

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

№ 1 (62) 2013 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абабий И. И. (Кишинев, Молдова)	Жуков С. К. (Ярославль)	Пискунов С. З. (Курск)
Алиметов Х. А. (Казань)	Забилов Р. А. (Оренбург)	Полякова С. Д. (Воронеж)
Амонов Ш. Э. (Ташкент)	Заболотный Д. И. (Киев, Украина)	Попадюк В. И. (Москва)
Бабияк В. И. (Санкт-Петербург)	Захарова Г. Ф. (Санкт-Петербург)	Портенко Г. М. (Тверь)
Боджоков А. Р. (Майкоп)	Иванов Н. И. (Сыктывкар)	Портнов В. Г. (Ленинградская обл.)
Беляев В. М. (Вологда)	Игнатъева Е. Л. (Петрозаводск)	Проскурин А. И. (Астрахань)
Блоцкий А. А. (Благовещенск)	Извин А. И. (Тюмень)	Пудов В. И. (Санкт-Петербург)
Бобошко М. Ю. (Санкт-Петербург)	Калинин М. А. (Архангельск)	Семенов Ф. В. (Краснодар)
Бойко Н. В. (Ростов-на-Дону)	Карпищенко С. А. (Санкт-Петербург)	Сергеев М. М. (Краснодар)
Бойко С. Г. (Сыктывкар)	Карпова Е. П. (Москва)	Сергеев С. В. (Пенза)
Бойкова Н. Э. (Москва)	Киселев А. Б. (Новосибирск)	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)
Бороноев С. А. (Улан-Удэ)	Коркмазов М. Ю. (Челябинск)	Тимен Г. Е. (Киев, Украина)
Быковский В. Н. (Псков)	Кравчук А. П. (Ижевск)	Тулебаев Р. К. (Астана, Казахстан)
Вахрушев С. Г. (Красноярск)	Кржечковская Г. К. (Ставрополь)	Уханова Е. А. (Великий Новгород)
Виницкий М. Е. (Ростов)	Кротов Ю. А. (Омск)	Фанта И. В. (Санкт-Петербург)
Вишняков В. В. (Москва)	Кузовков В. Е. (Санкт-Петербург)	Фридман В. Л. (Владимир)
Гаджимирзаев Г. А. (Махачкала)	Кунельская Н. Л. (Москва)	Хакимов А. М. (Ташкент, Узбекистан)
Гиляфанов Е. А. (Владивосток)	Лопатин А. С. (Москва)	Хоров О. Г. (Гродно, Беларусь)
Георгиади Г. А. (Владикавказ)	Макарина-Кибак Л. Е. (Минск, Беларусь)	Храбриков А. Н. (Киров)
Гусейнов Н. М. (Баку, Азербайджан)	Мареев О. В. (Саратов)	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. (Нижний 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 24.12.2012 г.

Формат: 60×90¹/₈. Объем 30,75 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: 001.8:155.5

К РАССУЖДЕНИЯМ ОБ ИНТЕЛЛЕКТЕ

Н. С. Храппо

SPEAKING ABOUT THE INTELLECT

N. S. Khrappo

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
(Ректор – засл. деят. науки РФ, академик РАМН, проф. Г. П. Котельников)

В статье рассматриваются понятия «интеллект» и «интеллигент» на конкретных примерах, показывается их более широкий смысл, чем то латинское слово, от которого они произошли, их различие, несмотря на то, что они однокоренные; обсуждаются истоки формирования интеллекта и интеллигентности.

Ключевые слова: интеллект, интеллигент, оториноларингология, отоневрология, фониатрия.

Библиография: 3 источника.

The intellect and the intelligentsia conceptions are studied on the concrete examples demonstrating their wider sense than their Latin derivatives, their difference despite the fact that they have one and the same stem; revealing the sources of the intellect and the intellectual formation.

Key words: intellect, intellectual, otolaryngology, otoneurology, phoniatrics.

Bibliography: 3 sources.

