой терапии, направленной на овладение ребенком звучной речью, становится в настоящее время задачей первоочередной важности. Эта проблема недостаточно изучена в РФ, но данные исследования могут значительно повысить уровень реабилитации пациентов такой группы. Решение задачи слухоречевой реабилитации у пациентов данной группы неразрывно связано с характером и методами речевой терапии. В статье рассматривается структура речевой терапии.*

**Ключевые слова:** кохлеарная имплантация, слуховая функция, потеря слуха, речевая терапия.

**Библиография:** 11 источников.

*This study is devoted to the problem of hearing loss and function in cases of cochlear implants patients – in connection with the system of pedagogical rehabilitation. This theme is not enough investigated in Russian Federation, but such studies are really progressive in order to get up the level of rehabilitation system. There is real necessity of speech therapy method creating in such group of patients. Decision of the task of hearing and speech rehabilitation in this patient's group is inseparably connected with the*



*character and methods of speech therapy. Main characteristics of the patient's group and principles of speech therapy are described in the article.*

**Key words:** *coclear implantation,; hearing function; hearing loss, speech therapy.*

**Bibliography:** *11 sources.*

Кохлеарная имплантация, широко применяемая в настоящее время в системе реабилитации детей с глухотой и тугоухостью, ставит перед специалистами-педагогами множество новых задач, в частности, назрела необходимость разработки методики речевой терапии для пациентов данной группы [6, 10, 11]. Причем потребности реабилитационного процесса на современном этапе диктуют необходимость разработки профессиональной методики, то есть системы коррекционной работы, созданной специалистами-логопедами [1, 3, 5, 7].

Эффективность речевой терапии, как и других составляющих педагогического процесса, находится в прямой зависимости от уровня организации комплексной реабилитации детей данной категории [2, 6].

Долгое время бытовала точка зрения, что логопед с детьми данной группы занимается исключительно произносительными тренировками. В настоящее время это не соответствует действительному положению вещей. Артикуляционный тренинг является одним из направлений речевой терапии, логопед привлекает внимание ребенка к звучной речи, в том числе и при помощи вызывания звуков речи и реакции на предъявляемые звуки.

В качестве ведущего симптома у детей, перенесших кохлеарную имплантацию, выступает, говоря условным языком, языковая недостаточность, при которой на первый план в речевом патогенезе выступают не нарушения звукопроизношения, безусловно присущие данной группе пациентов, а вторичное специфическое недоразвитие речи, связанное с ограничением коммуникативных возможностей ребенка и нарушением его средств общения. В свете вышеизложенного сформулируем первую цель речевой терапии после КИ.

1. Формирование положительной мотивации на усвоение языковых и речевых навыков, пользование звучной речью.

Речевой (и не только речевой) негативизм ребенка при проведении занятий вынуждает логопеда применять разнообразные педагогические и психологические приемы и методы, что само по себе представляется нелегкой задачей. Не будем забывать и об усилиях, прилагаемых учителем и учеником в этом направлении. Логопед учит слушать и реагировать, в том числе и звуками речи – это тяжелейший труд для учителя и ученика, это – кружевная работа.

2. Развитие слухового восприятия и на этой базе – формирование фонематического восприятия.

В данном случае, термин «фонематическое восприятие» может быть применен приблизительно, потому что это не обычный в логопедии тренинг фонемного распознавания и дифференциации, а специфическая работа по привлечению внимания ребенка к звукам речи в условиях языковой недостаточности.

Логопед в своей практике работы с детьми после кохлеарной имплантации также формирует способность ребенка воспринимать различные акустические сигналы. Особенно эффективно это происходит на материале распознавания резонанса – например, отличия ротового и носового резонирования (ротовых и носовых звуков), гипо- и гиперназальности, характеристик звуков по месту и способу образования, мягкости и твердости, узнавания слов, словосочетаний, фраз и, наконец, понимания речи, просодических признаков. Для выполнения этой работы ребенок должен отчетливо распознавать дисбаланс резонанса и владеть основами фонематического анализа и синтеза.

3. Привлечение внимания к речи.

Для глухого ребенка общение при помощи звуков представляется необычным и непонятным занятием. Поэтому логопед должен выбирать такие приемы и методы работы, использование которых обеспечит интерес ребенка, положительную мотивацию и желание выполнять задания педагога [1, 4, 7, 8].

При этом можно использовать обширный стимульный материал, целью этого будет не только добиваться умения прислушиваться к звукам речи и звучащим игрушкам, но и стиму-



УДК: 616.212.2.3.5-007.29-089

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА,  
СОЧЕТАННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ  
И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ****М. И. Махмудназаров, З. С. Гуломов****SURGICAL TREATMENT OF NOSE DEFORMATIONS,  
COMBINED WITH PATHOLOGY OF NASAL CAVITY  
AND ACCESSORIAL NASAL SINUSES.****M. I. Mahmudnazarov, Z. S. Gulomov***Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино,  
г. Душанбе**(Зав. каф. оториноларингологии – канд. мед. наук, доцент М. И. Махмудназаров)*

*В данной статье на основании обследования 256 больных с деформацией наружного носа и носовой перегородки, сочетанных с патологией полости носа и околоносовых пазух, авторы приводят собственный опыт хирургической реабилитации больных с указанной патологией. При этом в ходе работы некоторые методы операции оптимизированы и усовершенствованы. Показаны возможность и эффективность симультанных операций при комбинированных патологиях носа, носовой полости и околоносовых пазух.*

**Ключевые слова:** деформация носа, носовая перегородка, ринопластика, септопластика, гипертрофия носовых раковин, УЗД.

**Библиография:** 7 источников.

*In this article author describes his practice of surgical rehabilitation of external nose deformations, combined with pathology of nasal cavity and accessorial nasal sinuses based on the examination of 256 patients with named pathology. During the work some methods of operation were optimized and improved. Simultaneous operation of combined pathologies of nose, nasal cavity and accessorial nasal sinuses showed their effectiveness and possibility.*

**Key words:** nose deformation, nasal septum, rhinoplastica, septoplastica, UZD, hypertrophia of nasal concha.

**Bibliographie:** 7 sources.

Данные литературы и клинические наблюдения указывают, что в большинстве случаев деформации наружного носа сопровождаются патологией носовой полости и околоносовых пазух в виде искривления перегородки носа, гипертрофии носовых раковин, а также полипозными синуситами, что отрицательно сказывается не только на функциях носа и околоносовых пазух, но и на функциях других органов и систем организма [1, 3–5]. Реконструкция скелетных структур носа и носовой полости до настоящего времени представляет сложность для оториноларингологов. С внедрением в клиническую практику современных методов ринопластики стало возможным применение одномоментных (симультанных) операций на скелете наружного носа и структурах носовой полости при сочетанной их патологии [2–4, 6, 7]. Несмотря на достигнутые значительные успехи в области ринохирургии вопросы хирургической реабилитации больных с сочетанной патологией наружного носа и носовой полости в республике Таджикистан остаются актуальными и требуют оптимизации и дальнейшего усовершенствования.

**Цель работы.** Оптимизация и усовершенствование методов функциональной и косметической хирургии при деформациях наружного носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух.

**Пациенты и методы исследования.** В период с 2005 по 2011 г. под нашим наблюдением находились 256 больных с деформацией наружного носа в сочетании с патологией внутриносовых структур и околоносовых пазух. Возраст больных колебался от 16 до 48 лет. Из них





УДК:616.326–089:615.841

**РАДИОЧАСТОТНАЯ РЕДУКЦИЯ И РЕЗЕКЦИЯ ЯЗЫЧНОЙ МИНДАЛИНЫ****Я. А. Накатис, М. Г. Лейзерман, О. Е. Гришунина****REDUCTION AND RESECTION OF TONGUE TONSIL****J. A. Nakatis, M. G. Leyzerman, O. E. Grishunina***ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»**(Зав. каф. оториноларингологии и офтальмологии медицинского факультета – проф. Я. А. Накатис)**Поликлиника № 3 медицинского центра управделами Президента РФ, Москва  
(Главный врач – проф. Е. И. Шаранова)*

*Пролечено 112 больных с гипертрофией язычной миндалины. Использована современная радиочастотная аппаратура. Редукция язычной миндалины выполнена амбулаторно у 87 пациентов, резекция язычной миндалины с использованием общего обезболивания произведена у 25 больных в условиях стационара. Отдаленные результаты выявили высокую эффективность применяемых методов.*

**Ключевые слова:** *язычная миндалина, радиочастотная хирургия*

**Библиография:** *7 источников.*

*112 patients have got treatment on hypertrophy of tongue tonsil. The modern radiowave equipment was used. Reduction was produced in outpatient (87 cases) and resection was produced in ORL clinic with general anesthesya (25 cases). The result, one year after revealed – have demonstrated high effect.*

**Key words:** *tongue tonsil, radiowave equipment.*

**Bibliography:** *7 sources.*

Распространенность заболеваний язычной миндалины значительно выше, чем их выявляемость. Это связано с ее анатомо-топографическим расположением в относительно плохо обозримой части гортаноглотки и с отсутствием определенного алгоритма при оториноларингологическом осмотре пациентов.

В то же время наличие гипертрофии и хронического воспаления язычной миндалины может вызывать объективные и субъективные жалобы на неприятные ощущения в глотке, мучительный кашель, различной степени затруднения при глотании и дыхании, ошибочно принимаемые за проявление фарингита, может служить причиной патологического храпа и остановок дыхания во сне, а также быть причиной наличия очага хронической инфекции и влиять на возникновение и течение системных заболеваний организма [7].

Научных исследований, посвященных изучению функции, диагностическим приемам и лечению гиперпластических процессов в области корня языка, крайне мало. Хирургические вмешательства в этой зоне считаются малоперспективными и нежелательными из-за опасности кровотечения и относительной труднодоступности [4].

Учитывая наш опыт различных хирургических вмешательств в оториноларингологии с использованием радиоволновой аппаратуры, ее способность к коагуляции мягких тканей и сосудов, «сморщиванию» тканей после коагуляционного радиовоздействия, хорошую обозримость операционного поля в связи с минимальной кровоточивостью, можно сделать заключение о том, что именно радиоволновая методика является оптимальной для хирургического воздействия на язычную миндалину.

**Цель исследования.** Разработка и внедрение в клиническую оториноларингологию вариантов лечения гипертрофии язычной миндалины с использованием современного радиочастотного оборудования.

Одним из этиологических факторов в развитии гипертрофии язычной миндалины рассматриваются в первую очередь ее травматизация, влияние вируса Эпштейна–Барра и компенсаторное увеличение лимфоидной ткани после хирургического удаления других элементов



УДК.616.21-022.6

**КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ «ХЛЫСТОВУЮ» ТРАВМУ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА****Т. А. Налимова, С. А. Сергеева, В. В. Королева, М. Ю. Коркмазов****KOKHLEO-VESTIBULYARNAYA DYSFUNCTION AT THE PATIENTS WHO HAVE TRANSFERRED "HLYSTOVY" TRAUMA OF CERVICAL DEPARTMENT OF THE BACKBONE****T. A. Nalimova, S. A. Sergeyeva, V. V. Koroleva, M. Yu. Korkmazov***ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России»**(Зав. каф. оториноларингологии – докт. мед. наук М. Ю. Коркмазов)*

*Хлыстовые травмы шейного отдела позвоночника в структуре общих травм у здоровых людей в большинстве случаев связаны с ДТП. Используя современные технологии, такие как слуховые вызванные потенциалы, стабิโลграфия и МСКТ (с контрастированием мозговых сосудов) дают возможность оценить нарушения слуховой и вестибулярной функции.*

**Ключевые слова:** хлыстовая травма, стабילוграфия, вестибулярный анализатор.

**Библиография:** 4 источника.

*Whiplash injuries of the cervical spine in the structure of the total traumatic injuries in able-bodied persons most often associated with car accidents. Using of new technologies, such as auditory evoked potentials, stabilography and MSCT (with radiopaque cerebral vessels contrasting) provides ability to establish the centrality of the violation hearing and vestibular dysfunction.*

**Key words:** traumatic injuries, stabilography, the vestibular analyzer.

**Bibliography:** 4 sources.

Травма верхнего шейного отдела позвоночника занимает первое место в структуре общего травматизма и чаще встречается у лиц молодого трудоспособного возраста. Хлыстовидные повреждения известны со времен Первой мировой войны. Они возникали у летчиков во время катапультирования из-за неправильной фиксации кресла. С тех пор как эта патология была описана, будучи специфичной для профессионально узкой группы людей, ситуация изменилась, и в настоящее время отмечается увеличение числа случаев этого повреждения; такая травма по данным ряда ученых [1, 3], чаще всего связана с автомобильными авариями.

Национальный совет безопасности констатировал, что в 20% случаев всех автотранспортных происшествий имеет место удар по задней части транспортного средства. По расчетным данным, причиной травмы в 85% случаев всех повреждений шеи, которые определяются клинически, являются дорожно-транспортные происшествия (ДТП). В 15% случаев повреждения шеи наблюдаются по другой причине [1], например при прыжках в воду на мелком месте или у автогонщиков.

По данным А. С. Никифорова и соавт. (2002), основными механизмами повреждения позвоночника являются его резкое сгибание, резкое разгибание, особенно сочетание их с элементами ротации, а также чрезмерная сила, действующая перпендикулярно или по вертикали (сжатие или растяжение). Мышцы, связки, нервы, кости, межпозвоночные диски, кровеносные сосуды и глаза испытывают при этом аномальное напряжение, когда голова и шея совершают резкие движения за пределами физиологических возможностей. Возникающее при хлыстовой травме повреждение позвоночных артерий, как утверждают авторы [3], нередко ведет к развитию элементов синдрома позвоночных артерий Баре–Льеу (головокружение, тошнота, нистагм, звон в ушах, дыхательные расстройства).

