

I S S N 1810-4800



9 771810 480009

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)
И. А. Аникин (Санкт-Петербург)
В. Ф. Антонив (Москва)
Н. А. Арёфьева (Уфа)
М. Р. Богомильский (Москва)
А. Г. Волков (Ростов-на-Дону)
Т. И. Гаращенко (Москва)
Х. Ш. Давудов (Москва)
В. В. Дворянчиков (Санкт-Петербург)
В. И. Егоров (Москва)
А. С. Киселев (Санкт-Петербург)

В. Э. Кокорина (Хабаровск)
О. И. Коноплев (Санкт-Петербург)
В. И. Кочеровец (Москва)
В. И. Кошель (Ставрополь)
А. И. Крюков (Москва)
С. В. Лиленко (Санкт-Петербург)
Г. С. Мальцева (Санкт-Петербург)
И. И. Нажмудинов (Москва)
Я. А. Накатис (Санкт-Петербург)
Е. В. Осипенко (Москва)
В. Т. Пальчун (Москва)

А. В. Пашков (Москва)
А. Н. Пасинин (Санкт-Петербург)
Г. З. Пискунов (Москва)
В. М. Свистушкин (Москва)
А. В. Староха (Томск)
Ю. Е. Степанова (Санкт-Петербург)
Г. А. Таварткиладзе (Москва)
Э. А. Цветков (Санкт-Петербург)
А. В. Шахов (Нижний Новгород)
А. С. Юнусов (Москва)
С. В. Яблонский (Москва)

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)	Статьева 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)
Боронев 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)	Крещенковская 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)
Гилифанов 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)	Храппо 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. (Ниžний Новгород)
Дроздова М. В. (Санкт-Петербург)	Панин В. И. (Рязань)	Шахова Е. Г. (Волгоград)
Еловиков 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 03.10.2013 г.

Формат: 60×90¹/₈. Объем 20,5 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: 616.284-002.258+616.284.153.2]-089

ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПРИ ТУБОТИМПАНАЛЬНОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

И. А. Аникин¹, Т. А. Бокучава², Л. В. Полшкова³

PATHWAYS OF DISTRIBUTION CHOLESTEATOMA WITH TUBOTYMPANIC TYPE OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

I. A. Anikin, T. A. Bokuchava, L. V. Polshkova

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России
(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

² ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П. А. Баяндина»
(Главный врач – А. В. Голованов)

³ ООО «Клиника промышленной медицины», Оренбург
(Главный врач – С. М. Подлужный)

На основании анализа дооперационного исследования и опыта оперативных вмешательств у 631 пациента с туботимпанальной формой хронического гнойного среднего отита доказана возможность врастания эпидермиса со стороны наружного слухового прохода и остатков барабанной перепонки в барабанную полость с последующим развитием холестеатомы. Определены пути распространения холестеатомы при туботимпанальной форме хронического гнойного среднего отита в зависимости от локализации перфорации натянутой части барабанной перепонки. Выявлено, что холестеатомный процесс при туботимпанальной форме хронического гнойного среднего отита может распространяться за пределы мезогипотимпанума.

Ключевые слова: туботимпанальная форма хронического гнойного отита, холестеатома, перфорация натянутой части барабанной перепонки.

Библиография: 17 источников.

Based on the analysis of preoperative studies and the experience of surgical interventions in 631 patients with chronic suppurative otitis media tubotympanic type proved the possibility of growing the epidermis of the external auditory canal and tympanic membrane remains in the tympanic cavity and the subsequent development of cholesteatoma. The ways of sharing cholesteatoma at tubotympanic type of chronic suppurative otitis media in depending on the location perforation of the tympanic membrane in pars tensa. It was revealed that during the cholesteatoma process tubotympanic form of chronic suppurative otitis media may extend beyond mesohypotympanum.

Key words: tubotympanic type chronic suppurative otitis media, cholesteatoma, perforation of tympanic membrane in pars tensa.

Bibliography: 17 sources.

Более чем вековая история развития отохирургии, впечатляющие технические возможности современной отоларингологии тем не менее не позволяют окончательно решить проблему лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО). Глубокое изучение различных аспектов, на первый взгляд, давно известных заболеваний приводит к пересмотру сложившихся представлений. Так, мнение о том, что мезотимпанит (туботимпанальная форма хронического гнойного среднего отита) является клинически благоприятным вариантом заболевания, а тимпанопластика при этой форме отита представляет собой рутин-

ную операцию, все чаще подвергается сомнению [3, 4, 8, 9]. Причиной этого является увеличение числа клинически сложных случаев, классифицируемых как мезотимпанит на дооперационном этапе, а интраоперационные находки – врастание эпидермиса, холестеатома, кариес – позволяют говорить о признаках неблагоприятного, потенциально деструктивного процесса. Но если развитие холестеатомного процесса при эптитимпаните (аттикоантральной форме ХГСО) не подвергается сомнению, то вопрос о патогенезе холестеатомы при туботимпанальном хроническом отите остается открытым.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРАНИОПЛАСТИКИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПО ДАННЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (экспериментальное исследование)

Ш. М. Ахмедов¹, Е. З. Кочарян³, И. Т. Мухамедов¹, В. С. Корвяков¹, В. Д. Меланьин¹,
М. В. Лекишвили², И. Л. Жидков³, А. С. Зелянин³, В. В. Филиппов³, Н. В. Ситниченко³,
С. О. Ясаков³

CRANIOPLASTY EFFICIENCY WITH DIFFERENT GRAFTS BASED ON THE HISTOLOGICAL STUDIES (experimental study)

Sh. M. Akhmedov, E. Z. Kocharyan, I. T. Mukhamedov, V. S. Korvyakov, V. D. Melanyin,
M. V. Lekishvili, I. L. Jidkov, A. S. Zelyanin, V. V. Phyllyppov, N. V. Sitnichenko, S. O. Yasakov

¹ ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

² ФГБУ «Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова», Москва
(Директор – академик РАН и РАМН, проф. С. П. Миронов)

³ ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского» РАМН, Москва
(Директор – проф. С. Л. Дземешкевич)

В данной статье дана сравнительная характеристика гистологической картины приживления трансплантатов ауто-, алло- и синтетического происхождения при пластике костных дефектов черепа у кроликов в разные сроки наблюдения (15 суток, 1, 3 и 6 месяцев).

Ключевые слова: аутокани, аллоткани, «коллапан-д», пластика, кости черепа.

Библиография: 15 источников.

The article contains a comparative histological analysis of auto-, allo- and synthetic grafts engraftment in rabbits' skull bony defects in different time periods after the cranioplasty.

Key words: auto-, allo- and synthetic grafts, plastic, the skull.

Bibliography: 15 sources.

Хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита состоит из двух последовательных этапов: санлирующего и реконструктивного, выполняемых одномоментно либо с временным интервалом. В ходе первого этапа операции необходимо проведение полной ревизии полостей среднего уха с удалением всех патологически измененных тканей. Реконструктивный этап подразумевает восстановление стенок полостей среднего уха и его структур, удаленных на этапе санации или подвергшихся деструкции в результате хронического воспаления [2–4, 9, 14, 15].

С момента зарождения реконструктивной хирургии идет поиск безопасных и эффективных трансплантатов и имплантатов. Аутопластика является «золотым стандартом». Аутоматериалы обладают хорошей приживляемостью, поскольку при их применении отсутствуют иммунологические реакции «донор–реципиент». Кроме того, нет необходимости в стерилизации материала и гарантирована инфекционная безопасность. Однако, у аутоканей есть и отрицательные стороны:

– для взятия аутоматериала необходимо производить дополнительное операционное вмешательство, что сопряжено с возможными осложнениями и увеличением времени операции;

– дефицит аутоканей;

– использование лишь аутоканей, естественно, исключает создание банка тканей [5, 11–13].

У аллотрансплантатов нет вышеперечисленных отрицательных моментов, присущих аутоканям, поэтому они обладают некоторыми преимуществами перед ними:

– хирург не ограничен количеством пересаженного материала;

– при наличии банка тканей имеется возможность выбора алломатериала (аллокость, -хрящ, -фасция, твердая мозговая оболочка и др.) по плотности, жесткости и размеру в зависимости от требований к трансплантату в каждом конкретном случае;

– не требуется оперативное вмешательство для забора материала.

Однако, как и любой другой материал, аллотрансплантаты имеют свои недостатки:

– иммунологическая реакция организма реципиента на аллоимплантаты;

– риск заражения вирусными заболеваниями (ВИЧ, вирусные гепатиты), ставший в последнее время особенно актуальным.

Использование алломатериалов, заготовленных в банках тканей, где проводится тщательный



ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПОЛИПОЗНОЙ ТКАНИ И КОНЦЕНТРАЦИЕЙ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ В НОСОВОМ СЕКРЕТЕ

Е. В. Безрукова¹, Н. М. Хмельницкая²

DETECTION OF DEPENDENCE BETWEEN MORPHOLOGICAL TO CHANGES IN NASAL POLYPS AND CONCENTRATION OF SOME CYTOKINES IN A NASAL SECRET

E. V. Bezrukova, N. M. Khmel'nitskaya

ГОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург

¹ Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. А. Артюшкин

² Зав. каф. патологической анатомии – проф. Н. М. Аничин

Хронический полипозный риносинусит (ХПРС) – многофакторное, полиэтиологическое заболевание. Данное исследование проведено в целях определения концентраций цитокинов в носовом секрете больных хроническим полипозным риносинуситом и сопоставления результатов с особенностью морфологической структуры полипов. Обследовано 87 больных. Определены концентрации цитокинов: IL-1 β , IL-8, IL-1Ra, IFN- α в носовом секрете методом ИФА, гистологические препараты полипозной ткани изготавливались по стандартной методике. Гистологический анализ полипов позволил установить морфофункциональную зависимость между уровнем изучаемых цитокинов в носовом секрете и выраженностью инфильтрации полипозной ткани.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, цитокины, гистологическая структура.

Библиография: 11 источников.

The nasal polyps is heterogeneous disease shown by dysfunction of much organs and systems. This research is carried out for the purpose of determination of cytokines concentration in a nasal secret of patients by various forms of nasal polyps and comparisons of results of immunological research to feature of morphological structure of polyps. 87 patients with the various forms of nasal polyps are observed. Determination of concentration of cytokines is executed: IL-1 β , IL-8, IL-1Ra, IFN- α in a nasal secret by means of the IFA method, histologic preparations of nasal polyps were made by a standard technique. As a result of research it is possible to conclude that, progressing or decrease in growth rates of polypous tissue is accompanied by reliable change of concentration both pro-inflammatory, and anti-inflammatory cytokines.

Key words: nasal polyps, cytokines, histological structure.

Bibliography: 11 sources.

Хронический полипозный риносинусит представляет собой воспалительно-гиперпластическое заболевание, в этиологии которого может принимать участие множество факторов, такие как наличие вирусной или бактериальной инфекции, экзогенные и эндогенные аллергены, нарушение архитектоники внутриносовых структур, дисфункции эндокринной, нервной, иммунной систем и другие, роль которых до конца не определена [5, 6, 10].

Механизмы образования носовых полипов остаются неясными и являются предметом широкого обсуждения. Известно, что в патогенезе хронического полипозного риносинусита (ХПРС) имеет значение вялотекущее воспаление в полости носа и придаточных пазухах, приводящее к изменению антигенной структуры слизистой оболочки на фоне сниженной местной иммунологической реактивности организма, изменений свойств белков базальной мембраны, вазодилатации, эксудации, инфильтрации стромы иммунокомпен-

сированными клетками, концентраций биологически активных веществ, таких как интерлейкины, лейкотриены и многие другие [1, 3, 4, 8].

По данным литературы гистологическая структура полипа может быть представлена как респираторным эпителием, отличительной особенностью которого является гипертрофия ресничек, так и метаплазированным – многослойным плоским, десквамированным эпителием, расположенным на утолщенной базальной мембране, строма полипа отечна, с небольшим количеством желез и сосудов и практически с отсутствием нервных волокон [2, 3]. Большинство полипов с гистологической точки зрения характеризуется эозинофильной инфильтрацией, причинами которой являются либо повышенная миграция эозинофилов, либо удлинение срока их жизни в тканях, либо комбинация двух этих факторов [4]. Но возникновение, рост и, возможно, особенности морфологического строения полипозной ткани зависят от состояния многих систем орга-



УДК:616.211-002:613.84

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛОТКИ В ПЕРИОД РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Е. А. Гилицанов¹, В. А. Невзорова¹, Л. Б. Ардеева¹, В. А. Кудрявцева², Т. В. Тилик¹,
Е. В. Самойленко³, Е. Ю. Минакова³, С. В. Климов³, Д. В. Павлуш¹

PARAMETRES OF THE FUNCTIONAL STATUS OF THE NASAL CAVITY, PARANASAL SINUSES AND PHARYNX IN REMISSION AT PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

E. A. Gilifanov, V. A. Nevzorova, L. B. Ardeeva, V. A. Kudravcheva, T. V. Tilic, E. V. Samoilenko,
E. U. Minacova, S. V. Klimov, D. V. Pavlush

¹ ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»,
г. Владивосток

(Ректор – проф. В. Б. Шуматов)

² КГБУЗ «Владивостокский клиничко-диагностический центр»
(Главный врач – Н. Н. Дербасова)

³ КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1»
(Главный врач – С. В. Лебедев)

В публикации рассматриваются вопросы функционального состояния полости носа, околоносовых пазух и глотки у пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких 2–3-й стадии в период ремиссии.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, слизистая оболочка полости носа, околоносовые пазухи, глотка, миндалина.

Библиография: 33 источника.

The publication addresses the functional status of the nasal cavity and pharynx in patients with chronic obstructive pulmonary disease stage 2–3 in remission.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, nasal mucosa, paranasal sinuses, pharynx, tonsils.

Bibliography: 33 sources.

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является глобальной медицинской и социальной проблемой, в некоторых странах мира распространенность ХОБЛ может достигать 20%, став одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в современном обществе. Обострение ХОБЛ является одним из самых частых обстоятельств обращения к врачу за неотложной помощью, более быстрому прогрессированию заболевания, наступлению инвалидности, финансовых затрат [1, 8]. Одной из причин, влияющих на частоту обострения, может являться состояние верхних дыхательных путей, исследование которых актуально не только в период обострения, но и в стадии ремиссии ХОБЛ.

Цель исследования. Изучение функционального состояния ЛОР-органов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких 2–3-й стадии в период ремиссии.

Пациенты и методы исследования. Изучение состояния ЛОР-органов проведено пациентам с диагнозом: «Хроническая обструктивная болезнь легких 2–3-й степени. Стадия ремиссии», которые вошли в основную группу. В возрастном

аспекте больные представлены следующим образом: 40 лиц мужского пола, 9 – женского, в возрасте от 51 до 65 лет (средний возраст составил $58,1 \pm 4,6$ года). 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. Обе группы пациентов включены в исследование добровольно, на основе информированного согласия, и направлены в клинику ЛОР-болезней Тихоокеанского ГМУ из Владивостокского клиничко-диагностического центра.

Исследование включало в себя: стандартный осмотр, определение времени мукоцилиарного транспорта, эндоскопический осмотр полости носа, носоглотки, переднюю активную риноманометрию, ольфактометрическое исследование, компьютерную томографию (КТ) полости носа и околоносовых пазух, эндоскопическое обследование носо- и гортаноглотки.

Индекс курения (число пачко-лет) рассчитывался как число выкуренных в день сигарет, умноженное на стаж курения в годах, поделенное



УДК: 616.284-007-089

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МАЛЬФОРМАЦИЙ СРЕДНЕГО УХА

Х. М. Диаб, И. А. Аникин, Д. С. Кондратчиков, Н. Н. Хамгушкеева

PECULIARITIES OF THE SURGICAL TECHNIQUE IN CASES WITH MALFORMED MIDDLE EAR

H. M. Diab, I. A. Anikin, D. S. Kondratchikov, N. N. Khamgushkeeva

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

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

Высокая частота встречаемости аномалий развития среднего уха, разнообразие их проявления в клинической практике, а также наметившаяся в последнее время тенденция к расширению показаний к хирургическому лечению пациентов с пороками развития уха делает актуальным вопрос об усовершенствовании имеющихся и внедрении новых хирургических методик.

Ключевые слова: лицевой нерв, электромиография (ЭМГ), интраоперационный мониторинг, среднее ухо, изолированные аномалии развития среднего уха, хирургическое лечение.

Библиография: 19 источников.

The high incidence of malformation of the middle ear, the variation of their manifestations in clinical practice, as well as some recent tendency to expand the indications for surgical treatment of patients with malformations of the ear makes the question about the improvement of existing and the introduction of new surgical techniques.

