

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 Минздрава 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,
научный 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. Пасинин (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. Гаращенко (Москва)	И. И. Нажмудинов (Москва)	Г. А. Таварткиладзе (Москва)
Х. Ш. Давудов (Москва)	Я. А. Накатис (Санкт-Петербург)	Э. А. Цветков (Санкт-Петербург)
В. В. Дворянчиков (Санкт-Петербург)	Ю. М. Овчинников (Москва)	А. В. Шахов (Нижний Новгород)
В. И. Егоров (Москва)	Е. В. Осипенко (Москва)	А. С. Юнусов (Москва)
А. С. Киселев (Санкт-Петербург)	В. Т. Пальчун (Москва)	С. В. Яблонский (Москва)
В. Э. Кокорина (Хабаровск)		

№ 4 (65) 2013 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Журнал зарегистрирован Государственным комитетом РФ по печати.

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

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

Учредители:

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

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

Издатель:

ООО «Полифорум»

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

Ссылка на журнал «Российская оториноларингология» обязательна.

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

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

Адрес редакции:

190013, Россия, Санкт-Петербург,

ул. Бронницкая, д. 9.

Тел./факс: (812) 316-29-32,

e-mail: tulkin19@mail.ru; tulkin@pfco.ru

Компьютерная верстка: Т. М. Каргапольцева

Подписано в печать 05.08.2013 г.

Формат: 60×90¹/₈. Объем 22,25 усл. печ. л.

Тираж: 3000 экз. (1-й завод – 500 экз.)

Отпечатано с готовых диапозитивов

в типографии «К-8».

Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Лицензия ПЛД № 69 291 от 19.10.1998 г.

Зак. тип. 2897.

© СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития
России, 2013

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА
России, Москва, 2013



УДК 616.216.1-002-072.1:616.2-008.331.4:616.-8-039.57

УПРАВЛЯЕМАЯ ГИПОТОНΙΑ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОХИРУРГИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

И. М. Алибеков, Д. Г. Гуз, А. Г. Худин, В. А. Москалев

CONTROLLED HYPOTENSION IN ENDOSCOPIC RINOSINUSOHIRURGII AN OUTPATIENT BASI

I. M. Alibekov, D. G. Goose, A. G. Houdin, V. A. Moskalev

Комитет по здравоохранению Администрации г. Сургута
(Председатель – Д. А. Сухарев)

Проведен анализ работы амбулаторных эндоназальных эндоскопических хирургических вмешательств с применением управляемой гипотонии. Нами произведены эндоназальные вмешательства с применением современных эндоскопических и лазерных технологий 236 больным с хроническими заболеваниями носа и нарушением носового дыхания. Из них 115 больным, имеющим сопутствующую патологию, проводили хирургические вмешательства с применением управляемой гипотонии. Получены хорошие результаты. Сделаны выводы о целесообразности применения данной методики в амбулаторной хирургии.

Ключевые слова: эндоскопическая риносинусохирургия, полипозный риносинусит, управляемая гипотония, амбулаторная хирургия.

Библиография: 8 источников.

An analysis of outpatient endoscopic endonasal surgery with the use of controlled hypotension.

We made endonasal intervention using modern endoscopic and laser technology 236 patients with chronic diseases of the nose and a violation of nasal breathing. Of these, 115 patients having comorbidities performed surgery with the use of controlled hypotension. Good results. The conclusions about the usefulness of this technique in ambulatory surgery.

Key words: endoscopic rinosinusohirurgiya, polypoid rhinosinusitis, controlled hypotension, outpatient surgery.

Bibliography: 8 sources.

Амбулаторная хирургия в оториноларингологии – бурно развивающееся самостоятельное и перспективное направление в хирургии. Она увеличивает доступность плановой оториноларингологической помощи населению, позволяет увеличить количество хирургических вмешательств на ранних стадиях заболеваний, существенно сокращает количество послеоперационных осложнений и сроки реабилитации пациентов, при этом лечение больных обходится значительно дешевле, чем в условиях стационара [4, 8].

В настоящее время накопился значительный опыт развития стационар-замещающих технологий в хирургии во многих странах. С их развитием уменьшается количество стационарных коек.

В настоящее время в г. Сургуте развернуты четыре центра амбулаторной хирургической помощи оториноларингологическим больным.

В них выполняют хирургические вмешательства различной степени сложности, диагностиче-

ские операции и манипуляции, консервативное лечение больных оториноларингологического профиля г. Сургута с населением 318 тыс.

Эти центры имеют современное оснащение, включающее операционные микроскопы, лазерное, магнитно-лазерное, ультразвуковое оборудование, операционные залы и палаты для наблюдения больных.

В силу специфики амбулаторной хирургии отбор больных на операцию проводится очень тщательно, проводятся предоперационное обследование и при необходимости медикаментозная подготовка к вмешательству [1, 2].

В амбулаторных условиях может быть выполнена та операция, которая технически выполнима в таких условиях и после которой больному не требуется неотложной помощи специалиста – он может находиться под наблюдением родственников или сиделки без медицинского образования. Под эти требования может подойти значительное



УДК: 616.21-002:613.84

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА УХА И ГОРТАНИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Е. А. Гилифанов, В. А. Невзорова

PARAMETRES OF THE FUNCTIONAL STATUS OF THE EAR AND LARYNX IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN ACUTE

Е. А. Gilifanov, V. A. Nevzorova

ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет», г. Владивосток
(Ректор – проф. В. Б. Шуматов)

В публикации рассматриваются особенности функционального состояния гортани и уха у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких 2–3-й стадий в период обострения.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, гортань, ухо.

Библиография: 30 источников.

The article describes features of the functional status of ear and larynx in patients with chronic obstructive pulmonary disease stage 2–3 in acute.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, larynx, ear.

Bibliography: 30 sources.

Возрастающее число лиц, страдающих заболеваниями органов дыхания, предполагает не только высокий социально-экономический ущерб пациентам в частности и обществу в целом, но и нередко переход болезни в инвалидизирующую форму. Все это обуславливает необходимость продолжения исследований этиологии, патогенеза заболеваний дыхательной системы, механизмов взаимного влияния верхних и нижних дыхательных путей, поиска оптимальных схем диагностики, эффективной и безопасной медикаментозной терапии [2, 8, 9, 17, 27, 29].

Табачный дым (ТД), попадающий в дыхательные пути как при активном, так и при пассивном курении, является доказанным предиктором формирования хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Изучение системных эффектов при этом заболевании обходит стороной верхние дыхательные пути [1, 13, 14, 16, 18, 24], что, по нашему мнению, не может полноценно отражать состояние органов дыхания в целом, а также процессов обратного или необратимого ремоделирования, возникающего в них [7–9, 13, 22, 26].

Цель исследования. Изучение состояния гортани и уха пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких 2–3-й стадий в период обострения.

Пациенты и методы исследования. Изучение состояния ЛОР-органов проведено у пациентов, поступивших в пульмонологическое отделение Владивостокской клинической больницы № 1 с диагнозом: хроническая обструктивная болезнь легких 2–3-й стадий, обострение, которые вошли в основную группу. В возрастном и поло-

вом аспекте больные представлены следующим образом: 40 лиц мужского пола, 10 – женского, в возрасте от 51 до 65 лет (средний возраст составил $58,9 \pm 4,9$ года). Обследование пациентов проводили на 2–5-й день от даты поступления с учетом того факта, что состояние их при госпитализации оценивалось как среднетяжелое или тяжелое. Контрольную группу составили 41 мужчина и 9 женщин в возрасте от 51 до 65 лет (средний показатель $57,5 \pm 5,1$ года, $p \geq 0,01$), никогда не куривших и не имеющих заболеваний органов дыхания и слуха. Они включены в исследование добровольно, на основе информированного согласия, и направлены в клинику ЛОР-болезней ТГМУ из Владивостокского клинико-диагностического центра.

Оториноларингологическое исследование проведено с использованием следующих методов: стандартный осмотр, отоэндоскопия, отоэндоскопия, аудиологическое обследование, фиброэндоскопическое исследование гортани, стробоскопия. Индекс курения (число пачко-лет) рассчитывался как число выкуренных в день сигарет, умноженное на стаж курения в годах и поделенное на 20. Индекс курения более 10 являлся достоверным фактором риска развития заболеваний дыхательных путей [12]. Отоэндоскопия осуществлена с помощью операционного микроскопа при увеличении $\times 12$, отоэндоскопия выполнена оптикой диаметром 4 мм, с углом обзора 30° . Аудиологическое исследование включало в себя сбор слухового паспорта, тональную пороговую аудиометрию на аппарате MAICO MA 53, импедансометрию на установке GSI 38 [6].



22. Hackx M., Bankier A. A., Gevenois P. A. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: CT Quantification of Airways Disease // Radiology. – 2012. – Vol. 265, N 1. – P. 34–48.
23. Laryngeal penetration and aspiration in individuals with stable COPD / L. Cvejic [et al.] // Respirology. – 2011. – Vol. 16, N 2. – P. 269–275.
24. Lee S. Y., Petznick A., Tong L. Associations of systemic diseases, smoking and contact lens wear with severity of dry eye // Ophthalmic Physiol. Opt. – 2012. – Vol. 7. – N 2. – P. 92–101.
25. Oxygen desaturation during a 6 min walk test is a sign of nocturnal hypoxemia // A. S. Scott Can. Respir. J. – 2011. – Vol. 18, N 6. – P. 333–337.
26. Prediction of the Clinical Course of COPD using the new GOLD Classification A Study of the General Population / P. Lange [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2012. – Vol. 86, N 5. – P. 642–649.
27. Prevalence and associated factors of oropharyngeal side effects in users of inhaled corticosteroids in a real-life setting / M. Molimard [et al.] // J. Aerosol. Med. Pulm. Drug Deliv. – 2010. – Vol. 23, N 2. – P. 91–95.
28. Serum cotinine level and incident hearing loss: a case-control study / D. M. Nondahl [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2004. – Vol. 130, N 11. – P. 1260–1264.
29. Wipfli H., Samet J. M. Global economic and health benefits of tobacco control: part 1 // Clin. Pharmacol. Ther. – 2009. – Vol. 86, N 3. – P. 263–271.
30. Yonekawa H. A clinical study of Reinke's edema / Auris Nasus Larynx. – 1988. – Vol. 15, N 1. – P. 57–78.

Гилицанов Евгений Альбертович – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Тихоокеанского ГМУ. 690002, Владивосток, пр. Острякова, д. 2; тел.: 8-4232-28-37-27, 8-914-705-76-10, 8-914-791-67-70, e-mail: gilifanov@mail.ru

Невзорова Вера Афанасьевна – докт. мед. наук, профессор, проректор по научной работе Тихоокеанского ГМУ. 690002, Владивосток, пр. Острякова, д. 2; тел.: 8-4232-45-17-02, e-mail: VG MU.nauka@mail.ru

УДК: 616.28-072:616.283.1-089.843

ЛИКВОРЕЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЕ

М. О. Данилевич¹, А. С. Киселев², И. В. Яковенко¹

CEREBROSPINAL FLUID LEAK ASSOCIATED WITH SEVERE CRANIOMAXILLOFACIAL TRAUMA

M. O. Danilevich, A. S. Kiselev, I. V. Yakovenko

¹ ФГБУ «Российский нейрохирургический институт им. проф. А. Л. Поленова», Санкт-Петербург (Директор – проф. И. В. Яковенко)

² ФГКВ ОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ (Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, проф. В. В. Дворянчиков)

Тяжелая черепно-лицевая травма сопровождается переломом основания черепа и ликвореей более чем в 80% случаев. Характер повреждения структур основания черепа зависит от механизма повреждения. В статье описывается опыт лечения пострадавших с краниофациальными переломами и ликвореей.

Ключевые слова: ликворея, черепно-лицевая травма.

Библиография: 31 источник.

Severe craniofacial trauma leads to fracture of the skull base and cerebrospinal fluid leaks in more than 80% of cases. Pattern of the skull base fracture is dependent from the mechanism of injury. The paper describe the experience of management patients with craniofacial fractures and cerebrospinal fluid leaks.

Key words: cerebrospinal fluid leak, craniomaxillofacial trauma.

Bibliography: 31 sources.

Черепно-лицевая травма характеризуется многообразием вариантов переломов костных структур верхней и средней зон лица, при которых наблюдаются повреждение основания черепа и развитие сообщения между интракраниальным пространством и полостью носа. Частота

ликвореи в остром периоде черепно-лицевой травмы по данным литературы колеблется от 12 до 90%, что определяется значительным разнообразием исследуемых групп и характеристиками ликвореи в каждом исследовании [1, 3, 5, 6, 8, 25, 31].



РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ НА НЕРВАХ БАРАБАНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

В. В. Дискаленко, Г. Н. Урлюпова, О. Н. Сопко

THE RESULTS OF OPERATIONS ON THE NERVES TYMPANIC CAVITY WITH SEVERE FORMS OF MENIERE'S DISEASE

V. V. Diskalenko, G. N. Urupova, O. N. Sopko

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

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

В публикации приведены отдаленные результаты хирургического лечения при тяжелых формах болезни Меньера у 28 больных. У 23 из них (82,2%) получен стойкий положительный результат, что свидетельствует о высокой эффективности операций на нервах барабанной полости при болезни Меньера.

Ключевые слова: болезнь Меньера, вестибулярная дисфункция, плексустомия, хордэктомия.

Библиография: 6 источников.

The long-term results of surgical treatment for severe Meniere's disease in 28 patients presented in the publication. In 23 of them (82,2%) obtained stable positive result, indicating the high efficiency of operations on the nerves of the tympanic cavity with Meniere's disease.

Key words: Meniere's disease, vestibular dysfunction, pleksustomiya, chordektomiya.

Bibliography: 6 sources.

Как известно, комплексная консервативная терапия болезни Меньера не всегда оказывается эффективной – в 25–30% наблюдений, по мнению большинства авторов. Поэтому при тяжелых формах заболевания и безуспешности консервативного лечения некоторые отечественные и зарубежные специалисты стали прибегать к хирургическим вмешательствам, главная цель которых – избавить больного от приступов головокружения и если не улучшить, то хотя бы предотвратить его дальнейшее прогрессивное ухудшение [1]. Такой цели соответствует операция на нервах барабанной полости, которая была предложена Rosen [4]. Основанием для такого вида оперативных вмешательств автору послужило предположение о наличии возможной анатомической связи волокон вестибулокохлеарного нерва с промежуточным нервом во внутреннем слуховом проходе. Позже данное предположение было подтверждено другими исследователями, которые высказывали мысль о том, что эти связи могут иметь большое значение в нейровегетативном равновесии внутреннего уха, а перерезка барабанной струны, вызывающая прекращение афферентной импульсации, способствует исчезновению вестибулярных расстройств [3, 6].

Поскольку болезнь Меньера представляет собой вегетативно-эндокринные кризы, разыгрывающиеся на фоне нарушенного внутрилабиринтного кровообращения, И. Б. Солдатов с соавт. [3] результативность таких операций связывает также с перестройкой вегетативной иннервации кровеносных сосудов среднего и внутреннего уха. Располагая большим количеством

наблюдений операций на нервах барабанной полости И. Б. Солдатов и соавт. [4] сообщают о высокой эффективности таких операций: положительные результаты ими отмечены в 84,3% случаев. При этом более результативным вмешательством в отношении вестибулярной дисфункции оказалась резекция барабанной струны, в то же время на ушной шум более действовала резекция барабанного сплетения [2, 5]. Поэтому большинству больных авторы одновременно производили резекцию барабанной струны и циркулярную резекцию барабанного сплетения.

Пациенты и методы. Данным способом оперативные вмешательства на нервах барабанной полости выполнены 28 больным с тяжелым течением болезни Меньера. Всем им неоднократно проводилось комплексное медикаментозное лечение, которое оказывало кратковременный эффект. Оперативному лечению подвергнуты 18 женщин и 10 мужчин в возрасте от 36 до 60 лет с давностью заболевания от 8 до 19 лет. У всех больных было одностороннее поражение. Первый приступ заболевания у 6 человек возник внезапно на фоне умственного и физического переутомления, у остальных 22 человек приступу предшествовали чувство заложенности уха, шум в нем. У всех больных после перенесенного первого приступа имел место довольно длительный (от 2 до 5 лет) межприступный период, после которого приступы стали повторяться через 3–4 месяца, а в последние годы участились до 2–3 раз в месяц, продолжительность которых колебалась в пределах от 1 до 6 ч.

При исследовании функции вестибулярного аппарата битермальной калорической и враща-



Выводы

Анализ отдаленных результатов операций на нервах барабанной полости у больных с тяжелыми формами болезни Меньера свидетельствует о большом проценте положительных результатов, что позволяет рекомендовать данный вид оперативного вмешательства в более широкую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глухова Е. Ю. Фотокоагуляция в полостях среднего уха (особенности методики) / Мат. зональной науч.-практ. конф. оториноларингологов. – М., 1987. – С. 58–59.
2. Николаев М. П. Возможности и перспективы применения лазерного излучения при болезни Меньера: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1985. – 36 с.
3. Солдатов И. Б., Сущева Г. П., Храппо Н. С. Вестибулярная дисфункция. – М.: Медицина, 1980. – 286 с.
4. Функциональная диагностика и вопросы современной хирургии отосклероза / И. Б. Солдатов [и др.]. – М.: Медицина, 1974. – 219 с.
5. Чканников А. Н. Лазерная плексустомия при болезни Меньера // Лазерная медицина. – 2004. – № 3. – С. 142.
6. Efficacy of low-level laser therapy in Meniere's disease: a pilot study of 10 patients / R. Teggi [et al.] // Photomed. Laser Surg. – 2008. – N 4. – P. 349–353.

Дискаленко Виталий Васильевич – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, корп. 5; тел.: (812) 499-71-76

Сопко Ольга Николаевна – канд. мед. наук, врач-оториноларинголог каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого 6/8, корп. 5; тел.: +7-911-963-33-56; e-mail: sopko@yandex.ru

Урюпова Галина Николаевна – врач-невролог каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, корп. 5; тел.: (812)-499-71-76

УДК 617.53-006-07

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ФАРИНГО-ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Ф. Д. Евчев, М. А. Зайцева

THE IMPORTANCE OF INTEGRATED DIAGNOSING OF NEOPLASM OF THE PHARYNGO-PARAPHARYNGEAL SPACE

F. D. Yevchev, M. A. Zaitseva

ГУ «Одесский национальный медицинский университет», Украина
(Ректор – акад. НАМН Украины, проф. В. Н. Запорожан)

Представлены результаты обследования 60 пациентов с опухолями фаринго-парафарингеальной области, которым проведено хирургическое лечение. У всех больных выявлены определенные особенности взаимоотношения опухоли с сосудистыми и нервными образованиями, которые существенно влияли на результат хирургического вмешательства. Использование комплексной диагностики позволило визуализировать топографо-анатомические критерии локализации опухоли, провести дифференциальную диагностику и хирургическое лечение без выраженных сосудисто-нервных нарушений у 70% больных с каротидной хемодектомой и у 40% пациентов с невриномой. Интраоперационно диагноз комплексной диагностики подтвержден у 70% пациентов, что позволяет рекомендовать способ для внедрения в клиническую практику.

Ключевые слова: комплексная диагностика, новообразования фаринго-парафарингеальной области.

Библиография: 18 источников.

The examination and surgical treatment results of 60 patients with pharyngo-parapharyngeal space tumors are shown. It was revealed that some special interrelations between the tumor and neurovascular formations considerably influenced the results of surgical intervention. The employment of the integrated diagnosing allowed to visualize topographical-anatomical criteria of the tumor site. It allowed to provide the differential diagnosing and surgical treatment without of neurovascular injuries in 70% of patients with carotid chemodectoma and in 40% of patients with neurinomas. The diagnoses of the integrated diagnosing



ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ХЛАМИДИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ШКОЛЬНИКОВ

Т. А. Капустина, Е. В. Белова, А. Н. Маркина

CHLAMYDIA CONTAMINATION OF UPPER RESPIRATORY TRACT MUCOSA IN SCHOOLCHILDREN

T. A. Kapustina, E. V. Belova, A. N. Markina

ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера» СО РАМН, г. Красноярск
(Директор – член-корр. РАМН, проф. В. Т. Манчук)

В статье представлены данные клинико-эпидемиологического исследования 708 школьников на предмет инфицирования хламидиями слизистой оболочки верхнего отдела респираторного тракта. Диагностика хламидийной инфекции осуществлялась методом прямой иммунофлюоресценции. Авторами показана видовая структура идентифицированных хламидий в зависимости от возраста и пола, а также превалирование у детей с респираторным хламидиозом острой и хронической ЛОР-патологии по сравнению с неинфицированными лицами.

Ключевые слова: хламидийная инфекция, респираторный тракт, школьники.

Библиография: 19 источников.

Article shows the data of clinical epidemiological research for 708 schoolchildren aimed at studying Chlamydia contamination in upper respiratory tract mucosa. Chlamydia diagnosis was carried out by direct immune fluorescence test. Authors offer type structure of identified Chlamydia in terms of age and gender and also the characteristics of ENT-morbidity in Chlamydia contaminated children.

Key words: chlamydia infection, respiratory tract, schoolchildren.

Bibliography: 19 sources.

В связи с широким распространением респираторные заболевания у детей являются серьезной проблемой не только для педиатрии, но и для всего здравоохранения. Несмотря на то что заболевания дыхательных путей хорошо известны каждому педиатру, в настоящее время существует множество нерешенных проблем в понимании этиологии и патогенеза отдельных форм заболеваний, в их диагностике. За последние два десятилетия этиологический спектр возбудителей заболеваний дыхательных путей существенно расширился. Благодаря открытию ранее неизвестных патогенных микроорганизмов, внедрению в медицинскую практику новых эффективных лабораторных методов диагностики, стали часто выявляться при воспалительной патологии носа и глотки такие внутриклеточные возбудители, как микоплазмы и хламидии. А прицельное изучение морфологических, биохимических и антигенных характеристик позволило установить причастность этих инфекций к возникновению воспалительной патологии респираторного тракта, что значительно дополнило представление об эпидемиологии и этиопатогенезе этих заболеваний. В результате в научно-практической программе, разработанной Союзом педиатров России и Международным фондом охраны здоровья матери и ребенка (2002), было отмечено, что хламидии являются важным респираторным возбудителем.

Социально-экономическая и медицинская значимость хламидийной инфекции определя-

ется существенным влиянием на воспроизводство населения. Так, согласно ряду научных исследований хламидиоз урогенитального тракта диагностируется у 11–40% беременных женщин [10]. Риск передачи инфекции плоду составляет 40–92% [4, 5], в результате этого более 7% новорожденных уже при рождении оказываются инфицированными хламидиями [3, 8]. При этом у 40% из них возникают конъюнктивиты, у 15–20% – назофарингиты, у 10–20% – бронхиты и пневмонии, у 5% – гастроэнтериты, проктиты, у 15% – вульвиты, уретриты, у 6% детей процесс приобретает септический характер [6, 10].

В качестве возбудителя острых респираторных заболеваний у детей хламидии признаются в 18% случаев, обструктивного ларинготрахеита – в 15% случаев [11, 14]. Согласно другим исследованиям, проведенным с использованием методов ДНК-диагностики и иммуноферментного анализа, хламидийная этиология у детей при остром бронхите была установлена у 13–25% детей, при пневмонии – у 10–32% [2, 7, 12, 13]. Причем до 80% детей с пневмонией, ассоциированной с хламидийной инфекцией, составляли дети раннего и дошкольного возрастов [7].