Головокружение, по данным Т. Брандт и соавт. (2009), занимает третье по частоте место после головной боли и боли в шее среди осложнений черепно-мозговой и хлыстовой травм. Если рентгенологически не обнаружено перелома височной кости, а клинически — призна-



УДК:616.213.6

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ,  
ПЕРЕНЕСШИХ РИНОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
НИЗКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ****А. С. Петров****TREATMENT OF PATIENT  
WHO UNDERWENT RHINOSURGICAL INTERVENTIONS  
USING LOW FREQUENCY ULTRASOUND****A. S. Petrov***ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия  
Минздравсоцразвития России»**(Зав. каф. оториноларингологии – докт. мед. наук М. Ю. Коркмазов)**ГБУ «Курганская областная клиническая больница»**(Главный врач – канд. мед. наук С. В. Мысливцев)*

*Автором работы проведен анализ заболеваемости полости носа и околоносовых пазух и основополагающих механизмов перехода в хроническую форму. Впервые изучена возможность применения кавитационного низкочастотного ультразвукового воздействия в раннем послеоперационном периоде полости носа и околоносовых пазух, проведены иммунологические исследования муконазального секрета при данном воздействии. Итогом предложенной работы явилось обоснование возможности применения вышеуказанного метода с определением оптимальных физических характеристик.*

**Ключевые слова:** *патофизиологические состояния, мукоцилиарный клиренс, гемодинамика, низкочастотный ультразвук.*

**Библиография:** *7 источников.*

*The author of the study carried out the analysis of nasal cavity and paranasal sinuses incidence and of underlying transition mechanisms to chronic disease form. For the first time the possibility of cavitation low frequency ultrasound exposure application on nasal cavity and paranasal sinuses in the early postoperative period was studied, immunoassays of mucosal secretion were performed as well. As a result of this study the argument of the potential application of the above-mentioned technique with the physical characteristics identification was concluded.*

**Key words:** *pathophysiological states, mucociliary clearance, hemodynamics, using low frequency ultrasound.*

**Bibliography:** *7 sources.*

Несмотря на достижения современной медицины, заболевания полости носа и околоносовых пазух по-прежнему занимают одно из ведущих мест в практической оториноларингологии и составляют 29–30% от всех заболеваний ЛОР-органов.

Особенно актуальна данная проблема для жителей Уральского и Уральско-Сибирского регионов, где заболевания полости носа и околоносовых пазух в последнее десятилетие занимают одно из первых мест. Связано это не только с неблагоприятными климатическими условиями и повышением вирулентности бактериальной микрофлоры, но и с возросшей резистентностью к антибиотикам, иммунологическими изменениями в организме человека и напряженной экологической обстановкой. Вместе с тем заболевания полости носа и околоносовых пазух приводят к длительным срокам временной нетрудоспособности, значительному снижению качества жизни пациента.

Несмотря на очевидные успехи современной фармакотерапии, консервативных и малоинвазивных методов лечения заболеваний полости и придаточных пазух носа, оперативное лечение таких заболеваний, как полипозный этмоидит, хронический верхнечелюстной синусит с частыми обострениями, вазомоторный ринит, остается методом выбора.



УДК: 616.284-003.2-02-053.5

**ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА****Ю. С. Преображенская, М. В. Дроздова, С. Н. Ларионова, П. В. Начаров, Л. М. Ковалева****ETIOLOGICAL ASPECTS OF EXUDATIVE OTITIS MEDIA IN PRE-SCHOOL CHILDREN****Yu. S. Preobrazhenskaia, M. V. Drozdova, S. N. Larionova, P. V. Nacharov, L. M. Kovaleva***ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России»**(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

*Исследовали 49 пациентов с признаками слуховой и тубарной дисфункции на маркеры инфекции [цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейна–Барра (ВЭБ), Mycoplasma pneumoniae и Chlamydia pneumoniae]. В зависимости от формы тугоухости пациенты были распределены на две группы. 1-ю группу составили 26 человек с кондуктивной тугоухостью, обусловленной экссудативным средним отитом; во 2-ю группу были включены 23 ребенка со смешанной формой тугоухости – с экссудативным средним отитом и сенсоневральной тугоухостью. Обнаруженные патогены (ВЭБ, ЦМВ) в сочетаниях друг с другом у детей 1-й группы (с изолированным экссудативным средним отитом) встречались в 23% случаев. Микоплазменная и хламидийная инфекции по результатам нашего исследования в данной группе встречались лишь в 8% случаев. У детей 2-й группы (со смешанной формой тугоухости) преобладали варианты микстинфекции (микоплазменной и хламидийной инфекции с герпесвирусами) в 78% случаев. И у трети больных, имеющих смешанную форму тугоухости, определялись маркеры активного ЦМВ инфекционного процесса. Данное обстоятельство является свидетельством угнетения клеточного иммунитета, поскольку имело место присоединение других оппортунистических инфекций: микоплазменной и хламидийной.*

**Ключевые слова:** вирус Эпштейна–Барра, цитомегаловирус, Mycoplasma pneumoniae и Chlamydia pneumoniae, кондуктивная тугоухость, сенсоневральная тугоухость, дети.

**Библиография:** 11 источников.

*49 patients with the features of auditory and tubar disfunction were investigated on the presence of infection markers (Cytomegalovirus (CMV), Epstein-Barr virus (EBV), Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae). Depending on the form of hearing loss all patients were divided into 2 groups. First group included 26 patients with conductive hearing loss, caused by exudative otitis media. The second group was formed by 23 patients with a mixed form of hearing loss due to exudative otitis media and sensorineural hearing loss. Detected pathogens (CMV, EBV) were found in the combination with each other in the first group of patients (with isolated exudative otitis media) in 23% of all cases. Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae were identified in 8% of all patients in the first group by the results of our investigations. Children of the second group (with a mixed form of hearing loss) in 78% of cases had a mixed infection (Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae and herpesviridae). One third of patients with mixed form of hearing loss had markers of active CMV infection process. This circumstance is an evidence of cell immunosuppression, because there was an adherence of other opportunistic infections: micoplasmic and chlamidium.*

**Key words:** Epstein–Barr virus (EBV), Cytomegalovirus (CMV), Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae, conductive hearing loss, sensorineural hearing loss, children.

**Bibliography:** 11 sources.

В последние годы отмечаются значительные изменения в структуре инфекционной патологии человека с преобладанием латентных инфекций (герпесвирусных инфекций, микоплаз-



УДК: 616.322-002.2-53.2-07

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В****А. Х. Ражабов<sup>1</sup>, Ф. И. Иноятова<sup>2</sup>, Ш. Э. Амонов<sup>1</sup>****FEATURES OF CLINICAL COURSE OF CHRONIC TONSILLITIS IN CHILDREN WITH CHRONIC HEPATITIS B****A. H. Rajabov, F. I. Inoyatova, Sh. E. Amonov**<sup>1</sup> *Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан (Ректор – проф. Б. Т. Даминов)*<sup>2</sup> *Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Республика Узбекистан (Директор – проф. Д. И. Ахмедова)*

*В процессе наших исследований было изучено клиническое течение хронического тонзиллита у детей, больных в сочетании с хроническим гепатитом В. Под нашим наблюдением находились 120 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Проведенное нами обследование показало, что хронический тонзиллит на фоне хронического гепатита В протекает с частыми обострениями, которые способствуют развитию тяжелых форм течения хронического гепатита В и влияют на скорость прогрессирования болезни и частоту неблагоприятных исходов.*

**Ключевые слова:** небные миндалины, хронический тонзиллит, хронический гепатит В.

**Библиография:** 9 источников.

*In the course of our study was to investigate the clinical course of chronic tonsillitis in children, patients in combination with chronic hepatitis B. Under our supervision there were 120 children, patients aged 3 to 14 years. Our study showed that chronic tonsillitis with chronic hepatitis B occurs with frequent exacerbations, which contributes to the development of severe forms of chronic hepatitis B and affects the rate of disease progression and the frequency of adverse outcomes.*

**Key words:** tonsils, chronic tonsillitis, chronic hepatitis B.

**Bibliography:** 9 sources.

Проблема воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей крайне актуальна и имеет большое социальное значение. Хронический воспалительный процесс в зоне глоточного лимфоэпителиального кольца и, в частности, небных миндалин представляет собой постоянно действующий источник гемотоксикоза, нарушающий эндоэкологию организма [7].

Общемедицинское значение тонзиллярной патологии обусловлено тем, что хронический тонзиллит (ХТ) может влиять на функцию отдаленных органов и систем. Хроническое воспаление небных миндалин является непосредственной или косвенной причиной многочисленных патологических состояний у детей, а также фактором, усугубляющим течение различных болезней [3, 9]. В настоящее время описано свыше 100 заболеваний, связанных или сочетанных с ХТ, к числу которых относится и патология печени [4, 8].

Связь заболеваний лимфоидного глоточного кольца с патологией печени и желчевыводящей системы показана в немногочисленных работах исследователей [1, 6]. В ряде работ, касающихся взаимосвязи патологии печени с патологией небных миндалин, в основном освещено влияние очаговой инфекции небных миндалин на функциональное состояние печени, а также влияние последней на течение острого вирусного гепатита у взрослых [2, 5]. А патогенетическое взаимовлияние ХТ и хронического гепатита В (ХГВ) у детей сегодня остается почти неизученным. До настоящего времени нет четкого ответа на вопросы, каким же образом тонзиллярная инфекция влияет на состояние печени и в каких клинических формах эта взаимосвязь проявляется.

**Цель исследования.** Выявление особенностей клинических проявлений двух разных заболеваний в их сочетании. В связи с этим представляло интерес изучение особенностей клини-



прогрессирования основного заболевания и частоту неблагоприятных исходов. При этом ведущими клиническими синдромами хронического гепатита В являлись астеновегетативный, диспепсический, а также увеличение размеров печени и селезенки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко А. Л. Прогнозирование хронического вирусного гепатита // Рос. мед. журн. – 1998. – № 1. – С. 15–17.
2. Естественное течение сочетанных вирусных гепатитов / В. В. Горбаков [и др.] // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2001. – №3. – С. 209–214.
3. Ивашкин В. Т. Комбинированное лечение хронического гепатита В // Medical Express. – 2001. – № 8. – С. 20–23.
4. Иноятова Ф. И. Хронические вирусные гепатиты у детей. – Ташкент: Изд.-во мед. лит. им. Абу Али ибн Сино, 1997. – 274 с.
5. Ниязов Ж. Х. Влияние комбинированной лазеротерапии на детоксикационную активность печени у больных хроническим тонзиллитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2002. – С. 17–21.
6. Сочетанная местная терапия при заболеваниях ротоглотки / Н. Л. Кунельская [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2008. – № 2. – С. 62–66.
7. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания / А. Ю. Овчинников [и др.] // Медиц. реферат. журн. – 1999. – Т. 7, № 7. – С. 8–10.
8. Alexander G. Chronic viral hepatitis B // Int. J. Clinic. Pract. – 2000. – Vol. 54, № 7. – P. 450–456.
9. Microbiology of the tonsils and adenoids in a paediatric population / R. De Dio [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2001. – Vol. 144, N 7. – P. 736–765.

**Ражабов** Аскар Хамракулович – ассистент каф. оториноларингологии ТашПМИ. 100140, Ташкент, Юнус-Абадский район, ул. Богишамол, д. 223; тел.: (8-371) 262-33-14, e-mail: bek.976@mail.ru; **Иноятова** Флора Ильясовна – зав. отделом гепатологии РСНПМЦ педиатрии. 100179, Ташкент, ул. Чимбай-2, проезд Талант-3; тел.: (8-371) 229-38-74, e-mail: hepar.child2011@yandex.ru; **Амонов** Шавкат Эргашевич – зав. каф. оториноларингологии ТашПМИ. 100140, Ташкент, Юнус-Абадский район, ул. Богишамол, д. 223; тел.: (8-371) 262-33-14, e-mail: log\_amonov@mail.ru

УДК: 616. 21:611-018.73:575.172.1

## ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1БЕТА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

**Е. В. Тырнова, Г. М. Алешина, В. Н. Кокряков**

### INVESTIGATION OF INTERLEUKIN-1BETA GENE EXPRESSION IN THE UPPER AIRWAY MUCOSA

**E. V. Tyrnova, G. M. Aleshina, V. N. Kokryakov**

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

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

ФГБУ «Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины СЗО РАМН», Санкт-Петербург

(Директор – засл. деят. науки РФ, акад. РАМН, проф. Г. А. Софронов)

Респираторный эпителий играет важную роль в первоначальной защите верхних дыхательных путей от инфекций. Цель работы: оценить экспрессию гена интерлейкина-1бета (IL-1бета) в поверхностном эпителии слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Исследован операционный материал от больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом ( $n = 4$ ), гипертрофией аденоидов ( $n = 4$ ), заболеваниями носа и околоносовых пазух ( $n = 8$ ) (носовые полипы, нижние носовые раковины в качестве контроля). Оценку экспрессии матричной рибонуклеиновой кислоты (мРНК) IL-1бета проводили методом обратной транскрипции поли-

меразной цепной реакции в режиме реального времени. Количественное определение показало отсутствие экспрессии мРНК IL-1бета во всех исследованных образцах и постоянную экспрессию мРНК бета2-микроглобулина. По-видимому, в условиях низкой инфекционной и антигенной нагрузки защитная функция слизистой оболочки верхних дыхательных путей реализуется без развертывания воспалительной реакции.