Key words: facial nerve, electromyography (EMG), intraoperative monitoring, middle ear, isolated malformation of the middle ear, surgical treatment.

Bibliography: 19 sources.

Врожденная аномалия развития органа слуха, сопровождающаяся нарушением функции слуха, является довольно тяжелой патологией, поскольку приводит к нарушению речи и инвалидизации пациента. Частота встречаемости врожденных пороков развития уха, по данным литературы, составляет от 1:10 000 до 1:20 000 новорожденных [9–12, 15, 17, 19].

По данным Л. А. Бухман и С. М. Ильмер, врожденные мальформации уха встречаются у 27,7% детей с тугоухостью [3].

Аномалии развития могут затрагивать наружное, среднее или внутреннее ухо, а иногда встречаются и в комбинации. Пороки развития наружного и среднего уха в 70–90% являются односторонними и чаще затрагивают правую сторону – 58–61% [2, 15, 16, 18].

Пороки развития среднего уха при наличии нормальных ушной раковины и наружного слухового прохода и отсутствии изменений со стороны анатомии внутреннего уха, по данным компьютерной томографии, называются изолированными аномалиями среднего уха. S. Kosling et al. [13] описывают три группы изолированных аномалий среднего уха:

– I степень: незначительные пороки, при которых нормальная конфигурация барабанной полости сопровождается дисплазией слуховых косточек;

– II степень: умеренные пороки, при которых обнаруживается гипоплазия барабанной полости наряду с рудиментарностью или аплазией слуховых косточек;

– III степень: тяжелые пороки, которые включают в себя апластичную или щелевидную барабанную полость.

Патология слуха, обусловленная изолированными врожденными мальформациями среднего уха, выявляется у 1–6% населения (Suzuki M., Kanebayashi H., Kawano A., 2008) [14] и составляет до 22% от всех аномалий развития ЛОР-органов (Jackler R. K., De La Cruz A., 1989) [8]. В клинической картине особенностью пациентов с изолированными аномалиями среднего уха является снижение слуха с раннего детства, которое, в отличие от пациентов с другими заболеваниями среднего уха (например, отосклерозом), с возрастом не прогрессирует [4].

Сложность диагностики, отсутствие единой тактики оперативного лечения, высокая вероятность получения осложнений при хирургическом лечении (к примеру, парез или паралич лицевого нерва вследствие его атипичного расположения, по данным Y. F. Swartz, развивается в 10% случаев [15]) – все это оставляет актуальным вопрос о показаниях и противопоказаниях, прогнозировании результатов операции и разработках новых способов хирургической тактики.



УДК: 616.21/.22; 616.28

ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РОНХОПАТИИ**Л. Н. Елизарова, В. И. Гринчук****ON THE ETIOLOGY AND PREVENTION RONHOPATII****L. N. Elizarova, V. I. Grinchuk**

*ФУВ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва
(Зав. каф. оториноларингологии ФУВ – проф. Н. А. Дайхес)*

Многолетнее клиническое наблюдение, включающее анализ анамнестических сведений о состоянии здоровья больных ронхопатией с детства и до момента обращения в клинику, позволило установить тот факт, что заболевание ронхопатией закладывается задолго до того, когда больной становится объектом медицинского внимания как хронически храпящий.

В период от 3–4 до 14–15 лет происходит «сосредоточивание» местных закономерных патологических процессов в проксимальном отделе воздухопроводящего пути в виде хронических инфекционно-воспалительных заболеваний, последовательно развивающихся в структурах лимфоэпителиального глоточного кольца, в полостях носа глотки и рта, протекающих с объемным увеличением пораженных тканей и органов, формирующих стенки воздухопроводящего пути, что нарушает аэродинамику воздушного потока.

Вышеизложенное представление об этиологии ронхопатии предопределяет характер профилактических мероприятий: радикальную санацию гипертрофического аденоидита – в возрасте 3–5 лет, гипертрофического тонзиллита – в возрасте 8–12 лет, хирургическую коррекцию деформации носовой перегородки – в возрасте 17–19 лет.

Ключевые слова: ронхопатия, этиология, лимфоэпителиальное глоточное кольцо орофарингеальная инфекция, неадекватная микробная инвазия, профилактические мероприятия, патологический храп, обструктивное апноэ.

Библиография: 3 источника.

Many years of clinical follow-up, which includes analysis of anamnestic data on the health status of patients ronhopathey from childhood to the moment of treatment in the clinic, and established the fact that the disease ronhopathey laid long before the patient becomes the object of medical attention for chronic snoring. In the period from 3–4 to 14–15 years is «consolidating interest» of local law-governed pathological processes in the proximal part of the air-conducting paths in the form of chronic infectious and inflammatory diseases, consistently developing the structures limfoepitelialnogo pharyngeal ring in the nose and mouth, pharynx, occurring with volume increase in the affected tissues and organs that form the walls of air-conducting paths, which violates the aerodynamics of the airflow. Foregoing understanding of the etiology ronhopatii determines the nature of preventive measures: a radical reorganization of hypertrophic adenoiditis aged 3–5 years, hypertrophic tonsillitis – at the age of 8–12 years, surgical correction of deformation of the nasal septum – at the age of 17–19 years.

Key words: ronhopatiya, etiology, limfoepitelialnogo pharyngeal ring oropharyngeal infection, inadequate microbial infestation, preventive measures, pathological snoring, obstructive sleep apnea.

Bibliography: 3 sources.

Великий патолог XIX века И. В. Давыдовский писал: «В центре современной медицины должны стоять болезни, т. е. обрисовавшиеся нозологические формы. Будущее медицины заключается не столько в лечении индивидуальных больных, сколько именно в лечении, т. е. в профилактике и ликвидации болезней» [1].

Наш многолетний клинический опыт обследования и лечения хронически храпящих лиц позволяет рассматривать ронхопатию как самостоятельную нозологическую форму заболевания, проявляющуюся сочетанной обструкцией начального отдела дыхательного тракта и хронической дыхательной недостаточностью, приводящей к синдромальным сдвигам в организме компенсированного и декомпенсированного ге-

неза. Таким образом, в данном случае понятие о болезни связано с этиологией.

Комплексное клиническое обследование и многолетнее наблюдение, включающее анализ анамнестических сведений о состоянии качества жизни и о состоянии ЛОР-органов у 80 больных с ронхопатией за период от раннего детства и до момента обращения в клинику (средний возраст обратившихся больных составил $43,8 \pm 1,9$ года), позволили нам выделить в течении ронхопатии три периода:

- начальный;
- собственно период болезни (или полное развитие клинической картины);
- период осложнений.

За основу осложнений ронхопатии мы взяли грубое нарушение дыхания – апноэ. Наши дан-



УДК: 616.21/.22; 616.28

ВЛИЯНИЕ ОБСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОСТИ НОСА НА АЭРОДИНАМИКУ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ РОНХОПАТИЕЙ

Л. Н. Елизарова, В. И. Гринчук

INFLUENCE OF OBSTRUCTIVE CHANGES IN THE NASAL CAVITY ON THE AERODYNAMICS OF RESPIRATION IN PATIENTS RONHOPATIEY

L. N. Elizarova, V. I. Grinchuk

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России», Москва
(Зав. каф. оториноларингологии ФУВ – проф. Н. А. Дайхес)

Клиническое исследование состояния верхних дыхательных путей у всех больных ронхопатией (100%) выявило прогрессирующую патологию полости носа, которая включала аномалию носовой перегородки, воспаление инфекционного генеза со структурной гипертрофией слизистой оболочки латеральной стенки носа. Установлено, что выявленная патология у больных ронхопатией имеет обструктивный характер и обуславливает формирование узких мест в носовых ходах, что ведет к увеличению сопротивления воздушному потоку, способствуя изменению всех аэродинамических показателей и направления воздушного потока. В свою очередь, нарушение аэродинамики дыхания в полости носа становится фактором, затрудняющим осуществление необходимого объема внешнего дыхания, что приводит к переходу на ротовой тип. Все эти аэродинамические изменения дыхания в верхних дыхательных путях со временем прогрессируют и усугубляют патологию в газотранспортных системах организма человека.

Ключевые слова: патологический храп, синдром обструктивного апноэ, ронхопатия.

Библиография: 3 источника.

A clinical study of the state of the upper respiratory tract in all patients ronhopatiey (100%) showed progression of the pathology in the nasal cavity, which included an anomaly nasal septum, inflammation of infectious origin with structural hypertrophy of the mucous membrane of the lateral wall of the nose. Found that patients identified pathology ronhopatiey has obstructive nature and causes formation of bottlenecks in the nasal passages, leading to an increase in resistance to air flow, facilitating a change of aerodynamic performance and air flow direction. In turn, a violation of the aerodynamics of respiration in the nose becomes a factor that complicates the implementation of necessary volume of lung, which leads to the transition to the oral type. All of these aerodynamic changes in the upper respiratory airways eventually progress and exacerbate the pathology in gas transmission systems of the human body.

Key words: pathological snoring, obstructive sleep apnea, ronhopatiya.

Bibliography: 3 sources.

Основным патофизиологическим механизмом развития ронхопатии является сочетанная прогрессирующая обструкция верхних дыхательных путей, приводящая к нарушению аэродинамики в воздухоносных путях, развитию дыхательной недостаточности, которая на первых этапах компенсируется системами организма, а затем наступает декомпенсация и формируются такие тяжелые изменения, как синдром обструктивного апноэ сна, артериальная гипертензия, ожирение, легочная гипертензия с дальнейшим развитием легочного сердца и др.

Пациенты и методы. Для изучения анатомического и функционального состояний верхних дыхательных путей у больных ронхопатией было проведено клиническое исследование, которое включало сбор жалоб, анамнеза, осмотр ЛОР-органов с использованием эндоскопии и риноманометрии. Было набрано две группы пациентов: основная и контрольная. Основная группа включала 80 больных ронхопатией, которые были разделены на подгруппы в зависимости от

тяжести заболевания: Б1 – легкая (8), Б2 – средняя (40) и Б3 – тяжелая (32) формы. В основную группу были включены лица, которые жаловались на громкий храп во время ночного сна, плохой сон, задержку дыхания во сне, дневную сонливость. Контрольная группа состояла из 24 человек, не страдающих храпом во время сна и не имеющих патологии со стороны верхних дыхательных путей. Кроме этого, лица контрольной группы отбирались в соответствии с возрастом и полом пациентов основной группы.

Тщательный и целенаправленный анализ собранного анамнеза у больных ронхопатией показал, что у подавляющего большинства пациентов в детском и отроческом возрастах имели место частые простудные заболевания, ОРВИ, повторяющиеся ангины, периодические затруднения носового дыхания, аденоидиты, у 5% лиц проводились аденотомии. Данная анамнестическая картина позволила сделать предположение о перенесенной воспалительной патологии со стороны лимфоэпителиального глоточного коль-



УДК 616.216-006.5-036.2(470.45)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА В ВОЛГОГРАДСКОМ РЕГИОНЕ

В. А. Зайцев, Е. Г. Шахова, Е. В. Пелих

EPIDEMIOLOGY OF CHRONIC POLYPOUS RHINOSINUSITIS IN VOLGOGRAD REGION OF RUSSIA

V. A. Zaytsev, E. G. Shakhova, E. V. Pelikh

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
(Ректор – академик РАМН, проф. В.И. Петров)

В статье приведены результаты ретроспективного исследования медицинских карт 1157 пациентов с диагнозом хронический полипозный риносинусит. Изучены региональные особенности распространенности полипозного риносинусита. Установлена корреляционная связь с концентрацией аэрополлютантов (пыли, оксида азота II). Выявлены особенности распространения морфологических форм полипов в зависимости от экологической обстановки территорий.

Ключевые слова: полипы, эпидемиология, пыль, оксид азота (II), морфологические формы.

Библиография: 4 источника.

The article present a retrospective review of medical records of 1157 patients with a history of chronic polypous rhinosinusitis. Geographic distribution of polypous rhinosinusitis as well as the relationship between annual average nitrogen oxide (II) concentration and dust levels in the air have been studied. It has been established that geographic distribution of certain types of polyps varies depending upon environmental conditions.

Key words: nasal polyps, epidemiology, dust, nitrogen oxide (II), morphological forms.

Bibliography: 4 sources.

Хронический полипозный риносинусит (ХПРС) – хроническое заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, которое характеризуется образованием и рецидивирующим ростом полипов, снижением качества жизни пациентов.

ХПРС характеризуется наличием синдрома назальной обструкции, гипосмии и (или) аносмии, слизистыми выделениями из носа, нарушением ликворообращения в полости черепа и связанным с этим ослаблением внимания и памяти. Эти клинические симптомы достоверно снижают качество жизни пациентов, их работоспособность, увеличивают заболеваемость острыми респираторными инфекциями [3, 4].

При лечении пациентов с ХПРС применяются хирургические и консервативные методы. В целях восстановления носового дыхания выполняется полипотомия. При необходимости вскрывают пораженные патологическим процессом околоносовые пазухи.

Для консервативного лечения в послеоперационном периоде в настоящее время широко применяются назальные топические глюкокортикостероиды, длительная терапия 15-членными макролидами, элиминационная терапия солевыми растворами [1, 2].

Сведений о структуре заболеваемости ХПРС в отдельно взятых регионах России, корреляции распределения морфологических форм полипов в муниципальных районах региона и среднегодовой концентрации факторов загрязнения атмос-

ферного воздуха в доступной литературе нами не обнаружено.

Цель исследования. Изучить эпидемиологию ХПРС в Волгоградском регионе и ее корреляцию с концентрацией основных аэрополлютантов.

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное исследование 1626 пациентов от 14 до 87 лет, оперированных по поводу ХПРС за последние 5 лет (2008–2012 гг.) в стационарах Волгоградской области. Из них 1157 человек (73,8%) проживают в Волгограде, 469 человек (26,2%) – в районах Волгоградской области. Распределение пациентов с ХПРС по муниципальным районам Волгограда и Волгоградской области указано в табл. 1.

Учитывая преобладание населения Волгограда в структуре заболеваемости ХПРС, мы провели анализ эпидемиологии данной патологии. Сформировано восемь групп. Критерий отбора пациентов в группы – постоянное место жительства.

В первую группу вошли 181 человек – жители Красноармейского района Волгограда. Среди них было 111 (61,3%) мужчин и 70 (38,7%) женщин. Средний возраст в группе составил $53,2 \pm 2,2$ года. Распределение по морфологической классификации: отечные полипы – 15 (8,3%), фиброзные полипы – 0 (%), фиброзно-отечные полипы – 166 (91,7%).

Вторую группу составили 114 человек – жители Кировского района Волгограда. Среди них было 63 (55,3%) мужчины и 51 (44,7%) женщина.



3. Шахова Е. Г., Бакумова О. Р. Острые воспалительные заболевания глотки и околоносовых пазух у детей. Учеб.-метод. пособие для системы последипломного образования по оториноларингологии. – Волгоград, 2011. – 57с.
4. Эпидемиология полипозных риносинуситов / А. А. Ланцов [и др.]. – СПб.: РИА-АМИ, 1999. – 96 с.

Зайцев Вадим Александрович – ассистент каф. оториноларингологии Волгоградского ГМУ. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-905-063-74-86, e-mail: ent-volgograd@yandex.ru

Шахова Евгения Георгиевна – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Волгоградского ГМУ. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-903-375-18-65, e-mail: shahova-lor@yandex.ru

Пелих Елена Владимировна – ассистент каф. оториноларингологии Волгоградского ГМУ. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-961-068-58-59, e-mail: pelikh-e@yandex.ru

УДК 616.216-002-073-089

КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

С. А. Карпищенко, А. А. Зубарева, М. А. Шавгулидзе

CLINICAL-RAY CHARACTERIZATION OF DIFFERENT CLINICAL FORMS OF CHRONIC POLYPOID RHINOSINUSITIS

S. A. Karpischenko, A. A. Zubareva, M. A. Shavgulidze

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

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

Хронический полипозный риносинусит остается актуальной проблемой оториноларингологии. Дифференцировка хронического полипозного риносинусита с использованием цифровой объемной томографии на четыре группы: воспалительная, аллергическая, одонтогенная и смешанная, а также разработка их клинико-лучевых критериев позволяют утвердиться в выборе методов лечения.

Ключевые слова: цифровая объемная томография, воспалительные, аллергические, одонтогенные и смешанные синуситы.

Библиография: 2 источника.

Polypoid chronic rhinosinusitis is an urgent problem of Otorhinolaryngology. Differentiation of chronic polypoid rhinosinusitis using digital volume tomography in four groups: inflammatory, allergic, and odontogenic mixed, and the development of clinical-ray criteria can establish itself in the choice of treatment.