Таким образом, в настоящее время достаточно весомое место в иницировании заболеваний верхних дыхательных путей среди детского населения принадлежит хламидийной инфекции. Дети, посещающие образовательные учреждения, вследствие тесных контактов с инфициро-



УДК 616.284-002.2 + 616. 284-002.258-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ЭПИАНТРАЛЬНОГО ОТИТА С ХОЛЕСТЕАТОМОЙ

Р. В. Карапетян¹, И. А. Аникин¹, С. В. Асташенко¹, М. И. Аникин², Т. А. Бокучава³

ALGORITHM FOR THE SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC SUPPURATIVE EPYANTRAL OTITES WITH CHOLESTEATOMA

R. V. Karapetyan, I. A. Anikin, S. V. Astashchenko, M. I. Anikin, T. A. Bokuchava

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

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

² ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»

(Зав. каф. оториноларингологии ФППС – проф. Р. А. Забиров)

³ ГУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П. А. Баяндина»

(Главный врач – А. В. Голованов)

Несмотря на развитие отохирургии и разработки новых методов хирургического лечения хронического гнойного отита, необходимость в повторных операциях на среднем ухе возникает в 13–67% случаев. Высокий процент неудовлетворительных результатов хирургического лечения ХГСО с холестеатомой диктует необходимость дальнейшего совершенствования оперативных приемов и разработки алгоритмов хирургической тактики.

В целях определения критериев выбора хирургической тактики лечения хронического гнойного эпипантального отита с холестеатомой были проанализированы интраоперационные находки 89 пациентов с данной патологией. На основании интраоперационных находок в ходе проводимого исследования был разработан алгоритм хирургического лечения хронического гнойного эпипантального отита.

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

Библиография: 37 источников.

Despite the development of otosurgery and a number of new methods of surgical treatment of chronic suppurative otitis media being proposed, the need for reoperations on the middle ear occurs in 13–67% of cases. A high percentage of unsatisfactory results of surgical treatment for otitis media with cholesteatoma dictates the need for further improvement of operational techniques, and the necessity for development of algorithms of surgical tactic.

In order to determine the selection criteria for surgical tactics epiantral chronic suppurative otitis media with cholesteatoma treatment 89 patients with this pathology were examined. In the course of ongoing research, basing on intraoperative findings, an algorithm of surgical treatment of chronic suppurative epiantral otitis was developed.

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

Bibliography: 37 sources.

Первые сведения о хирургическом лечении больных хроническими отитами датируются концом XIX века. В 1890 г. Штаке предложил классическую радикальную операцию, которую также называли «ампутация среднего уха», так как наряду с патологическим субстратом удалялись все жизнеспособные структуры среднего уха, что приводило к ухудшению слуха вплоть до полной глухоты [2].

С развитием микрохирургической техники и инструментария в последние десятилетия прошлого столетия большое распространение получили консервативно-щадящие радикальные операции, при выполнении которых во время saniрующего этапа максимально сохраняются неповрежденные структуры среднего уха, в частности слуховые косточки, что позволяет не только сохранить, но и

нередко улучшить слуховую функцию по сравнению с дооперационным уровнем [2, 6, 9, 14, 32, 33]. Консервативно-щадящие радикальные операции не предусматривают реконструкции поврежденных структур среднего уха.

При ХГСО с холестеатомой в 60% случаев происходит деструкция оссикулярной цепи. Наиболее уязвимыми являются наковальня, стремя и наковальне-стремное сочленение, что обусловлено недостаточной васкуляризацией данной области [21, 26, 37]. Необходимость в реконструкции оссикулярной цепи (восстановление или замена фрагментов цепи слуховых косточек) приходится на 70–90% случаев тимпанопластики [4, 8, 12, 21, 37].

Санирующая операция, при выполнении которой производится реконструкция звуко-



УДК: [617.51+617.53]:616-006.04:615.849.19

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПАЛЛИАТИВНОМ И РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛОРОРГАНОВ

С. А. Карпищенко, М. А. Рябова, М. Ю. Улупов, Н. Л. Петров

PHOTODYNAMIC THERAPY IN PALLIATIVE AND RADICAL TREATMENT OF ENT CANCER

S. A. Karpischenko, M. A. Ryabova, M. J. Ulupov, N. L. Petrov

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.

И. П. Павлова» Минздрава России

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

Лечение злокачественных новообразований ЛОР-органов является актуальной проблемой современной онкологии. Поздняя диагностика, сложность анатомического строения головы и шеи, близость жизненно важных структур существенно затрудняют применение традиционных методов онкологического лечения. Фотодинамическая терапия (ФДТ) – относительно новый перспективный метод противоопухолевого лечения, отличающийся малой инвазивностью и хорошими функциональными результатами. В статье представлен наш 6-летний опыт применения как дистантной, так и интерстициальной ФДТ в радикальном и паллиативном лечении рака ЛОР-органов, предложены наиболее предпочтительные, на наш взгляд, режимы и варианты применения ФДТ.

Ключевые слова: фотодинамическая терапия, рак ЛОР-органов.

Библиография: 9 источников.

ENT cancer treatment is an actual problem of contemporary oncology. Late diagnosis, complex anatomy of head and neck, close proximity of vital structures in this region lead to difficulties in application of conventional oncologic methods of cancer treatment. Photodynamic therapy (PDT) is a relatively new perspective treatment modality in oncology which is minimally invasive and is characterized by good functional results. Our 6-years experience in radical and palliative PDT of ENT cancer and PDT parameters which are most preferable according to our opinion are presented in this paper.

Key words: photodynamic therapy, ENT cancer.

Bibliography: 9 sources.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями ЛОР-органов в России в 2009 году составила 8,5 на 100 000 населения, удельный вес среди других злокачественных новообразований – 2,4% [3]. В 60–70% случаев больные начинают получать специализированную помощь по поводу рака ЛОР-органов лишь в 3–4 стадиях [1]. Одной из основных причин столь поздней диагностики является бессимптомность течения опухолей на ранних стадиях, которая связана с особенностями их анатомии. Позднее начало лечения, сложность анатомического строения органов головы и шеи приводят к тому, что многие хирургические операции по поводу злокачественных новообразований этой области приводят к стойким косметическим и функциональным дефектам. Химиолучевое лечение сопряжено с множеством осложнений, таких как нейтропения, электролитные нарушения, мукозит, хондрорадионекроз, аспирационный синдром и дисфагия [5].

Фотодинамическая терапия – относительно новый метод лечения заболеваний как опухолевой, так и неопухолевой природы. В основе ее лежит взаимодействие света определенной длины волны с молекулами фотосенсибилизатора (ФС), предварительно введенного в опухоль. В присут-

ствии достаточного количества кислорода происходят фотохимические реакции с образованием высокоактивных форм кислорода и свободных радикалов, которые вызывают гибель опухоли. Избирательность накопления ФС в опухолевой ткани и возможность точного подведения света к опухоли позволяют минимально повреждать окружающие ткани, обуславливая хорошие функциональные результаты лечения [7]. В литературе не отмечено развития резистентности при повторении сеансов ФДТ [9]. Метод ФДТ имеет ограничения:

– глубина воздействия зависит от проницаемости тканей для света и составляет 3–5 мм (для красного света);

– сложности дозиметрии света (по мере удаления от источника плотность мощности световой энергии падает);

– зависимость активности фотохимических реакций от насыщения ткани опухоли кислородом [8].

Интерстициальная ФДТ (иФДТ), при которой источник света погружается в толщу опухоли, позволяет преодолевать ограничения, накладываемые проницаемостью тканей для красного света, и лечить более крупные или глубоко распо-



ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ причин запущенности больных со злокачественными новообразованиями ЛОР-органов в Москве / А. М. Сдвижков [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2008. – № 2. – С. 42–45.
2. Внутритканевая фотодинамическая терапия в лечении новообразований шеи / С. А. Карпищенко [и др.] // Вестн. Рос. воен.-мед. академии. – 2010. Приложение 1. – Т. 31, № 3. – С. 39–39.
3. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность) / В. И. Чиссов [и др.]. М.: МНИОИ им П. А. Герцена, 2011. – 259 с.
4. Кочнева Е. В. Результаты II фазы клинического исследования фотосенсибилизатора радахлорин у больных базально-клеточным раком кожи, проведенного в Челябинской городской клинической больнице № 1 // Рос. биотерапевт. журн. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 92–95.
5. Dysphagia following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer / N. P. Nguyen [et al.] // Ann. Onc. – 2004. – Vol. 15. – P. 383–388.
6. Factors associated with severe late toxicity after concurrent chemoradiation for locally advanced head and neck cancer: an RTOG analysis / M. Machtay [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2008. – Vol. 26, N 21. – P. 3582–3589.
7. Henderson B. W., Dougherty T. J. How does photodynamic therapy work? // Photochem. Photobiol. – 1992. – Vol. 55, N 1. – P. 145–157.
8. Photophysics and photochemistry of photodynamic therapy: fundamental aspects / K. Plaetzer [et al.] // Lasers Med. Sci. – 2009. – Vol. 24, N 2. – P. 259–268.
9. Photosensitizers in clinical PDT / R. R. Allison [et al.] // Photodiagnosis and Photodynamic Therapy. – 2004. – Vol. 1, issue 1 – P. 27–42.

Карпищенко Сергей Анатольевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-812-499-70-19, e-mail: karpischenkos@mail.ru

Рябова Марина Андреевна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-812-499-70-19, e-mail: marinaryabova@mail.ru

Улупов Михаил Юрьевич – врач клиники оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8. тел.: 8-812-499-71-76, 8(911)-8-812-294-23-09; e-mail: mike.ulupov@gmail.com

Петров Николай Леонидович – врач клиники челюстно-лицевой хирургии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-812-499-71-78.

УДК 616.284-002.3-089.168.1: 615.28(571.122)

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С ПОМОЩЬЮ ТИМПАНОДИАЛИЗА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Н. А. Конаков¹, Н. В. Ерёмкина²

IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA AMONG THE POPULATION OF THE FAR NORTH THROUGH TYMPANODIALIZ IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

N. A. Konakov, N. V. Eremina

¹ ГМУЗ «Пыть-Яхская окружная больница», г. Пыть-Ях, Ханты-Мансийский автономный округ (Главный врач – канд. мед. наук В. А. Гильванов)

² ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Ректор – лауреат Гос. премии РФ, дважды лауреат премии Правительства РФ, засл. деят. науки РФ, акад. РАМН, проф. Г. П. Котельников)

Для повышения эффективности санирующего хирургического вмешательства на ухе у больных хроническим гнойным средним отитом, проживающих в районах Крайнего Севера, разработан и применен метод комплексного лечения, предусматривающий проведение тимпаноидиализа в ближайший после-

операционный период. Разработано новое устройство для выполнения тимпанодиализа. Сравнительная оценка эффективности хирургического лечения с тимпанодиализом у 58 пациентов основной группы и без выполнения тимпанодиализа у 70 пациентов контрольной группы свидетельствовала о преимуществах предложенной методики лечения как у коренного, так и «пришлого» населения.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, хирургическое лечение, тимпанодиализ, Крайний Север.

Библиография: 26 источников.

To increase the effectiveness of putting on the ear surgery in patients with chronic purulent otitis average, living in the Far North, developed and applied a new method of combined treatment consisting of tympanodializ in the immediate postoperative period. We developed a new device to perform tympanodializ. Comparative evaluation of the effectiveness of surgical treatment of 58 patients with tympanodializ from the main group and run tympanodializ from 70 patients control group showed the benefits of the proposed method of treatment as indigenous and non-indigenous populations.

Key words: chronic purulent otitis media, surgical treatment, tympanodializ, Far North.

Bibliography: 26 sources.

Хроническое гнойное воспаление среднего уха как очаг гнойной инфекции и как одна из основных причин тугоухости продолжает оставаться сложной проблемой современной медицинской науки и практики [1–3, 7, 20, 21, 23]. Среди оториноларингологических стационарных больных доля лиц с воспалительными заболеваниями среднего уха велика и составляет 16–25% [11, 15, 16, 19]. Медицинская и социальная значимость хронического гнойного среднего отита определяется длительным течением заболевания, случаями временной и стойкой утраты трудоспособности, дизадаптацией больного в обществе из-за снижения слуха, возможностью развития внутричерепных осложнений с последующей инвалидностью или даже летальным исходом [4, 5, 12–14, 22, 25]. Это особенно актуально для населения Крайнего Севера, поскольку суровые климатические условия и частые гиповитаминозы, отдаленность от современных высокотехнологичных медицинских центров и другие факторы оказывают влияние как на течение хронического гнойного среднего отита, так и на выбор метода лечения и его результативность [17, 18].

Для повышения эффективности хирургического лечения хронического гнойного среднего отита у населения необходимы дальнейшее совершенствование используемых методик, разработка новых, в том числе комплексных, методов хирургического и медикаментозного воздействия на очаг гнойной инфекции в полостях среднего уха [6, 8–10, 24, 26].

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения хронического гнойного среднего отита у коренного и «пришлого» населения Крайнего Севера путем использования в комплексном лечении тимпанодиализа в раннем послеоперационном периоде.

Пациенты и методы исследования. Исследование выполнено на материале клинических наблюдений 128 пациентов с хроническим эптитимпанитом и эпимезотимпанитом. Всем больным было проведено хирургическое вме-

шательство в Тазовской центральной районной больнице Ямало-Ненецкого автономного округа в 2001–2006 годах.

Коренного населения (ненцев) было 47 человек, из них 27 – оседлого и 20 – кочующего. Мужчин было 29 (61,7%), женщин 18 (38,3%); возраст – от 23 до 55 лет. Односторонняя локализация патологического процесса отмечена у 37 (78,7%) пациентов: правосторонняя у 25 человек (53,2%), левосторонняя у 12 пациентов (25,5%). Двусторонний характер заболевания зарегистрирован у 10 больных (21,3%). Всего у коренного населения прооперировано 57 ушей, у оседлого – 33, у кочующего – 24.

Пациентов некоренного населения было 81 человек, из них 64 человека – длительно живущих на территории района (10 лет и более) – и 17 человек – работающих вахтовым методом. Мужчин было 57 (70,4%), женщин – 24 (29,6%). Возраст больных соответствовал 25–55 годам. Односторонняя локализация патологического процесса выявлена у 62 (76,5%) пациентов: правосторонняя у 34 человек (42,0%), левосторонняя у 28 пациентов (34,6%). Двусторонний характер заболевания зарегистрирован у 19 больных (23,5%). Всего у некоренного населения прооперировано 100 ушей: 75 – у длительно проживающих в районе, 25 – у работающих вахтовым методом.

Итого в исследовании проанализированы результаты 157 saniрующих операций, проведенных 128 больным хроническим гнойным средним отитом. Из 47 больных коренного населения у 18 (38,3%) выявлен эптитимпанит, у 29 (61,7%) – эпимезотимпанит. Среди 81 пациента некоренного населения эптитимпанит диагностирован в 51 (63,0%), эпимезотимпанит – в 30 (37,0%) наблюдениях. Обследование больных хроническим гнойным воспалительным процессом среднего уха включало сбор жалоб, анамнеза заболевания, эндоскопическое исследование ЛОР-органов, исследование слуховой функции с заполнением слухового паспорта, тональную пороговую аудио-



УДК: 616.281+376.1+056.263

**НАУЧНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ РАНО ОГЛОХШИХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.
ЧАСТЬ 2. МАКРО- И МИКРОСТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ**

И. В. Королева

**METHODOLOGICAL BASIS OF REHABILITATION OF PRELINGUALLY DEAF CHILDREN AFTER COCHLEAR IMPLANTATION.
PART 2. MACRO- AND MICRO-STRUCTURAL COMPONENTS OF ORGANIZATION OF REHABILITATION**

I. V. Koroleva

*ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России»**(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)**ГОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена»,**Санкт-Петербург**(Ректор – проф. В. П. Соломин)*

В статье рассматривается проблема создания в РФ единой системы слухоречевой реабилитации пациентов после операции кохлеарной имплантации. В системе, которая должна реализоваться как национальная федеральная программа, выделяются три уровня: макроуровень (правительство), мезоуровень (центры кохлеарной имплантации), микроуровень [территориальные сурдологические (реабилитационные) центры, образовательные учреждения]. Анализируются задачи, которые должны решаться на каждом уровне, чтобы обеспечить доступность, единые стандарты технологии и качества реабилитации для каждого пациента на всей территории РФ. Ведущую роль в создании федеральной программы послеоперационной слухоречевой реабилитации пациентов с КИ и оценке ее эффективности должны выполнять центры кохлеарной имплантации, которые несут ответственность за своих пациентов.

Ключевые слова: глухие дети, кохлеарная имплантация, послеоперационная реабилитация пациентов, организация реабилитации.

Библиография: 4 источника.

The problem of development of uniform national program of postoperative auditory-speech rehabilitation for patients after cochlear implantation is considered. There are 3 levels in national rehabilitation program: macrolevel (government), mesolevel (the centers of cochlear implantation), microlevel (local rehabilitation centers, educational institutions). Every level should realize own tasks to provide availability, uniform standards of technology and quality of rehabilitation for each patient. The tasks of macro-, meso- and microlevel are discussed. The leading part in creation of national program of rehabilitation of patients with cochlear implants and an estimation of its efficiency should carry out the centers of cochlear implantation which are responsible for the patients.

Key words: deaf children, cochlear implantation, auditory rehabilitation of cochlear implanted children, organization of rehabilitation.

Bibliography: 4 sources.

2005 г. стал переломным в распространении кохлеарной имплантации в России благодаря тому, что правительство стало выделять значительные средства на приобретение кохлеарных имплантов (КИ) и хирургическую операцию. С 2010 г. ежегодно проводится имплантация около 1300 пациентам, большую часть из которых составляют рано оглохшие дети. Это привело к стремительному росту числа имплантированных детей, которое к концу 2012 г. приблизилось к 5000. В настоящее время правительство РФ оплачивает кохлеарную имплантацию каждому ребенку, нуждающемуся в ней, так же как в развитых странах. Увеличение госфинансирования на приобретение КИ обусловлено экономической

эффективностью затрат на кохлеарную имплантацию, которая, как доказано, должна значительно снизить последующие пожизненные затраты общества на содержание инвалида по слуху [4]. Однако достижения центров кохлеарной имплантации в количестве проимплантированных пациентов не соответствуют возможностям послеоперационной реабилитации пациентов, что резко снижает реальную эффективность этого высокотехнологического метода лечения. И эта ситуация значительно отличается от развитых стран, в которых реабилитация, по тем же финансовым основаниям, является обязательной частью кохлеарной имплантации и осуществляется в рамках национальных или региональных программ [3].



УДК: 616.21(571.51)

СИСТЕМА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

А. А. Кривопапов¹, С. Г. Вахрушев²

THE SYSTEM OF SPECIALIZED OTORHINOLARYNGOLOGICAL SERVICE IN THE KRASNOYARSK REGION

А. А. Krivopalov, S. G. Vahrushev

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава РФ»

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

² ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ»

(Ректор – проф. И. П. Артюхов)

Центр оториноларингологии Краевой клинической больницы, организованный в 2009 году, является основным структурным подразделением ЛОР-службы Красноярского края. Главная задача Центра – улучшение доступности и качества отоларингологической помощи взрослому и детскому населению, проживающему на территории региона. За прошедшие 10 лет в отделении оториноларингологии выполнено 466 оперативных вмешательств при отосклерозе, 908 слухоулучшающих операций на структурах барабанной полости, в том числе протезирований слуховых косточек. С 2008 года выполнено 18 операций кохлеарной имплантации детям в возрасте от 2 до 9 лет. В отделении получили свое развитие современные медицинские технологии, такие как: FESS (Functional Endoscopic Sinus Surgery), микроларингохирургия, ларингопластика, реконструктивная хирургия ЛОР-органов.

Ключевые слова: Центр оториноларингологии, оториноларингологическая помощь, кохлеарная имплантация, внутричерепные осложнения, спиральная компьютерная томография, функциональная эндоскопическая риносинусохирургия.

Библиография: 10 источников.

The Otorhinolaryngology Center in the Krasnoyarsk Regional Clinical Hospital, established in 2009, is the main structural division of the otorhinolaryngological service in the Krasnoyarsk Krai. The core goal of the Center is to improve the availability and quality of otorhinolaryngological care for children and adults living in the Krasnoyarsk region. For the past 10 years, the otorhinolaryngological department has performed 466 otosclerosis operations, 908 hearing-improvement operations (on the drum of the ear) and implanted ossicular prostheses. Since 2008, 18 cochlear implants have been placed in children aged from 2 to 9. The following modern medical technology is used within the Center: FESS (Functional Endoscopic Sinus Surgery), microsurgery of larynx, laryngoplasty, reconstructive and plastic surgery of LOR organs.

Key words: Otorhinolaryngology Center, ENT medical aid, cochlear implantation, intracranial complications, spiral computed tomography, functional endoscopic sinus surgery.

Bibliography: 10 sources.

История службы оториноларингологии Красноярского края берет свое начало с 1942 года и имеет богатую и интересную историю. Сегодня структура службы края объединяет в себе:

– центр оториноларингологии, совместно с кафедрой КЖН-болезней с курсом последипломного образования Красноярского медицинского университета;

– ЛОР-службы межрегиональных центров городов Канск, Ачинск, Минусинск, Лесосибирск;

– ЛОР-кабинеты Центральных районных больниц края.

Несмотря на значительные успехи и достижения этих медицинских учреждений в лечении и реабилитации ЛОР-больных, практическое здравоохранение в целом еще далеко от решения многих проблем оториноларингологии, в частности проблем комплексной диагностики и эффективного лечения пациентов с внутри-

черепными осложнениями воспалительных заболеваний уха, носа, околоносовых пазух. Для решения этой проблемы необходима реализация многокомпонентной программы, основными разделами которой являются ранняя догоспитальная диагностика и ранняя профильная амбулаторная помощь или госпитализация для обследования и лечения в специализированном стационаре.

Цель исследования. Изучение системы оказания медицинской помощи ЛОР-больным, в том числе больным с отогенными и риносинусогенными внутричерепными осложнениями в Красноярском крае для формирования общей программы повышения эффективности их лечения и реабилитации.

В результате проведенного исследования были проанализированы основные показатели деятельности ЛОР-службы Красноярского края:



УДК 616.212.5-007.251-035-089.844

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

А. И. Крюков, Г. Ю. Царапкин, М. Е. Артемьев

CLINICAL APPROACH IN CHOICE OF TREATMENT TACTICS OF PATIENTS WITH PERFORATION OF NASAL SEPTUM

A. I. Kriukov, G. Yu. Tsarapkin, M. E. Artemjev

ГБУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л. И. Свержевского»
Департамента здравоохранения г. Москвы
(Директор – проф. А. И. Крюков)

В статье освещены вопросы лечения больных с перфорацией перегородки носа. На основании клинико-эндоскопического наблюдения 67 больных с перфорацией перегородки носа (из исследования исключались неопластические и аутоиммунные заболевания) авторы определили четыре вида септальных дефектов: невоспаленные (6%), субатрофичные (13,4%), эрозивно-язвенные (17,9%) и смешанные (62,7%) перфорации перегородки носа. При морфологическом исследовании тканей дефекта выявили, что явления хондроперихондрита и локального периостита сопровождают в 100% случаев эрозивно-язвенные повреждения перегородки носа и в 72,5% субатрофичную форму септальной перфорации. На основании полученных результатов авторы разработали и применили у 26 больных оригинальную методику консервативного лечения перфораций перегородки носа. Оригинальная методика консервативного лечения септальных перфораций позволяет добиться в 100% полной регенерации поврежденной слизистой оболочки перегородки носа в области септального дефекта и увеличить время ремиссии заболевания в 4 раза.

Ключевые слова: стентирование перегородки носа, перегородка носа, сплинт, перфорация перегородки носа, эндоназальный электрофорез, септопластика.

Библиография: 6 источников.