**Ключевые слова:** аденоиды, интерлейкин-1бета, небные миндалины, нижние носовые раковины, носовые полипы, полимеразная цепная реакция в режиме реального времени.

**Библиография:** 25 источников.

*The respiratory epithelium plays a major role in the primary defense of the upper airways against infection. The aim of this study was to investigate the interleukin-1beta gene expression in the surface epithelium of the upper airway mucosa. Surgical samples from patients with chronic decompensated tonsillitis (n = 4), hypertrophic adenoids (n = 4) and sinonasal disease (n = 8) (nasal polyps, inferior turbinate mucosa as controls) were investigated. Estimation of interleukin-1beta messenger ribonucleic acid (mRNA) expression was performed by real-time quantitative reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR). Quantification of interleukin-1beta mRNA showed constant expression of beta2-microglobulin in tonsillar tissue, adenoids and nasal biopsies, whereas in upper airway mucosa only negligible cytokine expression could be measured. Our findings suggested that epithelial in the upper airway mucosa were a physical barrier, which could represent a defense mechanism without severe inflammation.*

**Key words:** adenoids, inferior turbinate, interleukin-1beta, nasal polyps, tonsils, real-time quantitative polymerase chain reaction.

**Bibliography:** 25 sources.

Верхние дыхательные пути играют важную роль при первом контакте организма с антигенами и патогенами [8]. Концепция, согласно которой слизистая оболочка дыхательных путей выступает как иммунный орган, ныне широко признана [4, 8, 10, 20]. Хорошо известно, что адаптивный иммунитет функционирует на основе специализированных структур, подобных миндалинам и аденоидам, с характерной лимфоэпителиальной организацией [ассоциированная с носом лимфоидная ткань, nasal associated lymphoid tissue (NALT)] [25]. К тому же тонкая, трудно различимая эпителиальная выстилка носа обладает собственными врожденными механизмами защиты против микроорганизмов. Это неспецифические механические барьеры и рефлекторные механизмы, такие как мукоцилиарный клиренс, пусковые механизмы чихания и фагоцитарное обезвреживание поверхности, вносящие вклад в предупреждение внедрения микроорганизмов [8]. Слизистая оболочка носа состоит из эпителиальных и других типов клеток, включая Т-клетки и дендритные клетки, которые способны реагировать на продолжительное микробное воздействие посредством активации гуморальных и клеточно-опосредованных иммунных реакций и продукцией воспалительных медиаторов (т. е. цитокинов, хемокинов, антимикробных пептидов) [20]. Сложная гистологическая организация паренхимы небных миндалин и аденоидов является основой для поглощения и презентации антигенов субэпителиальным иммунокомпетентным клеткам, что позволяет цельному органу выступать как функциональная единица и играть важную роль в борьбе с микроорганизмами. Непрерывающиеся (персистирующие) местные воспалительные реакции при аденоидно-тонзиллите могут со временем приводить к гистоморфологическим изменениям и функциональной недостаточности защитных барьеров [18].

Анатомическое и функциональное подразделение врожденной и адаптивной иммунной системы обусловлено различной ролью, которую играет каждый структурно-функциональный блок. Врожденный ответ на инфекцию является неотложным, в частности, благодаря толл-подобным рецепторам на дендритных клетках, ведущим к секреции хемокинов и цитокинов, которые привлекают клетки иммунной системы в инфицированную область [20]. Активация резидентных макрофагов и тучных клеток, приводящая к секреции цитокинов и других физиологически активных соединений (гистамин, гепарин), – это первая реакция системы врожденного иммунитета на проникновение во внутреннюю среду организма патогенов. Другие исследования пролили свет на значение клеток эпителия в этих реакциях [9, 18]. Открытие



УДК: 616.21:313.13-053.2 (470.23)

**ПОКАЗАТЕЛИ ЛОР-ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ  
ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ЗА 2010 г.  
ПО ДАННЫМ РАБОТЫ ЛОР-КАБИНЕТА ДЕТСКОГО  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

**С. В. Филимонов, С. А. Волкова**

**INDICATORS OF ORL DISEASES OF THE CHILD POPULATION  
OF ST. PETERSBURG IN 2010 ACCORDING TO THE STUDY  
OF CHILDREN'S ORL CLINIC**

**S. V. Filimonov, S. A. Volkova***ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова»**(Зав. каф. оториноларингологии — проф. С. А. Карпищенко)**ГБУЗ «Городская поликлиника № 19 Детское поликлиническое отделение № 43»,  
Санкт-Петербург**(Главный врач — М. Г. Гуткин)*

*Повышение качества оказания оториноларингологической помощи детскому населению в условиях поликлиники связано с изучением и анализом показателей оториноларингологической заболеваемости в различных возрастных группах. Выявленные высокие показатели заболеваемости острой и хронической патологией ЛОР-органов у детей раннего возраста (0–1 год) требуют повышенного внимания поликлинического оториноларинголога. Существует необходимость более раннего специализированного ЛОР-осмотра детей первого года жизни. Оптимальным для первого приема ЛОР-врача поликлиники является 2–3-месячный возраст, когда отоларинголог может оценить данные аудиологического скрининга и своевременно начать профилактику аллергической ЛОР-заболеваемости.*

**Ключевые слова:** ЛОР-помощь, детская городская поликлиника, показатели оториноларингологической заболеваемости.

**Библиография:** 12 источников.

*Improving the quality of the provision of care for children's ORL outpatient population is associated with the study and analysis of of ORL diseases in different age groups. Identified high incidence of acute and chronic pathology of upper respiratory tract in young children (0–1 years). In this age of heightened attention is required outpatient otolaryngologist. The optimal age for first receiving the ORL clinic is a 2–3-month age.*

**Key words:** ORL help, City Children's Polyclinic, indicators of ORL diseases.

**Bibliography:** 12 sources.

Первым и основным звеном отечественного здравоохранения всегда являлась поликлиническая служба. Оптимальная организация поликлинической помощи детскому населению во многом определяет показатели здоровья населения и успешное развитие самой медицинской службы в целом [2, 12]. Повышение качества оказания оториноларингологической помощи детскому населению в условиях поликлиники связано с изучением и анализом показателей оториноларингологической заболеваемости. Анализ имеющихся исследований детской ЛОР-заболеваемости выявляет существенные колебания данных показателей в различных регионах страны [1, 4, 8–10]. Необходимо иметь представление о показателях фактической ЛОР-заболеваемости различных возрастных групп детского населения, обратившихся на поликлинический прием к детскому отоларингологу [3, 5–7, 11]. Одним из показателей работы поликлинической ЛОР-службы города является число обращений за первичной специализированной ЛОР-помощью на поликлинический прием.





УДК: 616.22-006.6-082(571.16)

**РАК ГОРТАНИ: ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ  
В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ****Е. Л. Чойнзонов<sup>1,2</sup>, Л. Ф. Писарева<sup>1</sup>, Л. Д. Жуйкова<sup>1</sup>, И. Н. Одинцова<sup>1</sup>,  
Ю. И. Тюкалов<sup>1</sup>****LARYNGEAL CANCER: CANCER CARE FOR URBAN  
AND RURAL CANCER PATIENTS OF TOMSK REGION****E. L. Choinzonov, L. F. Pisareva, L. D. Zhuikova, I. N. Odintsova, Yu. I. Tyukalov**<sup>1</sup>ФГБУ «НИИ онкологии» Сибирского отделения РАМН, Томск  
(Директор – академик РАМН Е. Л. Чойнзонов)<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет  
Минздрава России», Томск  
(Ректор – академик РАМН В. В. Новицкий)

*Статья посвящена оценке состояния онкологической помощи больным злокачественными новообразованиями гортани в городской и сельской местности Томской области. Проведенный анализ специализированной документации и показателей выживаемости на основании сведений популяционного ракового регистра выявил, что в сельской местности уровень раннего выявления и выживаемости больных раком гортани ниже, а запущенности и летальности, в том числе одногодичной, – выше, чем городской. Обоснованы и предложены противораковые мероприятия по профилактике рака, направленные на повышение онкологической грамотности врачей общей лечебной сети и населения и на оптимизацию мониторинга онкологических больных.*

**Ключевые слова:** рак гортани, городское и сельское население, состояние онкологической помощи, выживаемость, популяционный раковый регистр, профилактика рака, Томская область.

**Библиография:** 14 источников.

*The cancer care for urban and rural laryngeal cancer patients of Tomsk region was assessed. The analysis of a special documentation and survival rates taking into account the population-based cancer registry data showed that the level of early cancer detection and overall survival rates were lower and one-year survival rate was higher in laryngeal cancer patients living in rural areas than in urban patients. Cancer prevention measures directed to the improvement in cancer-related knowledge among health care practitioners and population as well as to optimization of cancer patient monitoring were suggested.*

**Key words:** laryngeal cancer, urban and rural population, cancer care, survival, population-based cancer registry, cancer prevention, Tomsk region.

**Bibliography:** 14 sources.

Главная цель модернизации российского здравоохранения – повышение доступности и качества медицинской помощи для всех слоев населения с соблюдением ее единства и преемственности в городской и сельской местности. Анализ мониторинга оказания медицинской помощи, проводимого Росздравнадзором во всех федеральных округах, показал, что пациенты, проживающие в труднодоступных и удаленных районах, имеют более низкий уровень продолжительности и качества жизни, чем жители городов. У городского населения смертность в трудоспособном возрасте составляет 26,2, у сельского – 40,0 на 100 тыс. человек [5]. Диспропорция связана с социально-экономическими факторами: трудовой занятостью, размером дохода, уровнем образования, образом жизни [8].

Рак гортани – социально обусловленное заболевание и находится в непосредственной связи с табакокурением, употреблением алкоголя, профессиональными вредностями, хроническими воспалительными процессами. Стойкость нарушений голосовой и дыхательной функций ведет к инвалидизации трудоспособной части населения [11]. Несмотря на доступность для визуального и инструментального исследования, использование современных методов диагностики, рак гортани продолжает оставаться трудной локализацией для диагностики.



УДК 616-08-039.73

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ  
ИММУНОМОДУЛЯТОРА ГАММА-D-ГЛУТАМИЛ-L-ТРИПТОФАНА  
(БЕСТИМ) ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТРОФИИ  
МИНДАЛИН ЛИМФОИДНОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА  
У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Е. В. Шабалдина<sup>1</sup>, Н. П. Крекова<sup>4</sup>, В. П. Тихонюк<sup>3</sup>, А. В. Шабалдин<sup>1, 2</sup>,  
А. С. Симбирцев<sup>5</sup>, А. А. Колобов<sup>5</sup>

**EFFICIENCY OF IMMUNOMODULATORY  
GAMMA-D-GLUTAMYL-L-TRYPTOPHAN IN APPLICATION  
FOR A NOSE AT CONSERVATIVE THERAPY OF A HYPERTROPHY  
A PHARYNGEAL LYMPHOID RING AT CHILDREN OF EARLY  
AND PRESCHOOL AGE**

E. V. Shabaldina, N. P. Krekova, V. P. Tikhonyuk, A. V. Shabaldin,  
A. S. Simbirtsev, A. A. Kolobov

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия  
Минздравсоцразвития РФ»

(Ректор – проф. В. М. Ивойлов)

<sup>2</sup> Кемеровский филиал Института вычислительных технологий СО РАН

(Директор – проф. В. П. Потапов)

<sup>3</sup> ГУЗ Областная клиническая больница, Кемерово

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

<sup>4</sup> МБУЗ Детская городская клиническая больница № 2, Кемерово

(Главный врач – Н. А. Чернобай)

<sup>5</sup> ФГУП «Государственный НИИ особо чистых биопрепаратов ФМБА России»,

Санкт-Петербург

(Директор – проф. А. С. Симбирцев)

*Исследование показало, что интраназальное применение гамма-D-глутамил-L-триптофана при консервативной терапии гипертрофии лимфоидного глоточного кольца и рецидивирующих респираторных инфекций увеличивает уровень IL1b, TNF-α в назальном секрете, снижает степень гипертрофии соответствующих миндалин и в 1,8 раза уменьшает частоту острых респираторных инфекций у детей раннего и дошкольного возраста.*

**Ключевые слова:** гипертрофия лимфоидного глоточного кольца, иммуномодулятор, гамма-D-глутамил-L-триптофан.

**Библиография:** 31 источник.

*Research has shown that gamma-D-glutamyl-l-tryptophan increased IL1b, TNF-α level in a nose secret, reduced degree of a hypertrophy in pharyngeal lymphoid ring and in 1,8 times reduced number of sharp respiratory infections at children of early and preschool age. This medicine was applied in a nose at children with a hypertrophy a pharyngeal lymphoid ring and with repeating sharp respiratory infections.*

**Key words:** the hypertrophy of pharyngeal lymphoid ring, the immunomodulatory, gamma-D-glutamyl-l-tryptophan.

**Bibliography:** 31 sources.

Патология миндалин лимфоидного глоточного кольца у детей является одной из ведущих проблем оториноларингологии и педиатрии [5]. Частота гипертрофии аденоидных вегетаций у детей достигает 45%, гипертрофии небных миндалин – 25%, а их сочетание – 18% [2,



22. Interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism as a disease severity factor in systemic lupus erythematosus / A. I. Blakemore [et al.] // Arthritis Rheum. – 1994. – N 9. – P. 1380.
23. Interleukin-1 receptor antagonist: Role in Biology / W. P. Arend [ et al.] // Annu. Rev. Immunol. – 1998. – Vol. 16. – P. 27–55.
24. Jeremias J., Ledger W.J., Witkin S.S. Interleukin 1 receptor antagonist gene polymorphism in women with vulvar vestibulitis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 182(2). – P. 283–285.
25. Liu Z., Yang J., Chen Z. The relationship between serum interleukins and T-lymphocyte subsets in patients with severe acute respiratory syndrome // Chin. Med. J. (Engl). – 2001. – Vol. 114, N 12 (Dec). – P. 1313–1316.
26. Novel genetic association between ulcerative colitis and the anti-inflammatory cytokine interleukin-1 receptor antagonist / J.C. Mansfield [ et al.] // Gastroenterology. – 1994. – Vol. 106, N 3. – P. 637–642.
27. Relationship between Ureaplasma urealyticum Vaginal Colonization and Polymorphism in the Interleukin-1 Receptor Antagonist Gene / J. Jeremias [ et al.] // JID. – 1999. – Vol. 180 (Sept.). – P. 912–914.
28. Santtila S., Savinainen K., Hurme M. Presence of the IL-1RA allele 2 (IL1RN\*2) is associated with enhanced IL-1beta production in vitro // Scand. J. Immunol. – 1998. – Mar. – Vol. 47, N 3. – P. 195–198.
29. The interleukin-1 receptor antagonist gene: a single-copy variant of the intron 2 variable number tandem repeat (VNTR) polymorphism / J. E. Vamvakopoulos [ et al.] // European Journal of Immunogenetics. – 2002. – V. 29. – P. 337–340.
30. Unfried G. Tempfer C., Schneeberger C. Interleukin 1 receptor antagonist polymorphism in women with idiopathic recurrent miscarriage // Fertil. Steril. – 2001. – V. 75, N 4. – P. 683.
31. Witkin S. S., Gerber S. S., Ledger W. J. Influence of interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism on disease // Clin. Infect. Dis. – 2002. – Vol. 34, N 2. – P. 204–209.