Key words: digital volume tomography, inflammatory, allergic and odontogenic mixed polypoid rhinosinusitis.

Bibliography: 2 sources.

Полипозные риносинуситы являются одними из наиболее распространенных хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух и составляют до 32% в общей структуре ЛОР-заболеваемости. В общей популяции распространенность полипов полости носа составляет 4%. Среди больных бронхиальной астмой этот показатель достигает 7–15%, а у лиц с непереносимостью нестероидных противовоспалительных средств – 36–60% [1]. Диагностика и лечение хронического полипозного риносинусита остаются сложными клиническими проблемами.

Значительны дифференциально-диагностические трудности в оценке характера и распространенности полипозного процесса в околоносовых пазухах и полости носа и выяснении его причин (воспалительный, аллергический, одонтогенный, смешанный) [2]. Остается не разработанной лучевая симптоматика (качественный и количественный денситометрический анализ) воспалительной, аллергической, одонтогенной и смешанной форм хронического полипозного риносинусита. Значение методов лучевой диагностики для консервативного и хирургического лечения больных



Карпищенко Сергей Анатольевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: 8-812-499-70-19

Зубарева Анна Анатольевна – ассистент каф. оториноларингологии ПСПбГМУ ГБОУВПО им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: 8-921-322-83-53, e-mail: a.zubareva@bk.ru

Шавгулидзе Марина Анатольевна – ассистент каф. оториноларингологии ПСПбГМУ ГБОУВПО им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: 8-911-224-96-55, e-mail: soikomedplus@mail.ru

УДК: 616.22-007.271:615.211

ДОСТИЖЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ГОРТАНИ

С. А. Карпищенко¹, Л. В. Колотилов², М. А. Рябова¹, В. Е. Павлов¹

CONCEPT OF ANESTHETIC SAFETY ACHIEVEMENT DURING ENDOSCOPIC SURGERY OF THE LARYNX

S. A. Karpischenko, L. V. Kolotilov, M. A. Ryabova, V. E. Pavlov

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

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

² ГБОУ ВПО «Северно-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
(Зав. каф. анестезиологии и реаниматологии и интенсивной терапии – проф. В. А. Глуценко)

В статье представлена концепция достижения безопасности анестезиологического обеспечения эндоскопических операций на гортани. Основой концепции является целенаправленный выбор метода струйной вентиляции и способа введения инсуффляционного катетера в зависимости от характера патологического образования, его локализации, распространенности и вида эндоларингеального вмешательства. Безопасность выполнения эндоларингеальных вмешательств обеспечивается эффективным взаимодействием оториноларинголога и анестезиолога на всех этапах лечебно-диагностического процесса, включающего предоперационное обследование больного и координацию действий в периоперационном периоде. Практическая реализация концепции позволила резко снизить количество осложнений при использовании струйных методов вентиляции.

Ключевые слова: струйная вентиляция легких, эндоскопическая хирургия гортани, осложнения, безопасность.

Библиография: 14 источников.

The article presents the concept of the achievement of anesthesiological safety during endoscopic operations on the larynx. The base of concept is the goal-directed selection of jet ventilation technique and the insertion of insufflation catheter as consistent with the nature of pathological object, its localization, extension and kind of endolaryngeal operation. Safety of the fulfillment of endoscopic laryngeal operations is ensured by the effective cooperation of otorhinolaryngologist and anesthesiologist at all stages of the diagnostic and surgical treating process, which includes the preoperative patient examination and coordination of actions during the perioperative period. The practical realization of concept made it possible to reduce sharply the quantity of complications with the use of jet ventilation methods.

Key words: jet ventilation of lungs, endolaryngeal surgery, complications, safety.

Bibliography: 14 sources.

Основной особенностью эндоларингеальных операций является работа оториноларинголога и анестезиолога в одной анатомической зоне, что требует четкого взаимодействия и понимания общих задач [7, 9, 13]. Выполнение данного вида вмешательств невозможно при использовании

стандартного анестезиологического оборудования и инструментария, так как эндотрахеальные трубки и катетеры, расположенные в просвете голосовой щели, ухудшают, а иногда исключают возможность выполнения эндоларингеальных вмешательств [9]. Много ограничений и анесте-



УДК : 616. 285-001. 4-089. 44

ПЛАСТИКА БИОТРАНСПЛАНТАТОМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

С. М. Карькаева, Р. А. Забиров

PLASTIC REPAIR OF POSTTRAUMATIC BREAKING OF DRUM MEMBRANE WITH THE HELP OF BIO-TRANSPLANT

S. M. Karkayeva, R. A. Zabirov

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России**(Ректор – засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)**ГБУЗ «Городская клиническая больница № 36», Москва**(Главный врач – проф. А. Е. Митичкин)*

В работе представлены данные о пластике посттравматического разрыва барабанной перепонки новым биопластическим материалом. Анализ результатов исследования свидетельствует об эффективности использования биотрансплантата при пластике дефектов тимпанальной мембраны.

Ключевые слова: биопластический материал, разрыв барабанной перепонки, пластика посттравматических дефектов тимпанальной мембраны.

Библиография: 4 источника.

This work represents the data on plastic repair of posttraumatic breaking of drum membrane with the help of bio-transplant. The analysis of research results confirms that usage of bio-transplant is very effective in case of plastic repair of tympanic membrane defects.

Key words: bio-plastic material, breaking of drum membrane, plastic repair of posttraumatic defects of tympanic membrane.

Bibliography: 4 resources.

До настоящего времени в тактике ведения и лечения больных с посттравматическими разрывами барабанной перепонки нет единства взглядов: имеются сторонники традиционной выжидательной тактики и представители активной тактики ведения данных пациентов с выполнением хирургических вмешательств по восстановлению целостности тимпанальной мембраны [1–4].

При определении тактики лечения больных с повреждениями тимпанальной мембраны мы рассматриваем их как пациентов, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи, и принимаем все меры по раннему восстановлению целостности барабанной перепонки. Для этой цели используется биопластический материал. В ЛОР-клинике всегда имеется банк трансплантата, который можно использовать при необходимости в любое время суток для пластики посттравматических дефектов тимпанальной мембраны.

Биопластический материал представляет собой полимер, изготовленный методом фотохимической сшивки макромолекул в гидрогеле на основе нативной, химически не модифицированной гиалуроновой кислоты. Внешне он имеет вид тонкой, эластичной пленки белесоватого цвета с гладкой поверхностью, толщиной 0,5 мм, длиной 150 мм и шириной 100 мм.

Пленка легко сгибается, она может изменять форму и в то же время сохранять приданное положение и форму. Биотрансплантат легко прока-

ливается иглой, режется скальпелем и ножницами, из него отохирург может выкраивать лоскуты любых размеров и формы в зависимости от клинических потребностей при пластике дефектов барабанной перепонки.

Положительные свойства биопластического материала облегчают работу отохирурга при пластике дефектов тимпанальной мембраны. Хирург через прозрачную пленку биопластика четко видит края перфорации барабанной перепонки и поэтому может легко корректировать положение трансплантата на подготовленном ложе и придать ему оптимальную локализацию. Наряду с этим при контакте с кровью биопластический материал не набухает, объем его не увеличивается, что создает особые благоприятные условия при укладке его на дефект барабанной перепонки в передних отделах pars tensa и особенно в случаях, когда имеется узкий передний меатотимпанальный угол. После укладки биотрансплантата на дефект барабанной перепонки, благодаря свойству его адгезии к подлежащим тканям, он тесно связывается с тканями подготовленного ложе и приданное отохирургом оптимальное положение трансплантата в ране не меняется, поэтому практически отпадает необходимость введения мирингопластического тампона в наружный слуховой проход для его фиксации.

Важное клиническое значение имеет свойство биотрансплантата оказывать губительное действие на бактерии.



УДК 616.21-036-057:612.017.1

АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СЕНСИБИЛИЗАТОРОВ

В. В. Косарев¹, Н. В. Еремина², Н. Е. Лаврентьева¹, М. Н. Попов²

UPPER AIRWAY ALLERGIC PATHOLOGY CAUSED BY OCCUPATIONAL SENSIBILIZATORS

V. V. Kosarev, N. V. Eremina, N. E. Lavrentyeva, M. N. Popov

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России*¹ Зав. каф. профессиональных болезней и клинической фармакологии – засл. деятель науки РФ,
проф. В. В. Косарев² Зав. каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова –
канд. мед. наук, доцент А. П. Мирошниченко

В производственных условиях ингаляционный путь поступления профессиональных сенсibilизаторов является основным, что способствует нарушению барьерных функций слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Контакт специфических агентов со слизистой оболочкой вызывает аллергическое воспаление, сопровождающееся повышением сосудистой проницаемости, отеком и эозинофильной инфильтрацией ткани. Немаловажное значение для развития аллергических заболеваний полости носа, глотки и гортани имеют и неспецифические факторы воздействия, в частности микроклиматические условия, способствующие проникновению промышленных сенсibilизаторов в организм.

Ключевые слова: верхние дыхательные пути, промышленные сенсibilизаторы, профессиональные респираторные аллергические заболевания.

Библиография: 7 источников.

Inhalation route is the main way of occupational sensibilizers penetration into organism in a working environment, it leads to damage of barrier function of upper airway mucous membrane. Contact between specific agents and mucus membrane leads to allergic inflammation, accompanied by vascular penetration elevation, edema and eosinophilic infiltration of tissue. Nonspecific factors in particular microclimatic environment contribute to penetration of specific agents into organism, such factors have an impact on the progression of allergic disease of nasal and pharyngeal cavities.

Key words: upper airways, industrial sensitizers, professional respiratory allergic diseases.

Bibliography: 7 sources.

Уровень современной промышленности приводит к усложнению структуры профессиональных сенсibilизаторов, появлению новых гаптенных, комплексному воздействию на организм рабочих нескольких видов специфических агентов производственной среды [1]. Число промышленных сенсibilизаторов, к которым относятся природные и искусственные химические вещества и соединения, органические продукты и биологические субстанции, с которыми имеет контакт значительный контингент лиц в самых различных отраслях народного хозяйства, в настоящее время крайне велико и постоянно возрастает за счет синтеза новых химических агентов и внедрения новых технологических процессов [3].

Заболевания верхних дыхательных путей (ВДП), обусловленные воздействием производственных сенсibilизаторов, составляют значительную долю в структуре профессиональной патологии [2]. У рабочих некоторых профессиональных групп (маляры, прессовщики пластмасс, аппаратчики химико-фармацевтических производств) частота этих заболеваний составляет от 16 до 28% [4, 6].

Среди заболеваний верхних дыхательных путей приоритет следует отдать риниту, так как слизистая оболочка носа является первым барьером для широкого круга макроэкологических факторов. Длительность работы влияет на распространенность поражения – сначала развивается хронический ринит, затем хронический фарингит и ларингит. У стажированных работников наиболее часто наблюдается комбинированное поражение слизистой оболочки носа, глотки и гортани [7].

При прерывании контакта с производственными сенсibilизаторами, особенно в начальные периоды развития профессиональных аллергических заболеваний, может наблюдаться обратное развитие патологии и, наоборот, при продолжении воздействия промышленных аллергенов наблюдается прогрессирование патологического процесса [2, 5].

Немаловажное значение для развития аллергических заболеваний полости носа, глотки и гортани имеют и неспецифические факторы воздействия, в частности микроклиматические условия, способствующие проникновению аллергена



УДК: 616.28-072:616.283.2

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО И ЦЕНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛОВ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОСА

Л. А. Лазарева, Е. В. Байкина, Ю. В. Лазарева

A COMPLEX EVALUATION OF PERIPHERAL AND CENTRAL COMPONENTS OF THE HEARING ORGAN IN PATIENTS WITH CHRONIC FUNCTIONAL AND ORGANIC VOICE PATHOLOGY

L. A. Lazareva, E. V. Baykina, U. V. Lazareva

ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар
(Зав. каф. ЛОР-болезней – проф. Ф. В. Семенов)

Проведена комплексная оценка периферического и центрального отделов слухового анализатора по данным тональной аудиометрии в расширенном диапазоне частот – 125–16 000 Гц, вызванной отоакустической эмиссии и вызванных стволового мозга потенциалов. Выявлено наличие взаимосвязи патологических процессов в голосообразующем аппарате и слуховом анализаторе. Наиболее информативными на раннем этапе формирования нарушений слуховой функции у больных с изменениями в голосообразующем аппарате стали исследование порогов восприятия в зоне высоких частот (10–16 кГц) и регистрация ЗВОАЭ. Исследование коротко- и длиннотентных слуховых вызванных потенциалов мозга у больных с органическим и функциональным нарушением голосовой функции выявило изменения как в стволовом мозге, так и в корковых структурах. Продemonстрировано, что более выраженные изменения в звуковоспринимающем анализаторе имеют место у больных с органической природой нарушения голосообразующего аппарата.

Ключевые слова: функциональные и органические нарушения голосовой функции, методы исследования слуха.

Библиография: 12 источников.

A complex evaluation of peripheral and central components of the hearing organ was performed using tone audiometry in an extended range of 125–16 000 Hz, evoked otoacoustic emission, and evoked brain stem potentials. We demonstrated a correlation of pathological processes in a voice producing system and in a hearing organ. The most informative data in the early period of hearing deterioration in patients with vocal pathology were the hearing thresholds in high frequencies range (10–16 KHz) and registration of EOAЕ. The examination of short- and long-latency evoked brain stem potentials in patients with functional and organic voice dysfunction revealed changes in the brain stem structures, as well as in the cortex. It was demonstrated that more pronounced changes in the hearing organ can be found in patients with organic nature of voice deterioration.

Key words: functional and organic voice dysfunction, methods of examination of hearing.

Bibliography: 12 sources.

Звуковосприятие и звукообразование в организме человека принято рассматривать в полной взаимосвязи и взаимодействии общей сигнальной системы [7, 8]. Близкая расположенность центральных анализаторов слухового и звукообразующего звена в продолговатом мозге [7] и коре дает основание предполагать их тесное функционирование как в физиологических процессах, так и при патологии. При помощи слуха человек контролирует свой голос с точки зрения его силы, высоты, тембровой окраски. Должный слуховой контроль обеспечивает полноценное развитие голосовой функции [4].

Как известно, в речевой патологии различают органические расстройства (нарушено анатомическое строение коры мозга или периферических органов речи) и функциональные (нарушена только деятельность при сохранности анатомической структуры коры мозга и периферических ор-

ганов речи) [11]. Эти нарушения в большинстве случаев развиваются у больного в момент сформированной речи, но наличие взаимосвязи голосообразующей и слуховой систем позволяет предполагать формирование изменений в последней. В этом аспекте нами было проведено сравнительное исследование нарушений слуховой функции у больных с патологией голоса.

Взаимосвязь формирования сочетанной патологии слуха и речи вполне объяснима. С одной стороны, это близкое расположение анатомических структур слухового и голосообразующего анализаторов в височной доле коры головного мозга, а также проводящих путей на уровне ядерных образований и ретикулярной формации в продолговатом мозге [7, 11]. По мнению Б. М. Сагаловича, звукообразование и звуковосприятие в организме человека должны рассматриваться в тесной взаимосвязи и взаимозависи-



УДК: 616.21/22; 616.28; 614; 614.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Х. Г. Махачева¹, Л. М. Асхабова²

EFFECTIVE TREATMENT OF ENT PATIENTS IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN FOR VARIOUS STAGES OF THE PROVISION OF HEALTH CARE

H. G. Mahacheva, L. M. Askhabova

¹ ГБОУ СПО «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р. П. Аскерханова», г. Махачкала
(Директор – засл. врач РД, канд. мед. наук Х. Г. Махачева)

² ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала
(Зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения ФПК ППС –
засл. деятель науки РД, засл. врач РД, проф. Л. М. Асхабова)

Статья посвящена вопросам качества и эффективности лечения оториноларингологических больных на различных этапах оказания лечебно-диагностической помощи в городской и сельской местности Республики Дагестан.

В публикации отражена активная работа по диспансеризации пациентов с наличием ЛОР-патологии. Проанализирована структура заболеваемости (первичной и распространенности заболеваний по наиболее часто встречающимся нозологическим формам) за период исследования с 2008 по 2012 г.