Считаю для себя позволительным не делать в этой статье обстоятельного вступления на тему «интеллект», а изложить собственный взгляд на обсуждаемый предмет.

Интеллектуалами не рождаются, ими становятся, в отличие от интеллигентов. Несмотря на то что слова «интеллект» и «интеллигент» однокоренные (от лат. intellectus – разум, понимание, понятие) и в словарях «интеллигент» толкуется в первую очередь как человек образованный, профессионально занимающийся умственным трудом [1, 3], я считаю, что интеллигентность – это природное качество, и интеллигентом может быть даже человек без образования, но благородный, благоразумный, добропорядочный.

Интеллект, как и интеллигентность, зарождаются и формируются с детства. Способствует этому обстановка в семье, где принято по вечерам читать ребенку сказки А. С. Пушкина, Г. К. Андерсена, братьев Grimm; рассказы А. П. Чехова, Л. Н. Толстого; произведения М. Твена, Д. Свифта, Ч. Диккенса и других классиков русской и зарубежной литературы. Способствуют развитию интеллекта и принятые в семье походы в театры – кукольный, драматический, оперный. Дети легко и с удовольствием воспринимают балетные спектакли. Это происходит, наверное, потому, что в основе сюжета практически всех балетов лежит сказка. Чтение художественной литературы, посещение театров формируют у человека в первую очередь вкус и художественные наклонности, а уже позднее развивается потребность в узнавании нового, расширении своих знаний в различных областях, в том числе в той области, которую человек избрал себе в качестве профессии.

Иллюстрацией сказанного может служить биография академика АМН СССР, Героя

Социалистического Труда, Почетного гражданина города Самары Игоря Борисовича Солдатова. Игорь Борисович был неординарной личностью. Природа щедро одарила его пытливым и цепким умом, прекрасной памятью, красивой внешностью, певческим голосом (лирическим тенором), незлобивым характером.

Детство Игоря Борисовича прошло в семье, где с удивительной гармонией сочетались труд и увлечение искусством, жажда знаний и доброе отношение к людям. Родители Игоря Борисовича обладали замечательными человеческими качествами, они умели постоянно поддерживать в семье атмосферу, которая сформировала в мальчике трудолюбие, целеустремленность, тонкий



Академик АМН СССР, Герой Социалистического Труда
И. Б. Солдатов



3. Краснов А. Ф. Интеллект и интеллигентность. Общая и профессиональная культура: Самарскому государственному медицинскому университету – 75. – Самара, 1994. – С. 485–508.

Храппо Нина Степановна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатов Самарского ГМУ. 443099, Самара, ул. Чапаевская, д. 89, тел.: (846) 232-16-34.

УДК: 616.283.1-089.843:534.6

РЕГИСТРАЦИЯ СТАПЕДИАЛЬНОГО РЕФЛЕКСА ПРИ ИМИТИРОВАНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИЗМЕНЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В СРЕДНЕМ УХЕ

Г. Р. Азизов¹, А. В. Шапорова¹, А. Н. Титенко², М. И. Грицюк², Д. С. Клячко¹

REGISTRATION OF STAPEDIUS REFLEX WHEN SIMULATING INTRAOPERATIVE PRESSURE CHANGES IN THE MIDDLE EAR

G. R. Azizov, A. V. Shapороva, A. N. Titenco, M. I. Gritsyuk, D. S. Klyachko

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 «Санкт-Петербургский государственный политехнический университет

(Зав. каф. физико-химических основ медицины – член-корр. РАМН, проф. В. О. Самойлов)

В статье изложен способ регистрации стапедального рефлекса при изменении давления в среднем ухе, путем повышения или понижения давления в наружном слуховом проходе. Модификация стандартного импедансометра путем создания искусственной атмосферы позволила имитировать интраоперационные изменения давления в среднем ухе. Это дало возможность определить уровни давления в среднем ухе, при котором стапедальный рефлекс не регистрируется.

Ключевые слова: давление в среднем ухе, импедансометрия, стапедальный рефлекс.

Библиография: 24 источника.