Different questions of treatment of the patients with nasal septum perforation are discussed in this article. Study which is based on clinical and endoscopic observation of 67 patients with nasal septum perforation (neoplastic and autoimmune diseases was exclude from the study). Authors described 4 types of septal defects: uninfamed (6%), subatrophic (13,4%), erosive-ulcerous (17,9%) and mixed (62,7%). During morphological study of tissues of defect signs of chondroperihondritis and local periostitis were matched in 100% of erosive-ulcerous and in 72,5% of subatrophic forms of septal perforations. Authors developed original method of nonsurgical treatment and applied it 26 patients with septal perforation. Method, which is based on results of this study consist of external splintage of nasal septum with silicone splints one which has a special channel for manipulations. During comparison of this method with conventional ways of treatment of patients with septal perforations it shows several advantages.

Key words: external splintage of nasal septum, nasal septum perforation, classification, nonsurgical treatment of nasal perforation, intranasal electrophoresis.

Bibliography: 6 sources.

Одним из сложных вопросов, с которым приходится сталкиваться оториноларингологу в своей практике, является лечение перфорации перегородки носа (ППН) [5]. На первый взгляд, в данной нозологической форме есть все необходимые «атрибуты». Разработанные классификации разделяют ППН по причине их возникновения, размеру и локализации патологического процесса [2, 3, 6]. Предлагаемая лечебная тактика имеет стандартный выбор между хирургическими и консервативными методиками. Но следует признать, что на сегодняшний момент мы имеем колоссальный разрыв между теоретическим базисом и практикой в решении вопроса помощи больным, страдающим ППН. На наш взгляд, это связано с тем, что разработанные классификации имели лишь хирургическую направленность.

Исключение составляет деление ППН по этиологическому признаку, призванное определить ряд тяжелых заболеваний, ранним проявлением которых считается спонтанный септальный дефект. Размытость формулировки термина «отделы перегородки носа», большая варибельность места возникновения и форм септального дефекта привело к тому, что попытка классифицирования ППН по размеру и локализации в практическом применении имеет лишь описательную ценность, но не может быть путем выбора способа пластического закрытия септального дефекта. Узкая направленность в классифицировании ППН привела к разрыву преемственности в консервативном и хирургическом способах лечения данного заболевания. Следует признать, что искусственное выведение за рамки общего лечебного процесса

Выводы

Предложенная нами оригинальная методика консервативного лечения септальных дефектов и разработанные нами классификация и алгоритм ведения больных, страдающих перфорацией носовой перегородки, могут быть рекомендованы для практического применения в ЛОР-стационарах и амбулаторной оториноларингологической сети.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Туровский А. Б. Оригинальный способ определения формы и фиксации септальных стентов // Вестн. оторинолар. – 2008. – № 3. – С. 42–45.
2. Fairbanks D. N., Fairbanks G. R. Nasal septal perforations: prevention and management // Ann. Plasr. Surg. – 1980. – N 5. – P. 452–459.
3. Kridel RWH. Considerations in the etiology, treatment, and repair of septal perforations // Facial Plast. Surg. Clin. N. Am. – 2004. – N 12. – P. 435–450.
4. Meyer R. Nasal septal perforations must and can be closed // Anesthetic. Plast. Surg. – 1994. – Vol. 18. – N 4. – P. 345–355.
5. Meyer R., Mayer B., Perko D. Concept and technique for closure of septum defects // Handchir. Mikrochir. Plast. Chir. – 1991. – Vol. 23. – N 6. – P. 296–300.
6. Re M., Paolucci L., Romeo R., Mallardi V. Surgical treatment of nasal septal perforations. Our experience // Acta Otorhinolaryngol. Ital. – 2006. – Vol. 26. – N 2. – P. 102–109.

Крюков Андрей Иванович – докт. мед. наук, профессор, директор Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского Департамента здравоохранения Москвы. 117152, Москва, Загородное шоссе, д. 18а, стр. 2; тел./факс: 8-495-633-92-26, e-mail: nlkun@mail.ru

Царапкин Григорий Юрьевич – канд. мед. наук, ст. н. с. МНПЦО им. Л. И. Свержевского ДЗ Москвы; тел.: 8(495)633-92-26, e-mail: lorcentr@mtu-net.ru

Артемьев Михаил Евгеньевич – канд. мед. наук, ст. н. с. МНПЦО им. Л. И. Свержевского ДЗ Москвы; тел.: 8(495)633-92-26, e-mail: lorcentr@mtu-net.ru

УДК 616.283.1-089.843:534.6

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ДАВЛЕНИЯ ГАЗОВ В СРЕДНЕМ УХЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОМ НАРКОЗЕ И ВЛИЯНИЕ МИОРЕЛАКСАНТОВ НА РЕГИСТРАЦИЮ СТРЕМЕННОГО РЕФЛЕКСА

В. Е. Кузовков, Г. Р. Азизов, С. М. Петров, Л. В. Юрченко, А. Н. Науменко, И. Т. Секлетова

ASSESSMENT OF THE DYNAMICS OF GAS PRESSURE IN THE MIDDLE EAR DURING SURGERY INTRATRACHEAL ANESTHESIA AND MUSCLE RELAXANT EFFECT ON REGISTRATION STAPEDIUS REFLEX

V. E. Kuzovkov, G. R. Azizov, S. M. Petrov, L. V. Yurchenko, A. N. Naumenko, I. T. Sekletova

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

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

В статье изложена работа по оценке динамики давления газов в среднем ухе во время операций при ингаляционном наркозе и влияния миорелаксантов на регистрацию стремennого рефлекса. При анестезии с использованием закиси азота давление в среднем ухе повышается до 400–448 мм вод. ст., что мешает проведению импедансометрии. При этом барабанная перепонка выдавливается в сторону наружного слухового прохода, тем самым уменьшается ее податливость. Модификация стандартного импедансометра путем создания искусственной атмосферы позволила восстанавливать податливость барабанной перепонки путем повышения давления в наружном слуховом проходе и прослеживать картину изменения давления в среднем ухе во время операции.

Ключевые слова: давление в среднем ухе, импедансометрия, стапедиальный рефлекс, миорелаксанты.

Библиография: 27 источников.



The paper outlines the work to assess the dynamics of the gas pressure in the middle ear during surgery and an inhalation anesthetic and muscle relaxant effect on registration stapedius reflex. When anesthesia using nitrous oxide pressure in the middle ear rises to 400–448 mm of water. Art., which is preventing the implementation impedance. In this case, the eardrum is forced to the side of the ear canal, thereby reducing its ductility. Modification of the standard impedance by creating an artificial atmosphere allowed restore suppleness of the eardrum by increasing the pressure in the ear canal and trace picture of changes in pressure in the middle ear during surgery.

Key words: pressure in middle ear, stapedius reflex, an objective measurement, muscle relaxants.

Bibliography: 27 sources.

Давление в среднем ухе может повышаться при анестезии с использованием закиси азота. Механизм данного явления до конца не изучен. Предполагается, что это происходит вследствие обратной диффузии газов из слизистой оболочки в полость среднего уха [26] или в результате дисфункции слуховой трубы [27].

T. Nishida et al. [27] обнаружили у 6.1% больных после анестезии закисью азота чувство полноты, распирания в ухе или аутофонии, которое проходило в течение суток. W. J. Doyle, C. M. Alper, J. T. Seroky [26] в эксперименте обнаружили крайне малую скорость диффузии азота и инертных газов в среднем ухе, вследствие чего для выравнивания давления слуховая труба должна открываться один раз в день.

Слуховая труба является составной частью среднего уха и рассматривается в физиологическом отношении как часть его пневматической системы [4, 7, 9, 10].

C. Bluestone, W. J. Doyle [12] объединяют в единую функциональную систему среднее ухо, носоглотку со слуховой трубой спереди и клетки сосцевидного отростка сзади.

В норме слуховая труба пропускает воздух в обоих направлениях. При повышении давления в барабанной полости (в условиях высоты) происходит активное открытие трубы, тимпанальное устье пропускает воздух в носоглотку, при понижении давления в среднем ухе воздух поступает из носоглотки в среднее ухо [3, 10, 17]. Открывается слуховая труба пассивно – при значительном повышении давления в барабанной полости – или активно – за счет сокращения мышц, что является рефлекторной реакцией [23].

W. J. Doyle [15], искусственно повышая давление в среднем ухе путем вдувания газа в эксперименте, а затем на математической модели, объяснил повышение давления в среднем ухе диффузией газов между слизистой оболочкой и воздухом в ухе, в частности кислорода и углекислого газа. Влияние газового состава в среднем ухе на внутритимпанальное давление выявили M. G. Dubin et al., J. U. Felding, Y. Hamada et al. [19, 20, 25].

Влияние газового состава барабанной полости на функциональное состояние слуховой трубы подтверждают A. Shupak et al. [18]. В результате резорбции газов слизистой оболочкой

барабанной полости в ней снижается давление, в среднем на 1 мм водного столба в минуту [10]. По данным U. Koch [22], при закрытой слуховой трубе вследствие резорбции кислорода, оксида углерода, азота давление в среднем ухе падает со скоростью 2 мм водного столба в минуту в 1-й час, 0,6 мм водного столба в минуту – 2 ч спустя. Для того чтобы выровнять давление и возобновить состав газа, слуховая труба открывается, пропуская порцию воздуха из носоглотки. Открывается слуховая труба 1–2 раза в 3 мин при бодрствовании, при жевании и глотании – каждые 5 с, во время сна – каждые 5 мин [2, 3, 24].

Изменение давления в среднем ухе во время оперативного вмешательства представляет особый интерес при проведении кохлеарной имплантации. Неотъемлемая часть операции – определение электрически вызванных рефлексов стременной мышцы, пороги появления которых используются в послеоперационной настройке речевых процессоров. Известно, что при значительном изменении давления в среднем ухе стапедальные рефлексы не регистрируются, в связи с чем изучение интраоперационной динамики давления газов в среднем представляется особенно актуальным.

Цель работы. Определить, до какого максимального уровня повышается давление в среднем ухе, какие изменения давления происходят в течение всей операции, а также влияние миорелаксантов на интраоперационную регистрацию стапедального рефлекса при проведении кохлеарной имплантации.

Пациенты и методы исследования. Работа была выполнена в Санкт-Петербургском НИИ ЛОР. Исследование было проведено на 20 пациентах. Все пациенты предъявляли жалобы на затрудненное носовое дыхание. Длительность заболевания у обследованных больных варьировала от 7 месяцев до 4 лет. До операции испытуемым проводили тональную аудиометрию и импедансометрическое исследование. Пороги воздушного и костного звукопроведения совпадали и находились в пределах 5–10 дБ. При тимпанометрии регистрировали тимпанограмму типа А. Следует отметить, что пороги стременного рефлекса перед операцией были получены у всех испытуемых.

Для определения состояния слуховой трубы осматривали ее глоточное устье при задней рино-



УДК 616.28-008.12-02-092

ШУМ В УШАХ: ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**В. Е. Кузовков, С. М. Мегрелишвили, Я. Л. Щербакова****TINNITUS: ETIOLOGY AND PATHOGENESIS****V. E. Kuzovkov, S. M. Megrelishvili, Y. L. Shcherbakova***ФГБУ «СПБНИИ уха, горла, носа и речи Минздрава РФ»
(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

В статье освещены вопросы этиологии и патогенеза тиннитуса, который за последнее время является одной из основных отолотических жалоб, известные на современном этапе изучения данной темы.

Ключевые слова: тиннитус, вестибулярная шваннома, теория спонтанной отоакустической эмиссии.

Библиография: 18 источников.

In the article describe questions of etiology and pathogenesis of the tinnitus, which is lately one of the main otological complaints, known at the present stage of studying the subject.

Key words: tinnitus, vestibular schwannoma, theory of spontaneous otoacoustic emission.

Bibliography: 18 sources.

При обращении пациента к сурдологу-оториноларингологу основной жалобой (в 80% случаев) является шум в ушах (голове), который либо сочетается со снижением слухового восприятия, либо может возникать при нормальном слухе.

Очень часто снижение слуха протекает незаметно (при его постепенном снижении), но при появлении шума, который может быть назойливым и труднопереносимым, пациент акцентирует внимание на изменении своего состояния, что заставляет его обратиться за помощью к специалисту.

В последнее время ушной шум является одной из основных отолотических проблем, которая может привести, в свою очередь, к развитию или обострению различных соматических и психических заболеваний, в связи с чем изменяется качество жизни [16], могут наблюдаться изменения в поведении (беспокойство, нарушения концентрации, раздражительность, депрессия, бессонница, звуковые галлюцинации, вплоть до суицидальных попыток) [3]. Большинство пациентов с выраженным шумом в ушах отмечают трудности при засыпании в связи с повышенным чувством беспокойства, которое также препятствует повторному засыпанию при пробуждении [5]. Раздражающее воздействие шума не связано с изменением акустического восприятия, но имеет существенную корреляцию с психической симптоматикой [11].

Шум в ушах, или тиннитус, – это фантомное звуковое восприятие, при отсутствии объективного поступающего извне звукового стимула [6]. По данным, полученным в ходе исследования, проведенного в нашей клинике, частота выявления шума в ушах увеличивается с возрастом (после 40 лет), что также подтверждается данными зарубежной литературы [13].

Шум в ушах может быть незначительным, фоновым или громким, раздражающим, заглушающим восприятие окружающих звуков.

Описывая звук, локализация которого может быть различной [шум в ушах (бинауральный или моноуральный), в голове], больные часто сравнивают его со звоном, свистом, гулом проводов, стрекотом цикад, шумом листвы, прибоя и пр. Кроме того, шум может быть постоянным или периодическим, однокомпонентным или многокомпонентным. Однокомпонентный шум – наличие звукового ощущения, которое носит постоянный или периодический характер, тональность и громкость которого постоянны либо незначительно меняются. Многокомпонентный шум – на фоне постоянно присутствующего или периодически возникающего шума (фоновый шум), появляется звук других тональности и громкости, длительность которого также различна, либо это кратковременный звук, либо звук, носящий пульсирующий характер [1].

У большинства пациентов при сочетании снижения слуха с тиннитусом была выявлена корреляция между частотной характеристикой шума и степенью выраженности потери слуха в определенном частотном диапазоне [2]. Однако у пациентов с поражением высших слуховых центров (центральная патология), которые отмечают нарушение разборчивости речи в шуме и ощущают шум в ушах, при проведении тональной пороговой аудиометрии и аудиометрии в широком диапазоне частот было выявлено нормальное состояние слуха [17].

Обычно шум в ушах принято разделять на две категории: субъективный и объективный. По классификации А. И. Лопотко с соавт., субъективный ушной шум был назван неэмиссионным, а объективный – эмиссионным [1].



9. Levine R. A. Somatic (craniocervical) tinnitus and the dorsal cochlear nucleus hypothesis // Am. J. Otolaryngol. – 1999. – Vol. 20. – P. 351–362.
10. Lockwood A. H., Salvi R. J., Burkard R. F. Tinnitus // N. Engl. J. Med. – 2002. – Vol. 347. – P. 904–910.
11. Luxon L. M. Tinnitus: its causes, diagnosis, and treatment // BMJ. – 1993. – Vol. 306. – P. 1490–1491.
12. Moller A. R. Pathophysiology of tinnitus // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1984. – Vol. 93. – P. 39–44.
13. Occupational hearing loss in Washington state, 1984–1991: II. Morbidity and associated costs / W. E. Daniell [et al.] // Am. J. Ind. Med. – 1998. – Vol. 33. – P. 529–536.
14. Otoacoustic emissions in ears with hearing loss / R. Probst [et al.] // Am. J. Otolaryngol. – 1987. – Vol. 8. – P. 73–81.
15. Penner M. J. Audible and annoying spontaneous otoacoustic emissions. A case study // Arch Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1988. – Vol. 114. – P. 150–153.
16. The role of zinc in management of tinnitus / S. Yetiser [et al.] // Auris Nasus Larynx. – 2002. – Vol. 29. – P. 329–333.
17. Tinnitus: characteristics, causes, mechanisms, and treatments / B. I. Han [et al.] // J. Clin. Neurol. – 2009. – Vol. 5 – № 1 – P. 11–19.
18. Trauma-Associated Tinnitus: Audiological, Demographic and Clinical Characteristics / P. M. Kreuzer [et al.] // PLOS ONE. – 2012. – Vol. 7. – N 9. – e45599.

Кузовков Владислав Евгеньевич – докт. мед. наук, зав. отделом диагностики и реабилитации нарушений слуха НИИЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8(812)317-84-42, e-mail: 3178442@mail.ru

Мегрелишвили Спартак Михайлович – зав. сурдологическим отделением НИИЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8(812)316-28-83, e-mail: 3162883@mail.ru

Щербакова Яна Леонидовна – врач-сурдолог-оториноларинголог НИИЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8(812)316-45-79, e-mail: shcherbakova_ya@mail.ru

УДК 616.212.5-007.251-089.844-005.6

ОЦЕНКА УРОВНЯ Д-ДИМЕРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЗАКРЫТИИ СТОЙКИХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Н. Л. Кунельская¹, Г. Ю. Царапкин¹, О. В. Марголин², М. Е. Артемьев¹, М. Ю. Поляева¹, С. А. Васильев²

ESTIMATION OF D-DIMER LEVEL DURING SURGICAL TREATMENT OF LASTING NASAL SEPTUM PERFORATION

N. L. Kunelskaya, G. Yu. Tsarapkin, O. V. Margolin, M. E. Artemjev, M. Yu. Polyayeva, S. A. Vasiliev

¹ ГБУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы (Директор – проф. А. И. Крюков)

² ФГБУ «Гематологический научный центр Минздрава России», Москва (Директор – акад. РАМН, проф. В. Г. Савченко)

Проведен анализ изменений клинических, биохимических и коагуляционных показателей крови в результате хирургического лечения 104 больных с патологией ЛОР-органов. Выявлено, что при пластическом закрытии перфорации перегородки носа Д-димер является специфическим гематологическим признаком, отражающим явление послеоперационного тромбоза сосудов мукоперихондриальных (периостальных) локусов. На основании проведенного исследования авторы рекомендуют с профилактической целью применять низкомолекулярные гепарины при хирургическом закрытии перфорации перегородки носа.

Ключевые слова: Д-димер, перфорация перегородки носа, гепарин, тромбоз, септопластика.

Библиография: 11 источников.

The analysis of changes of clinical, biochemical and coagulative changes in blood tests as a result of surgical treatment of 104 patients with pathology of ENT organs was carried out. It is revealed that during plastic closing



of perforation of nasal septum D-dimer is the specific hematologic test refer to the phenomenon of postoperative thrombosis of vessels of mukoperihondrial/-periosteal flaps. On the basis of the conducted research authors recommend to apply low-molecular heparins during surgical treatment of nasal septum perforation with the preventive purpose.

Key words: D-dimer, nasal septum perforation, heparinum, thrombosis, septoplasty.

Bibliography: 11 sources.

К большинству органов человеческого организма применимо высказывание D. Y. Wang – «форма следует за функцией» [11]. Но в отношении верхних дыхательных путей можно сказать, что здесь функция почти всегда зависит от формы. Врожденные аномалии, деформации и посттравматические дефекты изменяют нормальную архитектуру органов, вызывая нарушение проведения воздуха и развитие патологических состояний со стороны других систем организма человека [2, 4]. Реконструкция поврежденного ЛОРоргана – наиболее сложный аспект в оториноларингологии. Конечно, искусство выполнения таких операций базируется на многолетнем опыте хирурга, подкрепленном знанием пластической хирургии и трансплантологии. Но результат хирургического лечения такого контингента больных напрямую зависит от возможности регулирования заживления.

Хотя законы раневого процесса в большинстве случаев носят универсальный характер, следует признать, что не всегда можно добиться качественной тканевой репарации. Такой нерешенной проблемой в оториноларингологии является вопрос состоятельности пластического закрытия перфораций перегородки носа. За более чем 45-летнюю историю предложено около 30 способов пластического восстановления целостности перегородки носа. Успешные исходы хирургического лечения септальных перфораций находятся в сопоставимом диапазоне и составляют 83–86% от общего числа прооперированных больных [10]. Возможно, приводимые результаты лечения дискуссионны, если рассматривать их в контексте статьи A. Y. Goh и S. S. Hussain „Different surgical treatments for nasal septal perforation and their outcomes” [9]. Нами был задан следующий вопрос: «Если операция выполнена правильно с соблюдением всех „законов”, тогда по какой причине практически с одинаковой частотой в области пластического закрытия перфорации перегородки носа не происходит приживления собственных тканей»? Ответ, конечно же, не может быть односложным. Основными факторами, ведущими к несостоятельности пластики перфораций перегородки носа, являются нарушение кровоснабжения и микроциркуляции в тканях полости носа, вызванные хирургическим вмешательством. Мы сталкиваемся с объективными трудностями в изучении причин послеоперационного сосудистого коллапса в мукоперихондрии

полости носа. Методика лазерной доплеровской флоуметрии микрососудов слизистой оболочки полости носа далека от совершенства. Ее результаты могут привести к некорректным суждениям, которые констатируют следствие, а не причину возникшего патологического состояния. На наш взгляд, научный поиск необходимо вести в изучении ответной реакции организма на хирургическое вмешательство. В этой связи мы решили опереться на учение о гомеостазе, которое несет в себе такие постулаты, как «любое внешнее воздействие на открытую систему вызывает обратный ответ», при этом «результатирующий эффект от определенного действия может отличаться от того, который ожидается», а его регистрация зависит от уровня развития науки [5].

Современные методы исследования позволяют нам приблизиться к пониманию как физиологических, так и патологических процессов, которые происходят в человеческом организме. Флагманом в этом вопросе является биоинженерия. Фундаментальные исследования в этой области, внедренные в клиническую практику (молекулярные маркеры, биомаркеры), дают возможность врачу безошибочно ставить диагноз, прогнозировать течение заболевания и осуществлять мониторинг эффективности проводимого лечения. В настоящее время под биологическим маркером понимают потенциально детектируемый параметр, измерение которого отличается высокими точностью, надежностью и воспроизводимостью, что позволяет отражать состояние здоровья, напряженность физиологических процессов, величину риска или факт развития заболевания. В рутинной практике (рекомендации Biomarkers Definitions Working Group [6]) биологические маркеры разделяют на три основных типа, которые зависят от ассоциации с клиническими исходами заболеваний. Тип 0 – маркеры естественной эволюции заболевания (микроальбуминурия, уровень глюкозы натощак, HbA1c, маркеры дисфункции эндотелия, С-реактивный протеин). Тип I – маркеры, отражающий эффект терапевтической интервенции (активность металлопротеиназ, маркеры оксидантного стресса и провоспалительной активации). Тип II – биомаркеры суррогатных конечных точек (тропонины, D-димер) [6].

Цель работы. Выявление специфических гематологических признаков, отражающих патологические процессы в мукоперихондриальных (периостальных) лоскутах и имеющих



Царапкин Григорий Юрьевич – канд. мед. наук, ст. н. с. Московского НПЦО им. Л. И. Свержевского Департамента здравоохранения Москвы

Артемьев Михаил Евгеньевич – канд. мед. наук, ст. н. с. Московского НПЦО им. Л. И. Свержевского Департамента здравоохранения Москвы

Поляева Мария Юрьевна – канд. мед. наук, н. с. Московского НПЦО им. Л. И. Свержевского Департамента здравоохранения Москвы

Марголин Олег Викторович – канд. мед. наук, врач-гематолог Гематологического научного центра Минздрава России. 125167, Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4; тел.: 8(495)612-23-61, e-mail: margolinOV@gmail.com

Васильев Сергей Александрович – докт. мед. наук, профессор, зав. лабораторией клинической коагулологии Гематологического научного центра Минздрава России. 125167, Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4, тел.: 8(495)613-26-81, e-mail: vasiliev@blood.ru

УДК 616.831.1-006.6-036.22(470.67)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

М. Г. Маджидов, Ю. А. Джамалудинов, А. К. Гаджиева, А. С. Ахмедов

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CANCER OF THE HEAD AND NECK BETWEEN POPULATION IN DAGESTAN REPUBLIC

M. G. Madjidov, Yu. A. Djamaludinov, A. K. Gadjiyev, A. S. Akhmedov

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала
(Ректор – проф. А. О. Османов)

ГБУ «Дагестанский республиканский онкологический диспансер» МЗ Республики Дагестан,
г. Махачкала

(Главный врач – канд. мед. наук А. Г. Терещенко)

Заболееваемость раком органов головы и шеи имеет территориальные особенности. Южный регион России – Республика Дагестан (РД) – характеризуется наличием трех климатогеографических зон, где проживает 2,6 млн человек полиэтничного населения: равнина, предгорье, горы.