Результатом проведения дополнительной, а затем и всеобщей диспансеризации, а также целевых медицинских осмотров явился динамичный рост выявленных больных и их охват диспансерным наблюдением. Характерной особенностью показателей является то, что процент охвата во всех возрастных группах в городах выше в сравнении с сельской местностью, что, по всей вероятности, объясняется лучшим техническим оснащением городской лечебной сети, а также более высокой квалификацией врачебного персонала, что позволяет выявлять и диагностировать ЛОР-патологию на ранних стадиях заболеваемости. Нельзя также сбрасывать и такой фактор, как более высокая медицинская активность горожан в сравнении с сельскими жителями, уровень санитарной культуры, что позволяет им своевременно обращаться к специалистам.

Ключевые слова: оториноларингологическая помощь, диспансеризация, заболеваемость, качество медицинской помощи.

Библиография: 12 источников.

The article is devoted to problems of quality and efficiency of ENT patients during all steps of care and diagnostic as well as in cities and in villages. The analysis of dispensary patients with ENT pathology is shown. We analysed structure of morbidity during 2008–2012 years.

The study found that dispensary is more effective in cities, but not in villages. We can explain this phenomenon on more high medical activity of urban population and more high quality of ENT doctors in cities.

Optimization of ENT staff assistance now may be provided by using new modern technologies for diagnostic and treatment ENT, particularly new computer technologies during ambulance reception of patients.

Key words: ENT care, dispensary morbidity, quality of provision of medical care.

Bibliography: 12 sources.

В течение последних десятилетий здравоохранение развивается по пути углубления специализации медицинской помощи населению [6, 7]. По мнению многих авторов, дальнейший прогресс по совершенствованию организации оториноларингологической поликлинической службы невозможен без наличия достоверных сведений о структуре и распространенности болезней уха, горла и носа, их взаимосвязи и взаимообусловленности [8–11].

Ежегодный рост патологии ЛОР-органов требует совершенствования работы амбулаторно-поликлинических учреждений. При этом одной из главных задач является повышение интенсификации и эффективности работы в поликлинике [1, 2, 3, 5, 11, 12]. Оптимизация же работы вра-

ча-оториноларинголога в современных условиях обеспечивается использованием новых технологий для диагностики и лечения заболеваний ЛОР-органов, компьютерного обеспечения амбулаторного приема больных.

По мнению многих авторов, в настоящее время в амбулаторно-поликлинической сети отмечается снижение качества оказания медицинской помощи, что объясняется многими причинами: недостаточностью медикотехнической базы, низким профессионализмом врачей и средних медицинских работников, низкой заработной платой, которая приводит к неукомплектованности поликлиник врачебными кадрами [4, 6, 7].

В практической деятельности обязательными функциями врача любого лечебно-профилактиче-



УДК: 616.212-089.844

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РИНОДЕФОРМАЦИИ В ВИДЕ ГОРБА И ОПУЩЕНИЯ КОНЧИКА НОСА

В. А. Медведев

SURGICAL CORRECTION OF RHINODEFORMATION AS A HUMPH AND INFERIOR NASAL TIP

V. A. Medvedev

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

В настоящей статье представлена методика ринопластики, применяемой при деформации носа в виде ринокифоза и опущения кончика носа. Особенностью ринопластики, производимой по поводу ринокифоза и опущения кончика носа, является то, что удаление горба носа производится с помощью направляющего инструмента для эндоназального удаления горба. Кроме того, используется инструмент для мобилизации костей носа, с помощью которого производятся мобилизация, сужение и придание срединного положения спинке носа. Описанные в статье технологические особенности проведения ринопластики при ринокифозе с опущением кончика носа позволяют свести к минимуму количество повторных деформаций носа.

Ключевые слова: деформация носа, ринокифоз, опущение кончика носа, ринопластика.

Библиография: 9 источников.

In present article the technology rhinoplasty, used is submitted at the deformation of a nose as rhinokifosis and inferior nasal tip. Improvement of results rhinoplastic operations made by the patient with deformation of a nose as rhinokifosis with inferior nasal tip. Features rhinoplasty, made concerning rhinokifosis and inferior nasal tip is that the removal of a hump of a nose is made with the help of the directing tool for endonasal removal of a hump. Besides the tool for mobilization bones of a nose is used, with which help the mobilization, narrowing and giving middle of a position back of a nose is made. The technological features, described in article, of realization rhinoplasty at rhinokifosis with inferior nasal tip allow to reduce to a minimum quantity of repeated deformations of a nose.

Key words: deformation of a nose, rhinokifosis, inferior nasal tip, rhinoplasty.

Bibliography: 9 sources.

К концу XX века с развитием эстетической хирургии операция пластики наружного носа превратилась в одно из самых частых хирургических вмешательств [1]. В то же время риносептопластика является наиболее сложной из эстетических операций [5].

Тяжелые калечащие осложнения после хирургии носа, по данным различных авторов, составляют от 1,7 до 18% наблюдений [6]. По некоторым сообщениям осложнения ринопластик достигали 18,8% [8, 9].

Особенно трудными для хирургической коррекции представляются комбинированные деформации носа, которые почти всегда сопровождаются выраженными функциональными нарушениями [2]. Сложность операций по поводу подобных деформаций обусловлена прежде всего тем, что клиника их еще недостаточно изучена [7].

Довольно сложной является деформация в виде ринокифоза и опущения кончика носа. Хирургические технологии коррекции данной деформации имеют ряд особенностей и требуют дальнейшего совершенствования.

Цель исследования. Улучшение результатов ринопластических операций, производимых

больным с деформацией носа в виде ринокифоза с опущением кончика носа.

Пациенты и методы. В течение 7 лет (с 2006 по 2012 г.) мы используем усовершенствованную методику проведения операций по поводу ринокифоза с опущением кончика носа.

Отличиями ринопластики, производимой нами пациентам с ринокифозом и опущением кончика носа, является то, что резекция носового горба выполняется с помощью направляющего инструмента для удаления горба носа [8], мобилизация костей и сужение носа осуществляются посредством инструмента для мобилизации костей носа [9]. Кроме того, при проведении операции используется ряд новых технологических приемов.

Основную группу, включавшую 11 больных, составили пациенты, которым ринопластику производили по методике, описанной ниже. Контрольную группу составили 11 пациентов, которым ринопластику выполняли по традиционным технологиям (носовой горб удаляли с помощью долота, мобилизацию костей носа осуществляли после остеотомий путем пальцевого давления).



УДК 616.284-003.2-053.37

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ю. С. Преображенская, М. В. Дроздова, П. В. Начаров, Л. М. Ковалева

PATHOGENESIS FEATURES OF EXUDATIVE OTITIS MEDIA IN CHILDREN AT THE PRESENT STAGE

I. S. Preobrazhenskaia, M. V. Drozdova, P. V. Nacharov, L. M. Kovaleva

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

Проведено клинико-аудиологическое обследование 131 ребенка в целях определения особенностей этиопатогенеза экссудативного среднего отита у детей на современном этапе. В ходе работы проанализирована взаимосвязь между наличием определенного инфекционного агента (Эпштейна – Барр, цитомегаловирус, *Mycoplasma pn.*, *Chlamydia pn.*) и выраженностью лимфопролиферативного синдрома, а также аллергических состояний у детей в четырех группах исследования. Более 50% детей с герпесвирусной инфекцией (первая группа) имели выраженный лимфопролиферативный синдром. По результатам обследования у пациентов с изолированной микоплазменной и хламидийной инфекциями (вторая группа) и со смешанным инфицированием (третья группа) определялся больший процент случаев аллергии организма.

Ключевые слова: вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирус, *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*, аллергия, экссудативный средний отит, дети.

Библиография: 9 источников.

Clinical audiological assessment of 131 children was done in order to define pathogenesis features of exudative otitis media. During the investigation connection between infection agent (CMV, *Mycoplasma pn.*, *Chlamydia pn.*), severity of lymphoproliferative syndrome and allergic conditions in 4 control groups was analysed. More than 50% of children with herpesvirus infection (1 group) had severe lymphoproliferative syndrome. In patients with *Mycoplasma* and *Chlamydia* infections (2 group) and with mixed infection (3 group) there was a big percent of allergic reactions.

Key words: Epstein–Barr virus (EBV), cytomegalovirus (CMV), *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae*, allergy, exudative otitis media, children.

Bibliography: 9 sources.

Экссудативный средний отит (ЭСО) по-прежнему остается актуальной и широко diskutируемой проблемой в детской оториноларингологии [1, 4, 6].

Общепризнанной точкой зрения является утверждение, что в генезе ЭСО лежат нарушения дренажной и вентиляционной функций слуховой трубы. По мнению многих авторов, наиболее распространенной причиной является обтурация, что может быть обусловлено воспалением слуховой трубы, вторичным отеком, гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки и глотки [6–8]. Роль аллергического фактора в формировании ЭСО до настоящего времени остается неоднозначной. Однако, учитывая непосредственную связь среднего уха с носоглоткой через слуховую трубу, легко предположить, что аллергические процессы в полости носа и носоглотке могут привести к развитию ЭСО [3, 9].

В последние годы отмечаются значительные изменения в структуре инфекционной патологии человека с преобладанием латентных инфекций (герпесвирусных инфекций, микоплазменных и др.), в том числе верхних дыхательных путей (ВДП).

Описаны случаи длительной персистенции герпесвирусных, микоплазменных и хламидийных инфекций в клетках эпителия ВДП, лимфоидных образований глотки и носоглотки. Это является причиной повторных инфекций верхних дыхательных путей, протекающих с обструкцией и имеющих тенденцию к затяжному течению [2, 5].

Цель исследования. Изучение особенностей этиопатогенеза экссудативного среднего отита у детей на современном этапе.

Пациенты и методы. Для решения поставленной цели было проведено клинико-аудиологическое обследование 131 ребенка в возрасте от 3 до 12 лет. Отбор больных осуществлялся из числа поступивших в НИИ ЛОР на консультацию и обследование для изучения слуховой и тубарной функции, а также для решения вопроса о необходимости проведения хирургической санации в области лимфоглоточного кольца и полости среднего уха.

В исследование были включены дети, у которых по данным клинико-аудиологического обследования регистрировалась тубарная дисфункция с наличием тимпаногаммы типа «В».



4. Книпенберг А. Э. Лечение и профилактика больных экссудативным средним отитом с использованием метода локальной иммунокоррекции // Рос. оториноларин. – Прил. № 3. – 2009. – С. 165–171.
5. Хамитов Р. Ф., Пальмова Л. Ю. *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* инфекции в пульмонологии: актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения. – М.: Казань, 2001. – 64 с.
6. Экссудативный средний отит / И. В. Савенко и [др.]. – М.: Диалог, 2010. – 5 с.
7. Effect of paranasal sinusitis on the development of otitis media with effusion: Influence of Eustachian tube function and adenoid immunity / Chang Kee Hong [et al.] // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2008. – Vol. 72, N 11. – P. 1609–1618.
8. Phua Y. S., Salkeld L. J., Chalain T. Middle ear disease in children with cleft palate: Protocols for management // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2009. – Vol. 73, N 2. – P. 307–313.
9. Döner F., Yarikas M., Demirci M. The role of allergy in recurrent otitis media with effusion // J. Invest. Allergol. Clin. Immunol. – 2004. – Vol. 14, N 4. – P. 154–158.

Преображенская Юлия Сергеевна – очный аспирант СПб НИИ ЛОР, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел. 8 (812) 316-28-88, e-mail: Y_krasulya@mail.ru

Дроздова Марина Владимировна – докт. мед. наук, зав. детской хирургической клиникой СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8 (812) 316-28-88, e-mail: DROZDOVA1504@YANDEX.RU

Начаров Петр Васильевич – канд. мед. наук, зав. лабораторно-диагностическим отделом СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8 (812) 317-84-43, e-mail: nacharov@bk.ru

Ковалева Людмила Михайловна – докт. мед. наук, профессор, вед. н. с. СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9.

УДК:618.71: 613.956:616.72-018.36-002.3

УРОВЕНЬ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СИНУСИТОМ

Н. А. Расулова, Х. Н. Абдуллаев

THE LEVEL OF SEX HORMONES IN ADOLESCENT GIRLS WITH CHRONIC PURULENT SINUSITIS

N. A. Rasulova, Kh. N. Abdullaev

ГОУ «Ташкентский педиатрический медицинский институт», Республика Узбекистан
(Зав. каф. оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии –
проф. Ш. Э. Амонов)

Среди девушек пубертатного возраста, больных хроническим гнойным синуситом, задержка полового созревания составляет в среднем 6,3%.

У девушек подростков пубертатного возраста с хроническим гнойным синуситом задержка полового развития сопровождается изменениями гормонального статуса, что подтверждается отсутствием цирхоральной секреции гонадотропинов.

При комплексном лечении девушек, больных хроническим гнойным синуситом, с применением иммуностимулятора тимоптина отмечается улучшение клинко-иммунологического и гормонального статуса, что обуславливает ускорение становления репродуктивной функции.

Ключевые слова: синусит, пубертатный возраст, задержка полового развития.

Библиография: 4 источника.

Among girls of pubertatny age, patients with chronic purulent sinusitis, a delay of puberty 6,3% average.

At girls of teenagers of pubertatny age with chronic purulent sinusitis the delay of sexual development is accompanied by changes of the hormonal status that is confirmed by lack of tsirkhoralny secretion of gonadotrophins.

At complex treatment of sick girls with chronic purulent sinusitis with immunostimulator application timoptini improvement clinic – the immunological and hormonal status that causes, acceleration of formation of reproductive function is noted.

Key words: sinusitis, pubertatny age, delay of sexual development.

Bibliography: 4 sources.



УДК: 616.21-08:615.33+544.77

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ НАНОЧАСТИЦЫ СЕРЕБРА, В МЕСТНОЙ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОРОРГАНОВ, ВЫЗВАННЫХ *P. AERUGINOSA* И *ACINETOBACTER SP.*

Ф. В. Семенов, С. А. Бабичев, О. А. Качанова, К. М. Фидарова

EXPERIMENTAL BASE FOR USE OF TOPICAL PRESCRIPTIONS CONTAINING SILVER NANOPARTICLES IN TREATMENT OF *P. AERUGINOSA* AND *ACINETOBACTER SP.* INFECTIONS IN OTORHINOLARYNGOLOGY

F. V. Semenov, S. A. Babichev, O. A. Kachanova, K. M. Fidarova

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар

(Зав. каф. ЛОР-болезней – проф. Ф. В. Семенов;

зав. каф. микробиологии – доцент С. А. Бабичев)

Несмотря на небольшой удельный вес *P. aeruginosa* и *Acinetobacter sp.* в этиологической структуре инфекционной патологии ЛОР-органов, терапия этих заболеваний представляет большой интерес в связи с высокой природной резистентностью возбудителей к антибактериальным препаратам. Альтернативным препаратом для консервативного лечения таких пациентов является «Арговит», созданный на основе нанотехнологий. Целью настоящей работы являлось сравнение антибактериальной активности препарата, содержащего наночастицы серебра, и ряда антибиотиков, наиболее часто используемых в местной эмпирической терапии заболеваний ЛОР-органов. Исследование проводилось в микробиологической лаборатории на базе КубГМУ в 2012 году. Для исследования использовались образцы препарата, содержащего наночастицы серебра и антибиотики (цефтриаксон, ципрофлоксацин, линкомицин). В ходе исследования было выявлено, что наиболее выраженной антибактериальной активностью по отношению к *P. aeruginosa* и *Acinetobacter sp.* обладали цефтриаксон и препарат, содержащий наночастицы серебра (раствор с концентрацией 5, 10% и гель в 20% концентрации).

Ключевые слова: наночастицы серебра, антибиотики.**Библиография:** 6 источников.

Despite the modest incidence of *P. aeruginosa* and *Acinetobacter spp.* infections in otorhinolaryngology, treatment of these inflammatory disease causes is of great interest due to high resistance of these bacteria to antibiotics. "Argovit" is a topical drug created on the base of nanotechnology, which could be a therapeutic alternative for medical treatment. The purpose of this study was comparison of an antibacterial activity of topical silver nanoparticles-containing drug and several contemporary antibiotics. The study took place in Department of Microbiology, Kuban State Medical University in 2012. In our study we used samples of silver nanoparticles-containing drug and antibiotics (ceftriaxon, ciprofloxacin, lincomycin). We found that *P. aeruginosa* and *Acinetobacter sp.* were sensitive to ceftriaxon and silver nanoparticle-containing drug (5%, 10% and 20% solution).

Key words: silver nanoparticles, antibiotics.**Bibliography:** 6 sources.

Неферментирующие грамотрицательные бактерии (НГОб) являются возбудителями различных гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов в 1,3–11,4% случаев [2]. По частоте встречаемости в этой группе первое место занимает *P. aeruginosa*, затем следуют представители *p. Acinetobacter*.