The article describes the method of recording the stapes reflex when raising or lowering the pressure in the ear canal. Modification of the standard impedancemeter by creating an artificial atmosphere helps simulate intraoperative changes in pressure in the middle ear. It is possible to determine the level of pressure in the middle ear when stapelial reflex is not registered.

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

Bibliography: 24 sources.

Многие авторы считают нормальным внутрибарабанное давление 50 мм вод. ст., которое обеспечивает натяжение всех отделов барабанной перепонки, создавая наилучшие условия для звукопроводения [11, 14, 19].

На давление в среднем ухе влияют функциональное состояние слуховой трубы, объем полостей среднего уха, барабанная перепонка, состояние (напряженность) слизистой оболочки среднего уха [20].

Перепады давления в среднем ухе при различных физиологических состояниях составляют, по данным В. П. Денисова и соавт. [7], 3–5 мм вод. ст.).

Большинство исследователей при описании патогенеза и клинической картины тубоотита в

основу кладут развитие отрицательного давления в барабанной полости вследствие воспалительных, трофических или механических изменений слуховой трубы [4, 8–10, 24].

По мнению исследователей, имеется несколько причин повышения давления в барабанной полости.

Давление в среднем ухе может повышаться при анестезии с использованием закиси азота. Механизм данного явления до конца не изучен. Предполагается, что это происходит вследствие обратной диффузии газов из слизистой оболочки в полость среднего уха [21] или в результате дисфункции слуховой трубы [22].

W. J. Doyle [12], искусственно повышая давление в среднем ухе путем вдувания газа в экс-



УДК: 616.213-003.6-089.878]-073.756.8

ЗНАЧЕНИЕ ЦИФРОВОЙ ОБЪЕМНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ И ХИРУРГИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА

Д. И. Аникина

THE VALUE OF THREE-DIMENSIONAL COMPUTED TOMOGRAPHY IN DETECTION AND REMOVING OF FOREIGN BODIES IN THE PARANASAL SINUSES

D. I. Anikina

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

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

В статье описаны возможности использования цифровой объемной томографии в диагностике и удалении инородных тел придаточных пазух носа, а также приведен случай успешного оперативного лечения пациентки с инородным телом левой верхнечелюстной пазухи с применением цифровой объемной томографии в качестве диагностического метода.

Ключевые слова: околоносовые пазухи, инородные тела, цифровая объемная томография.

Библиография: 8 источников.

The article describes the usefulness of three-dimensional computed tomography in detection of foreign bodies in paranasal sinuses in the ENT practice. This report also describes a case of maxillary sinus foreign body successful surgical treatment.

Key words: paranasal sinuses, foreign bodies, three-dimensional computed tomography.

Bibliography: 8 sources.

Инородные тела околоносовых пазух (ОНП) являются достаточно часто встречающейся патологией в оториноларингологической практике. Чаще всего поражаются верхнечелюстная (ВЧП) и лобная пазухи, тогда как инородные тела клиновидной пазухи и решетчатого лабиринта встречаются крайне редко [6].

Из общего числа инородных тел ятрогенные составляют около 60% и, как правило, являются результатом стоматологических, офтальмологических или оториноларингологических манипуляций. Травматические инородные тела встречаются в 25% случаев и чаще всего являются результатом взрывов, аварий, а также огнестрельных ранений [2].

Наиболее часто в клинике встречается поражение верхнечелюстной пазухи при стоматологических манипуляциях. Как следствие близкого пространственного расположения ВЧП и верхних моляров, в процессе медицинских манипуляций возможно повреждение слизистой оболочки пазухи как при удалении зуба, так и на этапе протезирования. Попадание пломбировочного материала в верхнечелюстную пазуху может способствовать развитию воспалительных изменений, в том числе грибкового характера. Все вышеперечисленное приводит к развитию хронических одонтогенных синуситов со скудной клинической симптоматикой.