**Шабалдина** Елена Викторовна – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. оториноларингологии Кемеровской ГМА. 650056, Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, тел.: 8(3842)39-64-29, 8-951-163-90-11, e-mail: weit2007@ya.ru; **Крекова** Наталья Петровна – зам. гл. врача по лечебным вопросам в педиатрии Детской ГКБ № 2, гл. педиатр Кемеровской обл. 650000, Кемерово, ул. 50 лет Октября, д. 31; тел.: (3842)64-52-32; **Тихоноук** Владислав Петрович – зав. ЛОР-отделением для детей Кемеровской областной клинической больницы. 650066, г. Кемерово, пр. Октябрьский, д. 22; тел.: (3842)39-64-16; **Шабалдин** Андрей Владимирович – докт. мед. наук, ст. н. с. лаборатории геоэкологии и водных ресурсов Института вычислительных технологий СО РАН. 650025, г. Кемерово, ул. Рукавишниковая, д. 21, тел.: (3842)28-90-57, e-mail: weit2007@ya.ru; **Колобов** Александр Александрович – докт. биол. наук, руководитель лаборатории синтеза пептидов Гос. НИИ особо чистых биопрепаратов. 197110, Санкт-Петербург, ул. Пудожская, д. 7; тел.: 8 (812)235-12-25; **Симбирцев** Андрей Семенович – докт. мед. наук, профессор, директор Гос. НИИ особо чистых биопрепаратов. 197110, Санкт-Петербург, ул. Пудожская, д. 7; тел.: 8 (812)235-12-25.

УДК: 616.28-008.14: 615.83-08

## ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДАУРАЛЬНОГО УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

**Т. В. Шидловская, Т. А. Шидловская, Е. Ю. Куренева, Н. П. Запорожченко,  
Н. С. Козак**

## APPLICATION ENDAURALNOGO PHONOPHORESIS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS

**T. V. Shidlovskaya, T. A. Shidlovskaya, E. Yu. Kureneva, N. P. Zaporozhchenko,  
N. S. Kozak**

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

*Эффективность лечения сенсоневральной тугоухости далеко не всегда бывает надлежащей, особенно при выраженной степени нарушения слуховой функции. Нами было проведено лечение 48 больных с СНТ сосудистого генеза в возрасте от 27 до 49 лет, направленное на улучшение состояния периферического и центральных отделов слухового анализатора, сосудов головного мозга, сердечной деятельности и биоэлектрической активности головного мозга в сочетании с физиотерапевтическими методами.*



После комплексного лечения больных с СНТ с применением эндаурального ультрафонофореза с фраксипарином наблюдалось достоверное улучшение слуха на тоны в конвенциональном диапазоне (0,125–8 кГц) частот в области 3, 4, 6 и 8 кГц, а в расширенном (9–16 кГц) – по всему диапазону. Наилучшие результаты комплексного лечения достигаются у больных с острой СНТ, особенно у тех, которым назначено лечение в период до 7 дней с момента заболевания.

**Ключевые слова:** слух, аудиометрия, сенсоневральная тугоухость, эндауральный ультрафонофорез.

**Библиография:** 13 источников.

*The effectiveness of treatment sensorineural hearing loss is not always appropriate, especially in severe degree of disturbance of the auditory function. We were treated 48 patients with СНТ vascular origin between the ages of 27 to 49 years, aimed at improving the status of the peripheral and central parts of the auditory analyzer, blood vessels of the brain, heart and brain activity, in combination with physiotherapy techniques.*

*After treatment with СНТ to the method described there was a significant improvement in hearing the tones in conventional (0,125–8 kHz) frequency range of 3, 4, 6 and 8 kHz, and the extended (9–16 kHz – the whole range). The best results are achieved with combined treatment of patients with acute sensorineural hearing loss, especially for those who received treatment during the period up to 7 days after illness.*

**Key words:** hearing, audiometry, sensorineural deafness, endaural phonophoresis.

**Bibliography:** 13 sources.

Сложный этиопатогенез сенсоневральной тугоухости (СНТ), а также наличие у подавляющего большинства таких больных дисфункции всех отделов слухового анализатора заставляют искать пути обеспечения максимального влияния на возможные патогенетические звенья при лечении таких больных.

В наше время предложено большое количество методов лечения СНТ [1, 3, 7–9]. Однако их эффективность далеко не всегда бывает надлежащей, особенно при выраженной степени нарушения слуховой функции.

Учитывая то, что при СНТ любого генеза страдает и сердечно-сосудистая система, многие авторы широко используют сосудистые препараты в лечении таких больных [2, 4–6, 11, 13].

Т. В. Шидловская, Т. А. Шидловская [11] показали, что при лечении больных с СНТ целесообразно учитывать состояние не только слуховой функции, но и сосудов головного мозга, а также сердечной деятельности и биоэлектрической активности головного мозга.

В ряде работ показано, что большим подспорьем в лечении СНТ является применение физиотерапевтических методов [12, 13].

На протяжении последних 20 лет в отоларингологической практике успешно используется ультрафонофорез лечебных препаратов внутриушно [1–3, 7–9].

**Пациенты и методы.** Нами было проведено лечение 48 больных с СНТ сосудистого генеза в возрасте от 27 до 49 лет, направленное на улучшение состояния периферического и центральных отделов слухового анализатора, сосудов головного мозга, сердечной деятельности и биоэлектрической активности головного мозга в сочетании с физиотерапевтическими методами, а именно: фонофореза с фраксипарином.

Применение ультрафонофореза (УФФ) фраксипарина эндаурально осуществляли по следующей методике.

Кожу наружного слухового прохода обрабатывали контактной средой – глицерином. В слуховой проход наливали подогретый до 37 °С раствор фраксипарина – 0,3 мл (2850 МЕ антиХа).

Для УФФ фраксипарина мы использовали ушной излучатель ультразвукового аппарата «Стриж». Рабочая частота воздействия 880 кГц. Воздействие проводили при интенсивности ультразвука 0,2 Вт/см<sup>2</sup> в непрерывном режиме. Продолжительность процедуры 10 мин. Курс лечения – 10 процедур, проводимых ежедневно на одно или оба уха, в зависимости от попаданий.

Применение ультразвука при лечении сенсоневральной тугоухости основано, прежде всего, на том, что малоинтенсивные воздействия вызывают оживление окислительно-восстано-



УДК:616.839:616.21-092:061.62

## ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОРОРГАНОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ИНСТИТУТЕ УХА, ГОРЛА, НОСА И РЕЧИ

А. Ю. Юрков, Т. И. Шустова

### THE RESEARCH OF THE NEUROVEGETATIVE COMPONENT IN THE PATHOGENESIS OF ENT-PATHOLOGY

A. Yu. Yurkov, T. I. Shustova

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

*Показана значимость влияния вегетативной нервной системы на патогенез и клиническое течение заболеваний ЛОРорганов на примере работ, проведенных в НИИ ЛОР.*

**Ключевые слова:** научные работы НИИ ЛОР, функциональное состояние вегетативной нервной системы, заболевания ЛОРорганов.

**Библиография:** 37 источников.

*The article presents analysis of connection between autonomic nervous system status, pathogenesis and clinical process of ENT pathology illustrated by the ENT Institute's researches.*

**Key words:** ENT Institute's researches, functional status of the autonomic nervous system, ENT pathology.

**Bibliography:** 37 sources.

В современной медицине выявление особенностей патогенеза различных болезней относится к области фундаментальных научных исследований [16]. Одним из аспектов таких исследований является изучение нейродистрофического процесса (НДП), развивающегося в организме независимо от этиологических причин возникновения какого-либо заболевания.

К настоящему времени установлено, что в ответную реакцию на действие любого патогенного фактора первично или вторично вовлекаются иннервационные механизмы, в том числе вегетативная нервная система (ВНС). От ее состояния во многом зависят течение и исход того или иного патологического процесса, т. е. степень повреждения определенного структурно-функционального образования, обусловленная не только негативным влиянием окружающей среды, но и снижением или утратой защитных и компенсаторно-приспособительных ресурсов организма [24].

Нарушения адаптационно-трофической функции ВНС (вегетативные расстройства в виде вегетативных дистоний, избыточного либо недостаточного вегетативного обеспечения деятельности) приводят к срыву приспособительных механизмов и развитию патологической адаптации. Они включаются в «порочный круг» патогенеза и усугубляют течение уже имеющегося заболевания. В таких случаях адекватные регенеративно-гиперпластические изменения перемежаются с необратимыми патологическими изменениями отдельных метаболических циклов, субклеточных структур, клеток, их популяций и сообществ [2].

Клинические проявления вегетативных расстройств считаются полисистемными и в медицинской практике описываются как разнообразные синдромы, свидетельствующие о том, что функциональная активность каждой из систем, вовлеченных в патологический процесс, ослабевает, а в тканях и органах развиваются дегенеративно-дистрофические изменения вплоть до атрофий и некрозов. «Местные» нарушения тканевого и клеточного метаболизма, роста, развития и дифференцировки составных элементов структур-мишеней вегетативной иннервации сочетаются с общим изменением реактивности тканей. Выходя из-под адекватного нервного контроля, ткань приобретает свойства гиперреактивности и становится объектом разрушительного действия на нее обычных специфических раздражителей, а иногда и раздражителей,



УДК: 616.216.1 -002:616.831.39-006-073.756.8

**СЛУЧАЙ ОБНАРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА  
ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНОГО С ОБОСТРЕНИЕМ  
ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГАЙМОРИТА**

**В. А. Долгов, С. В. Полняков, Л. А. Макарова, Г. Г. Амерханов, Ж. П. Харина**

**THE CASE OF DETECTION OF A CORPUS CALLOSUM OF  
BRAIN TUMOR IN THE PATIENT WITH AGGRAVATION  
OF CHRONIC CATARRHAL ANTRITIS**

**V. A. Dolgov, S. V. Polnyakov, L. A. Makarova, G. G. Amerkhanov, G. P. Kharina**

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия МЗ и СР РФ»*

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

*НУЗ «Отделенческая клиническая больница ст. Оренбург» ОАО «РЖД»*

*(Главный врач – А. А. Гандыбин)*

*Описан клинический случай опухоли мозолистого тела, выявленной у больного с обострением хронического катарального гайморита в процессе проводимого обследования и лечения.*

**Ключевые слова:** *гайморит, мозолистое тело, опухоль, компьютерная томография.*

**Библиография:** *5 источников.*

*The clinical case of a tumor of corpus callosum revealed in the patient with an aggravation of chronic catarrhal antritis in the process of examination and treatment has been described.*

**Key words:** *antritis, corpus callosum, tumor, computer tomography.*

**Bibliography:** *5 sources.*

К числу редко встречающихся опухолей головного мозга относятся доброкачественные и злокачественные новообразования мозолистого тела [2–4]. В большинстве случаев опухоли данной локализации протекают бессимптомно и лишь на поздних стадиях развития в связи с прорастанием в полушария головного мозга и возникновением ликвородинамических нарушений, они могут клинически проявляться и вызывать у больных головные боли, личностные и поведенческие расстройства [1, 5].