Несмотря на небольшой удельный вес *P. aeruginosa* и *Acinetobacter sp.* в этиологической структуре инфекционной патологии ЛОР-органов, терапия этих заболеваний представляет большой интерес в связи с высокой природной резистентностью возбудителей к антибактериальным препаратам. Естественной восприимчивостью синегнойная палочка и *Acinetobacter* обладают к цефалоспорином III и IV поколений, карбапенемам, фторхинолонам, аминоглико-

зидам. В качестве препаратов первого ряда для лечения заболеваний, вызванных этими патогенами, рекомендованы цефтазидим, цефепим, меропенем, имипенем, ципрофлоксацин, гентамицин, амикацин [5].

Однако монотерапия зачастую оказывается неэффективной в связи с распространенностью полиантибиотикорезистентных штаммов, особенно в госпитальных условиях. Поэтому при эмпирической терапии целесообразнее использовать комбинированные схемы [6]. В то же время применение высокоэффективных комбинаций не всегда возможно в ЛОР-практике по причине ототоксичности отдельных препаратов.

По этим причинам поиск новых средств антибактериальной терапии ЛОР-инфекций,



4. Лечение больных с остеомиелитами и гнойными ранами с использованием микрохирургической техники и нанопрепаратов серебра / А. А. Ангельский [и др.]. – Там же. – С. 7–13.
5. Методические указания по определению чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам: метод. указания. – 2004. – 75 с.
6. Шагинян И. А., Чернуха М. Ю. Неферментирующие грамотрицательные бактерии в этиологии внутрибольничных инфекций: клинические, микробиологические и эпидемиологические особенности // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2005. – № 3. – С. 25.

Семенов Федор Вячеславович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии КубГМУ. 350063, Краснодар, ул. Седина, д. 4; Краевая клиническая больница № 3, Краснодар, ул. Захарова, д. 59; тел.: +7-918-431-27-02, e-mail: ent@mail.kuban.ru

Бабичев Сергей Анатольевич – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. микробиологии КубГМУ. 350063, Россия, Краснодар, ул. Седина, д. 4; тел.: +7-903-449-20-87, e-mail: sababster@gmail.com

Качанова Ольга Анатольевна – ассистент каф. микробиологии КубГМУ. 350063, Краснодар, ул. Седина, д. 4, тел.: +7-909-450-87-16, e-mail: olga_1005@rambler.ru

Фидарова Карина Михайловна – аспирант кафедры ЛОР-болезней КубГМУ Минздрава России. 350063, Россия, Краснодар, ул. Седина, тел.: +7-918-951-23-26, e-mail: FKM8@yandex.ru

УДК: 616.21: 611-018.73: 575.172.1

ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА БЕТА-ДЕФЕНСИНА-2 ЧЕЛОВЕКА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Е. В. Тырнова¹, Г. М. Алешина², Ю. К. Янов¹, В. Н. Кокряков²

INVESTIGATION OF HUMAN BETA-DEFENSIN-2 GENE EXPRESSION IN THE UPPER AIRWAY MUCOSA

E. V. Tyrnova, G. M. Aleshina, Yu. K. Yanov, V. N. Kokryakov

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

(Директор – з. д. н. РФ, акад. РАМН, проф. Г. А. Софронов)

Антимикробный пептид эпителиального происхождения бета-дефенсин-2 человека (hBD-2) рассматривают в качестве одного из ключевых компонентов врожденных защитных механизмов. Цель работы: оценить экспрессию гена hBD-2 в поверхностном эпителии слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Исследован операционный материал от больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом ($n = 4$), гипертрофией аденоидов ($n = 4$), заболеваниями носа и околоносовых пазух ($n = 8$) (носовые полипы, нижние носовые раковины в качестве контроля). Оценку экспрессии матричной рибонуклеиновой кислоты (мРНК) hBD-2, а также мРНК бета-2-микроглобулина проводили методом обратной транскрипции и полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. В нижних носовых раковинах контрольной группы экспрессия гена hBD-2 не детектирована. В носовых полипах очень низкая экспрессия выявлена в 25% образцов. Экспрессия гена hBD-2 установлена во всех образцах небных миндалин и аденоидов, достоверные различия экспрессии мРНК hBD-2 в этих тканях не обнаружены ($p > 0,05$; тест Манна-Уитни). Экспрессия hBD-2 может рассматриваться в качестве возможного маркера воспалительных процессов инфекционной этиологии.

Ключевые слова: аденоиды, бета-дефенсин-2 человека, небные миндалины, нижние носовые раковины, носовые полипы, полимеразная цепная реакция в режиме реального времени.

Библиография: 36 источников.

Human beta-defensin (HBD)-2, an antimicrobial peptide, has been discovered to be produced by a number of epithelial cells. It is identified as a key component in the innate host defense mechanism. The aim of this study was to investigate the hBD-2 gene expression in the surface epithelium of the upper airway mu-



cosa. Surgical samples from patients with chronic decompensated tonsillitis ($n = 4$), hypertrophic adenoids ($n = 4$) and sinonasal disease ($n = 8$) (nasal polyps, inferior turbinate mucosa as controls) were investigated. Estimation of hBD-2 messenger ribonucleic acid (mRNA) as well as beta-2-microglobulin mRNA expression was performed by real-time reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR). The expression of hBD-2 gene was not detected in control inferior turbinate. There was only negligible hBD-2 mRNA expression in 25% nasal polyps. hBD-2 mRNA was detected in all adenoids and tonsils mucosal tissues samples, at levels that did not differ significantly ($p > 0,05$; Mann-Whitney). Expression of hBD-2 could serve as a major mucosal marker of infectious inflammation.

Key words: adenoids, inferior turbinate, human beta-defensin-2, nasal polyps, real-time polymerase chain reaction, tonsils.

Bibliography: 36 sources.

В секретах слизистых оболочек имеется множество молекулярных факторов, участвующих в реализации врожденного иммунитета как «первой линии защиты» их поверхности от инфекции. Существует мнение, что изменения в респираторном эпителии при хронических и рецидивирующих инфекциях играют ведущую роль в патогенезе заболеваний верхних дыхательных путей. Эпителий дыхательных путей – основная защитная система респираторного тракта. Компоненты оболочек бактериальных клеток (липополисахариды, липотейхоевые кислоты) могут повреждать функцию мукоцилиарного клиренса дыхательного эпителия [33]. Рецидивирующие бактериальные и грибковые инфекции являются существенным фактором патогенеза хронического синусита [19].

Предпосылкой для нормального функционирования защитных систем верхних дыхательных путей, в особенности при постоянной угрозе вдыхания потенциально вредных микроорганизмов, является целостность носоглоточного эпителиального барьера. Важную роль в поддержании барьерной функции респираторного эпителия играют эндогенные антибиотические пептиды [14], в частности дефенсины, обладающие широким спектром антимикробного действия. Наряду с этим дефенсины способны мобилизовать различные типы фагоцитирующих лейкоцитов (нейтрофилов, моноцитов), незрелых дендритных клеток и лимфоцитов, а также стимулировать выработку IL-8 и инициировать дегрануляцию тучных клеток [27]. Все эти данные свидетельствуют о широком функциональном потенциале антимикробных пептидов, реализуемом в различных реакциях противомикробной защиты на уровне слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

Бета-дефенсин-2 человека (hBD-2) впервые был выделен с использованием процедуры аффинной хроматографии на колонках, покрытых компонентами *Escherichia coli*, из кожных псориазных чешуек [8]. Обнаружено, что hBD-2 вырабатывается в барьерных эпителиях кожи, дыхательного и желудочно-кишечного трактов [20, 29]. Пептид hBD-2 выявлен диффузно по всей поверхности эпителия и клеток серозных желез стенок дыхательных путей [9]. Синтез hBD-2 индуцируют различные инфекционные и провос-

палительные стимулы: микроорганизмы (грамположительные и грамотрицательные бактерии, *Candida albicans*, респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, вирусы гриппа, парагриппа, вирус папилломы человека), липополисахарид, липотейхоевая кислота, двуспиральная РНК [11], провоспалительные цитокины: фактор некроза опухоли альфа (TNF-альфа), интерлейкины IL-1альфа и -бета, IL-6 и IL-8 [5, 6, 8, 9, 24, 27].

Первичная структура hBD-2 включает остатки 41 аминокислоты, из которых 36% являются гидрофобными, заряд молекулы +7 [35]. hBD-2 обладает множественной биологической активностью: *in vitro* продемонстрирована микробоцидная активность; хемотаксическое действие, опосредованное взаимодействием с рецептором CCR6 тучных клеток, Т-клеток памяти CD45RO и Т-лимфоцитов CD8⁺, незрелых дендритных клеток; активация дендритных клеток посредством связывания с толл-подобным рецептором TLR4; стимуляция миграции и дегрануляции тучных клеток и секреции из них гистамина; индукция продукции цитокинов и простагландинов; *in vivo* доказано участие hBD-2 в усилении антиген-специфических гуморальных и клеточных иммунных реакций; поддержание резистентности к бактериальной инвазии [1, 24, 27], что свидетельствует об участии пептида как во врожденном, так и в адаптивном антимикробном иммунитете.

hBD-2 рассматривают и в качестве естественного ингибитора системы комплемента, он связывается с C1q-компонентом системы комплемента и предотвращает активацию комплемента по классическому пути, не затрагивая при этом альтернативный путь. Полагают, что таким образом hBD-2 участвует в обеспечении защиты от избыточной, неконтролируемой активации системы комплемента [26].

В семействе бета-дефенсинов hBD-2 обладает наиболее выраженной антимикробной активностью [6]. Механизм микробоцидного действия дефенсинов связывают с дестабилизацией и разрушением оболочек бактериальных и грибковых клеток, инициирующих повышение проницаемости и утечку ионов из клеток, нарушение процессов метаболизма микроорганизмов, приводящих к их гибели [1, 9, 27].



УДК 616.22-006.6-089.844-008.5:612.78

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ НА ЭТАПАХ ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Е. Л. Чойнзонов, Л. Н. Балацкая, Е. А. Красавина

LIFE QUALITY ASSESSMENT AT VARIOUS STAGES OF VOCAL REHABILITATION IN PATIENTS AFTER ORGAN-PRESERVING SURGERY

E. L. Choinzonov, L. N. Balatskaya, E. A. Krasavina

ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск

(Директор – академик РАМН, проф. Е. Л. Чойнзонов)

Выполнена сравнительная оценка качества жизни 24 больных раком гортани I–III стадии опухолевого процесса после органосохраняющих операций, которым проведена голосовая реабилитация по методике с применением адаптивного биоуправления и компьютерных технологий. Исследование проводилось с помощью наиболее чувствительных для онкологических больных общего опросника EORTC QLQ-C30 (version 3.0) и специфического QLQ-H&N35 (для больных опухолями головы и шеи) в рамках Международного протокола с Европейской организацией изучения и лечения рака. Голосовая реабилитация с применением адаптивного биоуправления и компьютерных технологий позволила статистически значительно улучшить показатели качества жизни по всем функциональным и симптоматическим шкалам и повысить общий статус здоровья. Полученные результаты оценки качества жизни больных раком гортани после органосохраняющих операций подтверждают эффективность восстановления голосовой функции ($91,6 \pm 5,7\%$) в сроки от 10 до 35 дней.

Ключевые слова: рак гортани, органосохраняющие операции, голосовая реабилитация, адаптивное биоуправление, качество жизни.

Библиография: 12 источников.

The comparative assessment of life quality of 24 patients with stage I–III laryngeal cancer who underwent organ-preserving surgery was carried out. All patients received vocal rehabilitation using the adaptive biocontrol and computer-based technologies. The general EORTC QLQ-C30 (version 3) questionnaire and specific QLQ-H&N35 module (for head and neck cancer patients) were used. The vocal rehabilitation resulted in a statistically significant improvement of life quality by all functional and symptomatic scales as well as in the improvement of general health status. The obtained results on the life quality of laryngeal cancer patients confirmed the efficacy of vocal function recovery ($91,6 \pm 5,7\%$) at a follow-up from 10 to 35 days.

Key words: laryngeal cancer, organ-preserving surgery, vocal rehabilitation, adaptive biocontrol, life quality.

Bibliography: 12 sources.

При лечении рака гортани комбинированный метод, включающий в различной последовательности лучевую и химиотерапию, оперативное вмешательство, остается основным и наиболее эффективным [5, 6, 8]. В последние годы в целях ослабления глубины функциональных нарушений и тяжести течения послеоперационного периода в клинической онкологии широкое применение получили органосохраняющие операции, которые позволяют сохранить дыхательную функцию, но неизбежно приводят к нарушению голоса различной степени тяжести – от афонии до дисфонии. Развитие функционально-щадящей хирургии рака гортани отвечает новым требованиям современной онкологии, так как сохранение функций органа значительно повышает качество жизни. Новые методы органосохраняющих операций на гортани требуют и новых методических подходов к голосовой реабилитации в послеоперационном периоде [3, 7].

Голосовая реабилитация больных раком гортани после органосохраняющих операций на-

правлена на восстановление нарушенных в результате комбинированного лечения функций и улучшение качества жизни больных. Данные о качестве жизни, полученные на этапах реабилитации, позволяют осуществлять мониторинг за состоянием пациента, проводить коррекцию тактики восстановления голосовой функции и являются одним из основных критериев оценки эффективности голосовой реабилитации [1].

В литературе проблема изучения качества жизни освещается достаточно широко, приблизительно половина всех исследований связана с лечением и реабилитацией онкологических больных. Качество жизни как интегральный показатель комплекса организационных, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в онкологии становится центральным и является одним из ключевых, позволяющих дать глубокий, многоплановый анализ здоровья человека в соответствии с критериями ВОЗ. Согласно определению ВОЗ (1990) «здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое бла-



Балацкая Лидия Николаевна – докт. биол. наук, вед. н. с. отделения опухолей головы и шеи ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН. 634001, Томск, пер. Кооперативный, д. 5; тел.: +7-3822-42-00-53, e-mail: balatskaya@oncology.tomsk.ru

Красавина Елена Александровна – канд. биол. н., логопед отделения опухолей головы и шеи ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН. 634001, Томск, пер. Кооперативный, д. 5; тел.: +7-903-951-78-76, e-mail: KrasavinaEA@mail2000.ru

УДК: 616. 216-006.34.03

КРУПНЫЕ ОСТЕОМЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ

Е. Г. Шахова, В. А. Зайцев, О. Р. Бакумова, С. Е. Козловская, Е. В. Пелих

BIG OSTEOMAS OF MAXILLARIS SINUSES

E. G. Shakhova, V. A. Zaitsev, O. R. Bakumova, S. E. Kozlovskaya, E. V. Pelikh

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
(Ректор – академик РАМН, проф. В. И. Петров)

В статье приведены два клинических случая больших остеом верхнечелюстных пазух у женщин. Подробно описаны методы диагностики и лечения остеом. Большая остеом верхнечелюстных пазух у женщин является редкой патологией.

Ключевые слова: остеом верхнечелюстной пазухи.

Библиография: 4 источника.

The article is describe cases of big osteomas of maxillary sinuses in woman. The methods of investigation and treatments are described in detail. The big osteoma of maxillary sinuses is rarely pathology in woman.

Key words: osteoma of maxillary sinus.

Bibliography: 4 sources.

Крупные остеомы верхнечелюстных синусов встречаются очень редко. Остеом развивается в костях лицевого скелета и околоносовых пазухах. Может расти в слизистой оболочке околоносовых пазух вне связи с их костной стенкой. Чаще это новообразование локализуется в лобных пазухах (до 57% случаев), реже – в пазухах решетчатой кости (22%), верхнечелюстной (3,1–4,1%) и клиновидной (1,7–2,7%) пазухах [1–4].

Опухоль развивается медленно, заполняя соседние околоносовые пазухи и истончая своим давлением окружающие костные ткани. Обычно для достижения больших размеров остеоме необходимо несколько лет (3–4 года). Пациент нередко обращается к врачу по поводу косметического дефекта в области пазухи или смещения глазного яблока.

Признаки остеомы верхнечелюстного синуса обнаруживаются лишь при достижении ею определенных размеров. Опухоль деформирует соответствующие поверхности лицевой области, при этом появляется припухлость в области внутреннего угла глаза, выпячивание передней стенки верхнечелюстной пазухи, экзофтальм. В результате давления на внутренние структуры носа и околоносовые пазухи остеом вызывает соответству-

ющие функциональные расстройства: головная боль, невралгия тройничного нерва, гемикрания, офтальмия, офтальмоплегия.

Остеом – остеобластическая опухоль со стро-мой из остеоида, которая отличается от нормальной кости наличием небольших количеств как минерализованных, так и неминерализованных коллагеновых фибрилл. Остеомы представляют собой одиночную опухоль и построены из компактной или губчатой костной ткани либо содержат одновременно слои губчатого и компактного костного вещества.