Соответственно структуре поражений чаще всего инородными телами являются стоматоло-

гические материалы, части медицинских инструментов, создающие артефакты и затрудняющие спиральную компьютерную томографию, тогда как цифровая объемная томография позволяет получить в этом случае адекватное изображение. Травматические поражения металлическими (пули, осколки при взрывах), стеклянными и деревянными предметами встречаются сравнительно редко [2, 6].

Удаление инородного тела требует проведения тщательного рентгенологического обследования перед операцией не только из-за близкого расположения жизненно важных структур, но и из-за возможности миграции инородного тела.

Опыт показывает, что сила мерцательного эпителия столь велика, что даже при попадании в просвет ВЧП пломбировочного материала диаметром до 3–4 мм он нередко обнаруживается в области естественного соустья.

В целях визуализации инородных тел ОНП могут быть использованы различные рентгенологические методы.

Обзорная рентгенография является самым распространенным методом диагностики патологии околоносовых пазух. Однако наложение теней на получаемом изображении делает метод непригодным в диагностике инородных тел пазух.

Двухмерная компьютерная томография дает точную информацию о местонахождении инородного тела, но не позволяет получить объемное изображение, что затрудняет получение полной



УДК: 616.284-004-089. 844

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОТКАНЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

Е. М. Арнаутова

USE OF AUTOGRAFTS IN PREVENTION OF STAPEDOPLASTY COMPLICATINS

Е. М. Arnautova

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

В статье описаны варианты использования различных материалов аутологичного происхождения для улучшения фиксации и приживляемости стапедального протеза, повышения эффективности и снижения риска осложнений стапедопластики; представлен опыт применения комбинированного тefлоново-аутохрящевого протеза стремени.

Ключевые слова: стапедопластика, аутотрансплантаты, тefлоново-аутохрящевой протез стремени.

Библиография: 20 источников.

The article describes variants of application of different autografts for better stapedia prostheses fixation and acceptance, increase of effectiveness and decrease of risk of stapedoplasty complications; presents experience of use teflon-and-cartilaginous stapedia prostheses

Key words: stapedoplasty, autografts, teflon-and-cartilaginous stapedia prostheses.

Bibliography: 20 sources.

Для протезирования стремени при его отосклеротической фиксации за все время существования стапедопластики предложено множество материалов: тefлон, различные виды проволоки, керамика, полиэтилен, золото, титан и др. [5, 6, 13, 15, 20]. Основными требованиями к ним являются биологическая инертность (отсутствие влияния на внутреннее ухо при внедрении в него) и достаточная пластичность крепления к наковальне, обеспечивающая прочный контакт и сохранение источников кровоснабжения. По данным критериям ни титан, ни тefлон, наиболее часто применяемые на практике, не сопоставимы с собственными тканями пациента [6, 9].

Собственное стремя или его части ранее часто использовались при операциях передней круротомии по Фаулеру, интерпозиции ножки по Портманн или инверсии стремени. Исполнение этих методик затруднительно и требует практически идеальных анатомических условий, что значительно ограничивает их применение [8, 10, 11].

Аутохрящ ушной раковины в качестве колюмеллы широко применяется для стапедопластики в ряде российских клиник более 50 лет. За это время не описаны случаи таких осложнений, как формирование перилимфатических фистул или некроз длинной ножки наковальни, что обусловлено эластичностью и надежным срастанием протеза со слизистой оболочкой длинной ножки наковальни и трансплантатом в окне преддверия [9]. Но достаточная жесткость такого протеза достигается только при его толщине не менее 1 мм, что требует широкого вскрытия окна преддверия (полной или субтотальной платинэктомии), что

несомненно делает операцию технически более сложной, повышает риск лабиринтных осложнений [3, 16, 18].