Больной Б., 51 год, 24.08.2011 г. обратился к ЛОР-врачу Отделенческой клинической больницы ст. Оренбург с жалобами на головную боль, затруднение носового дыхания, слизистые выделения из носа. Заболел неделю назад. Заболевание связывал с переохлаждением на работе. За медицинской помощью не обращался, принимал анальгетики. В анамнезе у больного двухсторонний хронический гайморит, периодические головные боли. В день обращения общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и месте. Температура тела 37,20. ЛОР-статус: слизистая оболочка носа умеренно отечна, гиперемирована, в передних отделах слизистое отделяемое, дыхание затрудненное. На рентгенограмме околоносовых пазух от 24.08.2011 г. – пристеночная инфильтрация слизистой оболочки верхнечелюстных пазух. Со стороны других ЛОР-органов без видимых патологических изменений. Результаты ОАК: э. –  $4,7 \times 10^{12}$  г/л, л. –  $8,8 \times 10^9$  г/л, гемг. – 150 г/л, лим. – 22,1%, мон. – 4,5%, сегм. – 73,4%, СОЭ – 3 мм/ч; ОАМ: уд. вес – 1017, цвет соломенно-желтый, белка нет, сахар отрицательный, единичные лейкоциты и эритроциты в поле зрения.

Учитывая наличие упорных головных болей, пациент с диагнозом обострение хронического двухстороннего катарального гайморита был госпитализирован в отделение, где ему назначе-



УДК 616.322-002-036.12-085.831

**КВАНТОВАЯ ТЕРАПИЯ:  
МЕХАНИЗМЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ  
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ**

**В. Г. Песчаный**

**QUANTUM THERAPY:  
MECHANISMS OF INFLUENCE AND FEATURES  
OF APPLICATION AT A CHRONIC TONSILLITIS**

**V. G. Peschany**

*ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет  
Минздравоохранения России», г. Краснодар  
(Ректор – С. Н. Алексеенко)*

*Обзор литературы посвящен одной из актуальных тем – проблеме квантовой терапии хронического тонзиллита. Он содержит современные представления об особенностях адаптивных реакций в организме и иммунной системе, развивающихся под влиянием света. В обзоре рассмотрены наиболее распространенные методики фототерапии и фотодинамической терапии хронического тонзиллита, основные преимущества фотодинамической терапии с использованием красного света и метиленового синего, влияние этого сочетания на патогенные микроорганизмы, вирусы и систему иммунитета.*

**Ключевые слова:** хронический тонзиллит, фототерапия, фотодинамическая терапия, видимый свет.

**Библиография:** 63 источника.

*The literature review is devoted one of vital topics – a problem of quantum therapy of a chronic tonsillitis. It contains modern representations about features of the adaptive reactions in an organism and immune system, developing under the influence of light. In the review the most widespread techniques of phototherapy and photodynamic therapy of a chronic tonsillitis, the basic advantages of photodynamic therapy with use of red light and methylene blue, influence of this combination on pathogenic microorganisms, viruses and immunity system are considered.*

**Key words:** a chronic tonsillitis, phototherapy, photodynamic therapy, visible light.

**The bibliography:** 63 sources.

В настоящее время различные методики квантовой терапии получили широкое применение в клинической практике. Это связано с ростом вероятности возникновения нежелательных лекарственных реакций и недостаточной эффективностью традиционных методов лечения. Наиболее часто используется низкоинтенсивный красный свет (НКС). Известны иммуностропные, противовоспалительные, биостимулирующие и другие свойства низкоинтенсивного когерентного (НККС) и некогерентного красного света (ННКС). В основе адаптационных реакций, определяющих терапевтический эффект НКС, лежит структурно-функциональная модификация мембран и рецепторов эффекторных клеток с изменением их иммунной, гормональной, нейромедиаторной чувствительности, влияние на процессы пролиферации и синтеза ДНК, внутриклеточные концентрации биологически активных веществ [30, 47, 48].



УДК:616.284-002.2+616.285-089.844

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЕНСПИРИДА  
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ МИРИНГОПЛАСТИКЕ****В. Ю. Афонькин<sup>1</sup>, К. Г. Добрецов<sup>2</sup>, А. В. Сипкин<sup>2</sup>****FENSPIRIDE USE IN POSTOPERATIVE TREATMENT  
AFTER MIRINGOPLASTIC****V. Y. Afonkin, K. G. Dobretsov, A. V. Sipkin**<sup>1</sup> ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

(Ректор – проф. И. П. Артюхов)

<sup>2</sup> ФГБУЗ «Сибирский клинический центр ФМБА России», г. Красноярск  
(Генеральный директор – Б. В. Баранкин)

Представлены результаты изучения использования препарата фенспирид (эреспал) после миринголастики у пациентов с сухой перфорацией барабанной перепонки. Проведено открытое рандомизированное сравнительное исследование, в котором участвовало 20 пациентов. В качестве критериев оценки использовались жалобы, аудиологическое обследование, микроскопия барабанной перепонки. Через 3 месяца после операции отмечено приживление лоскута у 86% пациентов, получавших фенспирид в раннем послеоперационном периоде, против 75% в контроле. Таким образом, доказано, что использование фенспирида после миринголастики благодаря выраженному противоотечному и противовоспалительному эффекту повышает эффективность оперативного пособия и способствует улучшению слуха у больных с хроническим сухим средним отитом.

**Ключевые слова:** слух, хронический сухой средний отит, миринголастика, аудиометрия.

**Библиография:** 6 источников.

*The results of the studying of Fenspiride (Erespal) usage after miringoplasty among the patients with dry perforation of the tympanic membrane are presented in this article. An open randomized comparative study was hold, it involved 20 patients. Complaints, audiological examination, microscopy of the eardrum were used as the criteria of estimation. 3 months after the operation flap grafting was indicated in 86% of patients treated fenspiride in the early postoperative period, compared with 75% in the control group. Thus, we have shown that the usage of fenspiride after miringoplasty, owing to its expressed anti-edematous and anti-inflammatory effects, improves the operational benefits and improves hearing for patients with chronic dry otitis media.*

**Key words:** hearing, ear, chronic dry otitis media, miringoplasty, audiometry.

**Bibliography:** 6 sources.

Оперативные вмешательства по восстановлению целостности барабанной перепонки являются наиболее распространенными в современной отохирургии [2]. В настоящее время предложено большое количество различных способов и модификаций операций и пластических материалов, используемых при мирингопластике. Несмотря на это, процент неудовлетворительных морфологических и функциональных исходов, по данным отечественных и зарубежных авторов, в основном при пластике суб- и тотальных дефектов, остается высоким и в среднем составляет от 10,8 до 28,6% [4].





УДК: 616.322-002.2-089:615.211

**ОБ УСПЕШНОМ ОПЫТЕ КУПИРОВАНИЯ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ  
ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ**

А. Ю. Овчинников, Г. Е. Дженжера

**OUR EXPERIENCE IN DECREASING  
POST-TONSILLECTOMY SYMPTOMS**

А. Y. Ovchinnikov, G. E. Djenjera

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет  
Минздравсоцразвития России»**(Зав.каф. оториноларингологии ФПДО – проф. А. Ю. Овчинников)**Городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Москва**(Главный врач – проф. В. Н. Яковлев)*

*Цель: сравнить эффективность и безопасность ОКИ (лизиновая соль кетопрофена) и каметон у пациентов после тонзиллэктомии.*

*Методы: 60 пациентов рандомизированны на две группы: 1-я группа (n = 30), препарат ОКИ перорально 3 раза в день – 5 дней; 2-я группа (n = 30), препарат каметон ингаляционно 5 раз в день – 5 дней. Нами оценивались местные и общие симптомы и жалобы пациентов, выраженные в баллах (U-критерий Манна–Уитни), а также безопасность и эффективность препаратов.*

*Результаты: на фоне проводимого лечения положительная динамика отмечена в обеих группах, но ОКИ оказывал значительно более выраженный анальгезирующий и жаропонижающий эффект, что выразилось в  $p \leq 0,01$  на 2-м, 3-м и 4-м визите. Отек слизистой оболочки полости рта был менее выражен ( $p \leq 0,05$ ) в 1-й группе в постоперационном периоде. Динамика остальных симптомов была сравнима.*

*Вывод: таким образом, лизиновая соль кетопрофена (препарат ОКИ) более эффективна для купирования воспалительных процессов в ротоглотке, в том числе и после двусторонней тонзиллэктомии.*

**Ключевые слова:** лизиновая соль кетопрофена, тонзиллэктомия.

**Библиография:** 11 источников.

*Objective: To compare the efficacy of ketotifen and cameton aerosol in the post-tonsillectomy period.*

*Methods: Sixty patients were included in the study, they were randomized in 2 groups: 1-group (age  $28,5 \pm 7,01$ ) (n = 30) ketoprofen lysine salt peroral 3 t/d – 5 days and 2 group ( $27,7 \pm 5,17$ ) (n = 30) Cameton aerosol 5 t/d – 5 days. Visual Analog Scale was used to assess local and common symptoms. Efficacy and safety were estimated either.*

*Results: Good results were noted in both groups but analgesic and antipyretic effect were significantly higher in 1-group ( $p \leq 0,01$ ). Edema of throat mucus was lower in 1-group ( $p \leq 0,05$ ). Dynamics of other symptoms were comparable.*

*Conclusions: ketoprofen lysine salt is more preferable for reducing post-tonsillectomy symptoms.*

**Key words:** ketoprofen, tonsillectomy.

**Bibliography:** 11 sources.

Хронический тонзиллит занимает одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости населения и составляет от 2,84 до 3,5%, по данным разных авторов [4–6]. Среди заболеваний ЛОР-органов доля хронического тонзиллита составляет от 24,8 до 35% [1].

Общемедицинское значение тонзиллярной патологии обусловлено тем, что хронический тонзиллит может влиять на функцию отдаленных органов и систем. К настоящему времени описано около 100 заболеваний, в патогенезе которых определенную роль играет патология небных миндалин.



УДК: 616.21:615.33:616.3

**АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ  
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ:  
ЗАЩИТА ИНДИГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ****Е. И. Ткаченко, С. В. Рязанцев, Л. С. Орешко, А. А. Карпов****ANTIBIOTIC THERAPY OF UPPER  
RESPIRATORY TRACT:  
PROTECTION OF INDIGENOUS MICROFLORA****Е. И. Tkachenko<sup>1</sup>, S. V. Ryazantsev<sup>2</sup>, L. S. Oreschko<sup>1</sup>, A. A. Karpov<sup>1</sup>**<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России», Санкт-Петербург (Ректор – проф. О. Г. Хурцилава)<sup>2</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России» (Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

Казалось бы, что, кроме общей задачи лечения пациента, может объединять оториноларинголога, занимающегося лечением верхних дыхательных путей, и гастроэнтеролога, основными точками приложения профессиональной деятельности которого является ЖКТ, включая его верхние и нижние отделы. Однако с точки зрения излечения человека как сложной биологической системы такая связь при современном уровне развития медицины представляется весьма актуальной. Так, «лечить болезнь», не задумываясь о ходе лечения и его последствиях, не является возможным для профессионально подготовленного специалиста. Уникальность человеческого организма, слаженная работа всех его систем и органов требуют не меньшей слаженности в работе врачей различных специальностей, своего рода «комплаенса» со стороны профессионального медицинского сообщества. Такое взаимодействие необходимо для достижения наиболее эффективного результата, т. е. восстановления нарушенных функций организма и профилактики возникновения таковых. В данной работе мы постараемся наглядно показать, что такая взаимосвязь в работе «ото-» и «гастро-» существует, в частности, в вопросе лечения инфекций ВДП и последствий такового для ЖКТ.

В статье обсуждаются причины развития микрoэкологических нарушений организма, роль пребиотиков в поддержании микрофлоры и перспективы применения эоантибиотиков для лечения инфекции дыхательных путей и профилактики осложнений антибиотикотерапии.

**Ключевые слова:** дисбиоз, микрофлора, антибиотики, пребиотики, эоантибиотики.

**Библиография:** 14 источников.

*The article discusses reasons for development of micro-ecological disorder, role of prebiotics in maintaining microflora, and prospects for ecoantibiotics application in treatment of respiratory tract infection, and for complications prevention of antibiotic therapy.*

**Key words:** disbacteriosis, microflora, antibiotics, prebiotics, ecoantibiotics.

**Bibliography:** 14 sources.

Заболевания инфекционной природы занимают ведущее место в патологии ЛОР-органов. Острые и хронические инфекции дыхательных путей являются самыми частыми заболеваниями в клинической практике, с которыми встречаются и оториноларингологи, и врачи терапевтической специальности. К заболеваниям верхних дыхательных путей относят те нозологические формы респираторной патологии, при которых локализация очагов поражения расположена выше трахеи. Среди клинических форм заболеваний верхних дыхательных путей различают ринит, фарингит, назофарингит, тонзиллит, синусит, ларингит, эпиглоттит, острый средний отит. Среди заболеваний нижних отделов респираторного тракта выделяют



**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК АВТОРЕФЕРАТОВ ДИССЕРТАЦИЙ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.00.04 (НОВЫЙ ШИФР 14.01.03)  
«БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА»,  
ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДИССЕРТАЦИОННЫЕ СОВЕТЫ РОССИИ В 2006 г.**

**Агафонов А.А.** Сравнительная оценка методов классической и эндоскопической синусотомии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.21 <Стоматология> : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Агафонов Алексей Александрович ; [Обл. клинич. больница Владимир. обл., Центр. науч.-исслед. ин-т стоматологии]. – М., 2006. – 23 с. Библиогр.: 2 назв.

**Александров И.Н.** Интраоперационный мониторинг лицевого нерва в хирургии среднего уха : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Александров Иннокентий Николаевич ; [С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2006. – 21 с. Библиогр.: 7 назв.

**Алхафи И.Х.** Хирургическое лечение ограниченных стенозов подголосового отдела гортани у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Алхафи Ибрагим Хамес ; [С.-Петерб. гос. педиатр. мед. акад., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2006. – 20 с. Библиогр.: 3 назв.