Рак органов головы и шеи наиболее часто выявляется у жителей равнинной зоны. Преимущественно болеют мужчины, жители городов.

Ведущим методом лечения больных раком органов головы и шеи в РД остается лучевая терапия с низким показателем отдаленных результатов. Этому способствует отсутствие в регионе специализированного хирургического отделения. Несмотря на это, в РД успешно внедрены оперативные методы лечения больных раком органов головы и шеи.

Ключевые слова: рак органов головы и шеи, клинико-эпидемиологические аспекты, Республика Дагестан.

Библиография: 5 источников.

The incidence of cancer of the head and neck is particularly territorial. Southern region of Russia – Republic of Dagestan (RD) is characterized by three climatic zones, home to 2,6 million multi-ethnic populations: the plains, foothills and mountains.

Cancer of the head and neck most commonly diagnosed in residents of the plains area. Mostly man is sick. Among patients with predominant population of the cities that are located in the plains area. The leading treatment for patients with cancer of the head and neck radiation therapy remains a taxiway with low long-term results. This is facilitated by the absence in the region specialized surgical department. Nevertheless, the EP has successfully implemented the operational methods of treatment of patients with cancer of the head and neck.

Key words: cancer of head and neck, clinical and epidemiological aspects, the Republic of Dagestan.

Bibliography: 5 sources.

В структуре злокачественных новообразований (ЗНО) за последние 20 лет отмечается рост удельного веса больных раком органов головы и шеи. Однако эти показатели заметно колеблются как во всем мире, так и в различных регионах Российской Федерации [2, 5].

Причиной такого роста и распространенности ЗНО в целом и рака головы и шеи в частности

многие исследователи считают особенности образа жизни, влияние окружающей среды, наследственность [1, 4].

Территория южного региона России – Республики Дагестан – характеризуется наличием трех климатических зон (равнина, предгорье, горы), где проживают более 2,6 млн человек. Число этнических групп более 30, сельское на-



ЛИТЕРАТУРА

1. Капустина Т. А., Буренков Г. И., Киштеева В. А. Этнические аспекты распространенности хронической патологии ЛОР-органов у взрослого коренного и пришлого городского населения Хакасии // Вестн. оторинолар. – № 6. – 2009. – С. 46–49.
2. Омариева Э. Я. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в Республике Дагестан / Мат. науч.-практ. конф. «Гигиена окружающей среды и охрана здоровья южных регионов России». – Махачкала, 2010. – С. 8–10.
3. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2007 году. – М.: МНИОМИ им. П. А. Герцена, 2009. – 244 с.
4. Grand William B. Air pollution in relation to US. Cancer mortality rates: An ecologic study; Likely role carbonaceous aerosols and polycyclic aromatic hydrocarbons // Anticancer Res. – 2009. – Vol. 29. – N 9. – P. 3537–3545.
5. Shanghai jiaotongdaxue xuebao Yixue ban / Chen Tao [et al.] // J. Shanghai Jiatong Univ. Med. Sci. – 2009. – N 2. – P. 252–255.

Джамалудинов Юнускади Асхабалиевич – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Дагестанской ГМА. Республика Дагестан, 367000, Махачкала, ул. Ленина д. 1; тел.: 8-928-230-50-71

Маджидов Магомед Гаджиевич – докт. мед. наук, профессор каф. онкологии Дагестанской ГМА. Республика Дагестан, 367000, Махачкала, ул. Ленина д. 1; тел.: 8-928-532-22-56

Гаджиева Аида Камилевна – соискатель ученой степени каф. онкологии Дагестанской ГМА. Республика Дагестан, 367000, ул. Ленина д. 1; тел.: 8-963-401-44-93

Ахмедов Абдулнасыр Семедович – соискатель ученой степени каф. онкологии Дагестанской ГМА. Республика Дагестан, 367000, ул. Ленина д. 1; тел.: 8-928-512-64-92

УДК 616.211-007.29-089.844

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОЛОРДОЗА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА

В. А. Медведев

METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF RHINOLORDOSIS AT THE COMBINED DEFORMATIONS OF A NOSE

V. A. Medvedev

ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11», г. Рязань
(Главный врач – Е. М. Есакова)

Смещение и деформация имплантата при пластике по поводу седловидного носа являются наиболее частыми осложнениями и составляют 16,2% от общего числа осложнений восстановительной ринопластики. Сложность операции значительно увеличивается при ринолордозе, комбинированном с другими деформациями носа.

Проведен сравнительный анализ косметических результатов и осложнений ринопластических операций, произведенных по двум разным технологиям пациентам с ринолордозом, комбинированным с другими деформациями носа.

В основной группе (33 пациента) фиксация имплантата осуществлялась с использованием чрескожной шовной технологии. В контрольной группе (33 пациента) фиксация имплантата производилась путем его введения в узкий тоннель. Анализ результатов операций и их осложнений в двух группах показал, что обе технологии одинаково эффективны и сводят к минимуму риск осложнений ринопластики.

Ключевые слова: ринолордоз, ринопластика, хрящевой имплантат.

Библиография: 7 источников.

Displacement and deformation implant at plastic concerning saddle nose deformity are the most often complications and make 16,2% from general number of complications of the reconstructive rhinoplasty. The complexity of operation is considerably increased at rhinolordosis, combined with other deformations of a nose.

The comparative analysis of cosmetic results and complications of rhinoplastic operations made on two different technologies to the patients with rhinolordosis, combined with other deformations of a nose is carried out.

In the basic group (33 patients) the fixing implant was carried out with use of transcutaneous suture technology. In control group (33 patients) the fixing implant was made by its introduction in a narrow tunnel.



The analysis of results of operations and their complications in two groups has shown, that both technologies are equally effective and reduce to a minimum risk of complications rhinoplasty.

Key words: rhinolordosis, rhinoplasty, cartilaginous implant.

Bibliografy: 7 sources.

Известно, что пациенты с ринолордозом составляют около 50% от всех больных с деформациями носа [4]. Довольно часто встречается ринолордоз, комбинированный с другими носовыми деформациями (риносколиозом, ринокифозом, ринокифосколиозом, рубцами носа и др.). Обычно для пластики седловидного носа используется перегородочный аутохрящ.

Однако далеко не каждая операция при ринолордозе оказывается успешной. К осложнениям при применении хрящевых аутотрансплантатов относятся: неправильное положение, смещение, резорбция, скручивание, визуализация контуров, инфекция, кальцификация и оссификация, деформация и атрофия мягких тканей [7]. Многие авторы указывают на неудовлетворительные результаты применения аутохрящевых имплантатов при пластике седловидного носа [5, 6] из-за смещения или разворота имплантата в мягкотканом ложе.

Существуют данные о том, что осложнения в виде смещения или деформации имплантата составляют 16,2% от общего числа осложнений восстановительной ринопластики [1].

Причем наибольшее количество осложнений наблюдается у больных с комбинированными посттравматическими деформациями носа, которым в связи со сложностью в ходе операции требовалось использовать имплантацию тканей. Осложнения, связанные с имплантацией, составили более половины случаев. Смещение или деформация имплантата были основной причиной неудовлетворительного результата операции [2].

Таким образом, смещение имплантата является наиболее вероятным осложнением ринопластики, производимой по поводу ринолордоза, комбинированного с другими деформациями носа. При этом для планирования операции принципиально определить: возможно ли проведение вмешательства без широкой отслойки мягких тканей от костно-хрящевых структур наружного носа или же отслойка на большой площади необходима для проведения других этапов ринопластики. Это обстоятельство, по нашему мнению, определяет выбор способа фиксации хрящевого имплантата.

Цель исследования. Изучить косметическую эффективность ринопластик, произведенных с фиксацией хрящевых перегородочных имплантатов через кожу у пациентов с ринолордозом, комбинированным с другими деформациями носа, и сопоставить полученные результаты с хорошо зарекомендовавшей себя технологией тоннельной фиксации имплантата [3].

Пациенты и методы исследования. Для устранения западения спинки носа мы используем аутохрящевые перегородочные имплантаты в виде сшитых между собой пластинок хряща. При недостатке собственного материала применяем донорский хрящ, взятый у обследованных пациентов (ВИЧ, RW, гепатиты В и С).

Изучены косметические результаты ринопластических операций, связанных с чрескожной фиксацией хрящевого имплантата у больных с ринолордозом, комбинированным с другими деформациями носа, а также проведен сравнительный анализ полученных результатов с результатами ринопластик, выполненных путем фиксации имплантата в узком тоннеле у пациентов с ринолордозом, комбинированным с риносколиозом.

Обследованы 66 пациентов с ринолордозом, комбинированным с другими деформациями носа, которым за период с 2007 по 2012 гг. в ГКБ № 11 г. Рязани произведены ринопластические вмешательства с использованием хрящевых имплантатов.

Контрольную группу составили 33 пациента с ринолордозом, комбинированным с деформацией носа в виде риносколиоза, у которых не требовалась широкая отслойка мягких тканей от костно-хрящевых структур носа. В контрольной группе фиксацию хрящевого имплантата выполняли введением его в ложе, строго соответствующее размерам и форме изготовленного хрящевого имплантата. Подобная технология использовалась нами при комбинации в виде ринолордоза и сколиоза, когда остеотомии производились через созданные для этого тоннели, а имплантат вводился в пятый, специально сформированный для него, тоннель [3].

Основную группу составили 33 пациента с ринолордозом, комбинированным с другими деформациями носа (ринокифозом, ринокифосколиозом, рубцами носа и деформациями концевого отдела носа), у которых отслойка мягких тканей была необходима для резекции горба носа, проведения остеотомий по поводу риносколиоза или для других манипуляций. В данной группе фиксация хрящевого имплантата осуществлялась через кожу.

Техника чрескожной шовной фиксации имплантата сводится к следующему. После предварительного формирования вкладыша в виде сшитых между собой пластинок хряща, а также примерки его снаружи к месту западения спинки носа имплантат вводят под кожу в место западения и прошивают через кожу (рис. 1, а). При



7. Tebbets J. B. Rethinking the logic and techniques of primary tip rhinoplasty // Clin. Plast. Surgery. – 1996. – Vol. 23. – N 2. – P. 245–253.

Медведев Валерий Анатольевич – канд. мед. наук, зав. оториноларингологическим отделением Городской клинической больницы № 11. 390037, г. Рязань, ул. Новоселов, д. 26/17, тел.: 8-4912-41-24-49, e-mail: meddmit@mail.ru

УДК: 616. 22-007. 271-036. 12: 612. 013: 301. 065

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОРТАНИ

И. В. Мрочко, А. А. Корнеенков

PRACTICAL EXPERIENCE OF STUDYING OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS BY CHRONIC STENOSING DISEASES OF A LARYNX

I. V. Mrochko, A. A. Korneenkov

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

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

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

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

Изучен состав физиологических и социальных факторов, влияющих на состояние больного хроническими стенозирующими заболеваниями гортани. Исходя из положений концепции качества жизни в медицине разработан специализированный инструмент исследования качества жизни – опросник «Хронические стенозирующие заболевания гортани», проведено психометрическое обоснование и представлен опыт его практического применения. Обоснована необходимость более широкой оценки клинического состояния пациентов, страдающих стенозом дыхательного пути на основании клинических, социально-психологических факторов с позиций концепции качества жизни в медицине.

Ключевые слова: хронические стенозы гортани, качество жизни, опросник.

Библиография: 4 источника.

The structure of physiological and social factors influencing a condition of the patient is studied by chronic stenosing diseases of a larynx. Proceeding from provisions of the concept of quality of life in medicine the specialized instrument of research of quality of life – a questionnaire "Chronic stenosing diseases of a larynx" is developed, psychometric justification is carried out and experience of its practical application is presented. Need of wider assessment of a clinical condition of patients suffering a stenosis of a respiratory way on the basis of clinical, social and psychological factors from positions of the concept of quality of life in medicine is proved.

Key words: chronic stenoses of a larynx, quality of life, questionnaire.

Bibliography: 4 sources.

Хронические стенозы гортани – одна из самых сложных проблем в оториноларингологии и реконструктивной хирургии ЛОР-органов [1]. Она остается актуальной, несмотря на значительные успехи, достигнутые за последние десятилетия в области реконструктивной хирургии органов шеи. Одними из сложных сторон данной проблемы являются адекватная оценка тяжести состояния больного, выбор и обоснование методов лечения, конечная оценка эффективности принятых реабилитационных мер. Современная медицина предлагает использовать в качестве критерия перечисленных аспектов понятие качества жизни (КЖ), связанное с болезнью. Составляющими КЖ называют: психологическое благополучие, социальное благополучие, физическое благополучие, духовное благополучие

[3]. Методологические основы исследования КЖ включают в себя ряд пунктов:

- разработка протокола исследования;
- выбор инструмента исследования;
- сбор данных;
- формирование базы данных;
- шкалирование данных опросника;
- статистическая обработка данных;
- анализ и интерпретация результатов [2].

Результаты исследования. Созданный нами протокол содержал в себе требования, ограничивающие состав изучаемой нозологии, порядок разработки и валидации инструментов исследования КЖ, формальные требования к последовательности и объему научной работы. В исследование на базе ЛОР-отделения клинической больницы Санкт-Петербургского государственно-



УДК 616.714.3-006.31-053.7-072.1

СПОСОБ ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

А. Н. Науменко¹, В. А. Везезгов², Н. Н. Науменко³, О. И. Коноплёв¹

ENDONASAL ENDOSCOPIC RESECTION OF JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA

A. N. Naumenko, V. A. Verezgov, N. N. Naumenko, O. I. Konoplev

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

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

² ГБОУ ВПО «СПб ГПМУ Минздрава России»

(Ректор – проф. В. В. Леванович)

³ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
(Ректор – проф. О. Г. Хурцилава)

Юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) – редкое доброкачественное новообразование, характеризующееся местным агрессивным ростом и встречающееся исключительно у мальчиков. За период с 2004 по 2013 год нами прооперировано 15 пациентов с диагнозом юношеская ангиофиброма основания черепа из эндоназального эндоскопического доступа. Опухоль распространялась в носоглотку во всех 15 случаях, в клиновидную пазуху в 12 случаях, медиальные отделы крылонебной ямки в 10 случаях и медиальные отделы подвисочной ямки в 5 случаях. Средняя продолжительность операции – 2 ч. Средняя кровопотеря составила 550 мл, несмотря на предварительную суперселективную эмболизацию. Рецидивов заболевания не наблюдалось. Эндоскопическое эндоназальное удаление ЮАОЧ в сочетании с предоперационной эмболизацией питающих опухоль сосудов – сложное, но эффективное хирургическое вмешательство. Предлагаемый способ может найти применение при удалении опухолей не только малых и средних размеров, но и больших опухолей, достигающих крылонебной и подвисочной ямок.

Ключевые слова: юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ), эндоскопия, эндоназальная хирургия.

Библиография: 21 источник.

Juvenile angiofibroma (JNA) is a rare benign but locally aggressive tumour of the nasopharynx that primarily occurs in adolescent males. We report a series of 15 consecutive cases operated by exclusive endoscopic approach between from 2004 and 2013. The tumour involved the nasopharynx in all the cases (15/15), the sphenoid sinus (12/15), the medial part of the pterygopalatine fossa (10/15) and the medial aspect of the infratemporal fossa (5/15). The mean duration of the surgery was 2 hours. The mean intraoperative blood loss was 550 ml despite a preoperative hyperselective embolization. All patients were free of disease. In conclusion, endoscopic resection of JNA is a difficult but effective operation combined with a preoperative embolization of the arterial supply is indicated not only for small and middle size JNAs but also for large tumours extended to the pterygopalatine fossa and medial aspect of the infratemporal fossa.

Key words: Juvenile nasopharyngeal angiofibroma, endoscopy, endonasal surgery.

Bibliography: 21 sources.

Юношеская ангиофиброма носоглотки и основания черепа – это доброкачественное новообразование верхних дыхательных путей, встречающееся у мальчиков в возрасте, по разным авторам, от 10 до 22 лет [3, 13, 14, 21]. Опухоль, доброкачественная по гистологической структуре, имеет черты злокачественной, обусловленные особенностями её роста. Данное заболевание относительно редкое (по разным авторам, один больной с ЮАОЧ встречается на 5–60 тыс. стационарных больных с оториноларингологическими заболеваниями), таким образом, заболевание составляет 0,5% от всех опухолей головы и шеи [2, 16, 19]. Свое начало опухоль берет из глоточно-

основной фасции. Новообразование своей массой разрушает хрящевые и костные структуры, раздвигает мягкие ткани и распространяется в соседние анатомические области. На ранних стадиях развития ангиофиброма преимущественно локализуется в носоглотке, в дальнейшем распространяясь через хоаны в задние отделы полости носа, как правило, с одной стороны, смещая перегородку носа и obturiruyaya носовые ходы. Одновременно опухоль проникает в решетчатый лабиринт и клиновидную пазуху. При заднелатеральном росте опухоль проникает в крылонебную ямку, разрушая заднюю стенку верхнечелюстной пазухи, проникает в последнюю. В тяжелых, за-



10. Endonasal endoscopic resection of juvenile nasopharyngeal angiofibroma / P. Eloy. [et al.] // Rhinology. – 2007. – Vol. 45. – N 1 – P. 24–31.
11. Endoscopic Excision of Angiofibroma: a comprehensive approach / A. Renuka [et al.] // Indian J. of Otolaryngology and Head and Neck Surgery. – 2003. – N 55 (4). – P. 255–262.
12. Exclusively Endoscopic Removal of Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. Trends and Limits / Gilles Roger [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2002. – Vol. 128, N 8. – P. 928–935.
13. Juvenile angiofibroma: A 40-years surgical experience / R. Amedee [et al.] // ORL. – 1989. – Vol. 51. – N 1. – P. 56–61.
14. Juvenile nasopharyngeal fibroma / R. T. Acuna [et al.] // Ann. Otol. (St. Louis). – 1981. – Vol. 90, N 5. – P. 420–422.
15. Karthikeya P., Mahima V. G., Bagewadi S. B. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma // Indian J. Dent. Res. – 2005. – Vol. 16, N 1. – P. 22–68.
16. Kassir R., Coffee A. Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. – Dept. of Otolaryngology, UTMB, Grand Rounds, 1993. – 193. p.
17. Pryor S. G., Moore E. J., Kasperbauer J. L. Endoscopic versus traditional approaches for excision of juvenile nasopharyngeal angiofibroma // Laryngoscope. – 2005. – Vol. 115 (7). – P. 120–171.
18. Radkowski D., McGill T., Healy G. B. Angiofibroma. Changes in staging and treatment // Arch. Otolaryng. Head Neck Surg. – 1996. – Vol. 122, N 2. – P. 122–129.
19. Shuler F., Uretsky I., Moody D. Angiofibroma // <http://www.emedicine.com>. – 2004.
20. Surgical approaches to juvenile nasopharyngeal angiofibroma: Case report and literature review / R. A. Fatima [et al.] // The internet j. of head and neck surg. – 2006.
21. Surgical treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma / B. W. Jafek [et al.] // Laryngoscope. – 1973. – Vol. 83. – N 5. – P. 707 – 720.

Науменко Аркадий Николаевич – канд. мед. наук, н. с. Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая д. 9; тел.: 8-911-212-79-51, e-mail: naumenko-arkady@mail.ru

Верезгов Вячеслав Александрович – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; тел.: 8-911-778-12-48

Науменко Николай Николаевич – докт. мед. наук, проф. каф. оториноларингологии Северо-Западного ГМУ им. И. И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; тел.: 8-911-261-73-77

Коноплев Олег Иванович – докт. мед. наук, профессор, главный врач Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-05

УДК: 616.284-002.3-089

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

А. А. Нугуманов

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

A. A. Nugumanov

*ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань
(Главный врач – Р. Ф. Гайфуллин)*

Неудачи хирургического лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО) – это погрешности в хирургической технике, оставление большой ятрогенной полости позади слухового прохода, незавершенность вмешательства, травма кожи слухового прохода. Излагается способ оптимального формирования трепанационной полости, различные методы ее облитерации и сохранения интактной кожи наружного слухового прохода для профилактики рубцовых сужений, препятствующих самоочищению.

Ключевые слова: хронический средний отит, формирование трепанационной полости, облитерация.

Библиография: 7 источников.

Failures of surgical treatment of chronic suppurative otitis media it is errors in surgical technique, leaving of the big empty cavity behind outer ear canal, incompleteness of operation, an injury of skin of the outer ear canal. The way of optimal formation of trepanation cavity is described. Various methods of its obliteration



and preservation of intact skin of outer ear canal for prevention of narrowing that influence on self-cleaning function.

Key words: chronic suppurative otitis media, formation of trepanation cavity, obliteration.

Bybliography: 7 sources.

Успех тимпаноластики зависит от рано проведенной, еще при целостной цепи слуховых косточек, санирующей операции. Ранее предпочтительной считалась хирургия «сухого» уха, что трудно осуществимо при отсутствии постоянного наблюдения оториноларинголога. Существовавшее мнение о необходимости предоперационного лечения уха до сухого состояния, предварительное удаление полипов и грануляций на биопсию лишены смысла и только оттягивают сроки лечения. Сравнительные результаты тимпаноластики при наличии небольшого гноетечения и на сухом ухе оказались одинаковыми [1, 5, 6]. Следовательно, раннему хирургическому лечению подлежат все формы хронического гнойного среднего отита (ХГСО) по мере выявления. Об основных видах и способах современных оперативных вмешательств при ХГСО мы сообщали ранее [2, 4].

Опыт множества реопераций и наблюдения за молодыми отохирургами позволяют констатировать: основная причина неудовлетворительных послеоперационных результатов – это неполноценная техника, незавершенность оперативных вмешательств, слабая анестезиологическая помощь.