Более щадящая поршневая методика, требующая формирования в подножной пластике стремени лишь небольшого отверстия, на сегодня является наиболее широко применяемой. Негативной стороной использования искусственных протезов является то, что при креплении к длинной ножке наковальни наличие зазора между ними приводит к ухудшению проведения колебаний [2, 5, 17], в то же время более плотное сжатие чревато таким нередким осложнением как некроз длинной ножки наковальни [5, 9, 17, 19]. Аутоотканы часто применяются и при поршневой методике для обеспечения более надежного контакта протеза с наковальней, сохранения ее васкуляризации. Еще при использовании полиэтиленовых протезов В. Ф. Никитина предлагала заполнять полую трубку жировой или рыхлой волокнистой соединительной тканью [7]. Фрагменты соединительной ткани или стенки вены можно укладывать либо муфтой под кольцо протеза для уменьшения трения и во избежание люфта [10], либо поверх него, давая возможность развития коллатерального кровообращения длинной ножки наковальни [6]. Сохранение и укладка поверх крепления протеза барабанной струны фиксирует его. В литературе описаны варианты физиологичной стапедопластики, которая позволяет оставить собственный связочно-суставной аппарат стремени в интактном состоянии, что, наряду с возможностью сохранения акустического рефлекса, не нарушает источников кровоснабжения наковальни [1, 4, 14]. Описаны также варианты



13. Сравнительный анализ результатов различных методов стапедопластики с учетом динамики порогов слуха, в том числе в ранний послеоперационный период / С. Я. Косяков [и др.] // Кремлевская медицина. – 2002. – № 3. – С. 14–19.
14. Тихонова А. Г. Стременная мышца и ее значение в хирургии отосклероза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1982. – 16 с.
15. Хечинашвили С. Н. Слухоулучшающие операции у больных отосклерозом с использованием алюмооксидной керамики: метод. рек. – Тбилиси, 1985. – 9 с.
16. Kos M. I., Montandon P. B., Guyot J. P., Short- and long-term results of stapedotomy and stapedectomy with a teflon-wire piston prosthesis // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2001. – Vol. 110, N 10. – P. 907–911.
17. Lesinski S. G. Causes of conductive hearing loss after stapedectomy or stapedotomy: a prospective study of 279 consecutive surgical revisions // Otology and Neurotology. – 2002. – Vol. 23, N 3. – P. 281–288.
18. Moller P. Stapedectomy versus stapedotomy / Advances in Otorhinolaryngology – 2007. – Vol. 65. – P. 169 – 173
19. Necrosis of the long process of the incus following stapes surgery: new anatomical observations / I. Gerlinger [et al.] // The Laryngoscope. – 2009. – Vol. 119, N 4. – P. 721–726.
20. Stapes surgery: how precisely do different prostheses attach to the long process of the incus with different instruments and different surgeons? / P. Kwok [et al.] // Otology and Neurotology. – 2002. – Vol. 23, N 3. – P. 289 – 295.

Арнаутова Екатерина Михайловна – аспирант НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: 8-916-915-12-06, e-mail: Katya_A_85@mail.ru

УДК: 616.2;616.092.12

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

И. Г. Арустамян, О. Н. Сопко

IMPACT ASSESSMENT OF UPPER AIRWAY PATHOLOGY FOR QUALITY OF LIFE

I. G. Arustamyan, O. N. Sopko

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

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

В статье приводятся данные анкетирования больных с патологией верхних дыхательных путей и контрольной группы – практически здоровые респонденты. Проанализированы показатели составляющих качества жизни. Определены тенденции к изменению качества жизни у пациентов с различной патологией ЛОР-органов.

Ключевые слова: качество жизни, SF-36, болезни уха, горла, носа.

Библиография: 6 источников.

Here are the results of questionnaire survey of patients with upper airway pathology and control group in the article. Quality of life is analyzed. The tendency of alteration in the quality of life patients with ENT diseases are revealed.

Key words: quality of life, SF-36, ENT diseases.

Bibliography: 6 sources.

Патология уха, горла и носа распространена повсеместно и затрагивает людей всех возрастов. Каждый человек в своей жизни хоть раз сталкивался с заболеваниями верхних дыхательных путей, и, по данным исследований, уровень заболеваемости неспецифическими заболеваниями органов дыхания, к сожалению, не только не уменьшается, а даже возрастает, несмотря на уси-

лия, предпринимаемые на административном и медицинском уровнях [2, 5].