**Альпидовская Н.В.** Вестибулярные и отоневрологические аспекты кохлеарной имплантации : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Альпидовская Наталия Викторовна ; [Рос. науч.-практ. центр аудиологии и слухопротезирования]. – М., 2006. – 28 с. Библиогр.: 12 назв.

**Амирова П.Ю.** Изучение иммуноморфологических и клинических особенностей аденоидных вегетаций и небных миндалин у часто болеющих детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> : спец. 14.00.36 <Аллергология и иммунология> / Амирова Патимат Юнускадиевна ; [Дагестан. гос. мед. акад., Науч.-клинич. центр оториноларингологии]. – М., 2006. – 26 с. Библиогр.: 7 назв.

**Андреева О.С.** Вестибулометрическая диагностика периферической вестибулярной дисфункции : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Андреева Ольга Сергеевна ; [Петерб. мед. акад. последиплом. образования, С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2006. – 22 с. Библиогр.: 7 назв.

**Антушева И.А.** Аэродинамические показатели острых и хронических риносинуситов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Антушева Инна Александровна ; [С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2006. – 21 с. Библиогр.: 5 назв.

**Арнольдов С.В.** Особенности носового дыхания, церебральной гемодинамики и оптимизации лечения больных храпением : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Арнольдов Сергей Владимирович ; [Самар. гос. мед. ун-т]. – Самара, 2006. – 22 с.

**Белимова А.А.** Аудиоселективная транскраниальная электростимуляция в комплексном лечении больных с сенсоневральной тугоухостью : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.51 <Восстанов. медицина, спорт. медицина, курортология и физиотерапия> : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Белимова Анна Алексеевна ; [Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2006. – 17 с. Библиогр.: 12 назв.

**Борисова Е.В.** Диагностические критерии и лечебно-реабилитационная тактика при врожденной ушной атрезии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Борисова Елена Викторовна ; [Новокузнец. гос. ин-т усоверш. врачей, Новосиб. гос. мед. ун-т]. – Новосибирск, 2006. – 26 с. Библиогр.: 18 назв.

**Бочарова М.Б.** Радиоволновая дезинтеграция лимфоидных элементов глотки при хроническом гипертрофическом фарингите : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Бочарова Маргарита Борисовна ; [Мед. сан. часть № 1 АМО ЗИЛ г. Москвы, Науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2006. – 20 с. Библиогр.: 6 назв.

**Бруевич О.А.** Клинико-морфологическое обоснование органосохраняющей хирургии при аденоидных вегетациях у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> /



**СТАТЬИ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ В ЖУРНАЛЕ «РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ» В 2012 г.**

**59-я научно-практическая конференция «Молодые ученые – российской оториноларингологии»**

**Бабияк В. И.** Медицинская этика (философские аспекты). № 1.

**Азизов Г. Р., Щукина А. А.** Интраоперационная регистрация стапедального рефлекса при кохлеарной имплантации. № 1.

**Александрова Н. В.** Влияние светодиодного излучения разных длин волн на изменение оптической плотности крови *in vitro* у пациентов с вазомоторным ринитом. № 1.

**Аржиев Х. Ш.** Оптимизация хирургического вмешательства на перпендикулярной пластинке решетчатой кости с учетом анатомической архитектоники по данным векторного КТ-исследования. № 1.

**Артюшкина В. К., Сологуб Д. В.** Предоперационный стресс: психологические особенности пациентов с учетом возрастных и гендерных различий. № 1.

**Арустамян И. Г.** Возможности контроля динамики носовой проходимости на фоне лечения острых гнойных верхнечелюстных синуситов. № 1.

**Болознева Е. В.** Динамика носовой проходимости при различных видах тампонады носа после септумоперации. № 1.

**Бородулин В. Г.** Некоторые аспекты применения местных анестетиков в оториноларингологической практике. № 1.

**Виноградов В. В., Решульский С. С.** Тактика лечения при метастатическом поражении лимфатических узлов шеи при плоскоклеточном раке ЛОР-органов. № 1.

**Воронов А. В., Морозов А. Д.** Критерии выбора и методики выполнения хирургических доступов при трансназальной пластике ликворных свищей с использованием микроэндоскопической техники. № 1.

**Гомза Я. Ю.** Тактика ведения больных с сенсоневральной тугоухостью при церебральном гипертоническом кризе. № 1.

**Гринчук О. Н.** Сравнительная оценка эффективности консервативного и хирургического методов лечения больных хроническим тонзиллитом стрептококковой этиологии. № 1.

**Давыдова Л. С.** Ночное мониторирование сна у оториноларингологических больных. № 1.

**Джафаров К. Г., Виноградов В. В., Решульский С. С.** Клинические аспекты лечения больных раком гортани и гортаноглотки с распространенным метастазированием. № 1.

**Долгов О. И.** Рубцовопаралитические стенозы гортани. № 1.

**Еремин С. А., Астащенко С. В., Комаров М. В.** Сравнительный анализ функциональных результатов оссикюлопластики с использованием титановых протезов и стеклоиономерного цемента. № 1.

**Карпов А. А., Безрукова Е. В., Воронов В. А.** Состояние слизистой оболочки полости носа у больных, страдающих целиакией. № 1.

**Кастыро И. В.** Интенсивность постоперационной боли после септопластики и полипотомии носа: сравнение, стандартизация обезболивания. № 1.

**Ковалев А. А.** Особенности гликемического статуса больных хроническим гнойным средним отитом. № 1.

**Колесникова О. М., Шумилова Н. А.** Диагностическое значение цитологического исследования отделяемого из верхнечелюстных пазух и полости носа у больных с полипозным риносинуситом. № 1.

**Комаров М. В., Копанева Н. В.** Качество жизни пациентов с отиатрической формой параганглиомы височной кости. № 1.

**Коношков А. С., Леягин К. В.** Диагностическая и лечебная тактика при посттравматических носовых кровотечениях. № 1.

**Коротченко В. В.** Разновидности спектров голоса у поющих детей. № 1.

**Красненко А. С.** Роль элиминационной терапии в лечении сочетанной ЛОР-патологии. № 1.

**Кустов М. О.** Воспалительные заболевания наружного слухового прохода. № 1.

**Кутина А. В.** Исследование вестибулярного и неврологического статуса в амбулаторных условиях. № 1.

**Мишкорез М. В.** Асимметрия верхнечелюстных пазух у пациентов с латеральной девиацией носа врожденного и посттравматического генеза. № 1.

**Мустиный И. Ф., Комаров М. В.** Возможности компьютерной томографии в диагностике причин неэффективных результатов тимпанопластики. № 1.

**Павлов В. Е.** Струйная вентиляция легких при эндоскопических вмешательствах по поводу стенозирующих заболеваний гортани. № 1.

**Поляева М. Ю.** Эндоназальный электрофорез в комплексном лечении деформаций перегородки носа и вазомоторного ринита. № 1.

**Решульский С. С., Виноградов В. В.** Применение аутооттрансплантата из подъязычной кости при лечении хронических стенозов гортани. № 1.



**Ромашевская И. И.** Остеогенез лобной кости при имплантации деминерализованного костного трансплантата у экспериментальных животных. № 1.

**Саркисян С. А.** Хирургическое лечение двухстороннего нейрогенного стеноза гортани паралитической этиологии экстраларингеальным способом. № 1.

**Семенов М. В.** Регуляция аутоагрессии у больных полипозным риносинуситом, сопровождающимся гиперэозинофилией на фоне противорецидивного лечения интраназальными инстиляциями топических стероидов. № 1.

**Смирнов А. Е.** Особенности трофологического статуса у больных с местнораспространенным раком гортани. № 1.

**Спиранская О. А.** Возможности виртуальной бронхоскопии в диагностике инородных тел нижних дыхательных путей у детей. № 1.

**Струнина Е. Ю.** Влияние гравитационной терапии на состояние вестибулярной функции у пациентов с нарушением кровотока по позвоночным артериям. № 1.

**Трищенко С. Н.** Интегральные гематологические показатели у спортсменов с хронической патологией глотки. № 1.

**М. Ю. Улупов, Г. В. Портнов.** Оценка дыхательной функции у трахеостомированных больных со стенозами гортани и трахеи. № 1.

**Филатова Е. А.** Качество жизни при нарушениях голоса у взрослых. № 1.

**Хамракулова Н. О., Хушвакова Н. Ж., Давронова Г. Б., Камиллов Х. Б.** Применение озона и местного антисептического раствора у больных с гнойным средним отитом на фоне хронического лейкоза. № 1.

### Научные статьи

**Агаронова З. Б., Ахмедов Ш. М., Мухамедов И. Т., Лекишвили М. В., Жидков И. Л., Зеянин А. С., Кочарян Е. З.** Хирургическая реабилитация пациентов с «болезнью оперированного уха». № 5.

**Аксенова А. В., Брико Н. И., Клейменов Д. А.** Хронические фарингиты, назофарингиты, синуситы и риниты – эпидемиологические показатели распространенности и заболеваемости в Москве и Российской Федерации с 1996 г. по 2009 г. № 2.

**Алибеков И. М., Белявский А. Р., Абдулкеримов Х. Т.** Клинико-экономическая и социальная значимость стационар замещающих технологий в амбулаторной оториноларингологии. № 4.

**Амонов Ш. Э., Саидов С. Х., Амонов А. Ш.** Комплексная диагностика экссудативного среднего отита у детей. № 5.

**Аникин И. А., Бабияк В. И., Воронов В. А., Конеченкова Н. Е., Пашинин А. Н.** Мозжечок (Сообщение первое: анатомофункциональные особенности, семиотика заболеваний). № 4.

**Аникин И. А., Бабияк В. И., Воронов В. А., Конеченкова Н. Е., Пашинин А. Н.** Мозжечок (Сообщение второе: историческая справка, синдромы). № 5.

**Аникин И. А., Бабияк В. И., Воронов В. А., Конеченкова Н. Е., Пашинин А. Н.** Мозжечок (Сообщение третье: частная патология, окончание). № 6.

**Аникин И. А., Комаров М. В.** Отдаленные результаты хирургического лечения отиатрической формы параганглиом височной кости. № 4.

**Астащенко С. В., Аникин И. А., Еремин С. А., Аникин М. И.** Способ устранения латерализации неогимпанальной мембраны у пациентов, перенесших тимпаноластику. № 2.

**Ахмедов Ш. М., Мухамедов И. Т., Корвяков В. С., Меланьин В. Д., Лекишвили М. В., Жидков И. Л., Зеянин А. С., Ситниченко Н. В., Нелюбин С. П., Ясаков С. О., Кочарян Е. З., Агаронова З. Б.** Сравнительная рентгенологическая картина приживления трансплантатов при пластике костных дефектов черепа у кроликов в разные сроки наблюдения (Экспериментальное исследование). № 2.

**Ашуров А. М.** Современный взгляд на проблему сфеноидита. № 2.

**Бабияк В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А., Тулкин В. Н.** Краниоцефальные синдромы. № 2.

**Белощангин А. С.** Вариабильность ответной реакции слизистой оболочки полости носа в зависимости от проводимой терапии при полипозном риносинусите. № 6.

**Бобошко М. Ю., Гарбарук Е. С., Жилинская Е. В., Абуджамеа А. Х.** Использование теста обнаружения паузы для оценки временной разрешающей способности слуховой системы человека. № 6.

**Бобошко М. Ю., Петрова Н. Г., Петров М. В.** О роли врача оториноларинголога при проведении медицинского освидетельствования лиц призывного возраста. № 2.

**Бойко Н. В., Сорока Г. Г., Давыдова А. П.** Современные особенности мастоидита у детей. № 5.

**Бойко Н. В., Сорока Г. Г., Колесников В. Н.** Парез лицевого нерва при остром среднем отите у детей. № 6.

**Брузяк Р. А., Сергеев М. М., Мусельян Б. Б., Перехода Д. Л.** Эндоназальная эндоскопическая хирургия при некоторых заболеваниях околоносовых пазух у детей. № 4.

**Волков А. Г., Боджоков А. Р., Ромашевская И. И.** Характер репаративных процессов в эксперименте при различных вариантах пластики деминерализованных костных трансплантатов. № 5.

**Волков А. Г., Ромашевская И. И., Ящинский Л. Б.** Особенности репаративных процессов в лобной кости экспериментальных животных при пластике деминерализованными костными трансплантатами в условиях инфицирования раны. № 6.

**Воронов В. А., Захаренкова О. В., Барсуков А. Ф., Левин С. В., Бабияк В. И., Тулкин В. Н.** Подходы к лечению доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения с последующей реабилитацией больных. № 6.

**Воронов В. А., Захаренкова О. В., Левин С. В., Карпов А. А.** Некоторые аспекты лечения головокружений после стапедопластики. № 2.