Мы сочли уместным еще раз напомнить, казалось бы, об общеизвестных вещах и поделиться собственным опытом хирургической санации ХГСО. Операции на ухе мы производим преимущественно под местной анестезией по следующим причинам. Во-первых, зависимость от анестезиологической службы снижает темп оперативной активности более чем в два-три раза. Например, врач в день делает 5–7 операций под местным обезболиванием, под наркозом успевает сделать не более 2–3. Во-вторых, сложившаяся для хороших клиник анестезиологическая формула: «систолическое давление во время операции, должно равняться диастолическому, измеренному перед операцией» – не везде еще принята как стандарт. Анестезиологи предпочитают под разными предлогами избегать управляемой гипотонии при наших вмешательствах. Таким образом, при отсутствии постоянно закрепленной анестезиологической бригады не удастся добиться стабильно удовлетворительной общей анестезии и оперативное вмешательство часто превращается в попытку добиться приемлемого гемостаза. Как подчеркивает Мирка Тос (2004), местная анестезия более предпочтительна и на фоне сегодняшних тенденций к краткосрочному пребыванию больных в стационаре [7]. В частности,

хирургическое лечение эпитимпанита нашим подходом протоколно выглядит следующим образом. Косой разрез кожи по заушной складке до кости, проходящий по гребешку Генле от начала завитка ушной раковины, по заднему краю костного канала к верхушке сосцевидного отростка. После введения чехырехзубого ранорасширителя горизонтальный разрез по сухожилию височной мышцы от корня скулового отростка кзади на 3–4 мм выше линии прикрепления височной мышцы с обнажением височной линии – *linea temporalis*. Отсепаровка сухожилия височной мышцы с формированием сухожильно-надкостничного лоскута, включая сухожилие *m. Sternocleidomastoideus*, с обнажением треугольника Шипо (*planum mastoideum*). Вводится второй двухзубый ранорасширитель перпендикулярно к первому от височной мышцы к основанию отслоенного сухожильно-надкостничного лоскута в области верхушки сосцевидного отростка. Отслойка кожи наружного слухового прохода сзади на 2/3 от окружности вместе с остатками барабанной перепонки, отцепив ее от костных швов сверху, сзади и снизу. Отслоенная таким образом кожа слухового прохода в виде чулка ложится на переднюю стенку, не нависает, что позволяет избежать повреждения при работе фрезой на задней стенке костного канала. Трепанация височной кости сводится к аттикоантротомии. Не следует в самом начале углубляться в узкую щель, превращая трепанацию сосцевидного отростка лишь в поиски антрума. Режущими фрезами в треугольнике Шипо широко высверливается кортикальный слой, далее клетки сосцевидного отростка, вскрывая антрум, периантральные клетки, аттик, адитус. Снимая кортикальный слой со всего «треугольника» нужно подбираться к медиальной стенке упомянутых полостей среднего уха, чтобы удалить все патологическое. При таком подходе описанные в старых руководствах как этапы операции: вскрытие антрума, истончение и снятие мостика, сглаживание шпоры, снятие навеса (латеральной стенки аттика) – произойдут одновременно и сами по себе. По завершению трепанации костная полость напоминает полугую трехгранную пирамиду или воронку, расположенную широким основанием кнаружи. Такая форма трепанационной полости способствует в послеоперационном периоде оптимальному стяжению заушного рубца, препятствуя этим западению задней стенки с образованием ятрогенной мастоидальной полости позади наружного слухового прохода.



УДК: 616.22-008.5-057

ВЫСОКОСКОРОСТНАЯ СЪЕМКА ГОРТАНИ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ВИБРАТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК

Е. В. Осипенко¹, К. Б. Султонова²

HIGH-SPEED VIDEO AS A METHOD TO DIAGNOSE VIBRATION CHARACTERISTICS OF VOCAL FOLDS

E. V. Osipenko, K. B. Sultonova

¹ ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

² Детский консультативно-диагностический ЛОР-центр Южного округа при ГБУЗ ДГП № 91
Департамента здравоохранения г. Москвы
(Главный врач – М. В. Левитский)

В статье описывается значимость высокоскоростной съемки гортани (ВСГ) в диагностическом алгоритме различных голосовых расстройств для определения характера колебательных движений голосовых складок в сравнении с другими методами визуализации на основе собственного практического опыта, обосновывающего целесообразность его внедрения в фониатрическую практику.

Ключевые слова: смещение слизистой оболочки голосовой складки, видеоларингостробоскопия, электроглоттография, фиброларингоскопия, нарушение голоса.

Библиография: 14 источников.

In article the importance of High-Speed Video (HSV) in a diagnostic algorithm of various vocal disorder to determine a character of fluctuation movements in vocal folds, as compared with other methods of visualization based on the own practical experience which proves reasonability of its use in the phoniatrics.

Key words: vocal folds vibration, videolaryngostroboscopy, electroglottography, fibrolaryngoscopy, voice disorder.

Bibliography: 14 sources.

Неотъемлемыми компонентами стандартного оториноларингологического обследования являются визуализация гортани и акустический анализ голоса. Качество голосообразования неразрывно связано с четко координированной работой голосовых складок. Во время их колебаний слизистая оболочка вибраторного края перемещается особым образом, создавая так называемую слизистую волну [13]. Это явление также известно как «феномен смещения слизистой оболочки по свободному краю голосовой складки». Поскольку процесс смещения слизистой оболочки зависит от структуры голосовой складки, то изменения ее анатомической целостности или функциональные отклонения в работе всего нервно-мышечного аппарата гортани вызывают нарушения и в образовании слизистой волны [11].

В последнее десятилетие, в связи с повсеместным внедрением эндоскопического оборудования, все большее распространение получают системы, позволяющие производить фотографирование или (и) видеозапись ларингоскопической и ларингостробоскопической картины, что за истекший период способствовало большему пониманию физиологических и патофизиологических процессов в гортани, ранее недоступных глазу клинициста, использовавшего непрямую зеркальную ларингоскопию [1, 2].

Основным преимуществом фиброэндоскопического осмотра гортани является возможность получения изображения гортани в увеличенном виде, позволяющее оценить функциональное состояние голосового аппарата, определить патологию, провести при необходимости консилиум специалистов в целях уточнения диагноза, наглядно объяснить пациенту причину нарушения голоса, обсудить с ним характер заболевания и определить наиболее адекватную программу лечения [1, 3].

Видео- и фотодокументирование дает возможность формирования доказательной базы для экспертизы, разрешения спорных ситуаций, проведения дифференциальной диагностики с использованием увеличенных изображений и ведения научных исследований [4].

При этом важно отметить, что если раньше подобные технические возможности являлись прерогативой лишь некоторых фониатрических и оториноларингологических центров, то в настоящее время ими располагают также и рядовые фониатрические кабинеты поликлиник в Российской Федерации.

Указанные преобразования в последние годы способствовали улучшению качества оказания помощи пациентам с патологией гортани и позволили во многом переосмыслить известные



УДК 616-057:613.164:616-082.004.5

ОБ ОЦЕНКЕ НОВЫХ РЕГЛАМЕНТОВ ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ РАБОТНИКОВ «ШУМОВЫХ» ПРОФЕССИЙ

В. Б. Панкова, В. А. Капцов, Е. Л. Синева, И. Н. Федина, Г. А. Таварткиладзе, Г. Р. Мухамедова

ASSESSMENT OF NEW REGULATIONS FOR PERIODIC MEDICAL EXAMINATIONS OF WORKERS «NOISE» PROFESSIONS

V. B. Pankova, V. A. Kaptsov, E. L. Sineva, I. N. Fedina, G. A. Tavartkiladze, G. R. Muhamedova

ФГУП «Всероссийский НИИ железнодорожной гигиены» Роспотребнадзора, Москва

(Директор – проф. М. Ф. Вильк)

Институт общей и профессиональной патологии ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана», г. Мытищи, Московская область

(Директор – акад. РАМН, проф. А. И. Потапов)

ФГБУ «Научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования ФМБА РФ», Москва (Директор – проф. Г. А. Таварткиладзе)

В статье представлены актуальные вопросы профессиональной тугоухости, уровень заболеваемости которой в РФ неуклонно растет, что связано с наличием значительного числа рабочих мест с повышенным уровнем шума в различных отраслях экономики страны.

Обсуждаются регламенты новых основополагающих документов МЗ СР РФ и МЗ РФ по порядку оказания медицинской помощи при острых и профессиональных заболеваниях, периодическим медицинским осмотрам работников «шумовых» профессий, перечня профессиональных заболеваний.

Основными трудностями при решении диагностических и экспертных вопросов является степень снижения слуха, определяемая на основе количественных потерь слуха. Представлены новые количественные критерии оценки слуховых порогов у работающих в условиях воздействия производственного шума, гармонизированные с международными подходами и критериями медико-социальной экспертизы, что направлено на повышение эффективности экспертно-диагностической работы при профессиональной тугоухости.

Ключевые слова: профессиональная тугоухость, диагностика, экспертиза.

Библиография: 17 источников.

The article presents the current issues of professional hearing loss, the incidence of which in Russia is steadily increasing, due to the presence of a significant number of jobs with high noise levels in a variety of sectors. We discuss the new regulations are the basic documents of the Russian Federation and the Ministry of Health of SR Health Ministry in order of medical care for acute and occupational diseases, periodic medical examinations of workers 'noise' trades, the list of occupational diseases. The main difficulties in solving diagnostic and expert issues is the degree of hearing loss, which is determined on the basis of quantitative loss of hearing. We present new quantitative criteria for assessing hearing thresholds at working under the impact of industrial noise, harmonized with international approaches and criteria of medical and social assessment, which is aimed at improving the efficiency expert and diagnostic work with a professional hearing loss.

Key words: occupational hearing loss, diagnosis, examination.

Bibliography: 17 sources.

Профессии, работники которых подвергаются воздействию производственного шума выше 80 дБА, относятся к категории профессионального риска развития нарушений слуха [6, 7]. Поскольку в настоящее время значительное число ведущих отраслей экономики страны все еще имеют значительное число рабочих мест с повышенными уровнями шума, велика степень вероятности развития у работников нарушений органа слуха. По данным Роспотребнадзора [4], показатели заболеваемости профессиональной нейросенсорной тугоухостью за последние 10 лет

возросли более чем в два с половиной раза: от 12,5 в 2003 г. до 28 в 2011 г. и 28,42% в 2012 г.

В связи с этим нейросенсорной потере слуха (НПС) от воздействия шума в последние годы принадлежит одно из ведущих мест в общей структуре профессиональных заболеваний работников вредных профессий РФ. При этом в структуре профессиональных заболеваний работников РФ, связанных с воздействием физических факторов, занимающих лидирующее место в структуре профессиональных нозологических форм (45,3–46,2%), удельный вес профессиональной НПС



Панкова Вера Борисовна – докт. мед. наук, профессор, зав. отделением клинических исследований и патологии Всероссийского НИИ железнодорожной гигиены. 105275, Москва, Пакгаузное шоссе, д. 1; тел.: 8(499) 153-42-10; 8-916-459-60-92, e-mail: pankovaVB@gmail.com

Капцов Валерий Александрович – докт. мед. наук, профессор, зав. лабораторией комплексных проблем Всероссийского НИИ железнодорожной гигиены. 105275, Москва, Пакгаузное шоссе, д. 1; тел.: 8(499) 153-36-28, e-mail: karcovva@rambler.ru

Синёва Елена Ливерьевна – докт. мед. наук, профессор, руководитель отделения разработки клинико-диагностических методов исследования Института общей и профессиональной патологии ФНЦГ им. Ф. Ф. Эрисмана. 141000, г. Мытищи, Московская обл., ул. Семашко, д. 2; тел.: 8-903-784-41-39, e-mail: elena-sinewa@yandex.ru

Федина Ирина Николаевна – докт. мед. наук, вед. н. с. отделения разработки клинико-диагностических методов исследования Института общей и профессиональной патологии ФНЦГ им. Ф. Ф. Эрисмана. 141000, г. Мытищи, Московская обл., ул. Семашко, д. 2; тел.: 8-903-785-79-13, e-mail: infed@yandex.ru

Таварткиладзе Георгий Абелович – докт. мед. наук, профессор, директор научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования. 117513, Москва, Ленинский пр., д. 123; тел.: 8-499-4084201, e-mail: Gtavartkiladze@audiolodgy.ru

Мухамедова Гульфия Рафаэловна – канд. мед. наук, вед. н. с. Научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования. 117513, Москва, Ленинский пр., д. 123; тел.: 8-499-4084201, e-mail: gmukhamedova@audiology.ru

УДК 616.216.1-002-036.12:615.37:578.52

ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ИММУНОПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНОСИТА

Д. Ю. Семенюк¹, С. А. Артюшкин², Л. Э. Тимчук³, А. Н. Мироненко⁴, В. Г. Конусова⁵,
А. С. Симбирцев⁵

IMMUNO-GENETIKE AND IMMUNOLOGICAL MARKERS IN THE IMMUNE-PATHOGENESIS OF CHRONIC RHINOSINUSITIS

D. Y. Semeniuk, S. A. Artyushkin, L. I. Timchuk, A. N. Mironenko, V. G. Konusova, A. S. Simbirtsev

¹ ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург
(Главный врач – О. В. Емельянов)

² ГБОУ ВПО «Северо-Западный ГМУ им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург
(Ректор – проф. О. Г. Хурцилава)

³ ФБГУ «СПб НИИ уха горла и речи Минздрава России»
(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

⁴ ФГКВБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ
(Начальник – проф. А. Н. Бельских)

⁵ ФБГУ «СПб НИИ особо чистых биопрепаратов»
(Директор – проф. А. С. Симбирцев)

Полиморфизм генов цитокинов семейства IL-1 оказывает влияние на фагоцитарную активность нейтрофильных гранулоцитов. Метод люминолзависимой хемилюминесценции, в том числе индуцированной форболмирилатом ацетатом и зимозаном, позволяет оценить функциональную активность нейтрофилов, праймированных провоспалительными цитокинами при воспалении слизистой оболочки околоносовых пазух.

Ключевые слова: цитокины, риносинусит, полиморфизм, гены, фагоцитоз.

Библиография: 8 источников.

Cytokine gene polymorphism of IL-1 family influence on the phagocytic activity of neutrophils. Luminal chemiluminescence method, including induced forbolmiristat acetate and zymosan to evaluate the functional activity of neutrophils, primed by pro-inflammatory cytokines in inflammation of the mucous membranes of the paranasal sinuses.

Key words: cytokines, rhinosinusitis, functional gene polymorphism, phagocytosis.

Bibliography: 8 sources.



Семенюк Дарья Юрьевна – врач-оториноларинголог Мариинской больницы. 191104, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56; тел.: 8-812-275-71-95, e-mail: dasan@mail.ru

Артюшкин Сергей Анатольевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Северо-Западного ГМУ им. И. И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; тел.: (812) 303-50-00, e-mail: Sergei.Artyushkin@spbmaro.ru

Тимчук Лола Эркиновна – канд. мед. наук, н. с. Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: (812)316-15-23, e-mail: lola-timchuk@mail.ru

Мироненко Александр Николаевич – докт. мед. наук, зам. начальника по клинической работе ВМА. 194044. Санкт-Петербург, ул. Лебедева, д. 6; e-mail: mironenko@hotmail.ru

Конусова Валентина Георгиевна – канд. мед. наук, ст. н. с. НИИ особо чистых биопрепаратов. 197110, Санкт-Петербург, ул. Пудожская, д. 7; тел.: (812)336-55-91, e-mail: onir@hpb-spb.com

Симбирцев Андрей Семёнович – докт. мед. наук, профессор, директор НИИ особо чистых биопрепаратов. 197110, Санкт-Петербург, ул. Пудожская, д. 7, тел.: (812)336-55-91, e-mail: onir@hpb-spb.com

УДК 616.327.2:611-018.73:575.172.1

ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА БЕТА-ДЕФЕНСИНА-1 ЧЕЛОВЕКА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ НОСОГЛОТКИ

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

INVESTIGATION OF HUMAN BETA-DEFENSIN-1 GENE EXPRESSION ON THE MUCOSAL SURFACE OF THE NASOPHARYNX

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, член-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)

Целью работы явилась оценка экспрессии гена антимикробного пептида бета-дефенсина-1 человека (hBD-1) в эпителии слизистой оболочки носоглотки. Исследован операционный материал от больных гипертрофией аденоидов и миндалин ($n = 4$), хроническим декомпенсированным тонзиллитом ($n = 4$), гипертрофией аденоидов ($n = 4$), заболеваниями носа и околоносовых пазух ($n = 14$) (полипы носа и верхнечелюстных пазух, гипертрофический ринит, нижние носовые раковины в качестве контроля). Оценку экспрессии матричной РНК (мРНК) hBD-1, а также мРНК бета-2-микроглобулина проводили методом полимеразной цепной реакции в реальном времени. мРНК hBD-1 была экспрессирована во всех отделах носоглотки на уровнях, которые достоверно не различались ($p > 0,05$; тест Манна–Уитни). Экспрессия hBD-1 характеризует базальный уровень защитных реакций врожденного иммунитета слизистой оболочки носоглотки. hBD-1 рассматривается в качестве защитной молекулы в отсутствие воспаления.

Ключевые слова: аденоиды, небные миндалины, нижние носовые раковины, полипы носа и верхнечелюстных пазух, бета-дефенсин-1 человека, полимеразная цепная реакция в режиме реального времени.

Библиография: 28 источников.

The aim of the present study was to evaluate the human beta-defensin-1 (hBD-1) gene expression in the surface epithelium of the nasopharyngeal mucosa. Surgical samples from patients with hypertrophic adenoids and tonsils ($n = 4$), chronic decompensated tonsillitis ($n = 4$), hypertrophic adenoids ($n = 4$), and sinonasal disease ($n = 14$) (nasal polyps, sinus maxillaries polyps, inferior turbinate mucosa of hypertrophic rhinitis, inferior turbinate mucosa as control) were investigated. Total RNA was extracted and analysed by real-time reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) for hBD-1, as well as beta-2-microglobulin messenger ribonucleic acid (mRNA). The data obtained were analysed for significant differences using the Mann–Whitney-U test. Beta-defensin-1 mRNA was detected in all mucosal tissues samples, at levels that did not differ signifi-



cantly. The results presented here suggest that expression of hBD-1 is the basal levels of innate immune defense reactions in the nasopharynx cavity and hBD-1 serves as a defense molecule in the absence of inflammation.

Key words: adenoids, inferior turbinate, human beta-defensin-1, nasal and sinus maxillaries polyps, real-time polymerase chain reaction, tonsils.

Bibliography: 28 sources.

Выживание многоклеточных организмов в мире, избыточном потенциально патогенными микроорганизмами, зависит от эффективности функционирования механизмов их иммунной защиты [1]. Защитные механизмы респираторного эпителия включают мукоцилиарный клиренс (механическое удаление вдыхаемых инородных веществ и микроорганизмов со слизью), клеточные компоненты врожденного иммунитета (естественные киллеры, дендритные клетки, нейтрофилы и макрофаги) и множество соединений с антимикробным действием, секретируемых эпителиальными и воспалительными клетками и функционирующих в качестве эффекторных молекул врожденной иммунной системы [7]. Эпителиальные клетки рассматриваются в качестве первой линии защитного барьера системы врожденного иммунитета против микроорганизмов. Антимикробные пептиды (АМП) и белки являются ведущими молекулярными факторами этой системы [1]. В противоположность приобретенному (адаптивному) иммунитету эндогенные пептидные антибиотики (дефенсины, кателицидины) обеспечивают неотложный ответ макроорганизма на инфекцию. Дефенсины, отличительными структурными признаками которых служат три внутримолекулярных дисульфидных мостика и наличие основных аминокислот, являются ключевыми эффекторными молекулами врожденного иммунитета благодаря своей локализации в фагоцитах и клетках барьерных эпителиев слизистых оболочек и покровов [2, 24]. Бета-дефенсин-1 человека (hBD-1) – один из наиболее заметных пептидов этого семейства: hBD-1 повсеместно экспрессируется всеми эпителиями человека, однако обладает лишь незначительной антимикробной активностью по сравнению с другими дефенсинами [5, 24].

Инфекционные заболевания верхних дыхательных путей (ВДП) вызываются вирусами и преобладающими респираторными бактериальными патогенами: *Streptococcus pneumoniae*, нетипируемым *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и *Staphylococcus aureus*, которые являются частью комменсальной нормальной микрофлоры носоглотки [18]. Существенным фактором комплексного патогенеза хронического синусита считают рецидивирующие бактериальные инфекции *Pseudomonas aeruginosa*. Эпителии человека постоянно подвергаются воздействиям со стороны бактерий и грибов как комменсальной, так и патогенной природы [24]. Пептиды иммунной защиты организма предохраняют эпителии

макроорганизма от микробной адгезии и их последующей инвазии в субэпителиальные образования [26]. Для множества микробных патогенов колонизация поверхности слизистых оболочек макроорганизма – это первый и необходимый шаг в инициации инфекционного процесса. Реакции врожденного иммунитета макроорганизма могут влиять на эти взаимодействия и, следовательно, воздействовать на видовой состав колонизирующей микрофлоры и внедряющихся бактерий [21].

hBD-1 как эндогенный антибиотический агент обладает относительно небольшим влиянием на рост респираторных патогенов [5]. Показана антимикробная активность hBD-1 в отношении клинических изолятов респираторных патогенов грамотрицательного *M. catarrhalis* 035E и умеренный ингибирующий эффект пептида на рост грамположительного *S. pneumoniae* 6B. Ультраструктурный анализ с применением трансмиссионной электронной микроскопии выявил способность hBD-1 в незначительной степени вызывать повреждения мембран бактерий [5]. В связи с этим считают, что для реализации антимикробного действия требуются сравнительно высокие концентрации пептида, который действует на микроорганизмы, скорее всего, во взаимодействии с другими молекулярными факторами врожденной иммунной системы. Эти данные согласуются с представлениями о том, что секретируемые респираторным эпителием слизистых оболочек АМП и белки составляют молекулярную основу противoinфекционной защиты ВДП.

Известно, что *in vitro* и *in vivo* hBD-1 играет роль в ранних врожденных иммунных реакциях против вирусов гриппа, парагриппа 3-го типа, аденовирусной инфекции, вируса простого герпеса-1, вируса папилломы человека при рецидивирующем респираторном папилломатозе [19].

Инициальное взаимодействие между катионным пептидом и анионной поверхностью микробных клеток основано на электростатических (ионных) силах притяжения, которые подавляются высокими концентрациями соли в растворе [13]. Высказано предположение, что hBD-1 является активным *in vivo* в условиях, когда высокие местные концентрации пептида в жидкости перилимфарных пространств будут достаточными для преодоления ингибирующего эффекта физиологических концентраций NaCl [5].

Восстановительное расщепление дисульфидных связей в молекуле hBD-1 приводит к усилению антимикробной активности hBD-1. Показано, что после восстановительного рас-



УДК 616.21:614.1:313.13(470.23)

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОРОРГАНОВ У ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

И. В. Фанта

THE FEATURES LOR DISEASES IN URBAN POPULATION OF ST. PETERSBURG AT THE PRESENT STAGE

I. V. Fanta

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

В статье рассмотрена оториноларингологическая заболеваемость за последние 3 года взрослого населения Санкт-Петербурга по результатам обращения в лечебно-профилактические учреждения города. Проведен анализ полученных данных, который может быть использован при планировании развития ЛОР-службы и оптимизации оказания специализированной помощи в условиях поликлинической сети.

Ключевые слова: оториноларингологическая заболеваемость, медицинские осмотры по обращаемости, структура ЛОР-патологии.

Библиография: 5 источников.

In this article the ENT morbidity in the last three years of the adult population of St. Petersburg on the results of treatment in medical institutions of the city. The analysis of the data, which can be used in planning the development of ENT services and optimizing the provision of specialized care in a polyclinic network.]

Key words: ENT morbidity, medical examinations on negotiability, the structure of ENT pathology.

Bibliography: 5 sources.

Поликлиническая сеть является первым этапом в оказании медицинской помощи населению, и здесь ведется основная лечебная, профилактическая и реабилитационная работа. Информация о структуре и уровне заболеваемости является важнейшей составляющей комплексной интегральной оценки здоровья населения и необходима для обоснования управленческих решений, принимаемых федеральными, региональными и муниципальными органами здравоохранения. Только на основе достоверных сведений о заболеваемости возможны правильное планирование различных видов специализированной помощи, прогнозирование развития сети лечебно-профилактических учреждений. Изучение заболеваемости исключительно по обращаемости не отражает реальной картины, поскольку обращаемость зависит от доступности медицинской помощи, санитарной грамотности, медицинской активности населения и других факторов, однако позволяет выявить некоторые особенности того или иного заболевания в определенный момент времени в определенном регионе. Эпидемиологические методы позволяют получить ценную информацию о взаимосвязи между воздействием вредного фактора и отклонениями в состоянии здоровья пациентов. Причем возможно обнаружение как специфических, так и неспецифических проявлений действия вредного фактора.