Состояние здоровья – это главный критерий, определяющий физические и психические возможности человека, его социальную и биологическую активность, и, несомненно, является основной составляющей качества жизни. Возникновение этого понятия и широкое обсуж-



Вполне очевидно определяются тенденции к изменению качества жизни у пациентов с различной патологией верхних дыхательных путей, однако для более детальной оценки влияния нозологических форм на физический и психологический компоненты здоровья необходимо продолжить исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амирджанова В. Н. Ревматоидный артрит и качество жизни больных: методология исследований, валидация инструментов, оценка эффективности терапии: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2008. – 32 с.
2. Загорянская М. Е., Румянцева М. Г., Дайняк Л. Б. Возможности ранней медико-социальной реабилитации взрослых с нарушением слуха. Проблема реабилитации в оториноларингологии / Всерос. конф. с междунар. участием.: тр. – Самара, 2003. – С. 116–117.
3. Затолока П. А. Влияние патологии ЛОР-органов на качество жизни человека // Медиц. журнал. – 2008. – № 4. – С. 33–35.
4. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А. О. Недошивин [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2000. – Т. 1, № 4. – С. 1–7.
5. Меркулов О. А. Качество жизни больных с патологией ЛОР-органов // Вестн. оторинолар. – 2009. – № 4. – С. 54–56.
6. Новячкин В. Н. Качество жизни пациентов при хирургическом лечении хронических риносинуситов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 20 с.

Арустамян Ирина Григорьевна – клинический ординатор каф. с клиникой оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, к. 5; тел.: +7-921-975-88-03; e-mail: a-irina26@yandex.ru

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

УДК: 616.216.1-002-044.7(575.1-25)

ХРОНОЛОГИЯ РИНОСИНУСИТОВ В ТАШКЕНТЕ И ЕГО РЕГИОНАХ

А. М. Ашуров

CHRONOLOGY OF RHINOSINUSITIS IN TASHKENT AND ITS REGIONS

A. M. Aschurov

*ГУ «Ташкентский институт усовершенствования врачей», Республика Узбекистан
(Зав. каф. отоларингологии – проф. К. Д. Джаббаров)*

В статье представлены результаты изучения динамики заболеваемости риносинуситами населения Ташкента и его регионов на протяжении четырех лет наблюдения. Проведено ретроспективное изучение архивного материала историй болезни пациентов с различными формами риносинуситов, поступивших в городскую клиническую больницу города Ташкента за период с 2008 по 2011 г. При исследовании выявлено нелинейное увеличение частоты заболеваемости риносинуситами у населения Ташкента и его регионов за период с 2008 по 2011 годы.

Ключевые слова: риносинусит, острый риносинусит, хронический риносинусит, верхнечелюстной синусит, нелинейное увеличение частоты заболеваемости риносинуситами.

Библиография: 4 источника.

In the article are set out the results of rhinosinusitis case rate dynamics of Tashkent and its regions population during four years. It was carried out a retrospective study of clinical charts archival depository of patients with different rhinosinusitis forms, that were admitted to the city clinical hospital of Tashkent in the periode from 2008 to 2011. Study showed nonlineal rhinosinusitis case rate multiplication in Tashkent and regions in the periode from 2008 to 2011.

Key words: rhinosinusitis, acut rhinosinusitis, chronic rhinosinusitis, upper maxillaries rhinosinusitis.

Bibliography: 4 sources.



Выявлена общая тенденция роста заболеваемости риносинуситами у населения Ташкента и его регионов на протяжении периода с 2008 по 20011 г. Однако возрастание частоты заболеваемости имеет нелинейный характер. При этом наиболее выраженный рост заболеваемости наблюдается преимущественно при локализации воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе.

Рост хронизации воспалительного процесса убедительно прослеживается только у больных

воспалением верхнечелюстных и решетчатых пазух. При других локализациях воспалительного процесса наличие роста хронизации воспалительного процесса не прослеживается.