- Гаджимирзаев Г. А., Михраилова З. Т., Абдулаева С. Н., Гаджимирзаева Р. Г., Гамзатова Э. Г. Оценка эффективности антигистаминной и антиоксидантной терапии при комбинированных аллергиях респираторной системы. № 2.
- Гайдук И. М., Коростовцев Д. С., Шапорова Н. Л., Трусова О. В., Брейкин Д. В. Эпидемиология аллергического ринита, бронхиальной астмы в детской популяции. № 5.
- Геюшова С. И. Состояние заболеваемости нейросенсорной тугоухостью работников нефтеперерабатывающей промышленности. № 4.
- Геюшова С. И. Характер влияния нейросенсорной тугоухости на трудоспособность и качество жизни работников нефтяной промышленности. № 5.
- Гусева А. Л., Кубряк О. В., Гроховский С. С., Чистов С. Д., Ратаев А. Ю. Влияние фактора обучения на результаты новой стабиллометрической пробы с биологической обратной связью. № 2.
- Диаб Х. М., Аникин И. А., Терехов А. В., Ревской Ю. К. Хирургическое лечение изолированных аномалий среднего уха. № 6.
- Диаб Х. М., Аникин И. А., Хамгушкеева Н. Н. Интраоперационный мониторинг лицевого нерва при аномалии развития среднего и внутреннего уха. № 5.
- Диаб Х. М., Ильин С. Н., Лиленко А. С. Оптимизация выбора хирургической тактики проведения кохлеарной имплантации у пациентов с аномалиями развития внутреннего уха по данным КТ височных костей и МРТ внутреннего уха. № 6.
- Диаб Х. М., Ильин С. Н., Сугарова С. Б. Влияние размеров окна улитки на определение тактики проведения хирургического этапа кохлеарной имплантации и вибропластики. № 4.
- Диаб Х. М., Кузовков В. Е., Еремин С. А., Янов Ю. К. Способ доступа к структурам внутреннего уха при кохлеарной имплантации путем формирования мобилизованного кожнокостного лоскута. № 4.
- Диаб Х. М., Кузовков В. Е., Карапетян Р. В. Способ фиксации активного электрода как хирургический этап кохлеарной имплантации. № 4.
- Добрынин К. Б. Эфферентные методы противорецидивного лечения при полипозном риносинусите. № 6.
- Долгов В. А., Полняков С. В., Макарова Л. А., Амерханов Г. Г., Харина Ж. П. Случай обнаружения опухоли мозолистого тела головного мозга у больного с обострением хронического катарального гайморита. № 6.
- Еловиков А. М. Динамика тонального и речевого слуха при отосклерозе в послеоперационном периоде. № 6.
- Еловиков А. М. Результаты и динамика показателей речевого и тонального слуха в послеоперационном периоде при различных стадиях отосклероза. № 6.
- Еловиков А. М. Результаты применения модифицированного тefлонового протеза стремечка для стапедопластики. № 5.
- Еловиков А. М., Лиленко С. В. Симптоматология отосклероза. № 2.
- Еловиков А. М., Селянинов А. А., Лиленко С. В., Няшин Ю. И. Биомеханические и клинические аспекты перилимфатических фистул лабиринта после стапедопластики. № 4.
- Еловиков А. М., Селянинов А. А., Няшин Ю. И., Лиленко С. В. Условия функционирования протеза стремени с позиции биомеханического моделирования. № 5.
- Еремина Н. В., Конаков Н. А. Сравнительная оценка микрофлоры полости носа и среднего уха у больных хроническим гнойным средним отитом, проживающих в условиях Севера. № 6.
- Захарова Г. П., Шабалин В. В., Янов Ю. К. Длительность структуризации биологических жидкостей в неинвазивной диагностике воспалительного процесса полости носа и околоносовых пазух. № 6.
- Зинкин А. Н., Сергеев М. М. Риносинусогенный остеомиелит лобной кости у детей. № 2.
- Иванов С. А., Пискун А. В. Оценка ототоксичности кремниевых наноносителей в эксперименте методом отоакустической эмиссии. № 2.
- Калягин В. А., Кузнецова Т. Г., Овчинникова Т. С. Влияние ритмических раздражителей на качество речи заикающихся. № 5.
- Каримов Ж. З. Современные методы диагностики острых воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи. № 5.
- Каримова З. Х. Динамика патоморфологических изменений в центральных отделах слухового анализатора при гентамициновой интоксикации под воздействием кортексина в эксперименте. № 2.
- Кирий Г. И. Некоторые механизмы влияния конституциональных факторов на формирование группы часто болеющих детей. № 4.
- Колесников В. Н., Бойко Н. В. Хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита, осложненного фистулой лабиринта. № 6.
- Колотилов Л. В., Павлов В. Е. Осложнения и их предупреждение при использовании трансрахеальной струйной вентиляции в эндхирургии гортани. № 6.
- Корень Е. Е., Степанова Ю. Е. Особенности носового дыхания у больных с нарушением голосовой функции. № 4.
- Кротов С. Ю., Кротов Ю. А., Пугалова И. Н., Павлов А. В. Обоснование регионарной лимфотропной терапии на базе экспериментальной модели острого среднего отита. № 6.
- Крюков А. И., Гурбанов Ф. А. Патогенетическая терапия аллергического риносинусита на современном этапе. № 2.
- Кулагин Р. Н. Экспрессия p53 как прогностический маркер в плоскоклеточном раке гортани? № 6.
- Кулакова Л. А., Бодрова И. В., Лопатин А. С., Терновой С. К. Функциональная мультиспиральная компьютерная томографии височных костей – реальная альтернатива диагностической тимпанотомии. № 5.
- Кустов М. О., Артюшкин С. А., Начаров П. В., Вержбицкий Г. В., Гребенщикова Л. А., Кутуков Ю. Н. Содержание Среактивного белка в сыворотке крови у больных бактериальным наружным диффузным отитом. № 5.



- Кустов М. О., Вержбицкий Г. В., Артюшкин С. А., Гребенщикова Л. А.** Современный взгляд на классификацию воспалительных заболеваний наружного уха. № 2.
- Ленгина М. А., Коркмазов М. Ю., Сеницкий А. И.** Биохимические показатели оксидативного стресса слизистой оболочки полости носа при риносептопластике и возможности их коррекции. № 6.
- Лиленко А. С., Диаб Х. М.** Хирургическое лечение пациентов с болезнью Меньера. № 2.
- Лиманский С. С., Кондрашова О. В., Шуюпова О. Л.** Лечение синусита у детей с дренированием околоносовых пазух. № 4.
- Литвиненко И. В., Бичурина Т. А., Ростовцев М. В.** Опыт применения магнитнорезонансной томографии при исследовании гортани. № 4.
- Магомедова К. М., Давудов Х. Ш., Нажмудинов И. И., Осипенко Е. В., Михалевская И. А., Акопян К. В., Куликов И. О., Гусейнов И. Г., Хоранова М. Ю.** Повышение эффективности лечения односторонних параличей гортани. № 4.
- Матвеев К. А.** Влияние реуранопластики на состояние слуховой функции у детей с врожденными расщелинами неба. № 5.
- Матвеев К. А., Науменко А. Н., Чернушевич И. И., Науменко Н. Н.** Удаление остеомы лобной пазухи путем остеопластической фронтотомии с использованием бикоронарного доступа. № 6.
- Матвеева А. С.** Речевая терапия в педагогической реабилитации детей после кохлеарной имплантации. № 6.
- Махмудназаров М. И., Гуломов З. С.** Хирургическое лечение деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых. № 6.
- Медведев В. А.** О технике резекции носового горба при комбинированных деформациях носа. № 4.
- Медведев В. А.** Риносептопластика при посттравматической комбинированной деформации носа в виде ринолордоза и кифоза. № 5.
- Меркулов О. А., Панякина М. А.** Планирование оптимальной стратегии эндоназальных эндоскопических подходов к хирургическому лечению опухолей основания черепа в педиатрической практике. № 2.
- Митин Ю. В., Шидловский А. Ю.** Дифференциальные пороги силы звука по методу Люшера у больных с сенсоневральной тугоухостью при вертебральнобазиллярной сосудистой недостаточности. № 5.
- Найден А. Л., Остринская Т. В., Куква В. А.** Методы дифференциальной диагностики предопухолевых состояний и опухолевых заболеваний гортани. № 2.
- Накатис Я. А., Лейзерман М. Г., Гришунина О. Е.** Радиочастотная редукция и резекция язычной миндалины. № 6.
- Налимова Т. А., Сергеева С. А., Королева В. В., Коркмазов М. Ю.** Кохлеовестибулярная дисфункция у больных, перенесших «хлыстовую» травму шейного отдела позвоночника. № 6.
- Наумов В. В.** Сенсорика восприятия родной и иноязычной речи. № 4.
- Нестерова К. И.** Анализ клинкоанатомических предпосылок формирования хронической гнойной патологии околоносовых пазух на основе принципов современной многомерной статистики. № 5.
- Неъматов Ж. С., Аникин И. А., Комаров М. В., Мустивый И. Ф., Полшкова Л. В., Астащенко С. В.** Причины неэффективности тимпаноластики по закрытому типу. № 2.
- Петров А. С.** Послеоперационное ведение больных, перенесших ринохирургические вмешательства низкочастотным ультразвуком. № 6.
- Полев Г. А., Дайхес Н. А., Виноградов В. В., Лабазанова М. А.** Хирургические аспекты эндоскопической анатомии клиновиднонебной артерии. № 4.
- Портенко Г. М., Портенко Е. Г., Шматов Г. П.** О патогенезе хронического тонзиллита по данным усовершенствованных информационных технологий. № 5.
- Преображенская Ю. С., Дроздова М. В., Ларионова С. Н., Начаров П. В., Ковалева Л. М.** Этиологические аспекты экссудативного среднего отита у детей дошкольного возраста. № 6.
- Ражабов А. Х., Иноятова Ф. И., Амонов Ш. Э.** Особенности клинического течения хронического тонзиллита у детей, больных хроническим гепатитом «В». № 6.
- Сакович А. Р.** Концентрация Среактивного белка у пациентов с острым гнойным синуситом. № 5.
- Сребняк И. А.** Энзиматическая активность в ретракционных карманах у пациентов хроническим средним отитом. № 5.
- Сугарова С. Б., Диаб Х. М., Астащенко С. В.** Анатомические особенности окна улитки применительно к вибропластике и кохлеарной имплантации. № 5.
- Терютин Ф. М., Барашков Н. А., Федотова Э. Е., Соловьев А. В., Пшенникова В. Г., Кларов Л. А., Васильева Л. М., Рафаилов А. М., Аргунова А. Н., Хорунов А. Н., Савельев В. В., Кожевников А. А., Федорова С. А.** Аудиологический анализ состояния слуха в случайной выборке лиц молодого возраста. № 4.
- Тырнова Е. В., Алешина Г. М., Кокряков В. Н.** Изучение экспрессии гена интерлейкина 16ета в слизистой оболочке верхних дыхательных путей. № 6.
- Фейгин Г. А., Миненков Г. О.** Компьютернотомографические особенности некоторых редких опухолеподобных образований подвисочной области, отличающихся деструктивным ростом. № 4.
- Филимонов С. В., Волкова С. А.** Анализ затрат рабочего времени врача-оториноларинголога при оказании медицинской специализированной помощи детскому населению города в условиях поликлиники. № 4.
- Филимонов С. В., Волкова С. А.** Показатели лорзаболеваемости по обращаемости детского населения Санкт-Петербурга за 2010 год по данным работы лоркабинета детского поликлинического отделения. № 6.
- Хараева З. Ф., Азаматова Э. К., Мальцева Г. С., Михальчик Е. В., Коркина Л. Г.** Коррекция окислительного стресса у больных с острым лакунарным тонзиллитом комплексом антиоксидантных витаминов и аминокислот. № 4.



- Чойнзонов Е. Л., Писарева Л. Ф., Жуйкова Л. Д., Одинцова И. Н., Тюкалов Ю. И.** Рак гортани: онкологическая помощь больным в городской и сельской местности Томской области. № 6.
- Шабалдина Е. В., Крекова Н. П., Тихонюк В. П., Шабалдин А. В., Симбирцев А. С., Колобов А. А.** Эффективность интраназального применения иммуномодулятора гамма-D-глутамил-L-триптофана (Бестим) при консервативной терапии гипертрофии миндалин лимфоидного глоточного кольца у детей раннего и дошкольного возраста. № 6.
- Шабалдина Е. В., Кутенкова Н. Е., Шабалдин А. В., Тихонюк В. П., Лисаченко Г. В.** Особенности иммунного и цитокинового статусов у детей с гипертрофией лимфоидного глоточного кольца и сопутствующей аллергией к инфекционным антигенам. № 2.
- Шартанова Н. В.** Аллергический ринит у спортсменов высших достижений в различных видах спорта. № 5.
- Шевчик Е. А., Свистушкин В. М., Захарова Н. М., Шатохина С. Н., Никифорова Г. Н., Ратова А. В., Кокорева С. А., Голубовский Г. А.** Значение NO-терапии в репаративном процессе после тимпаноластики. № 5.
- Шидловская Т. В., Шидловская Т. А., Куренева Е. Ю., Запорожченко Н. П., Козак Н. С.** Применение эндаурального ультрафонофореза при лечении больных с сенсоневральной тугоухостью. № 6.
- Шпотин В. П., Галимзянов Х. М., Еремина Н. В., Проскурин А. И.** Микробиологическая оценка эффективности применения иммунофана после санирующей операции на ухе. № 2.
- Шпотин В. П., Проскурин А. И.** Сравнительные результаты вариантов санирующих операций на ухе. № 5.
- Юрков А. Ю., Шустова Т. И.** Изучение нейровегетативной составляющей патогенеза заболеваний ЛОР-органов в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте уха, горла, носа и речи. № 6.
- Янов Ю. К., Пудов В. И., Клячко Д. С.** Использование интраоперационных стапедальных рефлексов для настройки речевых процессов. № 5.
- Янов Ю. К., Пудов В. И., Клячко Д. С.** Оптимизация методики регистрации стапедального рефлекса у пациентов после кохлеарной имплантации. № 2.