По гистологической картине остеомы принято делить на губчатые, компактные и смешанные. Губчатые остеомы состоят из костных перекладин, между которыми находятся костномозговые пространства. Компактная остеом состоит из пластинчатой кости с малочисленными узкими гаверсовыми каналами, лишена костномозговой ткани, имеет высокую плотность. Смешанные остеомы отличаются сочетанием участков компактного и спонгиозного строения.

Наиболее известны две теории, объясняющие генез остеом околоносовых пазух. Первая, теория Арнольда (1873), трактует развитие остеомы из остатков эмбрионального хряща, вторая, перио-



УДК: 616.215-007.271+616.214.4-007.274-089-053.2

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ АТРЕЗИИ ХОАН С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА (СИНЕХИИ ПОЛОСТИ НОСА, ИНП) У ДЕТЕЙ

А. С. Юнусов, А. И. Сайдулаева

SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL CHOANAL ATRESIA WITH CONCOMITANT DISEASES OF THE NASAL CAVITY (NASAL ADHESIONS, CNS) IN CHILDREN

A. S. Yunusov, A. I. Saidulaev

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

В этой статье представлен авторский метод устранения врожденной атрезии хоан транссептальным доступом. По этой методике прооперировано 15 детей с врожденной атрезией хоан в возрасте от 6 до 12 лет, у 4 больных (66,7%) хирургическое вмешательство было повторным после операции, выполненной интраназальным доступом. Все атрезии были односторонними, полных атрезий было 8, неполных – 7. Девочек с атрезией хоан было 7, мальчиков – 8. Стойкое формирование просвета хоаны после лечения по предлагаемой нами методике наступает через 4–5 недель после операции, что подтверждено эндоскопическими исследованиями носоглотки, проводимыми в динамике.

Ключевые слова: врожденная атрезия хоан, заращение хоанальных отверстий, хоанальная атрезия, атрезия полости носа.

Библиография: 7 источников.

This article presents the authors method of congenital choanal atresia elimination by transseptal access. 15 children from 6 to 12 years old were operated by using this method, 4 patients (66,7%) were undergoing repeated surgery after the surgery performed by intranasal access. All the atresias were unilateral, complete atresia – 8 cases, incomplete – 7. Girls with choanal atresia – 7, boys – 8. Persistent choanal clearance formation occurs in 4–5 weeks after the surgery held by using this method which is confirmed by nasopharynx endoscopic examination carried out in dynamics.

Key words: congenital choanal atresia, imperforate choanal openings, choanal atresia, atresia of the nasal cavity.

Bibliography: 7 sources.

Врожденные пороки в структуре детской заболеваемости и смертности занимают одно из первых мест. Ежегодно 5–8% новорожденных рождаются с теми или иными врожденными и наследственными дефектами. У 60% детей пороки развития лица и черепа сочетаются с другими видами аномалий.

В настоящее время, по данным зарубежной и отечественной литературы, на 5000–7000 новорожденных приходится один случай врожденной атрезии хоан. В 90% случаев атрезия хоан бывает костной. Соотношение девочки/мальчики составляет 2:1, чаще встречаются односторонние атрезии (в 75% случаев) [1, 5].

Этиология пороков и аномалий развития до конца не изучена. общепризнан многофакторный характер врожденных аномалий челюстно-лицевой области, который определяется взаимодействием множества разнообразных этиологических причин [5].

Врожденная атрезия хоан является следствием сохранения носонебной мембраны, возникающей между 6-й и 12-й неделями гестации, вследствие сближения и последовательного сра-

щения заднего края сошника с задними концами носовых раковин. Эту патологию впервые описал в 1829 году Otto. Согласно классификации врожденных пороков развития наружного носа и его полости Б. В. Шеврыгина (1984) атрезия хоан является персистенцией. Атрезия хоан может быть: одно- и двусторонней; частичной или полной; перепончатой, хрящевой, костной или смешанной [6].

При полной атрезии хоан очень часто одновременно наблюдаются нарушения формирования лицевого скелета в виде неправильного роста резцов, высокого неба и его асимметрии при одностороннем поражении. Перегородка носа может быть искривлена в сторону атрезии. Возникают изменения обоняния и вкусовых ощущений, заметный гнусавый оттенок голоса, периодически отмечается головная боль, отсутствие носового дыхания и застойные явления слизистой оболочки полости носа со стороны атрезии, гнойные отделяемое в носовых ходах, отиты [4, 6].

Помощь в диагностике оказывают задняя риноскопия, зондирование и катетеризация носовых ходов, рентгенография носоглотки с кон-



УДК 616.281-008.55-089.819

МЕТОД ЛАЗЕРОДЕСТРУКЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТОВ БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

М. Ю. Егорова, В. С. Корвяков

THE HISTORICAL PERSPECTIVE OF THE METHOD OF HORIZONTAL SEMICIRCULAR CANAL'S VESTIBULAR RECEPTORS LASER DESTRUCTION FOR PATIENTS WITH MENIERE'S DISEASE

M. Y. Egorova, V. S. Korvyakov

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

Статья посвящена изучению использования лазерной энергии для деструкции вестибулярных рецепторов горизонтального полукружного канала в целях устранения периферического головокружения. Тяжесть течения болезни Меньера определяется в большей степени частотой и длительностью вестибулярных кризов и выраженностью вегетативных расстройств, гибель рецепторного аппарата в результате операции избавляет пациентов болезнью Меньера от приступов изнуряющего головокружения с сохранением слуха на стороне операции на исходном уровне. Этот метод имеет широкие перспективы для использования малоинвазивных слухосохраняющих операций на лабиринте у пациентов болезнью Меньера.

Ключевые слова: болезнь Меньера, лазеродеструкция, импульсный неодимовый лазер.

Библиография: 26 источников.

This article is dedicated to the study of the laser energy used for the destruction of vestibular sensor's horizontal semicircular canal with the purpose to cure peripheral dizziness. The Meniere's disease clinical course severity is generally determined by the frequency and duration of the vestibular crisis and the vegetative distress intensity, the death of receptor apparatus caused by operation delivers the patient from wasting dizziness incursions, preserving initial level of sense of hearing on the operation side. This approach has prospects for the implementation of minimally invasive sense-of-hearing-saving operations on labyrinth for patients suffering from Meniere's disease.

Key words: Meniere's disease, laser destruction, pulsed ND:YAG laser.

Bibliography: 26 sources.

Одной из частых причин периферических кохлеовестибулярных нарушений является болезнь Меньера. По данным разных авторов, распространенность болезни Меньера составляет от 0,001 до 0,2% населения земного шара. Клиническая картина этого тяжелого заболевания хорошо известна и проявляется классической триадой симптомов: тугоухость, ушной шум и эпизодически повторяющиеся приступы системного головокружения с вегетативными проявлениями.

Все существующие в настоящее время способы и методы консервативного лечения направлены, как правило, на облегчение переносимости больными приступов головокружения, предупреждение их, но не изменяют значительно течение процесса и не предотвращают развитие тугоухости. Учитывая, что у части больных кон-

сервативная терапия оказывается неэффективной, они подвергаются хирургическому лечению. Большинство авторов придерживаются той точки зрения, что различного рода хирургические вмешательства показаны 20–25% пациентов [8, 12].

На современном этапе развития отоларингологии нет единой точки зрения относительно оптимального варианта хирургической тактики лечения болезни Меньера. При явной неэффективности консервативного лечения целесообразны различные хирургические вмешательства, как щадящие (слухосохраняющие), так и деструктивные. Выделяют пять групп оперативных вмешательств:

1-я – операции на автономной нервной системе (хорд- и хордплексусэктомия);

2-я – перерезка сухожилий мышц барабанной полости;



УДК 616.28-008.28-08

ШУМ В УШАХ:**МЕТОДЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА**

В. Е. Кузовков, С. М. Мегрелишвили, Я. Л. Щербакова

TINNITUS:**METHODS OF ITS CORRECTION. THE CURRENT STATE OF THE QUESTION**

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 настоящей статье обобщены данные отечественных и зарубежных исследователей, занимающихся изучением тиннитуса на современном этапе развития данного вопроса в целях формирования тактики ведения пациентов с шумом в ушах.

Для правильной диагностики вероятных причин возникновения тиннитуса должно быть выполнено комплексное обследование пациента, по результатам которого специалист может составить эффективную программу его коррекции.

Ключевые слова: тиннитус, методы лечения шума в ушах, вестибулярная шваннома, кохлеарная имплантация.

Библиография: 20 источников.

In the present article cite generalized data of domestic and foreign researchers engaged in studying tinnitus at the present stage of development of the question for the purpose of formation of tactics of maintaining this group of patients.

For the right diagnostics of probable causes of emergence tinnitus, complex inspection of the patient has to be executed by results of which the expert can make the efficient program of its correction.

Key words: tinnitus, tinnitus treatment methods, cochlear implantation.

Bibliography: 20 sources.

Так как тиннитус – это симптом какого-либо заболевания, а причины и механизмы его возникновения разнообразны, поэтому и обследование пациента должно быть комплексным и всесторонним.

А. И. Лопотко с соавт. предложили комплексную схему обследования пациентов с тиннитусом, основным назначением которой являются определение причин, механизма возникновения шума и, как следствие, выбор метода его коррекции [3].

При обращении пациента к сурдологу-оториноларингологу, прежде всего, уделяется пристальное внимание детальному сбору жалоб и анамнеза. Акцентируют внимание на субъективной оценке шума пациентом, его локализации, субъективных характеристиках, степени переносимости. Уточняют его связь с ранее перенесенными или имеющимися заболеваниями, приемом ототоксических препаратов, длительным воздействием производственного шума, травматическими повреждениями черепа и головного мозга, неврологическими и психическими заболеваниями, проведенными оперативными вмешательствами, в том числе на ухе. Необходим тщательный сбор терапевтического, гинекологического, эндокринологического, гематологического и неврологического анамнезов.

При осмотре пациента проводят отоскопию, для исключения инородного тела наружного слухового прохода, воспалительных, инфекцион-

ных и онкологических заболеваний наружного и среднего уха, помимо этого, оценивается подвижность барабанной перепонки [3].

Проводя осмотр, необходимо оценить состояние сердечно-сосудистой системы, включая показатели вертебрально-базилярной гемодинамики, артериального давления в динамике, состояние кожи (кровеоизлияния, витилиго), наличие заболеваний крови, перенесенных инфекционных и хирургических заболеваний, заболеваний нервной и эндокринной систем.

Следует обратить внимание на состояние височно-нижнечелюстного сустава, щитовидной железы, оценить неврологический статус (проверка чувствительности, координационные пробы и др.).

Оценка слуховой функции осуществляется путем проведения акустических тестов (исследование шепотной и разговорной речи, камертональные пробы). Невозможно оценить изменения слухового восприятия без проведения тональной пороговой аудиометрии в речевом диапазоне, а при наличии показаний, дополнительно в расширенном диапазоне частот. Для оценки частотной характеристики и интенсивности шума проводят акустическую шумометрию, кроме того, необходимо определять пороги дискомфорта. Для оценки разборчивости речи проводится речевая аудиометрия.



14. Sampaio A. L. L., Araujo M. F. S., Oliveira C. A. C. P. New criteria of indication and selection of patients to cochlear implant // International Journal of Otolaryngology. – 2011. – Vol. 2011. – Art. ID 573968. – P. 13.
15. Searchfield G. D. Hearing aids and tinnitus // In: Tyler R. S. Tinnitus treatment. – New York: Thieme. – 2006. – P. 161–175.
16. Surgical approaches to tinnitus treatment: A review and novel approaches / T. Solrymani [et al.] // Surg. Neurol. Int. – 2011. – Vol. 2. – P. 154.
17. Tinnitus sound therapy / R. L. Folmer [et al.] // In: Tyler R. S. Tinnitus treatment. – New York: Thieme, 2006. – P. 176–186.
18. Tinnitus: characteristics, causes, mechanisms, and treatments / B. I. Han [et al.] // J. Clin Neurol. – 2009. – Vol. 5. – N 1. – P. 11–19.
19. Tinnitus and cochlear implantation. Preliminary experience / E. Masgoret Palau [et al.] // Acta Otorrinolaringol. Esp. – 2010. – Vol. 61. – N 6. – P. 405–411.
20. Tinnitus before and 6 months after cochlear implantation / M. Kompis [et al.] // Audiol. Neurotol. – 2012. – Vol. 17. – N 3. – P. 161–168.

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

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

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

УДК 616.322-002-036.12-085.831: 612.017.1

ИММУНОЛОГИЯ И КВАНТОВАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

В. Г. Песчаный

IMMUNOLOGY AND QUANTUM THERAPY OF A CHRONIC TONSILLITIS: MODERN SIGHT AT A PROBLEM

V. G. Peschany

*МБУЗ «Детская городская поликлиника № 3», г. Краснодар
(Главный врач – Л. А. Подпорина)*

Обзор литературы посвящен одной из актуальных тем – проблеме хронического тонзиллита и его квантовой терапии. Он содержит современные представления об особенностях иммунитета при данном заболевании, о фотодинамической терапии, свойствах различных фотосенсибилизаторов, методах квантовой терапии хронического тонзиллита и особенностях их клинического применения.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, иммунология, фототерапия, фотосенсибилизаторы, фотодинамическая терапия.

Библиография: 61 источник.

The literature review is devoted one of vital topics – a problem of a chronic tonsillitis and its quantum therapy. It contains modern representations about features of immunity at the given disease, about photodynamic therapy, properties of various photosensitisers, techniques of quantum therapy of a chronic tonsillitis and features of their clinical application.

Key words: chronic tonsillitis, immunology, phototherapy, photosensitizers, photodynamic therapy.

Bibliography: 61 sources.

Развитие иммунологии в последнее время существенно изменило представления об особенностях строения и функционирования иммунной системы в норме и патологии. Появилось боль-

шое количество методик объективного определения ее состояния [49].

Одним из актуальных вопросов остается изучение иммунологии небных миндалин (НМ)



УДК:616.22-008.5:615.83

ПРИНЦИПЫ СИНДРОМОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К НАЗНАЧЕНИЮ ФИЗИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФОНИЯМИ (ОБЗОР)

Ю. Е. Степанова, Н. Н. Махоткина

PRINCIPLES OF SYNDROMIC-PATHOGENETIC APPROACH TO PRESCRIPTION OF PHYSIOTHERAPY OF PATIENTS WITH DYSPHONIA (LITERARY REVIEW)

Y. E. Stepanova, N. N. Makhotkina

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

В данной статье приведены общие принципы синдромопатогенетического подхода к назначению лечебных физических факторов у пациентов с дисфониями и представлены наиболее показательные примеры выбора физических методов лечения.

Ключевые слова: патология гортани, физиотерапия, лечение дисфоний.

Библиография: 16 источников.

The general principles of syndromic-pathogenetic approach to prescription of therapeutic physical factors for patients with dysphonia are given in this article and the most indicative examples of therapeutic decision are presented in the paper.

Key words: laryngeal pathology, physiotherapy, treatment of dysphonia.

Bibliography: 16 sources.

Актуальной задачей современной фониатрии является оптимизация комплексной реабилитации голосовой функции у пациентов с патологией голосового аппарата. Физиотерапия – одна из составных частей медицинской реабилитации пациентов с дисфониями.

Все физиотерапевтические методы, которые используют для лечения пациентов с нарушениями голосовой функции, можно условно разделить на две категории: общедоступные (рутинные) и эксклюзивные. К общедоступным относятся те методы, аппаратура для которых имеется практически во всех отделениях физиотерапии ЛПУ, оказывающих амбулаторную и стационарную помощь оториноларингологическим больным (УВЧ-терапия, ДДТ-терапия и амплипульстерапия, низкочастотная магнитотерапия, лазеротерапия, ингаляции). К эксклюзивным методам можно отнести методы, требующие специальной аппаратуры или специально обученного персонала: эндоларингеальная флюктуоризация, эндоларингеальная электростимуляция, нейромышечная электрофонопедическая стимуляция, суперфоноэлектрофорез гортани) [11, 14, 15].

Существуют два подхода к назначению физиотерапевтических методов: традиционный (зависит от нозологической формы и стадии заболевания) и синдромопатогенетический (зависит от ведущего синдрома у конкретного пациента). Второй подход представляется более рациональным, так как позволяет подбирать терапию, исходя из ведущих жалоб конкретного пациента [14]. В патогенезе заболеваний гортани основными синдромами являются:

- воспалительный,
- нарушения нервно-мышечной передачи,
- дистонический,
- дистрофический,
- нарушения микроциркуляции,
- психоэмоциональный.