К приоритетным проблемам современного здравоохранения относится ЛОР-патология, которая является одной из самых распространенных

у жителей. При этом дальнейшее совершенствование методологии прогнозирования, создание мониторинга ЛОР-заболеваемости, применение системного анализа и математического моделирования в ближайшей перспективе могут значительно повысить точность прогнозов на отдаленный период и позволят оптимизировать решение практических и научных задач в оториноларингологии [2].

При комплексном исследовании заболеваемости ЛОР-органов в работе применяются такие методы, как:

- изучение заболеваемости среди обратившихся в амбулаторно-поликлиническое учреждение за оториноларингологической помощью;
- изучение ЛОР-патологии, выявленной с помощью профилактических медицинских осмотров взрослого населения Санкт-Петербурга.

Для определения нозологических форм заболеваний использована Международная статистическая классификация болезней и проблем со здоровьем последнего пересмотра.

По данным медицинских осмотров городского населения структура заболеваний ЛОР-органов представлена заболеваниями верхних дыхательных путей в 69,4% (из них на хронические заболевания глотки приходится 30,9%, на хронические заболевания полости носа и околоносовых пазух – 20,6%, на заболевания гортани – 0,9%) и заболеваниями органа слуха в 3,8% случаев, число практически здоровых людей составляет 26,8% [1, 5].



УДК: 611.837.7:616.28-089

МИКРОТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ БАРАБАННОГО И СОСЦЕВИДНОГО СЕГМЕНТОВ КАНАЛА ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ОТОХИРУРГИИ

Н. Н. Хамгушкеева, Х. М. Диаб, И. А. Аникин

MICROTOPOGRAPHIC FEATURES OF TYMPANO AND MASTOID SEGMENTS OF FACIAL NERVE CANAL IN OTOSURGERY

N. N. Khamgushkeeva, H. M. Diab, I. A. Anikin

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

Лицевой нерв имеет самый длинный костный канал с костными стенками различной толщины. При прохождении через височную кость он может отклоняться в разные стороны, что представляет опасность его травмирования во время операции. Данное исследование было проведено в целях изучения микроанатомии барабанного и сосцевидного сегментов лицевого нерва. Измерения проводились в костной лаборатории на 15 кадаверных височных костях. Исследовали следующие параметры: толщину костной стенки барабанного и сосцевидного сегментов канала лицевого нерва, их диаметр, аномалии развития канала лицевого нерва, отношения различных важных структур уха к каналу лицевого нерва и расстояние между ними. На основании полученных данных отметили различия в толщине костной стенки канала лицевого нерва и его отношения к различным структурам среднего и внутреннего уха.

Ключевые слова: анатомия лицевого нерва, височная кость, аномалии.

Библиография: 11 источников.

Facial nerve is the longest nerve in a bony canal, which has a different wall thickness of the bone, and may also anatomical variations during the passage of the temporal bone, which is a danger of injury. The present study was conducted to explore the microanatomy of tympanic and mastoid segments of facial nerve. The measurements were performed in the laboratory of bone on 15 postmortem temporal bones. Analyses the following parameters: the thickness of the bone wall of tympanic and mastoid segments of the facial canal, the diameter, anomalies of the facial canal, the relationship of various important structures of the ear to the facial nerve and the distance between them. Based on the findings noted differences in the thickness of the bone wall of the facial nerve canal and its relationship with different structures of middle and inner ear

Key words: facial nerve, temporal bone, anomalies.

Bibliography: 11 sources.

Лицевой нерв – VII пара черепных нервов – является смешанным нервом и содержит двигательные, парасимпатические (секреторные) и чувствительные (вкусовые и общей чувствительности) волокна. На дне внутреннего слухового прохода лицевой нерв, вместе с промежуточным нервом, вступает в костный канал пирамиды височной кости (фаллопиев канал), имеющий длину 23–29 мм, где выделяют три сегмента: лабиринтный, барабанный и сосцевидный [1, 2, 6, 7].

Барабанный и сосцевидный сегменты канала лицевого нерва представляют наибольшую ценность при проведении операции на ушах, поскольку они находятся в тесном анатомо-топографическом взаимоотношении со структурами среднего и внутреннего уха и чаще могут повреждаться при оперативных вмешательствах [4, 5, 10, 11].

Следует отметить, что данные, касающиеся толщины костных стенок канала лицевого нерва в пределах костного канала в литературе отражены недостаточно полно. По данным различных авторов, стенка канала лицевого нерва представлена компактным костным веществом толщиной от 0,5 до 2–3 мм. Наибольшая толщина стенки на-

блюдалась в сосцевидном отделе, наименьшая – в барабанном [1, 2, 6, 10].

Частота поражения лицевого нерва составляет 1 из 3000 или 1 из 100, в зависимости от опыта хирурга и объема операции [3, 9, 8], и является серьезным осложнением в отоларингологии, нанося грубую психическую травму пострадавшему, существенно снижая качество жизни.

Таким образом, знание толщины костной стенки барабанного и сосцевидного сегментов канала лицевого нерва, расстояния между каналом лицевого нерва и структурами среднего и внутреннего уха, их взаимоотношения позволяет отоларингу лучше ориентироваться интраоперационно и избежать повреждения лицевого нерва.

Цель работы. Изучение микротопографических характеристик барабанного и сосцевидного сегментов канала лицевого нерва для профилактики его повреждения в отоларингологии.

Материалы и методы. Данное исследование было проведено с помощью метода морфометрии на 15 препаратах кадаверных височных костей, которые были вскрыты под микроскопом, имеющим 6–40-кратное увеличение.



ЛИТЕРАТУРА

1. Калина В. О., Шустер М. А. Периферические параличи лицевого нерва. – М.: Медицина, 1970. – 206 с.
2. Стратиева О. В. Клиническая анатомия уха. – СПб.: Спец. лит., 2004. – 272 с.
3. Green J. D., Shelton C., Brackmann D. E. Iatrogenic facial nerve injury during otologic surgery // Laryngoscope. – 1994. – Vol. 104. – P. 922–926.
4. Kullman G. L., Dyck P. J., Cody T. R. Anatomy of the mastoid portion of the facial nerve // Arch. Otolaryngol. – 1971. – Vol. 93. – P. 29–33.
5. Nager G. T., Procter B. Anatomic variations and anomalies involving the facial canal // Otolaryng. Clin. of North America. – 1991. – Vol. 24 – P. 531–553.
6. Philips C., Hashisaki G., Veillon F. Anatomy and development of the facial nerve. In: Swartz J., editors // Imaging of the temporal bone. 4th ed. Thieme Medical Publishes. – 2009. – P. 444–479.
7. Proctor B. The anatomy of the facial nerve // Otolaryng. Clin. of North America. – 1991. – Vol. 24. – P. 479–504.
8. Rulon J. T., Hallberg O. E. Operative injury to the facial nerve // Arch. Otolaryngol. – 1962. – Vol. 76. – P. 131–139.
9. Schuring A. Iatrogenic facial nerve injury // Am. J. Otol. — 1988. – Vol. 9. – P. 432–433.
10. Surgical anatomy of the facial canal and facial nerve / B. J. Anson [et al.] // Annal. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1963. – Vol. 72. – P. 713–734.
11. Surgical anatomy of tympano-mastoid segment of facial nerve / S. P. Yadav [et al.] // Indian J. of Otolaryng. and Head and Neck Surg. – 2006. – Vol. 58. – P. 27–30.

Хамгушкеева Наталия Николаевна – очный аспирант отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8(812)-316-25-01, e-mail: nataliyalog@gmail.com

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

Аникин Игорь Анатольевич – докт. мед. наук, профессор, руководитель 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)-575-94-47.

УДК 616.22: 616.2-008.5.001.8

ВРЕМЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОРОТКОЛАТЕНТНЫХ СЛУХОВЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ГОЛОСА С УЧЕТОМ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСФУНКЦИИ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА

Т. А. Шидловская, Е. Ю. Куренева, Т. В. Шевцова, Шемли Мохамед

TIME CHARACTERISTICS BRAINSTEM AUDITORY EVOKED POTENTIAL IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL VOICE DISORDERS BASED SYMPTOM DYSFUNCTION GLOTTIS

T. A. Shydlovska, E. Y. Kureneva, T. V. Shevtzova, Chemly Mohamed

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

В работе проведено исследование временных характеристик коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) у 40 больных с функциональными гипотонусными дисфониями разной степени выраженности нарушения функционального состояния голосового аппарата по данным видеоларингостробоскопии первой и второй групп по 20 человек в каждой.

В 1-й группе пациентов средняя сумма баллов интегральной оценки показателей видеоларингостробоскопии равнялась $8,09 \pm 0,17$, а во 2-й группе – $11,04 \pm 0,30$ ($p < 0,01$). В контрольной группе значение баллов составило $5,010 \pm 0,001$.

По данным КСВП у больных с ХФНГ обнаружено достоверное ($p < 0,01$) увеличение латентного периода V волны КСВП по сравнению с контрольной группой как в 1-й группе – $5,68 \pm 0,02$ мс, так и во

2-й – $5,74 \pm 0,02$ мс – соответственно. МПИ I–V в исследуемых группах также превышали контрольные показатели, более значительные изменения имели место во 2-й группе.

Обращает также на себя внимание увеличение ЛПП II волны КСВП во второй группе до $2,78 \pm 0,02$ мс ($p < 0,05$), что достоверно отличалось как от контрольных значений, так и от показателей в 1-й группе.

Проведенные исследования свидетельствуют о наличии изменений в функционировании стволово-мозговых структур головного мозга у больных с ФНГ, причем с увеличением выраженности нарушений в состоянии голосового аппарата, по данным видеоларингостробоскопии, наблюдаются более существенные изменения в показателях КСВП, что свидетельствует о наличии взаимосвязи между состоянием стволово-мозговых структур головного мозга и степенью нарушения голосовой функции при функциональных нарушениях голоса.

Ключевые слова: голос, дисфония, слуховые вызванные потенциалы, функциональные нарушения голоса

Библиография: 27 источников.

In the work the timing of brainstem auditory evoked potentials (ABR) in patients with functional dysphonia gipotonusnymi with varying degrees of severity of violations of the functional state of the vocal apparatus. According to the results with the ball videolaringostroboskopii integral evaluation of the data, patients with functional disorders of the voice (VNG) were divided into 2 groups of 20 people each. It was also examined 15 healthy persons without disabilities voice function as a control group.

In the first group of patients, the mean total score, which characterizes the degree of impairment indicators videolaringostroboskopii was equal $8,09 \pm 0,17$, while in group 2 – $11,04 \pm 0,30$, while in the control group healthy individuals the average score was $5,010 \pm 0,001$. Consequently, patients 1 and 2 treatment groups significantly ($p < 0,01$) differed in severity of their problems on the part of the vocal apparatus.

According to the ABR in groups 1 and 2 patients HFNG showed significant ($p < 0,01$) increase in the latent period of ABR wave V compared to the control group. Thus, the first group of patients HFNG (with less severe disabilities in the vocal apparatus according videolaringostroboskopii) ABR wave V latency equal $5,68 \pm 0,02$ ms, the second – $5,74 \pm 0,02$ ms, respectively. MPI values IV between groups also exceeded targets. This indicates a dysfunction of brainstem auditory analyzer in the brain stem in patients HFPG. In this case, a more pronounced increase latency V component and MPI I – V was found in the second group of patients with more severe abnormalities in a state of the vocal apparatus.

Also draws the attention of increasing BOB II ABR waves in group 2 to $2,78 \pm 0,02$, which was significantly different from control values as well as on the performance of group 1, which may indicate abuse brainstem motor control processes larynx in this group of patients.

Studies suggest there is a change in the functioning of brainstem structures of the brain in patients with VNG. Moreover, with increasing severity of violations in the state of the vocal apparatus according videolaringostroboskopii seen more significant changes in terms of ABR, which indicates there is a link between the state of brainstem structures of the brain and degree of vocal function in functional voice disorders.

Key words: voice, hoarseness, auditory evoked potentials, functional voice disorders.

Bibliography: 27 sources.

Значительное количество исследователей считает, что развитие функциональных нарушений голоса (ФНГ), особенно хронических (ХФНГ), возникает на фоне невротической предрасположенности или же сопровождается большим числом жалоб, касающихся неврологического статуса обследуемого [1–3, 6, 7, 26]. Поскольку фонация – это условно-рефлекторное проявление высококодифференцированной нервной деятельности, многие авторы рассматривают психический фактор как одну из основных причин возникновения расстройств голосовой функции и отмечают, что функциональные нарушения голоса развиваются, как правило, на фоне эмоциональных перегрузок, острых или хронических, или же сочетания и тех и других. Многие авторы признают роль функционального состояния нервной системы в возникновении и развитии нарушений голоса [2, 3, 6, 7, 9, 15–20, 24, 27]. Однако существующие методики диагностики ФНГ и комплексного лечения нарушений голоса не всегда учитывают в достаточной мере изменения нервной систе-

мы с оценкой ее состояния объективными методами.

Многие авторы считают перспективным исследование слуховых вызванных потенциалов (КСВП и ДСВП), поскольку они являются многосторонним диагностическим процессом, а полученные при этом данные являются точными, стабильными, в равной степени могут быть использованы в области аудиологии, неврологии и отоневрологии и позволяют оценить не только состояние центральных отделов слухового анализатора, но и функциональное состояние соответствующих структур и близко расположенных образований головного мозга [4, 5, 8, 11, 23]. Следует также отметить близость расположения ядер VII и X пар черепно-мозговых нервов на дне ромбовидной ямки, что способствует возникновению тесных ассоциативных связей между ними на уровне ствола мозга.

Исследованиями установлено, что у пациентов с тяжелым течением функциональных дисфоний имеется значительная заинтересованность



25. Olthoff A., Woywod Ch., Kruse E. Stroboscopy versus high-speed glottography: a comparative study // Laryngoscope. – 2008. N 118. – P. 1123–1126.
26. Rosenthal L. H., Benninger M. S., Deeb R. H. Vocal fold immobility: a longitudinal analysis of etiology over 20 years // Laryngoscope. – 2008. – N 118. – P. 1864–1869.
27. Stager S. V. Relationships between selected auditory and phonatory latency measures in normal speakers // J. Speech Hear Res. – 1990. – Vol. 33, N 1. – P. 156–162.

Шидловская Татьяна Анатольевна – докт. мед. наук, вед. н. с. лаборатории профессиональных нарушений голоса и слуха Института отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко АМН Украины. 03057, Киев, ул. Зоологическая, д. 3; тел.: + 044-483-24-69, e-mail: lorprof@ukr.net

Куренева Екатерина Юрьевна – канд. мед. наук, ст. н. с. лаборатории профессиональных нарушений голоса и слуха Института отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко АМН Украины. 03057, г. Киев, ул. Зоологическая, д. 3, тел.: +044-4832986, e-mail: ketlor@bigmir.net

Шевцова Татьяна Васильевна – н. с. лаборатории профессиональных нарушений голоса и слуха Института отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко АМН Украины. 03057, Киев, ул. Зоологическая, д. 3; тел.: +044-4832986, e-mail: tvsh@bigmir.net

Шемли Мохамед – аспирант Института отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко АМН Украины. 03057, Киев, ул. Зоологическая, д. 3; тел.: +044-4832986; e-mail: lorprof@ukr.net

УДК: 616.281-008.55-089.166

СИНТОПИЯ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОГО МЕШКА

Ю. К. Янов, Х. М. Диаб, А. С. Лиленко

ENDOLYMPHATIC SAC SYNTOPY

Y. K. Yanov, H. M. Diab, 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)

Для достоверного вскрытия эндолимфатического мешка в ходе операций по его дренированию требуется четкое знание взаиморасположения этого образования со структурами среднего уха. В работе было проведено исследование синтопии эндолимфатического мешка на 30 препаратах кадаверных височных костей. Были определены его размер и расстояния, отделяющие эндолимфатический мешок от анатомически важных образований. Разработана система координат, позволяющая облегчить интраоперационное обнаружение эндолимфатического мешка.

Ключевые слова: болезнь Меньера, эндолимфатический мешок, исследование кадаверных височных костей.

Библиография: 13 источников.

In order to succeed in opening the lumen of endolymphatic sac during endolymphatic sac drainage or stenting procedure otosurgeon should know its exact collocation with middle ear structures. In our study endolymphatic sac syntopy was examined on 30 cadaveric temporal bones. Its size was determined and distances from endolymphatic sac to major middle and inner ear structures were assessed. Special frame of references was developed in order to facilitate intraoperative detection of endolymphatic sac.

Key words: Meniere's disease, endolymphatic sac syntopy, cadaveric temporal bones study.

Bibliography: 13 sources.

Одними из наиболее эффективных способов слухосохраняющего хирургического лечения пациентов, страдающих болезнью Меньера, являются операции на эндолимфатическом мешке: его дренирование или шунтирование [1, 3, 6]. Для достоверного вскрытия эндолимфатического мешка требуются четкое знание его распо-

ложения в пределах треугольника Траутмана и представление о его синтопии со структурами среднего уха. Нахождение эндолимфатического мешка в непосредственной близости от заднего полукружного канала, сигмовидного синуса, лицевого нерва диктует необходимость аккуратной работы в искомой области. Так, по данным House,



7. Paparella M. M., Hanson D. L. Endolymphatic sac drainage for intractable vertigo (method and experiences) // Laryngoscope. – 1975. – Vol. 85. – P. 697–702.
8. Rhoton A. The temporal bone and transtemporal approaches // Neurosurgery. – 2000. – Vol. 47 (3). – P. 211–316.
9. Shambaugh G. E. Surgery of the endolymphatic sac // Arch. Otolaryngol. – 1966. – Vol. 83. – P. 305–307.
10. Shea D. A., Chole R. A., Paparella M. M. The endolymphatic sac: anatomical considerations // Laryngoscope. – 1979. – Vol. 89. – P. 88–94.
11. Shea J. J. Teflon film drainage of endolymphatic sac // Arch. Otolaryngol. – 1966. – Vol. 83. – P. 316–320.
12. The surgical anatomy of the endolymphatic sac / I. K. Arenberg [et al.] // Arch. Otolaryngol. – 1977. – Vol. 103. – P. 1–11.

Янов Юрий Константинович – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, докт. мед. наук, профессор, директор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 13; тел.: 8-812-316-22-56

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

Лиленко Андрей Сергеевич – мл. н. с. отдела диагностики и реабилитации нарушений слуха Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 316-25-01 e-mail: aslilenko@gmail.com

УДК 616.283.1-089.843+616.284-089.163-089.1:612.886

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЭЛЕКТРООКУЛОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И ВИБРОПЛАСТИКИ

Ю. К. Янов, С. В. Лиленко, С. В. Сугарова

COMPUTERIZED ELECTROOCULOGRAPHY IN PATIENTS BEFORE AND AFTER COCHLEAR IMPLANTATION AND VIBROPLASTY

Y. K. Yanov, S. V. Lilenko, S. V. Sugarova

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

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

В последнее десятилетие активно развивается хирургическая реабилитация пациентов с высокой степенью тугоухости и глухотой. Это, прежде всего, кохлеарная имплантация и установка имплантируемых слуховых аппаратов. Несмотря на значительный научный интерес к этим видам вмешательств на ухе, большое количество публикаций, исследования и анализ неблагоприятных последствий операций освещаются в современной специализированной литературе недостаточно, что предопределило направление настоящей работы. Данное исследование посвящено изучению влияния кохлеарной имплантации и вибропластики на вестибулярную функцию. В работу вошли данные 64 пациентов, которые были разделены на две группы в зависимости от типа вмешательства. Доказано влияние кохлеарной имплантации на вестибулярную функцию, но наблюдение в отдаленные сроки продемонстрировало обратимость данных нарушений. Также сделаны выводы о безопасности установки импланта среднего уха в отношении вестибулярного аппарата. Ни у одного из обследованных нами пациентов признаков декомпенсации вестибулярной функции не выявлено.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, имплант среднего уха, вибропластика, вестибулярная дисфункция, компьютерная электроокулография.

Библиография: 12 источников.

Surgical rehabilitation of patients with profound hearing loss has been developing in the last decades. First of all these surgical procedures include cochlear implantation and Vibrant Soundbridge installation. However the adverse events of this surgeries are not completely studied this very article is devoted to the influence of cochlear implantation and vibroplasty on vestibular function. 64 patients were included in the study and were randomised into 2 groups considering the type of implant. The effect of cochlear implantation on vestibular



function was proved, but vestibular examination of the patients with cochlear implant in 1 month late follow up period showed reversibility of this alterations. Also it was concluded that vibroplasty is safe for the vestibular function.

Key words: cochlear implantation, middle ear implant, vibroplasty, vestibular disfunction, electrooculography.

Bibliography: 12 sources.

Кохлеарная имплантация и установка активного импланта среднего уха (имплантируемый слуховой аппарат воздушной проводимости) являются эффективными и признанными методами хирургического лечения пациентов с тугоухостью высокой степени. Тем не менее процент послеоперационных осложнений колеблется в достаточно широких пределах.

Одними из осложнений кохлеарной имплантации являются головокружение, шаткость при ходьбе, тошнота. По данным различных авторов, процент вышеуказанных осложнений при кохлеарной имплантации может достигать 14% [1]. Данных о влиянии имплантации слухового аппарата воздушной проводимости на вестибулярную функцию в специальной литературе не найдено, что и предопределило актуальность выбранной темы. Нужно отметить, что установка имплантируемого слухового аппарата возможна на различные анатомические структуры среднего уха: длинный отросток наковальни, окно улитки, окно преддверия, фенестрацию мыса. Это зависит от этиологии тугоухости и предшествующих оперативных вмешательств. Объектом нашего исследования были выбраны пациенты с установкой импланта в область окна улитки, окна преддверия или область фенестрации мыса, так как манипулирование в этих областях может спровоцировать возникновение вестибулярной дисфункции после оперативного вмешательства. Во всех случаях это были повторные операции и одновременно проводился реконструктивный этап, т. е. выполнялась вибропластика (установка имплантируемого слухового аппарата и тимпанопластика одновременно).

Как известно, слуховой и вестибулярный анализаторы имеют тесную анатомическую взаимосвязь: периферическая часть слуховой системы находится в лабиринте, там же, где находятся рецепторы, воспринимающие вестибулярные раздражения, сигнализирующие о положении тела в пространстве [12].

При двустороннем поражении слуховое восприятие лучше на том ухе, где меньше поражен вестибулярный анализатор. Важно иметь в виду высокую степень компенсации вестибулярных расстройств. Компенсация осуществляется за счет центральных отделов анализатора и взаимодействия его с другими сенсорными системами, особенно со зрительной [2].

Из-за значительного анатомического сходства между слуховой и вестибулярной системами

и их эмбриологических и физиологических взаимодействий они могут одновременно участвовать в патологических процессах.

Среди осложнений, вызванных введением активного электрода в улитку, можно отметить изменения в нормальном гомеостазе жидкостей внутреннего уха, травму в вестибулярных сенсорных структурах и воспаление, связанное с операцией в результате фиброза или повреждения волосковых клеток [5, 6, 11, 12]

Кроме того, электрическая стимуляция кохлеарного имплана может вызвать патологические изменения во внутреннем ухе, которые в дальнейшем могут приводить к вестибулярным нарушениям.

В специальной литературе опубликованы данные о том, что нарушения баланса в послеоперационном периоде пациентов после кохлеарной имплантации колеблются от 31 до 75% [4, 7–10].

Помимо этого, у многих пациентов наблюдаются вестибулярные изменения до операции, поэтому последствия кохлеарной имплантации на вестибулярную систему могут быть недооценены. Это утверждение приобретает еще большую актуальность, учитывая неуклонный рост билатеральной (симультанной и последовательной) кохлеарной имплантации [3].