#### Обзоры

- Аникин И. А., Комаров М. В.** Обзор методов удаления отиатрической формы параганглиомы височной кости (glomus tympanicum). № 2.
- Бойко Н. В., Колесников В. Н.** Фистула лабиринта у больных хроническим гнойным средним отитом. № 4.
- Гаджимирзаев Г. А., Абдулаева С. Н., Гаджимирзаева Р. Г.** О ложных кистах околоносовых пазух (обзор литературы). № 4.
- Грекова М. М., Аникин И. А., Рязанцев С. В.** Хирургическое лечение двусторонних паралитических стенозов гортани (Литературный обзор). № 5.
- Дедова М. Г., Самбулов В. И., Свистушкин В. М., Захарова Н. М.** О диагностике злокачественных новообразований гортани. № 5.
- Диаб Х. М.** О классификации аномалий развития уха. № 2.
- Забирова А. Р.** Этиология и патогенез сенсоневральной тугоухости. № 2.
- Лабазанова М. А., Владыкина Е. В., Полев Г. А.** Баллонная синусопластика: опыт применения в мире и перспективы внедрения данной методики в практику в России. № 4.
- Литвиненко И. В., Бичурина Т. А.** Возможности магнитнорезонансной томографии гортани (обзор литературы). № 2.
- Песчаный В. Г.** Квантовая терапия: механизмы воздействия и особенности применения при хроническом тонзиллите. № 6.

#### Из практики

- Аникин И. А., Астащенко С. В., Третьякова А. В.** Случай клинического наблюдения отдаленного рецидива холестеатомы у пациентки с хроническим гнойным средним отитом, перенесшей радикальную операцию на среднем ухе 29 лет назад. № 2.
- Вержбицкий Г. В.** Об оптимизации техники хирургического лечения опухолей голосовых складок при непрямой ларингоскопии. № 4.
- Виноградов В. В., Решульский С. С., Галкина Т. А.** Хирургическое лечение солидных опухолей гортани. № 2.
- Гаджимирзаев Г. А., Гаджимирзаева Р. Г., Абасова П. А.** Гигантская холестеатома, приведшая к разрушению костных структур наружного и среднего уха, грани пирамиды, развитию экстрадурального абсцесса и грануляционного наружного отита. № 2.
- Гербергаген А. В.** Бешенство, актуальные аспекты для оториноларинголога. № 5.
- Карпищенко С. А., Уtimiшева Е. С., Долгов О. И., Овечкина В. Н., Успенская О. С., Волкова А. Г., Богомолова Т. С.** Случай риноцеребрального мукормикоза у пациентки после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. № 4.
- Мухамедов И. Т., Ахмедов Ш. М., Полев Г. А., Агаронова З. Б.** Холестеролевая гранулема пещеры сосцевидного отростка с интракраниальным ростом. № 5.

#### Оригинальные статьи

- Аникин И. А., Корнеенков А. А., Бокучава Т. А., Полшкова Л. В.** Причины формирования холестеатомы у больных с туботимпанальной формой хронического гнойного среднего отита. № 4.

#### Школа фармакотерапии





**Афонькин В. Ю., Добрецов К. Г., Сипкин А. В.** Использование фенспирида в послеоперационном лечении при мирингопластике. № 6.

**Киселев А. Б., Чаукина В. А.** Эффективность нового оториноларингологического устройства «Аква Марис» для промывания полости носа в лечении больных острым гнойным синуситом. № 1.

**Левин С. В., Кузовков В. Е., Астащенко С. В., Левина Е. А., Вахрушев С. Г., Жарский А. В.** Развитие телекоммуникационных технологий в кохлеарной имплантации: особенности и перспективы. № 4.

**Мезенцева О. Ю., Беседин А. В., Воробьева А. А., Родионова М. В.** Оценка эффективности местного лечения острого бактериального синусита. № 3.

**Нестерова К. И.** Респираторные фторхинолоны в лечении хронических гнойных риносинуситов: клинико-экономическая оценка. № 5.

**Овчинников А. Ю., Дженжера Г. Е.**

Об успешном опыте купирования послеоперационных воспалительных явлений при двусторонней тонзиллэктомии. № 6.

**Райцелис И. В., Шульга И. А.** Применение мильгаммы и мильгаммы композитум в целях шумовой отопротекции. № 5.

**Рязанцев С. В., Аникин И. А., Комаров М. В.** Местная терапия наружного диффузного отита. № 2.

**Рязанцев С. В., Аникин И. А., Комаров М. В.** Опыт применения местной комбинированной терапии в лечении наружного бактериального и бактериальногрибкового отита. № 4.

**Рязанцев С. В., Комаров М. В.** Применение кетопрофена и его лизиновой соли в оториноларингологии. № 2.

**Ткаченко Е. И., Рязанцев С. В., Орешко Л. С., Карпов А. А.** Защита желудочно-кишечного тракта от негативных последствий антибиотикотерапии верхних дыхательных путей. № 6.

**Царев С. В., Цывкина А. А., Лусс Л. В.** Влияние левоцетиризина (Гленцет) на клинические симптомы и функциональные показатели у больных аллергическим ринитом. № 4.

**Шахова Е. Г., Бакумова О. Р.** Эффективность применения устройства Аква Марис домашний в комплексной терапии острого гнойного синусита. № 2.

**Янов Ю. К., Коноплев О. И., Науменко Н. Н., Антушева И. А.** Антибиотики с повышенным профилем безопасности для кишечной микрофлоры: новые перспективы антибиотикотерапии острых бактериальных риносинуситов. № 2.

#### Юбилей

К 80-летию В. И. Бабияка. № 3.

Портенко Геннадий Михайлович. № 4.

Чесноков Анатолий Антонович. № 5.

#### Исторический раздел

**Бабияк В. И., Киселев А. С., Пашинин А. Н., Тулкин В. Н.** К 110-летию труда Станислава Федоровича фон Штейна на тему «Учение о функциях отдельных частей ушного лабиринта». № 2.

Кафедре оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино – 70 лет. № 6.

Ю. Б. Исхаки – 80 лет. № 6.

## СОДЕРЖАНИЕ

### Научные статьи

<b>И. А. Аникин, В. И. Бабияк, В. А. Воронов, Н. Е. Конеченкова, А. Н. Пашинин</b> Мозжечок (Сообщение третье: частная патология, окончание) .....	3
<b>А. С. Белошангин</b> Вариабильность ответной реакции слизистой оболочки полости носа в зависимости от проводимой терапии при полипозном риносинусите .....	12
<b>М. Ю. Бобошко, Е. С. Гарбарук, Е. В. Жилинская, А. Х. Абу-Джамеа</b> Использование теста обнаружения паузы для оценки временной разрешающей способности слуховой системы человека .....	16
<b>Н. В. Бойко, Г. Г. Сорока, В. Н. Колесников</b> Парез лицевого нерва при остром среднем отите у детей .....	21
<b>А. Г. Волков, И. И. Ромашевская, Л. Б. Ящинский</b> Особенности репаративных процессов в лобной кости экспериментальных животных при пластике деминерализованными костными трансплантатами в условиях инфицирования раны .....	28
<b>В. А. Воронов, О. В. Захаренкова, А. Ф. Барсуков, С. В. Левин, В. И. Бабияк, В. Н. Тулкин</b> Подходы к лечению доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения с последующей реабилитацией больных .....	32
<b>Х. М. Диаб, И. А. Аникин, А. В. Терехов, Ю. К. Ревской</b> Хирургическое лечение изолированных аномалий среднего уха .....	35
<b>Х. М. Диаб, С. Н. Ильин, А. С. Лиленко</b> Оптимизация выбора хирургической тактики проведения кохлеарной имплантации у пациентов с аномалиями развития внутреннего уха по данным КТ височных костей и МРТ внутреннего уха .....	43
<b>К. Б. Добрынин</b> Эфферентные методы противорецидивного лечения при полипозном риносинусите .....	50
<b>А. М. Еловиков</b> Результаты и динамика показателей речевого и тонального слуха в послеоперационном периоде при различных стадиях отосклероза .....	55
<b>А. М. Еловиков</b> Динамика тонального и речевого слуха при отосклерозе в послеоперационном периоде .....	60
<b>Н. В. Еремина, Н. А. Конаков</b> Сравнительная оценка микрофлоры полости носа и среднего уха у больных хроническим гнойным средним отитом, проживающих в условиях Севера. ....	66

<b>Захарова Г. П., Шабалин В. В., Янов Ю. К.</b> Длительность структуризации биологических жидкостей в неинвазивной диагностике воспалительного процесса полости носа и околоносовых пазух. ....	70
<b>В. Н. Колесников, Н. В. Бойко</b> Хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита, осложненного фистулой лабиринта. ....	75
<b>Л. В. Колотилов, В. Е. Павлов</b> Осложнения и их предупреждение при использовании транстрахеальной струйной вентиляции в эндохирургии гортани .....	81
<b>С. Ю. Кротов, Ю. А. Кротов, И. Н. Путалова, А. В. Павлов</b> Обоснование регионарной лимфотропной терапии на базе экспериментальной модели острого среднего отита .....	87
<b>Р. Н. Кулагин</b> Экспрессия p53 как прогностический маркер в плоскоклеточном раке гортани? .....	92
<b>М. А. Ленгина, М. Ю. Коркмазов, А. И. Синицкий</b> Биохимические показатели оксидативного стресса слизистой оболочки полости носа при риносептопластике и возможности их коррекции .....	96
<b>К. А. Матвеев, А. Н. Науменко, И. И. Чернушевич, Н. Н. Науменко</b> Удаление остеомы лобной пазухи путем остеопластической фронтотомии с использованием бикоронарного доступа .....	100
<b>А. С. Матвеева</b> Речевая терапия в педагогической реабилитации детей после кохлеарной имплантации .....	105
<b>М. И. Махмудназаров, З. С. Гуломов</b> Хирургическое лечение деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух .....	109
<b>Я. А. Накатис, М. Г. Лейзерман, О. Е. Гришунина</b> Радиочастотная редукция и резекция язычной миндалины .....	114
<b>Т. А. Налимова, С. А. Сергеева, В. В. Королева, М. Ю. Коркмазов</b> Кохлео-вестибулярная дисфункция у больных, перенесших «хлыстовую» травму шейного отдела позвоночника .....	118
<b>А. С. Петров</b> Послеоперационное ведение больных, перенесших ринохирургические вмешательства низкочастотным ультразвуком .....	122
<b>Ю. С. Преображенская, М. В. Дроздова, С. Н. Ларионова, П. В. Начаров, Л. М. Ковалева</b> Этиологические аспекты экссудативного среднего отита у детей дошкольного возраста .....	126
<b>А. Х. Ражабов, Ф. И. Иноятова, Ш. Э. Амонов</b> Особенности клинического течения хронического тонзиллита у детей, больных хроническим гепатитом «В» .....	132
<b>Е. В. Тырнова, Г. М. Алешина, В. Н. Кокряков</b> Изучение экспрессии гена интерлейкина-1бета в слизистой оболочке верхних дыхательных путей .....	136

<b>С. В. Филимонов, С. А. Волкова</b> Показатели ЛОР-заболеваемости по обращаемости детского населения Санкт-Петербурга за 2010 год по данным работы ЛОР-кабинета детского поликлинического отделения .....	143
<b>Е. Л. Чойнзонов, Л. Ф. Писарева, Л. Д. Жуйкова, И. Н. Одинцова, Ю. И. Тюкалов</b> Рак гортани: онкологическая помощь больным в городской и сельской местности Томской области.....	147
<b>Е. В. Шабалдина, Н. П. Крекова, В. П. Тихонюк, А. В. Шабалдин, А. С. Симбирцев, А. А. Колобов</b> Эффективность интраназального применения иммуномодулятора гамма-D-глутамил-L-триптофана (Бестим) при консервативной терапии гипертрофии миндалин лимфоидного глоточного кольца у детей раннего и дошкольного возраста.....	154
<b>Т. В. Шидловская, Т. А. Шидловская, Е. Ю. Куренева, Н. П. Запорожченко, Н. С. Козак</b> Применение эндаурального ультрафонофореза при лечении больных с сенсоневральной тугоухостью .....	163
<b>А. Ю. Юрков, Т. И. Шустова</b> Изучение нейровегетативной составляющей патогенеза заболеваний ЛОР-органов в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте уха, горла, носа и речи .....	168
<b>Из практики</b>	
<b>В. А. Долгов, С. В. Полняков, Л. А. Макарова, Г. Г. Амерханов, Ж. П. Харина</b> Случай обнаружения опухоли мозолистого тела головного мозга у больного с обострением хронического катарального гайморита.....	175
<b>Обзоры</b>	
<b>В. Г. Песчаный</b> Квантовая терапия: механизмы воздействия и особенности применения при хроническом тонзиллите .....	177
<b>Школа фармакотерапии</b>	
<b>Афонькин В. Ю., Добрецов К. Г., Сипкин А. В.</b> Использование фенспирида в послеоперационном лечении при мирингопластике .....	185
<b>Овчинников А. Ю., Дженжера Г. Е.</b> Об успешном опыте купирования послеоперационных воспалительных явлений при двусторонней тонзиллэктомии.....	189
<b>Ткаченко Е. И., Рязанцев С. В., Орешко Л. С., Карпов А. А.</b> Защита желудочно-кишечного тракта от негативных последствий антибиотикотерапии верхних дыхательных путей .....	194
<b>Исторический раздел</b>	
Ю. Б. Исхаки – 80 лет .....	200
Кафедре оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино – 70 лет.....	202

### **Информационный раздел**

Библиографический список авторефератов диссертаций по специальности 14.00.04 (Новый шифр 14.01.03) «Болезни уха, горла и носа», представленных в диссертационные советы России в 2006 г. ....	207
Проект «Нить жизни» .....	213
Статьи, опубликованные в журнале «Российская оториноларингология» в 2012 г. ....	215