В таблице представлены методы физиотерапии, преимущественно действующие на ведущие синдромы дисфонии. Такое распределение методов физиотерапевтического воздействия является условным, так как каждый из представленных методов имеет несколько лечебных эффектов разной степени выраженности [9].

Воспалительный синдром является ведущим при остром ларингите и обострении хронического ларингита. При альтеративно-экссудативной фазе воспаления показано применение электрического поля УВЧ в нетепловой дозе и ингаляций с препаратами противомикробного и (или) противовоспалительного действия. При переходе воспаления в следующую стадию (пролиферативную) ингаляционная терапия может быть продолжена, а электрическое поле УВЧ либо применено в тепловой дозе, либо заменено СМВ-терапией в слаботепловой дозе [3, 7, 9, 11, 12].

При сохранении у пациента жалоб на выраженную дисфонию после уменьшения выраженности визуальных признаков воспаления в гортани можно предполагать наличие дистонического синдрома внутренних мышц гортани, связанного с нарушением их мышечного тонуса. Для воздействия на сниженный мышечный тонус могут быть назначены ДДТ-терапия или амплипульстерапия с параметрами тока, наиболее подходящими для



УДК: 616. 313-006-089.168

ГИГАНТСКАЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ КОРНЯ ЯЗЫКА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Т. В. Остринская

GIANT BENIGN TUMOR OF TOUNGE BASE (CLINICAL SURVEILLANCE)

T. V. Ostrinskaya

ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург
(Главный врач – проф. Г. М. Манихас)

В статье представлен редкий случай гигантской липомы корня языка, рассмотрены возможности ее диагностики и успешного хирургического лечения.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли язык, липома корня языка, диагностика, хирургическое лечение.

Библиография: 6 источников.

The article presents a rare case of a giant lipoma of the base of tongue, its possibilities of diagnostics and surgical treatment.

Key words: benign tumors of the tongue, lipoma of the base of tongue, diagnostics, surgical treatment.

Bibliography: 6 sources.

Доброкачественные опухоли языка, как эпителиальные, так и неэпителиальные, встречаются достаточно редко. К доброкачественным эпителиальным опухолям языка относятся папилломы, которые являются небольшими образованиями размером до 2 см, округлой или овальной формы, мягкой консистенции. Их излюбленная локализация – спинка и кончик органа. Прогноз благоприятный, однако присоединение кератоза (ороговения) и внедрение в подлежащую ткань служат тревожным сигналом, указывающим на малигнизацию новообразования.

Среди неэпителиальных доброкачественных опухолей языка различают фибромы, липомы, миомы, а также гемангиомы и лимфангиомы. Гемангиомы на языке чаще всего врожденные. Это поверхностные, темно-красные, бугристые мягкие новообразования овальной формы. Локализуются, как правило, на кончике языка [3]. Лимфангиомы в основном встречаются у детей и служат причиной макроглоссии (увеличения языка). Миомы (опухоль Абрикосова, миобластомиома или рабдомиома) развиваются из миобластов и представляют собой плотноватые образования, покрытые слизистой оболочкой, иногда с маленькими сосочковыми разрастаниями на ней. В единичных случаях сочетаются с плоскоклеточным раком языка. Фибромы происходят из волокнистой соединительной ткани и представляют собой плотные либо мягкие некрупные

доброкачественные опухоли, редко множественные и локализуются чаще на слизистой оболочке боковой поверхности языка. Возникают они преимущественно у лиц среднего возраста и растут достаточно медленно. Под слизистой оболочкой языка могут образовываться липомы и фибролипомы. Они отмечаются значительно реже по сравнению с фибромами и также долго остаются без каких-либо существенных изменений [4].

Липома – доброкачественная опухоль из жировой ткани, возникает там, где имеется жировая ткань, в частности в подкожной, межмышечной клетчатке либо в подслизистом слое. Рост липомы не связан с общим состоянием организма, при истощении организма они продолжают накапливать жир. Чаще встречается у женщин в возрасте от 30 до 50 лет. Микроскопически липома построена из жировой ткани и отличается от нее различными размерами долек и жировых клеток, которые то очень малы, то достигают гигантских размеров. Между обычными жировыми клетками встречаются группы клеток с несколькими жировыми вакуолями – так называемые мультилокулярные клетки. Обычно липома мягкой консистенции, при выраженном развитии соединительной ткани становится более плотной. В зависимости от преобладания жировой или фиброзной ткани говорят о липофибrome или фибролипоме. При обильном развитии кровеносных сосудов в опухоли ее называют ангиолипомой, при обнаружении



УДК: 616-01

ВЕХИ ИСТОРИИ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ им. Н. Н. БУРДЕНКО: ЛЮДИ И ВРЕМЯ (к 105-летию юбилею отделения)

С. В. Сергеев, Е. С. Григорькина

HISTORY OF ENT-DEPARTMENT OF N. N. BURDENKO PENZA REGIONAL CLINICAL HOSPITAL: PEOPLE AND TIMES (to 105th anniversary of department)

S. V. Sergeev, E. S. Grygorkina

Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет»
(Ректор – проф. А. Д. Гуляков)

Статья посвящена более чем столетней истории отделения оториноларингологии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко (ранее земской губернской больницы): от самого основания до сегодняшних дней. За это время отделение пережило трудности тяжелых лет гражданской войны, годы сталинских репрессий, в Великую Отечественную войну оно работало в режиме военного госпиталя, а сотрудники проявляли истинный героизм на фронте и в тылу. Трудом и усердием руководителей и рядовых врачей в советское время отделение активно развивалось как в практическом, так и научном направлениях, пережило переломные 90-е годы, продолжая демонстрировать высокий уровень работы, наладило связи с ведущими научными центрами страны. Все эти страницы истории, о которых невозможно в полной мере рассказать в узких рамках статьи, были неразрывно связаны с именами людей, чей труд и личные качества достойны глубокого уважения и должны быть примером для преемников.

Ключевые слова: Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко, ЛОР-служба Пензенской области, история, ЛОР-отделение.

Библиография: 5 источников.

This article tells centenary history of ENT – department in N.N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital (earlier – Zemskij provincial hospital) from the beginning to our days. During these years department faced difficulties of civil war, Stalin's repressions. In 1941–1945 it worked as a clearing hospital, doctors showed heroism in the rear as well as at the front. The work and diligence of leaders and private doctors in the Soviet period let department to succeed in clinical practice as well in science. Then there were hard 90-th, but department survived and continued to develop and to establish close ties with famous Russian scientific schools, located in Moscow, St.-Petersburg and Kazan. Regulations don't let us to tell all interesting facts of department history, but all its pages were connected with people names, whose labor and personal qualities worth to be respected and to be an example for receivers.

Key words: N. N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital, Penza region ENT service, history, ENT-department.

Bibliography: 5 sources.

В 1846 г. в Пензе была открыта больница, называвшаяся «приказной». В 1865 г. она была передана губернскому земству и стала губернской земской больницей. В 1944 г. больница стала Пензенской областной. Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 25 октября 1956 г. ей было присвоено имя Н. Н. Бурденко – ныне Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко. До конца XIX в. в Пензе, как и во многих городах Российской Империи, не существовало специализированного отделения по

оказанию помощи пациентам с заболеваниями ЛОР-органов. Эта работа ложилась на плечи хирургов и дежурных врачей больницы, не имевших специальной подготовки.

Основателем ЛОР-службы Пензенской губернии по праву считается Николай Александрович Щепетильников (1856–1937).

В 1895 г. он был назначен заведующим инфекционным, «заразным», отделением. В силу острой необходимости по его настоянию было выделено 5–10 коек для больных с заболева-



УДК: 616.211-00.4:616.212.5-089.168

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ

Г. Н. Никифорова, М. Г. Дедова, Е. А. Шевчик, А. В. Золотова

OPTIMIZATION OF POSTOPERATIVE PERIOD AFTER ENDONASAL SURGERY

G. N. Nikiforova, M. G. Dedova, E. A. Shevchik, A. V. Zolotova

ГБУЗ МО «Московский научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»
(Зав. каф. оториноларингологии ФУВ – проф. В. И. Егоров)

Огромную роль в достижении функционального результата после эндоназальных хирургических вмешательств играет ведение послеоперационного периода. Под нашим наблюдением находились 37 пациентов после эндоназальных хирургических вмешательств на перегородке носа и нижних носовых раковинах, у которых в послеоперационном периоде применялась ирригационная терапия с помощью препарата «Аква Марис норм». В качестве группы контроля наблюдались 25 пациентов после аналогичных хирургических вмешательств с использованием в послеоперационном периоде тампонов с маслом. Проводили оценку выраженности жалоб и реактивных явлений с помощью клинических шкал, цитологическое исследование раневого секрета из полости носа. У пациентов основной группы отмечена меньшая выраженность реактивных явлений, что подтверждено результатами цитологического исследования.

Ключевые слова: септопластика, эндоназальные хирургические вмешательства, Аква Марис норм.

Библиография: 25 источников.

The postoperative period plays a great role in the functional results of the endonasal surgery. We observed 37 patients after septoplasty and turbinoplasty, who used «Aqua lor norm» in the postoperative period. In the control group nasal tamponade with oil was used. We controlled the results with the help of cytological screening and clinical scales. Less inflammatory reaction was seen in patients after using «Aqua lor norm», compared to the control group.

Key words: septoplasty, endonasal surgery, Aqua Maris norm.

Bibliography: 25 sources.

Дыхание является важнейшим механизмом обеспечения жизнедеятельности человека. Необходимый уровень газообмена поддерживается, в частности, и оптимальной работой всех отделов респираторного тракта. Важную роль выполняет полость носа, через которую в среднем в нижерасположенные дыхательные пути проводится около 20 кубических метров воздуха в сутки. Нарушение функционального состояния полости носа оказывает неблагоприятное влияние на многие органы и системы организма. Затруднение носового дыхания обуславливает ограничение экскурсии грудной клетки, изменяется частота дыхания, недостаточно вентилируются некоторые отделы легких, что приводит к снижению оксигенации крови [4, 15, 20].

Сложная архитектура полости носа, обеспечивающая турбулентность воздушной струи при вдохе, богатая сосудистая сеть слизистой оболочки, мерцательный эпителий, слизь полости носа, чихание, слезоотведение способствуют

очищению воздуха от взвешенных инородных частиц, поллютантов, инфекционных агентов, его согреванию и увлажнению. Благодаря многочисленным рефлекторным связям патологические процессы в полости носа, одним из основных проявлений которых является назальная обструкция, могут провоцировать изменения в деятельности сердца, клеточном и биохимическом составе крови и лимфы, диспепсические расстройства, нарушения со стороны мочеполовых органов, центральной нервной системы, ретикулоэндотелиальной системы. Данный факт позволил некоторым авторам выделить ряд этиопатогенетических рефлексов – ринопульмонологический, ринокардиальный, риноцеребральный, риновазальный. Отсутствие или нарушение носового дыхания препятствует свободному стоку слезы, вызывая проблемы со стороны органа зрения, отражается на обонятельной функции, приводя к различным ее нарушениям, обуславливает гнусавость [8, 12, 17, 18].



УДК 616. 22-002-039. 11. 73-053. 2

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОРОРГАНОВ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОРВИ И ГРИППА У ДЕТЕЙ

Е. Ю. Радциг¹, Н. В. Ермилова², Л. В. Малыгина¹, Е. П. Селькова³

ENT-COMPLICATIONS OF COMMON COLD IN CHILDREN

E. Yu. Radtsig, N. V. Ermilova, L. V. Malygina, E. P. Selykova

¹ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва

(Зав. каф оториноларингологии педиатрического факультета –
засл. деятель науки РФ, член-корр. РАМН, проф. М. Р. Богомильский)

² МУЗ «Детская городская поликлиника № 99», Москва
(Главный врач – В. В. Шилов)

³ ГБУ «Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г. Н. Габричевского»
Роспотребнадзора, Москва

(Директор – засл. деятель науки РФ, член РАЕН и Нью-Йорской академии наук, проф. В. А. Алешкин)

В статье представлены данные о распространенности различных воспалительных заболеваний ЛОР-органов, возникших на фоне или после перенесенного ОРВИ (гриппа). Представлены собственные и литературные данные о возбудителях данной патологии. Особое внимание уделено роли респираторных вирусов в формировании воспалительных заболеваний ЛОР-органов у детей. Приведены данные об эффективности фузафунгина в лечении различных ЛОР-осложнений ОРВИ.

Ключевые слова: респираторные вирусы-возбудители ЛОР-патологии, распространенность риносинусита и ларингита у детей, топическая антибактериальная терапия, фузафунгин.

Библиография: 15 источников.

Data about prevalence of different inflammatory disease of ENT-organs that arised because or after having common cold (flue) are presented in the article. Own and Literature data about pathogens of this pathology. Special attention was given to the role of respiratory viruses in organizing inflammatory diseases of children ESN-organs. Data about efficiency of fuzafungin in treatment of different ESN-complications of common cold.

Key words: respiratory viruses as reasons of ENT pathology in children, frequency rhinosinusitis and laryngitis in children, local antibacterial therapy, fusafungin.

Bibliography: 15 sources.

По данным Роспотребнадзора РФ из года в год лидирующие позиции среди инфекционных заболеваний сохраняют ОРВИ различной этиологии и грипп. Затраты на лечение и ОРВИ (гриппа) и их осложнений почти полностью (на 90%) исчерпывают бюджет, выделяемый на лечение инфекционных болезней вообще [15].

В Российской Федерации, как и в большинстве стран Европейского региона, эпидемический подъем заболеваемости гриппом и ОРВИ в прошедшем сезоне отмечен с начала 2013 г. Рост заболеваемости населения в большинстве субъектов страны был обусловлен преимущественно заболеваемостью детей дошкольного возраста, которые начали вовлекаться в эпидемический процесс на неделю раньше взрослого населения [15].

По данным лабораторного мониторинга за гриппом и ОРВИ в структуре циркулирующих вирусов на пике сезонного подъема доминирующие позиции занимал вирус гриппа А(Н1N1)2009 (14,8%), тогда как в начале эпидсезона его активность была умеренной [как и ви-

руса гриппа А(Н3N2)], составляя около 2,7%. На долю вирусов гриппа В приходилось от 1,2 до 3%, хотя на последних неделях эпидсезона он стал доминирующим (8,5%). На протяжении всего эпидсезона активно выделялись другие респираторные вирусы: парагриппа 1, 2 и 3-го типа, аденовирусы, РС-вирусы [15].

Знания о циркуляции патогенов среди популяции могут быть полезны не только для организации профилактических мероприятий. Общеизвестна связь между выделением вируса-возбудителя и развитием потенциальных осложнений ОРВИ (гриппа) как легочной, так и внелегочной локализации, среди которых лидируют воспалительные заболевания ЛОР-органов. Занимая одно из первых мест в перечне осложнений острой респираторной инфекции у детей и взрослых, они в наибольшей степени угрожают детям первых 2 лет жизни и лицам старше 60 лет. Этиология их может быть вирусной, бактериальной и смешанной.

Статистические данные о вирусах-возбудителях ЛОР-осложнений ОРВИ и гриппа в медицин-



ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ТИМПАНОПЛАСТИКИ

О. В. Салий

OUR EXPERIENCE OF THE USAGE OF DIFFERENT MATERIALS FOR THE TYMPANOPLASTY

O. V. Saliy

Муниципальное автономное учреждение «ГКБ № 40», Екатеринбург
(Главный врач – А. И. Прудков)

Проведена ретроспективная оценка морфологических и функциональных результатов тимпаноластики у 152 пациентов, оперированных в 2009–2012 гг. по поводу холестеатомы, хронического среднего отита с грануляциями и без грануляций, тимпаносклероза и адгезивного отита. В качестве материала для закрытия барабанной перепонки использовалась фасция височной мышцы – 64 пациента (43%) или надхрящично-хрящевой трансплантат из козелка – 88 пациентов (57%). Замещение оссиккулярной системы с использованием различных методик выполнено в 91 случае (60%).

Методы исследования: опрос пациентов, отоскопическая картина, аудиометрическое исследование звукопроводения, звуковосприятия, костно-воздушного интервала; методы описательной статистики (точный критерий Фишера).

Результаты исследования показывают, что в качестве материала для восстановления барабанной перепонки оптимальным с точки зрения и морфологического, и аудиологического результатов является надхрящично-хрящевой трансплантат. Оссиклопластика с наибольшим успехом может быть произведена с помощью титановых имплантов, так как они дают стабильный хороший функциональный результат.