Пациенты и методики. В исследование были включены 64 пациента, из них 40 женщин и 24 мужчины в возрасте от 11 до 65 лет (средний возраст 46 лет), оперированных в Санкт-Петербургском НИИ ЛОР в период с 2008 по 2012 г. В зависимости от типа установленного импланта пациенты были разделены на две группы: в 1-ю группу вошли пациенты, которым была произведена кохлеарная имплантация, а во 2-ю группу – пациенты, которым был установлен активный имплант среднего уха. В первую группу было рандомизировано 39 пациентов, а во вторую – 25. Вне зависимости от наличия жалоб при поступлении на головокружение всем пациентам обеих групп было проведено вестибулометрическое обследование в дооперационном периоде, на 5–7-е сутки после операции (после снятия наружной повязки), а также через 1 месяц (на 1–3-й день подключения речевого процессора) после оперативного вмешательства.

В исследование входило:

– сбор жалоб, анамнеза;

– отоневрологический осмотр (анализ саккадического взора, зрительного прослеживания в горизонтальной плоскости, спонтанного нистагма);



УДК: 616.21-093/-098

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНЫХ БИОПЛЕНОК С ПОЗИЦИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА. ОБЗОР

И. В. Андриянова¹, О. В. Перьянова²

THE RESEARCH OF MICROBIAL BIOFILMS FROM THE POSITION OF OTORHINOLARYNGOLOGIST. REVIEW

I. V. Andriyanova, O. V. Peryanova

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

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

² Зав. каф. микробиологии им. доц. М. Б. Зельмановича – канд. мед. наук, доц. О. В. Перьянова

В обзоре представлены данные литературы о биопленке – особой форме организации микрофлоры организма человека, роли микробных биопленок в возникновении и развитии хронических заболеваний, причинах антибиотикорезистентности при их лечении и современных методах лечебного воздействия на биопленку. С точки зрения врача-оториноларинголога рассмотрены основные этапы формирования и механизмы функционирования микробной биопленки на поверхности слизистых оболочек верхних дыхательных путей.

Ключевые слова: биопленка, верхние дыхательные пути, диагностика, лечение.

Библиография: 45 источников.

The article presents some published data on the biofilm – a special form of organization of the microflora of the human body, the role of microbial biofilms in the genesis and development of chronic diseases, the causes of antibiotic resistance in their treatment and modern methods of therapeutic effects on the biofilm. From the point of view of the otorhinolaryngologist the basic stages in the formation and functioning mechanisms of microbial biofilm on the surface of the mucous membranes of the upper respiratory passages.

Key words: biofilm, upper respiratory passages, diagnosis, treatment.

Bibliography: 45 sources.

Доказано, что источником хронического воспалительного процесса всегда являются бактериальные сообщества – биопленки. Биопленка – это полимикробное сообщество различных бактерий, грибов и даже вирусов, внедренных в толстый слизистый слой, состоящий из сахаров и протеинов и фиксированный на какой-либо поверхности [5]. По данным ведущих американских и европейских исследователей, биопленки играют одну из ключевых ролей в персистенции воспаления в области верхних дыхательных путей, в том числе и в носоглотке [29].

Идея о биопленках была сформулирована Вильямом Костертоном в 1978 г. и подхвачена многими учеными, в том числе российскими. Первые исследования, касающиеся биопленок как источника хронических инфекций, были проведены на внедряемых медицинских устройствах [29].

В дальнейшем – зубной налет, так же определен, как структурно и функционально организованный биофильм, прикрепленный к твердой по-

верхности зуба, состоящий из *Streptococcus mutans* и лактобацилл. Этот тип пленок является наиболее изученным [9].

Цель работы. Аналитическое обобщение современных научных исследований о роли бактериальных биопленок в развитии заболеваний верхних дыхательных путей, с акцентом на эффективные методы терапевтического воздействия при хроническом воспалении в свете новых взглядов.

Роль биопленок в развитии патологического процесса

К настоящему времени достоверно доказана роль микробных биопленок в возникновении и развитии инфекции среднего уха [25], хронического тонзиллита [18] и синусита [26]. Эти заболевания трудно поддаются лечению, имеют высокую частоту рецидивов и могут явиться причиной летальных исходов.

В доступной литературе описаны четыре возможных варианта механизмов, по которым ми-



37. Method of evaluating effects of antibiotics on bacterial biofilm / La Tourette Prosser [et al.] // Antimicrob. Agents Chemother. – 1987. – N 31. – P. 1502–1506.
38. Meurman J. H., Stamatava I. Probiotics: contributions to oral health // Sept., Oral Dis. – 2007. – N 13 (5). – P. 443–451.
39. Molecular basis of intercellular adhesion in the biofilm-forming Staphylococcus epidermidis / C. Heilmann [et al.] // Mol. Microbiol. 1996, Jun. – N 20 (5). – P. 1083–1091.
40. Nyvad B., Kilian M. Comparison of the initial streptococcal microflora on dental enamel in caries-active and in caries-inactive individuals. – 1990. – N 24. – P. 267–272.
41. Qin Y., Luan X., He G. Toluidine blue – mediated photoinactivation of periodontal pathogens from supragingival plaques // Laser Med. Sci. – 2007. – P. 10.
42. Shiau A.-L., Wu C.-L. The inhibitory effect of Staphylococcus epidermidis slime on the phagocytosis of murine peritoneal macrophages is interferon-independent // Microbiol. Immunol. – 1998. – N 42. – P. 33–40.
43. Susceptibility of Staphylococcus aureus growing on fibronectin-coated surfaces to bactericidal antibiotics. Antimicrob / C. Chuard [et al.] // Agents Chemother. – 1993. – N 37. – P. 625–632
44. Transfer of a conjugative transposon, Tn5397 in a model oral biofilm / A. Roberts [et al.] // FEMS Microbiol. Lett. – 1999. – N 177. – P. 63–66.
45. Ultrastructural analysis of indwelling vascular catheters: a quantitative relationship between luminal colonization and duration of placemen / I. Raad [et al.] // J. Infect. Dis. 1993. – N 168. – P. 400–407.

Андрянова Ирина Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. ЛОР-болезней с курсом ПО Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: (391) 240-84-07, 8-913-030-18-00, e-mail: irina-doc@mail.ru

Перьянова Ольга Владимировна – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. микробиологии им. доц. Б. П. Зельмановича Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: (391) 240-84-07, 8-913-596-83-68, e-mail: perianova@mail.ru

УДК: 616. 212. 5-007. 251-02

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

М. В. Григорьева

ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF NASAL SEPTUM PERFORATION

M. V. Grigorieva

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России
(Ректор – засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)*

В статье представлен обзор литературы по этиологии и патогенезу перфораций перегородки носа.

Ключевые слова: перфорация перегородки носа, этиология, патогенез.

Библиография: 90 источников.

The article presents a review of the literature on etiology and pathogenesis of nasal septum perforation.

Key words: nasal septum perforation, etiology, pathogenesis.

Bibliography: 90 sources.

В последние годы количество больных с перфорациями перегородки носа постоянно увеличивается. По данным эпидемиологического исследования распространенность данной патологии в популяции составляет 0,9% [83].

В структуре причин перфораций перегородки носа ведущее место занимают различные хирургические вмешательства на носовой перегородке по поводу ее деформации, которые наиболее часто выполняются в клинической практике оториноларинголога [7, 12, 15, 20, 24, 25, 32, 34, 35, 46, 59, 73, 79, 81, 87].

Так, в работе А. Н. Помухиной указывается, что подслизистая резекция перегородки носа по распространенности среди хирургических вмешательств занимает одно из лидирующих мест в оториноларингологии [45].

В исследовании В. Д. Меланьина, О. Г. Хорова, И. Ч. Алешик [26] сообщается, что количество больных, подвергаемых операциям на носовой перегородке, значительно выросло. В клинике ЛОР-болезней Гродненского медицинского института количество таких пациентов составляет примерно 22% от всех оперированных больных.



УДК 616.321-002.3-089-053.8

ЗАГЛОТОЧНЫЕ АБСЦЕССЫ У ВЗРОСЛЫХ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**Р. А. Забиров, А. В. Резниченко, А. А. Багаутдинов****RETROPHARYNGEAL ABSCESSSES IN ADULTS AND THEIR SURGICAL TREATMENT****R. A. Zabiroy, A. V. Reznichenko, A. A. Bagautdinov***ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» МЗ РФ**(Ректор – засл. деят. науки РФ, проф. В. М. Боев)**ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1», Оренбург**(Главный врач – засл. врач РФ А. К. Щетинин)*

Авторы представляют редкие клинические наблюдения заглоточных абсцессов у взрослых с положительным результатом хирургического лечения.

Ключевые слова: заглоточный абсцесс, взрослые, хирургическое лечение.

Библиография: 6 источников.

The authors represent rare clinical observations of retropharyngeal abscesses in adults with positive result in surgical treatment.

Key words: retropharyngeal abscess, adults, surgical treatment.

Bibliography: 6 sources.

Заглотоочные абсцессы, как правило, наблюдаются у детей [2, 4, 5, 6]. Редкость данной патологии у взрослых, трудности их диагностики нередко являются причиной развития тяжелых, опасных для жизни осложнений [1, 3]. Приводим два клинических наблюдения заглоточного абсцесса у взрослых, закончившихся выздоровлением больных.

1. Больная К., 58 лет, история болезни № 14943. Поступила в ЛОР-клинику 30.10.2001 г. с жалобами на боли в горле, дисфагию. Со слов больной 21.10.2001 г. во время еды мяса появились сильные боли в горле. За медицинской помощью не обращалась. Боли в горле усиливались, повысилась температура тела, больная не могла проглотить пищу, и она вынуждена была 28.10.2001 г. обратиться за медицинской помощью в ЦРБ. После обследования в ЦРБ больная была направлена в ЛОР-клинику Оренбургской ГМА.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Больная в сознании, правильно отвечает на вопросы. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. АД – 130/80 мм рт. ст., пульс 80 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Температура тела 37,3 °С.

При фарингоскопии и непрямой ларингоскопии на задней стенке ротоглотки и гортаноглотки определяется припухлость – взбухание с гиперемией и отеком слизистой оболочки. При

пальпации она флюктуирует, отмечается небольшая болезненность. Данная припухлость прикрывает черпаловидные хрящи, подвижность последних сохранена. Голосовая щель широкая, дыхание свободное, голос чистый. В грушевидных синусах много слизи. При надавливании на гортань определяется незначительная болезненность.

30.10.2001 г. При рентгенографии пищевода с контрастом: с первым глотком барий попадает в гортань, трахею. Контрастное вещество в пищевод не поступает.

30.10.2001 г. Рентгенограмма шеи в боковой проекции. Кзади от гортани на уровне С₃–С₄ определяется полость с уровнем жидкости и просветом газа над ним (рис. 1).

30.10.2001 г. ФГДС – данных о наличии инородного тела в пищеводе не обнаружено.

Диагноз: заглоточный абсцесс.

30.10.2001 г. произведена диагностическая пункция припухлости на задней стенке глотки. Получен воздух. Под местной анестезией Sol. Novocaini 1% – 2,0 произведен надраз слизистой оболочки над местом наибольшего взбухания: выделился воздух, а затем гной. Разрез слизистой оболочки расширен. Отсосом удален гной. Полость абсцесса промыта раствором фурацилина.

После вскрытия абсцесса состояние больной улучшилось: купировались боли в горле, нормализовалась температура тела. Больной проводилась антибиотикотерапия, дезинтоксикационная



УДК 616.22-089.819.3-06-007.271-08-039.73

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНТУБАЦИОННОГО СТЕНОЗА ПОДСКЛАДКОВОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ

С. А. Карпищенко, О. И. Долгов

CASE OF SUCCESSFUL CONSERVATIVE TREATMENT OF POST-INTUBATION SUBGLOTTIC STENOSIS

S. A. Karpischenko, O. I. Dolgov

*ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»**(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)*

В статье приведен клинический случай успешного консервативного лечения пациента, страдающего стенозом подскладкового отдела гортани, возникшим на фоне продленной интубации. Для оценки результатов лечения использовали данные ФВД и метод оценки цифровых изображений на основе программы ImageJ. В итоге площадь просвета трахеи на уровне стеноза увеличилась с 45 до 118 мм², что составило 162% прибавки. Показатели ФВД зафиксировали умеренное нарушение проходимости дыхательных путей.

Курс антибактериальной и противовоспалительной терапии, проведенный в период формирования грануляционного вала, возникшего на уровне фиксации раздутой манжеты, позволил купировать явления стеноза до развития стойких рубцовых изменений.

Ключевые слова: стеноз гортани, постинтубационный.

Библиография: 6 источников.

The paper presents a case report of successful conservative treatment of a patient with post-intubation subglottic stenosis. To evaluate the results of treatment were used external respiration function data and the method of evaluation of digital images, based on the ImageJ program. In result, the area of the lumen of stenosis increased from 45 up to 118 mm², which amounted to 162% increase. ERF data recorded a moderate violation of the airway.

Course of antibacterial and anti-inflammatory therapy, conducted in the period of formation of granulation of the shaft, which emerged at the level of fixation tube cuff, allows to reduce the phenomenon of stenosis prior to the development of persistent scar changes.

Key words: laryngeal stenosis, post-intubation.

Bibliography: 6 sources.

Постинтубационный стеноз гортани и трахеи – наиболее часто встречающееся осложнение продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), достигая, по данным различных авторов, 20%. Обычно причинами стеноза являются травма слизистой оболочки в момент интубации, повреждение слизистой оболочки трахеи и гортани вследствие давления манжеты интубационной трубки, дефекты ухода за интубационной трубкой, инфекция и др. [1, 2, 5, 6].

Повреждение эпителиального покрова, вызванное неадекватно раздутой манжетой (более 20 мм вод. ст.), приводит к ишемии и некрозу слизистой оболочки трахеи, что влечет за собой хроническое воспаление, появление грануляций и без должного лечения ведет к формированию стойкого рубцового стеноза. Немаловажным является наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии. В частности, шок различного генеза приводит к нарушению микроциркуляции и регенерации слизистой оболочки, а наличие инфекции (бронхит, инфицирование интубационной трубки, сепсис) создает дополнительные

предпосылки к формированию очага воспаления [3, 4].

Как правило, формирование постинтубационного стеноза происходит через 2–4 недели после интубации, по мере прогрессирования хронического воспаления и формирования грануляционной ткани из-за развития вялотекущего хондроперихондрита. В результате это нередко приводит к декомпенсации в отдаленном периоде, вынуждая оториноларингологов выполнять трахеотомию. Однако при своевременной диагностике и назначении адекватной терапии на этапе образования грануляций иногда удается купировать явления стеноза консервативно [3].

Вашему вниманию предлагается случай успешного консервативного лечения стеноза подскладкового отдела гортани, возникшего вследствие продленной ИВЛ.

Пациент Ц. 52 года, поступил на ЛОР-отделение Санкт-Петербургского государственного медицинского университета (СПбГМУ) им. И. П. Павлова 5 июня 2012 г. в экстренном порядке с диагнозом: хронический рубцовый стеноз



УДК 616.211-002-003.6:616.314-007.41-089.878

УДАЛЕНИЕ ЭКТОПИРОВАННОГО ЗУБА ИЗ ПОЛОСТИ НОСА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Д. А. Щербakov

REMOVAL OF ECTOPIC TOOTH FROM THE NASAL CAVITY IN THE OUTPATIENT SETTING

D. A. Shcherbakov

ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России, г. Уфа
(Генеральный директор – проф. Э. Р. Мулдашев)

В статье описан редкий случай нахождения сверхкомплектного зуба в полости носа. Приводятся некоторые аспекты диагностики и удаления подобных инородных тел из полости носа в амбулаторных условиях. Подчеркнута необходимость выполнения тщательной анемизации полости носа при выполнении как передней риноскопии, так и эндоскопии полости носа. Данный случай из практики может рассматриваться как проявление дисэмбриогенеза.

Ключевые слова: инородное тело, сверхкомплектный зуб, полость носа, эмбриогенез.

Библиография: 9 источников.

This article describes a rare case of finding supercomplete tooth in the nasal cavity. Some aspects of diagnosis and removal of these foreign bodies from the nose in an outpatient setting have been considered. We have stressed the need of the accurate anemisation of the nasal cavity in the performance the anterior rhinoscopy and nasal endoscopy. This case can be viewed as the manifestation of the dysembryogenesis.

Key words: foreign body, supercomplete tooth, the nasal cavity, dysembryogenes.

Bibliography: 9 sources.

Эктопия зубных зачатков является достаточно редкой патологией [3]. В некоторых случаях эктопированные зубы обнаруживают случайно при выполнении рутинных рентгенологических исследований [7]. Однако поиск литературы по данному вопросу показал, что в большинстве сообщений об эктопии зуба пациенты обращались с конкретными жалобами и аномальная локализация зуба приводила к развитию той или иной патологии.

Мы приводим клинический случай эктопии зуба в полость носа.

Пациентка Х., 46 лет, обратилась в поликлинику г. Уфы к врачу-оториноларингологу с жалобами на нарушение носового дыхания, ночной храп, депрессивное состояние. Больной себя считает в течение года. Также в ходе сбора анамнеза выяснилось, что ухудшение носового дыхания наступило с началом отопительного сезона в результате снижения влажности воздуха. При передней риноскопии определялся выраженный отек нижних носовых раковин, полость носа не обозрима. После анемизации слизистой оболочки полости носа 0,05% раствором оксиметазолина произведена повторная передняя риноскопия. В полости носа справа обнаружен ринолит, занимающий нижнюю треть общего носового хода, расположенный на 1,5 см от преддверья носа. Также определяется густой гнойный секрет, окружающий ринолит. Средний носовой ход справа свободный. При попытке удалить ринолит из полости носа пациентка отмечает резкую болезненность.

Принято решение удалить инородное тело из полости носа под местной анестезией на базе амбулаторного оториноларингологического кабинета Всероссийского центра глазной и пластической хирургии, оснащенного эндоскопическим оборудованием. После анемизации и аппликационной анестезии полости носа справа 10% раствором лидокаина и 0,05% раствором оксиметазолина произведен осмотр полости носа жестким эндоскопом 0°. С помощью электроотсоса удалено отделяемое из общего носового хода справа. Аттиковым зондом под контролем зрения фрагментирован и частично удален ринолит. Попытки удаления инородного тела также безуспешны.

При детальном исследовании полости носа справа после аспирации отделяемого и фрагментов ринолита обнаружена зона фиксации инородного тела в области дна полости носа в виде бугра на слизистой оболочке. Выполнена местная инфильтрационная анестезия раствором артикаина с адреналином (1 : 100000) в области дна носа, основания переднего края нижней носовой раковины и передней части хрящевого отдела перегородки носа. После тщательного гемостаза и аспирации отделяемого из полости носа справа под контролем эндоскопии выполнено продольное рассечение возвышения на слизистой оболочке в области дна полости носа справа. При прохождении аттиковым зондом по разрезу передний конец инородного тела мобилизован и смещен назад на 1–2 мм, а затем удален из полости носа. При фор-



УДК 616.216.1-002-053.5:615.835.5

О ВОЗМОЖНОСТЯХ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Е. П. Карпова, Д. А. Тулупов

ON THE POSSIBILITIES OF NEBULISER THERAPY IN THE TREATMENT OF ACUTE RHINOSINUSITIS IN CHILDREN

Е. P. Karpova, D. A. Tulupov

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», Москва
(Зав. каф. детской оториноларингологии – проф. Е. П. Карпова)

В открытое рандомизированное сравнительное исследование было включено 138 детей в возрасте от 4 до 12 лет с диагнозом острый риносинусит. Основная группа – 67 пациентов, которым после носового душа ежедневно ингаляционно применяли комбинированный препарат N-ацетилцистеина и тиамфеникола (флуимуцил-антибиотик ИТ) по 250 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Группа 2 (контрольная) – 71 пациент, которым после носового душа применяли назальный спрей фузафунгина по 2 дозы в каждый носовой ход 4 раза в день в течение 7 дней. Оценку эффективности лечения проводили на основании 10-балльной визуально-аналоговой шкалы, отражающей динамику заложенности носа, выделений из носа и кашля. Анализ результатов исследования показал достоверно ($p < 0,05$) более быстрое по сравнению с группой контроля разрешение симптомов риносинусита к 7-му дню лечения у пациентов основной группы.

Ключевые слова: острый риносинусит, небулайзер, N-ацетилцистеин, тиамфеникол, флуимуцил-антибиотик ИТ.

138 children at the age from 4 to 12 years with the diagnosis acute rhinosinusitis has been included in opened randomized trial. 67 patients have been treated with nasal isotonic saline shower and inhalation with N-acetyl-cysteine in combination with thiamphenicol on 250 mg 2 times a day within 7 days. Controls – 71 patients have been treated with nasal isotonic saline shower and nasal spray of fusafungine within 7 days. An assessment of efficacy of treatment were performed with VAS including such symptoms as nasal obstruction, rhinorrhea and cough. Result: all symptoms have reduced faster in patient with N-acetyl-cysteine in combination with thiamphenicol after 7-th day of the treatment in comparison with controls ($p < 0,05$).

Key words: acute rhinosinusitis, nebulizer, N-acetylcysteine, thiamphenicol, flumucil-antibiotic IT.

Острый риносинусит является одним из самых распространенных заболеваний верхнего отдела дыхательных путей. По современным представлениям, практически любая ОРВИ, сопровождающаяся ринологическими симптомами является острым вирусным риносинуситом. При этом риск развития острого бактериального риносинусита в общей популяции не превышает 2% [10]. Согласно данным эпидемиологических исследований по отдельным регионам Западной Европы у детей вероятность развития острого бактериального риносинусита несколько выше и находится на уровне 5–13% [11].

В связи с пересмотром роли бактериальных патогенов в этиологии острого риносинусита изменились подходы к терапии данного заболевания. Традиционно используемые системные антибактериальные препараты на сегодняш-

ний день рекомендовано назначать пациентам с острым риносинуситом лишь при наличии убедительных данных о вовлечении в процесс патогенной бактериальной микрофлоры. «Поголовное» назначение антибиотиков, в том числе у детей, в большинстве случаев не имеет преимуществ по влиянию на скорость разрешения симптомов острого риносинусита по сравнению с выжидательной тактикой [8]. Более того, согласно данным британских и голландских оториноларингологов системная антибактериальная терапия не влияет на частоту развития орбитальных и внутричерепных осложнений острого риносинусита [6, 7]. Кроме того, бесконтрольный прием системных антибактериальных препаратов способствует растущей антибиотикорезистентности и переходу заболеваний в затяжные и хронические формы. Что касается вопроса применения



УДК 616.284-002.2:615.33

ПРИМЕНЕНИЕ УШНЫХ КАПЕЛЬ «ДАНЦИЛ» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Н. С. Храппо, А. П. Мирошниченко, Е. Ю. Струнина

APPLICATION EAR DROPS «DANCIL» IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

N. S. Chrappo, A. P. Miroshnichenko, E. Yu. Strunina

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

В статье представлены результаты исследования эффективности лечения обострения хронического гнойного среднего отита, мезотимпанита с помощью ушных капель Данцил, содержащих антибиотик офлоксацин. Исследование показало высокую клиническую эффективность этих капель.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, мезотимпанит, фторхинолоны, данцил.

Библиография: 6 источников.

The article presents the results of research on the effectiveness of treatment of exacerbation of chronic suppurative otitis media, mesotympanitis, using ear drops Dancil, containing the antibiotic ofloxacin. The study showed a high clinical efficacy of these drops.

Key words: chronic suppurative otitis media, mezotimpanit, fluoroquinolones, Dancil.

Bibliography: 6 sources.

Хроническое гнойное воспаление среднего уха занимает третье место в структуре оториноларингологической заболеваемости (после заболеваний глотки, носа и околоносовых пазух) и составляет среди городского и сельского населения соответственно 21 и 22%. У жителей Самарской области хронический гнойный средний отит выявлен у 2,4% взрослого населения и у 1,3% – детского [5].