Ключевые слова: хирургия среднего уха, техника надхрящично-хрящевым трансплантатом, титановый имплант, тимпаноластика, аудиометрический результат.

Библиография: 9 источников.

Retrospective evaluation of morphologic and functional results of fascia and cartilage tympanoplasty combined with titanium ossicular replacement prostheses and other materials was realized. One hundred and fifty two patients were operated since 2009 to 2012 because of cholesteatoma, adhesive otitis, chronic otitis media, subtotal tympanic membrane defects, and tympanic fibrosis. We used the fascia in 64 cases (43%) and perichondrium-cartilage graft in 88 cases (57%). We performed reconstruction of auditory ossicles in 91 cases (60%). Questionnaire on postoperative course, otoscopic findings, and hearing results using a 4-frequency pure-tone average air-bone gap.

The cartilage tympanoplasty is a reliable surgical method to manage difficult middle ear pathology on a long-term basis. It offer satisfactory morphologic and functional results in combination with titanium prosthesis ossiculoplasty.

Key words: middle ear surgery, cartilage technique, titanium prostheses, hearing results, tympanoplasty.

Bibliography: 9 sources.

Заболеваемость хроническим средним отитом не уменьшается, а сохраняется на достаточно высоком уровне [1–4, 9]. К основным характеристикам любой формы хронического среднего отита относится нарушение целостности структур среднего уха: барабанной перепонки и цепи слуховых косточек. Данные нарушения приводят к снижению слуха пациента и ухудшению качества жизни (постоянное гноетечение из больного уха, запрет на купание в бассейне и т. д.). Поэтому восстановление таких структур имеет такое же немаловажное значение, как санация среднего уха. Во всем мире отохирургами используется большое количество различных материалов для восстановления этих структур [2, 5–7]. В качестве материалов для закрытия дефекта барабанной перепонки используются фасция височной

мышцы, хрящ, надхрящница, надкостница, кожа. В качестве заменителей слуховых косточек используются различные оссиклярные протезы – из биокерамики, тефлона, титана, платины, а также аутологичные материалы – собственные слуховые косточки, кортикальная кость, хрящ [5]. Несмотря на обилие материалов для реконструкции тимпанальной полости до настоящего времени специалистами по отохирургии постоянно ведется дискуссия по поводу того, какой же материал считать лучшим и в каких случаях использование каких материалов предпочтительнее. Приводимые в международной литературе количественные данные, демонстрирующие преимущество того или иного материала, достаточно противоречивы [4, 7, 8]. В российской научной литературе имеются единичные источники по данному вопросу.



БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК АВТОРЕФЕРАТОВ ДИССЕРТАЦИЙ ПО НАУЧНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.01.03 «БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА», ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДИССЕРТАЦИОННЫЕ СОВЕТЫ РОССИИ В 2011 г.

Абдулаев А.К. Клинико-функциональное значение герпесвирусного инфицирования у детей с рецидивирующими заболеваниями респираторного тракта и ЛОР-органов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.08 <Нейрохирургия> : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Абдулаев Алибек Курбанович ; [Рос. гос. мед. ун-т]. – М., 2011. – 29 с. Библиогр.: 9 назв.

Азаматова Э.К. Фитотерапия с эффектом закаливания в лечении хронического тонзиллита у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Азаматова Элеонора Камильевна ; [С.-Петербург. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2011. – 21 с. Библиогр.: 7 назв.

Аллахвердиев С.А. Выбор оптимального хирургического доступа при кистах верхнечелюстных пазух : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Аллахвердиев Саид Аллахверди оглы ; [Первый моск. гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова]. – М., 2011. – 24 с. Библиогр.: 3 назв.

Ахмедов И.Н. Эндоларингеальная холодноплазменная микрохирургия доброкачественных новообразований гортани : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Ахмедов Идрак Назим оглы ; [Моск. обл. науч.-исслед. клинич. ин-т им. М.Ф. Владимирского, Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2011. – 26 с. Библиогр.: 16 назв.

Балалаева Е.А. Регионарное (эндонозальное внутрикожное) применение антибиотиков в лечении острого и обострении хронического риносинусита : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Балалаева Елена Анатольевна ; [Рос. ун-т дружбы народов, Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2011. – 20 с. Библиогр.: 5 назв.

Банашек-Мещерякова Т.В. Применение обогащенной тромбоцитами плазмы для стимуляции регенеративных процессов при операциях на среднем ухе : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Банашек-Мещерякова Татьяна Вадимовна ; [Кубан. гос. мед. ун-т, С.-Петербург. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2011. – 30 с. Библиогр.: 12 назв.

Батрак М.В. Прогнозирование и оптимизация течения раннего послеоперационного периода у больных с искривлением перегородки носа и вазомоторным ринитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Батрак Мария Владимировна ; [Иван. гос. мед. акад., Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2011. – 21 с. Библиогр.: 13 назв.

Боджоков А.Р. Пластика костных дефектов стенок околоносовых пазух деминерализованными костными трансплантатами: клинико-эксперим. исслед. : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Боджоков Адам Рамазанович ; [Ростов. гос. мед. ун-т, С.-Петербург. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – Ростов н/Д, 2011 – 40 с. Библиогр.: 26 назв.

Бойко С.Г. Особенности метаболизма апоптозеида Е и процессов свободнорадикального окисления в патогенезе развития сенсоневральной тугоухости : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> : спец. 03.00.13 <Физиология> / Бойко Светлана Григорьевна ; [С.-Петербург. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2011. – 34 с. Библиогр.: 19 назв.

Быстрова О.В. Повышение эффективности лечения пациентов с хроническими верхнечелюстными синуситами, вызванными стоматологическими и пломбировочными материалами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.14 <Стоматология> : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Быстрова Ольга Викторовна ; [Первый моск. гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова]. – М., 2011. – 26 с. Библиогр.: 22 назв.

Варвянская А.В. Исследование эффективности длительного курса лечения низкими дозами кларитромицина при полипозном риносинусите : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Варвянская Анастасия Владимировна ; [Первый моск. гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова]. – М., 2011. – 25 с. Библиогр.: 8 назв.

Вахрамеев И.Н. Оптимизация методов хирургического лечения искривлений носовой перегородки : автореф. дис.... канд. мед. наук : спец.14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Вахрамеев Иван Николаевич ; [Новокузнец. гос. ин-т усоверш. врачей, С.-Петербург. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2011. – 22 с. Библиогр.: 2 назв.

Верезгов В.А. Оптимизация лечебно-диагностической тактики у больных юношеской ангиофибромой основания черепа : автореф. дис.... канд. мед. наук 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Верезгов Вячеслав Александрович ; [С.-Петербург. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2011. – 22 с. Библиогр.: 10 назв.

Гончарова О.Г. Использование антибактериальных полимерных пленок и биологически обогащенной тромбоцитами плазмы в лечении хронического гнойного среднего отита : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха горла и носа> / Гончарова Ольга Геннадьевна ; [Курск. гос. мед. ун-т, С.-Петербург. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – Курск, 2011. – 18 с. Библиогр.: 24 назв.



СВЕТЛАЯ ПАМЯТЬ...



С глубоким прискорбием сообщаем, что 16 сентября 2013 года скоропостижно скончалась профессор кафедры ушных, носовых и горловых болезней Ставропольского государственного медицинского университета **ВЕРА МИХАЙЛОВНА МОРЕНКО**.

Вера Михайловна родилась 4 августа 1954 года в селе Правокумском Советского района Ставропольского края. После окончания восьмилетней школы она поступила в Пятигорское медицинское училище, которое с отличием закончила в 1972 году и в том же году поступила на лечебный факультет Ставропольского государственного медицинского института. Успешно окончив медицинский институт и интернатуру, два с половиной года Вера Михайловна работала педиатром в школе-интернате для глухих детей в городе Ставрополе. Когда в интернате потребовался сурдопедагог, В. М. Моренко направили в Ставропольский сурдологический центр на двухгодичную специализацию. С этого времени и началась ее работа в оториноларингологии.

В 1982 году Вера Михайловна стала старшим лаборантом на кафедре ЛОР-болезней СГМИ, поступила в заочную аспирантуру. С 1983 по 1985 год – клиническая ординатура, после окончания которой В. М. Моренко работала врачом-ординатором детского ЛОР-отделения третьей городской больницы города Ставрополя. С 1986 года она – ассистент кафедры болезней уха, горла и носа СГМИ.

В 1987 году Вера Михайловна защитила в Московском НИИ уха, горла, носа и речи под руководством профессора Д. И. Тарасова кандидатскую диссертацию на тему: «Клинико-иммунологические особенности различных форм декомпенсации хронического тонзиллита и реабилитационного периода после тонзилэктомии у детей». После защиты кандидатской диссертации В. М. Моренко продолжала работать на родной кафедре, много оперировала, занималась различными проблемами оториноларингологии, особенно аудиологией. В 2000 году под руководством профессора И. П. Енина в Москве в Центре аудиологии и слухопротезирования, руководимом профессором Г. А. Таварткиладзе, успешно защитила докторскую диссертацию на тему: «Методы электрофизиологического воздействия в комплексном лечении сенсоневральной тугоухости». Официальными оппонентами были признанные корифеи М. Р. Богомилский, В. Ф. Антонив, О. К. Федорова.

С 2001 года Вера Михайловна Моренко – профессор кафедры ушных, носовых и горловых болезней Ставропольского государственного медицинского университета. Много и плодотворно занималась научными исследованиями. Верой Михайловной опубликовано 3 монографии, более 145 научных работ, главы по сенсоневральной тугоухости в Национальном руководстве по оториноларингологии (2006) и в руководстве по детской оториноларингологии под редакцией М. Р. Богомилского и В. Р. Чистяковой (2008).



Большое внимание она уделяла аспирантам, соискателям. Под руководством профессора В. М. Моренко защищены две кандидатские диссертации, еще пять соискателей готовятся к защите.

Серьезную работу Вера Михайловна проводила как консультант, методист, занималась педагогической деятельностью, много оперировала.

В мае 2009 года Вере Михайловне было присвоено ученое звание профессора.

Доктор медицинских наук, профессор Вера Михайловна Моренко в интервью корреспонденту журнала «Медицинский пульс Ставрополя» сказала: «Кредо моей жизни – стоять к больному лицом и делать все, чтобы ему помочь и вылечить. Я очень рада своему выбору и никогда об этом не пожалела. Для меня медицина стала призванием и смыслом всей жизни».

Всю свою профессиональную деятельность Вера Михайловна придерживалась этого правила, поэтому ее светлый образ навсегда останется в сердцах ее коллег, учеников, пациентов.

Светлая память прекрасному человеку, врачу-подвижнику, замечательному ученому, профессору Вере Михайловне Моренко.

*Коллеги, однокурсники, ученики
Редакция журнала «Российская оториноларингология»*



СОДЕРЖАНИЕ

Научные статьи

И. А. Аникин, Т. А. Бокучава, Л. В. Полшкова Пути распространения холестеатомы при туботимпанальной форме хронического гнойного среднего отита.	3
Ш. М. Ахмедов, Е. З. Кочарян, И. Т. Мухамедов, В. С. Корвяков, В. Д. Меланьин, М. В. Лекишвили, И. Л. Жидков, А. С. Зеянин, В. В. Филиппов, Н. В. Ситниченко, С. О. Ясаков Эффективность краниопластики трансплантатами различного происхождения по данным гистологического исследования (экспериментальное исследование)	8
Е. В. Безрукова, Н. М. Хмельницкая Выявление зависимости между морфологическими изменениями в полипозной ткани и концентрацией некоторых цитокинов в носовом секрете	14
Е. А. Гиляфанов, В. А. Невзорова, Л. Б. Ардеева, В. А. Кудрявцева, Т. В. Тилик, Е. В. Самойленко, Е. Ю. Минакова, С. В. Климов, Д. В. Павлуш Показатели функционального статуса полости носа, околоносовых пазух и глотки в период ремиссии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких	19
Х. М. Диаб, И. А. Аникин, Д. С. Кондратчиков, Н. Н. Хамгущкеева Особенности хирургического лечения мальформаций среднего уха	25
Л. Н. Елизарова, В. И. Гринчук Об этиологии и профилактике риносинусита	31
Л. Н. Елизарова, В. И. Гринчук Влияние обструктивных изменений в полости носа на аэродинамику дыхания у больных риносинуситом	34
В. А. Зайцев, Е. Г. Шахова, Е. В. Пелих Эпидемиология хронического полипозного риносинусита в Волгоградском регионе	39
С. А. Карпищенко, А. А. Зубарева, М. А. Шавгулидзе Клинико-лучевая характеристика разных клинических форм хронического полипозного риносинусита	43
С. А. Карпищенко, Л. В. Колотилова, М. А. Рябова, В. Е. Павлов Достижение безопасности анестезиологического обеспечения эндоскопических вмешательств на гортани	52
С. М. Карькаева, Р. А. Забиров Пластика биотрансплантатом посттравматического разрыва барабанной перепонки	58
В. В. Косарев, Н. В. Еремина, Н. Е. Лаврентьева, М. Н. Попов Аллергическая патология верхних дыхательных путей от воздействия профессиональных сенсibilizаторов.	62
Л. А. Лазарева, Е. В. Байкина, Ю. В. Лазарева Комплексная оценка состояния периферического и центрального отделов слухового анализатора у больных с хронической функциональной и органической патологией голоса.	66

**Х. Г. Махачева, Л. М. Асхабова**

Эффективность лечения оториноларингологических больных в Республике Дагестан на различных этапах оказания медицинской помощи 72

В. А. Медведев

Хирургическая коррекция ринодеформации в виде горба и опущения кончика носа 78

Ю. С. Преображенская, М. В. Дроздова, П. В. Начаров, Л. М. Ковалева

Особенности этиопатогенеза экссудативного среднего отита у детей на современном этапе 82

Н. А. Расулова, Х. Н. Абдуллаев

Уровень половых гормонов у девушек подростков с хроническим гнойным синуситом 85

Ф. В. Семенов, С. А. Бабичев, О. А. Качанова, К. М. Фидарова

Экспериментальное обоснование использования препаратов, содержащих наночастицы серебра, в местной эмпирической терапии заболеваний ЛОР-органов, вызванных *P. Aeruginosa* и *Acinetobacter* sp. 88

Е. В. Тырнова, Г. М. Алешина, Ю. К. Янов, В. Н. Кокряков

Изучение экспрессии гена бета-дефенсина-2 человека в слизистой оболочке верхних дыхательных путей. 90

Е. Л. Чойнзонов, Л. Н. Балацкая, Е. А. Красавина

Оценка качества жизни больных раком гортани на этапах голосовой реабилитации после органосохраняющих операций 97

Е. Г. Шахова, В. А. Зайцев, О. Р. Бакумова, С. Е. Козловская, Е. В. Пелих

Крупные остеомы верхнечелюстных синусов 102

А. С. Юнусов, А. И. Сайдулаева

Хирургическое лечение врожденной атрезии хоан с сопутствующей патологией полости носа (синехии полости носа, ИНП) у детей 105

Обзоры**М. Ю. Егорова, В. С. Корвяков**

Метод лазеродеструкции вестибулярных рецепторов горизонтального полукружного канала у пациентов болезнью Меньера в историческом аспекте 109

В. Е. Кузовков, С. М. Мегрелишвили, Я. Л. Щербакова

Шум в ушах: методы его коррекции. Современное состояние вопроса 114

В. Г. Песчаный

Иммунология и квантовая терапия хронического тонзиллита: современный взгляд на проблему 118

Ю. Е. Степанова, Н. Н. Махоткина

Принципы синдромопатогенетического подхода к назначению физиотерапии у пациентов с дисфониями (обзор) 126

Из практики**Т. В. Остринская**

Гигантская доброкачественная опухоль корня языка (клиническое наблюдение) 130

Исторический раздел**С. В. Сергеев, Е. С. Григорькина**

Вехи истории ЛОР-отделения Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко: люди и время (к 105-летию юбилею отделения) 133



Школа фармакотерапии

Г. Н. Никифорова, М. Г. Дедова, Е. А. Шевчик, А. В. Золотова

Оптимизация послеоперационного периода у больных после хирургической коррекции
носового дыхания. 140

Е. Ю. Радциг, Н. В. Ермилова, Л. В. Малыгина, Е. П. Селькова

Воспалительные заболевания ЛОР-органов как осложнение ОРВИ и гриппа у детей 145

О. В. Салий

Опыт использования различных материалов для тимпанопластики 150

Информационный раздел

Библиографический список авторефератов диссертаций по научной специальности 14.01.03

«Болезни уха, горла и носа», представленных в диссертационные советы России в 2011 г. 154

Некролог

Вера Михайловна Моренко. 158

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