Хронический гнойный средний отит проявляется классической триадой симптомов: гнойное течение из уха более 6 недель (как правило, это месяцы и годы), наличие стойкой перфорации барабанной перепонки, понижение слуха.

Различают две формы хронического гнойного среднего отита: мезотимпанит и эптитимпанит.

Мезотимпанит имеет относительно благоприятное течение. Процесс локализуется в среднем и нижнем этажах барабанной полости. Выделения из уха при нем носят слизисто-гнойный характер, жидкие, без неприятного запаха. Перфорация расположена в натянутой части барабанной перепонки, размеры ее различные. При мезотимпаните поражается только слизистая оболочка среднего уха. Она гиперплазируется и образует грануляции и даже полипы.

Эпитимпанит имеет неблагоприятное течение, так как при нем поражается не только слизистая оболочка, но и кость – слуховые косточки, стенки барабанной полости, входа в пещеру, пещеры. Гнойные выделения из уха густые, с неприятным запахом. Перфорация барабанной перепонки располагается в ненапрянутой части барабанной перепонки и носит краевой характер.

Хронический гнойный средний отит – это социально значимое заболевание, поскольку при нем развивается тугоухость, ограничивающая профессиональную деятельность, обучение в школе, у детей ведет к нарушению речи. Особую значимость этому заболеванию придает и возможность развития тяжелых, жизненно опасных заболеваний.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с обострением хронического гнойного среднего отита (мезотимпанита) путем включения в схему лечения ушных капель, в состав которых входит офлоксацин.

Антибиотики фторхинолонового ряда, к которым относится офлоксацин, оказывают бактерицидное действие, так как подавляют ключевой фермент ДНК-гиразу, который ответствен за синтез ДНК. Офлоксацин является антибиотиком широкого спектра антимикробного действия, включая и синегнойную палочку, что очень важно, поскольку хронический гнойный средний отит часто имеет полимикробную этиологию и вызывается несколькими возбудителями одновременно. Основными возбудителями при хроническом гнойном среднем отите являются *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*, *Staphylococcus Pneumoniae*, коринеформные бактерии и анаэробные (*Bacteroides fragilis*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Peptococcus magnus*, *Fusobacterium*, *Lactobacillus*). При длительном течении хронического отита часто выявляются грибы, такие как *Candida*, *Aspergillus*, *Mucor* [1–4, 6].



СЕРГЕЙ ВИКТОРОВИЧ КОРЕНЧЕНКО, СВЕТАЯ ПАМЯТЬ...

29 мая 2013 г. на шестьдесят седьмом году жизни скоропостижно скончался Сергей Викторович Коренченко – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки, директор сети Клиник доктора Коренченко, президент Самарского ринологического общества, главный редактор журнала «Информационный архив».

Сергей Викторович родился 26 июня 1946 года в г. Куйбышеве. Его отец, Виктор Иванович, был врачом-хирургом, мама, Нина Петровна, – учителем истории. Детские и юношеские годы прошли в г. Жигулевске Куйбышевской области и г. Челябинск-40. Учился сразу в двух школах – общеобразовательной и музыкальной по классу фортепиано. Музыка осталась его любимым хобби на всю жизнь, в институте он с друзьями создал студенческий вокально-инструментальный ансамбль «Красные дьяволята», который с успехом выступал на городских сценах.

После окончания средней школы в 1963 г. пошел по стопам отца и деда, выбрав своей будущей специальностью медицину, – поступил в Куйбышевский медицинский институт им. Д. И. Ульянова на лечебно-профилактический факультет, который окончил в 1970 г. Уже тогда сверстники выделяли его за природные лидерские качества: всегда в центре внимания, с легкостью импровизировал за клавишами фортепиано, с гитарой в руках мог покорить любое сердце. И в то же время – легок и прост в общении. Он и сейчас для них просто Сережа, свой парень, который, став врачом, всегда откликнулся на чужую беду и спешил помочь.

Свою трудовую деятельность С. В. Коренченко начинал в г. Усть-Куламе и г. Инте Коми АССР в должности врача-оториноларинголога. Вернувшись в родной город, в 1978–80 гг. работал оториноларингологом в Областной больнице им. М. И. Калинина, а с 1981 г. возглавил оториноларингологическое отделение МСЧ № 5. Здесь ярко проявились организаторские способности С. В. Коренченко. Он внедрил в лечебный процесс функциональные методы исследования ЛОР-органов, изучил и овладел методикой реографии, применив ее для изучения кровоснабжения носа и околоносовых пазух, небных миндалин. Одним из первых в СССР стал использовать лазерное излучение в лечении оториноларингологических больных. Профессиональная активность и творческий потенциал молодого врача были оценены академиком И. Б. Солдатовым, предложившим заняться серьезной научной работой – изучением эффективности лазерных методов лечения у наиболее распространенной группы больных, страдающих вазомоторным ринитом. Результатами совместной работы стали успешная защита в 1986 г. кандидатской диссертации С. В. Коренченко на тему «Лечение вазомоторного ринита лазерным излучением», создание первого Городского центра лазерной хирургии и медицины. С этого времени отделение, руководимое кандидатом медицинских наук С. В. Коренченко, стало базой кафедры оториноларингологии. Здесь укрепляли практические навыки клинические интерны и клинические ординаторы, обучающиеся на кафедре, реализовывались на практике разрабатываемые под руководством академика И. Б. Солдатова новые лазерные технологии в лечении больных болезнью Меньера, хроническим катаром среднего уха, разными формами хронического ринита и хронического тонзиллита. Вместе с сотрудниками кафедры профессиональных болезней, располагавшейся также в МСЧ № 5, разрабатывались новые методы диагностики и лечения при патологии ЛОР-органов, в частности методы реографии и бульбарной биомикроскопии в диагностике риносинюита, хронического тонзиллита и профессиональной нейросенсорной тугоухости. По материалам работы Городского центра лазерной хирургии и медицины в 1985 г. были изданы первые методические рекомендации по лазерной хирургии хронического риносинюита.

С. В. Коренченко стал активным помощником академика И. Б. Солдатова по внедрению лазерных технологий в работу клиники болезней уха, носа и горла кафедры, подготовке врачей и медицинских

сестер для работы с новым лазерным оборудованием. Получив предложение продолжить научные исследования в выбранном направлении лазерных технологий, С. В. Коренченко с энтузиазмом включился в работу по улучшению лечения больных хроническим тонзиллитом – любимой теме своего учителя и научного руководителя. Он перешел на работу в Самарский медицинский университет на должность ассистента кафедры, увлекся педагогической работой, много трудился в клинике. Одним из успешных проектов, реализованных под руководством академика И. Б. Солдатова, стало создание на базе клиники болезней уха, носа и горла принципиально нового профессионального объединения «Солком». В 1994 г. С. В. Коренченко защитил докторскую диссертацию, в которой представил уникальную методику интратонзиллярной лазерной деструкции – эффективного органосохраняющего метода хирургии небных миндалин у больных хроническим тонзиллитом.

С 1994 г. доктор медицинских наук С. В. Коренченко стал директором собственного предприятия – оториноларингологической Клиники доктора Коренченко (ООО «КДК»). Основные направления ее деятельности – органосохраняющие хирургические вмешательства и стационар-сберегающие технологии в лечении различной патологии ЛОР-органов. Вот уже 20 лет живет и развивается его детище. Организованы филиалы Клиники доктора Коренченко в Санкт-Петербурге, Ульяновске, Сызрани, Владикавказе. На его личном счету тысячи вылеченных пациентов, более ста научных работ, восемь изобретений, создание инновационных методов диагностики и лечения, первый опыт внедрения перспективных мировых технологий, активная просветительская и методическая работа. С 1994 г. ООО «КДК» – главный учредитель Самарской городской общественной организации «Самарское ринологическое общество», С. В. Коренченко являлся ее бессменным президентом. С 1996 г. он член Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (EAACI), с 2012 г. – главный редактор всероссийского теоретического и научно-практического журнала «Информационный архив».

С. В. Коренченко и сотрудники руководимой им клиники – активные участники всех мероприятий, проводимых Российским обществом оториноларингологов и его региональным отделением – Самарским областным обществом оториноларингологов «Лабиринт», участники конференций и конгрессов Российского ринологического общества. С 1997 г. С. В. Коренченко стал членом Европейского ринологического общества (ERS), в 1997 г. избран действительным членом (академиком) Академии по секции безопасности жизнедеятельности (Международной академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности — МАНЭБ).

С. В. Коренченко воспитал много учеников. Помогал осваивать профессиональные навыки, выполнять научные исследования. Под руководством С. В. Коренченко защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. В 2000 г. ему было присвоено ученое звание профессора. За заслуги в профессиональной деятельности имеет награды – медаль Ломоносова (1999), медаль Гиппократа (2000), почетное звание «Заслуженный деятель науки» и «Звезду Ученого» (2006). И еще – искреннее уважение и признание коллег, пациентов, взаимную любовь и поддержку близких.

В последний путь С. В. Коренченко провожали жена, дочь, внучка, друзья, родные и близкие люди, многие оториноларингологи и бывшие пациенты. Прощались с яркой личностью, блестящим профессионалом, талантливым ученым, выдающимся организатором, называя его «врачом от Бога», говорили, что «ушел в самом разгаре своей творческой деятельности» и что «к его жизни лучше всего подходит определение – яркая». Говорили: «Так вспыхивает метеорит, жаль, что он так быстро падает... Он не боялся говорить, что думает, в советское время, не боялся начать медицинский бизнес в неопределенные 90-е, не стеснялся отстаивать свое мнение вопреки авторитетам. Доктор Коренченко начинал проекты, в которые никто не верил, и добивался успеха, а если приходилось начинать сначала – начинал сначала и все равно добивался успеха. Из всех ценностей в жизни он больше всего ценил свободу: независимая клиника, независимое научное общество, независимый журнал. Теперь он достиг полной свободы, он держит ответ только перед Всевышним».

Жизнь С. В. Коренченко – пример служения своему делу и верности профессии.

Прощай, коллега, светлая тебе память.

*Самарское областное общество оториноларингологов «Лабиринт»
Самарское ринологическое общество
Клиника доктора Коренченко*

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК АВТОРЕФЕРАТОВ ДИССЕРТАЦИЙ
ПО НАУЧНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.01.03 «БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА»,
ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДИССЕРТАЦИОННЫЕ СОВЕТЫ РОССИИ В 2010 г.**

Авербух В.М. Дифференциальная диагностика и лечение пациентов с постназальным синдромом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Авербух Владимир Михайлович ; [Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова]. – М., 2010. – 24 с. Библиогр.: 6 назв.

Алексеева Д.А. Герпетические поражения черепно-мозговых нервов в оториноларингологии: современные методы диагностики и лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Алексеева Диана Анатольевна ; [С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова]. – СПб., 2010. – 17 с. Библиогр.: 9 назв.

Артюшкин С.А. Расстройства кровообращения, вызванные хроническим полипозным риносинуситом : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.03.03 <Патол. физиология> : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Артюшкин Сергей Анатольевич ; [Воен.-мед. акад. им. С. М. Кирова]. – СПб., 2010. – 35 с. Библиогр.: 22 назв.

Атанесян А.Г. Интратимпанальное введение стероидов в лечении острой сенсоневральной тугоухости : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Атанесян Арусяк Грачьяевна ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования]. – М., 2010. – 24 с. Библиогр.: 7 назв.

Афонина О.И. Автофлуоресцентная диагностика онкологических заболеваний гортани и глотки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 03.01.02 <Биофизика> : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Афонина Ольга Игоревна ; [Сарат. гос. мед. ун-т им. В.И. Разумовского. Сарат. гос. ун-т им. Н.Г. Чернышевского]. – Саратов, 2010. – 22 с. Библиогр.: 11 назв.

Банхаева З.М. Анализ эффективности различных способов хирургического вмешательства у больных хроническими ринитами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Банхаева Залима Мухарбековна ; [Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова. Науч. клинич. центр оториноларингологии]. – М., 2010. – 22 с. Библиогр.: 10 назв.

Бокучава Т.А. Длительная вентиляция барабанной полости при хирургическом лечении больных с хроническим гнойным средним отитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Бокучава Татьяна Анатольевна ; [Мурм. обл. клинич. больница им. П.А. Баяндина, С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2010. – 29 с. Библиогр.: 6 назв.

Васина Л.А. Влияние местных сосудосуживающих препаратов на мукоцилиарный транспорт полости носа : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Васина Лариса Алексеевна ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования]. – М., 2010. – 22 с. Библиогр.: 10 назв.

Верещагина О.Е. Диагностические возможности эндоскопии в ларингологии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Верещагина Ольга Евгеньевна ; [С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова]. – СПб., 2010. – 19 с. Библиогр.: 24 назв.

Вязьменов Э.О. Нарушение голоса у детей грудного и раннего возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Вязьменов Эдуард Олегович ; [Рос. гос. мед. ун-т. Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2010. – 25 с. Библиогр.: 10 назв.

Георгиевский И.В. Периоперационная профилактика инфекционных осложнений при хирургических вмешательствах в полости носа и на околоносовых пазухах : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Георгиевский Игорь Вадимович ; [Учеб.-науч. мед. центр Упр. делами Президента РФ. Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова]. – М., 2010. – 24 с. Библиогр.: 5 назв.

Гольбин Д.А. Эндоскопическая ассистенция в хирургии опухолей краниофациального распространения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.18 <Нейрохирургия> : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Гольбин Денис Александрович ; [Науч.-исслед. ин-т нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко]. – М., 2010. – 25 с. Библиогр.: 9 назв.

Данилкина Г.В. Поздние слуховые вызванные потенциалы у пациентов с кохлеарным имплантом в оценке слуха и индивидуальной настройке речевого процессора : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Данилкина Галина Викторовна ; [Моск. гос. медико-стоматол. ун-т, ЛОР-клиника г. Эрланген (Германия). Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2010. – 31 с. Библиогр.: 18 назв.

Добытко И.В. Совершенствование неинвазивных способов диагностики параназальных синуситов у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Добытко Игорь Васильевич ; [Ростов гос. мед. ун-т, С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла и речи]. – СПб., 2010. – 24 с. Библиогр.: 6 назв.

Дроздова М.В. Лимфопролиферативный синдром у детей с заболеваниями верхних дыхательных путей (этиология, патогенез, клинич. и лаб. диагностика) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни



СОДЕРЖАНИЕ

Научные статьи

И. М. Алибеков, Д. Г. Гуз, А. Г. Худин, В. А. Москалев Управляемая гипотония в эндоскопической риносинусохирургии в амбулаторных условиях	3
Е. А. Гилифанов, В. А. Невзорова Показатели функционального статуса уха и гортани у пациентов при обострении хронической обструктивной болезни легких	6
М. О. Данилевич, А. С. Киселев, И. В. Яковенко Ликворея при тяжелой черепно-лицевой травме	10
В. В. Дискаленко, Г. Н. Урюпова, О. Н. Сопко Результаты операций на нервах барабанной полости при тяжелых формах болезни Меньера	16
Ф. Д. Евчев, М. А. Зайцева Значение комплексной диагностики новообразований фаринго-парафарингеальной области	18
Т. А. Капустина, Е. В. Белова, А. Н. Маркина Инфицированность хламидиями слизистой оболочки верхних дыхательных путей у школьников	24
Р. В. Карапетян, И. А. Аникин, С. В. Астащенко, М. И. Аникин, Т. А. Бокучава Хирургическое лечение хронического гнойного эпиаантрального отита с холестеатомой	29
С. А. Карпищенко, М. А. Рябова, М. Ю. Улупов, Н. Л. Петров Фотодинамическая терапия в паллиативном и радикальном лечении рака ЛОР-органов	36
Н. А. Конаков, Н. В. Ерёмкина Повышение эффективности хирургического лечения хронического гнойного среднего отита с помощью тимпаноидиализа в послеоперационном периоде у населения крайнего севера	40
И. В. Королева Научно-методологические основы реабилитации рано оглохших детей после кохлеарной имплантации. Часть 2. Макро- и микроструктурные компоненты организации реабилитации	45
А. А. Кривопапов, С. Г. Вахрушев Система специализированной оториноларингологической помощи в Красноярском крае	50
А. И. Крюков, Г. Ю. Царапкин, М. Е. Артемьев Клинический подход в выборе тактики ведения больных с перфорацией перегородки носа	55
В. Е. Кузовков, Г. Р. Азизов, С. М. Петров, Л. В. Юрченко, А. Н. Науменко, И. Т. Секлетова Оценка динамики давления газов в среднем ухе во время операции при эндотрахеальном наркозе и влияние миорелаксантов на регистрацию стремени рефлекса	61
В. Е. Кузовков, С. М. Мегрелишвили, Я. Л. Щербакова Шум в ушах: этиология и патогенез	69
Н. Л. Кунельская, Г. Ю. Царапкин, О. В. Марголин, М. Е. Артемьев, М. Ю. Поляева, С. А. Васильев Оценка уровня Д-димера при хирургическом закрытии стойких дефектов перегородки носа	73
М. Г. Маджидов, Ю. А. Джамалудинов, А. К. Гаджиева, А. С. Ахмедов Клинико-эпидемиологические аспекты рака органов головы и шеи у населения Республики Дагестан	78
В. А. Медведев Методы хирургического лечения ринолордоза при комбинированных деформациях носа	81
И. В. Мрочко, А. А. Корнеев Практический опыт изучения качества жизни больных хроническими стенозирующими заболеваниями гортани	85
А. Н. Науменко, В. А. Везезов, Н. Н. Науменко, О. И. Коноплев Способ эндоназального эндоскопического удаления юношеской ангиофибромы основания черепа	91
А. А. Нугуманов К хирургическому лечению хронического гнойного среднего отита	95
Е. В. Осипенко, К. Б. Султонова Высокоскоростная съемка гортани как метод оценки вибраторных характеристик голосовых складок	98



В. Б. Панкова, В. А. Капцов, Е. Л. Синева, И. Н. Федина, Г. А. Таварткиладзе, Г. Р. Мухамедова Об оценке новых регламентов при периодических медицинских осмотрах работников «шумовых» профессий	103
Д. Ю. Семенюк, С. А. Артюшкин, Л. Э. Тимчук, А. Н. Мироненко, В. Г. Конусова, А. С. Симбирцев Иммуно-генетические и иммунологические маркеры в иммуно-патогенезе хронического риносинусита ..	107
Е. В. Тырнова, Г. М. Алешина, В. Н. Кокряков Изучение экспрессии гена бета-дефензина-1 человека в слизистой оболочке носоглотки	111
И. В. Фанта Особенности заболеваний ЛОР-органов у городского населения Санкт-Петербурга на современном этапе .	118
Н. Н. Хамгушкеева, Х. М. Диаб, И. А. Аникин Микро-топографическая особенность барабанно-сосцевидного сегментов канала лицевого нерва в отохирургии	121
Т. А. Шидловская, Е. Ю. Куренева, Т. В. Шевцова, Шемли Мохамед Временные характеристики коротколатентных слуховых вызванных потенциалов у больных с функциональными нарушениями голоса с учетом выраженности проявлений дисфункции голосового аппарата	124
Ю. К. Янов, Х. М. Диаб, А. С. Лиленко Синтопия эндолимфатического мешка	129
Ю. К. Янов, С. В. Лиленко, С. Б. Сугарова Компьютерная электроокулография в оценке вестибулярной функции у пациентов до и после кохlearной имплантации и вибропластики	133
Обзоры	
И. В. Андриянова, О. В. Перьянова Изучение микробных биопленок с позиции оториноларинголога. Обзор	139
М. В. Григорьева Этиология и патогенез перфораций перегородки носа	144
Из практики	
Р. А. Забиоров, А. В. Резниченко, А. А. Багаутдинов Заглочечные абсцессы у взрослых и их хирургическое лечение	152
С. А. Карпищенко, О. И. Долгов Случай успешного консервативного лечения постинтубационного стеноза подскладкового отдела гортани	155
Д. А. Щербаков Удаление эктопированного зуба из полости носа в амбулаторных условиях	158
Школа фармакотерапии	
Е. П. Карпова, Д. А. Тулупов О возможностях небулайзерной терапии в лечении острых риносинуситов у детей	160
Н. С. Храппо, А. П. Мирошниченко, Е. Ю. Струнина Применение ушных капель «Данцил» в лечении больных с обострением хронического гнойного среднего отита	164
Некролог	
Сергей Викторович Коренченко, Светлая память... ..	168
Информационный раздел	
Библиографический список авторефератов диссертаций по научной специальности 14.01.03 «Болезни уха, горла и носа», представленных в диссертационные советы России в 2010 г.	171

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал «Российская оториноларингология»

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

Адрес редакции: НИИ ЛОР, ул. Бронницкая, д. 9. Санкт-Петербург, 190013, Россия.

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

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

Образец:

УДК: 616.28-072:616.283.1-089.843

Восприятие частоты стимулов при тестировании кандидатов на кохлеарную имплантацию

С. М. Петров

Perception frequency stimulus by test candidates of cochlear implants

S. M. Petrov

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

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

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

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

4. Статья должна быть представлена в напечатанном виде (в одном экземпляре), через полтора интервала, кегль 12, шрифт Times, на одной стороне листа А4 (210×297 см) с полями 2,5 см, объемом 6–8 страниц.

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

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

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

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

9. Иллюстрации должны быть четкими, контрастными, размерами 9×12 или 13×18 см, пронумерованы, на обратной стороне фотографии следует указать ее порядковый номер, фамилию автора, обозначить «верх» и «низ». Фотографии не наклеивают, а вкладывают в конверт, на котором пишут фамилию автора и название статьи. На отдельном листе прилагают текст подписей к фотографиям. Рекомендуется не более трех рисунков.

10. Каждая таблица должна иметь точный краткий заголовок; каждая графа должна быть кратко озаглавлена, сокращения слов не допускаются. Рекомендуется не более трех таблиц. Таблицы должны быть набраны в Microsoft Word, отсканированные таблицы не принимаются.

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

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

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

14. В тексте статьи следует приводить порядковый номер списка литературы [в квадратных скобках]. Литературные источники в тексте и списке должны соответствовать друг другу.

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

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

17. Публикация статьи осуществляется только после заключения лицензионного договора между редакцией и автором (авторами) статьи. Образец договора см. на сайте www.nregistr.ru или www.lornii.ru

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

Книги:

С одним автором

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

С двумя авторами

2. Блоцкий А. А., Плужников М. С. Феномен храпа и синдром обструктивного сонного апноэ. – СПб.: Спец. лит., 2002. – 176 с.

С тремя авторами

3. Преображенский Б. С., Темкин Я. С., Лихачев А. Г. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1968. – 495 с. *Авторов больше трех*

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

Статьи из журналов:

С одним автором

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

С двумя авторами

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

Авторов больше трех

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

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

Статьи из сборников:

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

Тезисы докладов:

9. Бабий А. И., Левашов М. М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). 3-й съезд оториноларингологии Респ. Беларусь: тез. докл. – Минск, 1992. – С. 68–70.

Авторефераты:

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

Методические рекомендации:

11. Кузьмин Ю. И., Коробков Г. А. Оценка тяжести речевых нарушений при заикании: метод. рекомендации. – Л., 1991. – 14 с.

Патентные документы:

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

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

14. А. с. 1007970 СССР, МПК3 В 25 J 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей типа валов / В. С. Ваулин, В. Г. Кемайкин (СССР). – № 3360585/25-08; заявл. 23.11.81; опубл. 30.03.83. Бюл. № 12. – 2 с.

Уважаемые коллеги! Редакция имеет право сокращать статьи.

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

При нарушении указанных правил редакция не принимает статьи к рассмотрению.

Контактный тел./факс редакции: 8(812) 316-29-32; e-mail: tulkin19@mail.ru; tulkin@pfco.ru