Климатические условия оказывают непосредственное влияние на характер заболеваемости, что проявляется в резком и скачкообразном подъеме частоты острых форм воспалительного процесса околоносовых пазух у населения Ташкента и его регионов при перепадах температур в весенний и осенний периоды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева С. Н. Распространенность заболеваний ЛОР-органов среди городского населения на современном этапе // Рос. оторинолар. – 2006. – № 3 (22). – С. 33–37.
2. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия / Г. З. Пискунов [и др.]. Коллекция «Совершенно секретно». – М., 2003. – 203 с.
3. Захарова Г. П., Янов Ю. К., Шабалин В. В. Мукоцилиарная система верхних дыхательных путей. – СПб.: Диалог, 2010. – 358 с.
4. Извин А. И. Экологическая обстановка в Тюменской области и ее влияние на ЛОР-заболеваемость // Новости оторинолар. и логопатол. – 1999. – № 2 (18). – С. 69–70.

Ашуров Азимжон Мирзажонович – ассистент каф. отоларингологии ТашИУВ. Узбекистан, 100007, Ташкент, ул. Паркентская, д. 51; тел.: +99871-268-17-44, +99891-166-66-96; e-mail: azim-1960@mail.ru

УДК: 616.211-006.3-089.849.19

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТАКТНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕХНИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РИНОФИМЫ

С. В. Баранская¹, Н. С. Казанчева²

THE EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE CONTACT LASER TECHNOLOGY IN THE SURGICAL TREATMENT OF RHINOPHYMA

S. V. Baranskaya, N. S. Kazancheva

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

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

² МУЗ «Центральная городская клиническая больница», Калининград
(Главный врач – засл. врач РФ Т. Н. Серых)

В статье приведен случай успешного лечения ринофимы с применением контактной лазерной техники. Данный метод позволяет проводить оперативное вмешательство с минимальной кровопотерей и хорошими отдаленными результатами. Полупроводниковый лазер может с успехом применяться для хирургического лечения ринофимы.

Ключевые слова: ринофима, лазерная хирургия.

Библиография: 13 источников.

The article describes the case of a successful treatment of rhinophyma with the use of contact laser technology. This method allows to carry out surgical intervention with minimal blood loss and good remote results. Semiconductor laser can be successfully used for surgical treatment of rhinophyma.

Key words: rhinophyma, laser surgery.

Bibliography: 13 sources.

Термин «ринофима» впервые введен в обиход в 1881 г. известным австрийским дерматологом Фердинандом Геброй и переводится с греческого

языка как «нарост» [2]. Заболевание встречается чаще у мужчин в возрасте старше 40 лет и характеризуется образованием воспалительных узлов,



УДК: 616.28-008.1:621.395]:371.044.4

ВЛИЯНИЕ РЕГУЛЯРНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУДИОПЛЕЕРОВ С НАУШНИКАМИ НА СЛУХОВУЮ ФУНКЦИЮ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А. Ю. Берест¹, А. С. Красненко²

INFLUENCE OF REGULAR USE OF MUSIC PLAYERS WITH HEADPHONES ON HEARING IN YOUNG

A. Yu. Berest, A. S. Krasnenko

¹ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России»

(Ректор – проф. О. Г. Хурцилава)

² ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

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

Обследовано 19 человек в возрасте 19–25 лет с нормальными порогами слуха: 10 человек, систематически слушающих аудиоплеер с наушниками, и 9 человек, редко применяющих такие устройства. Всем испытуемым проводились тональная пороговая аудиометрия в расширенном диапазоне частот и Русский речевой аудиометрический экспресс-тест до и после звуковой нагрузки. Достоверно доказано, что у лиц, использующих устройства типа Walkman с наушниками, имеют место более высокие пороги слухового восприятия на высоких частотах, наблюдается тенденция к снижению речевой разборчивости после звуковой нагрузки по сравнению с молодыми людьми, не применяющими плееры с наушниками. Выявлено негативное влияние регулярного применения плеера с наушниками на центральный и периферический отделы слухового анализатора.

Ключевые слова: тональная пороговая аудиометрия в расширенном диапазоне частот, Русский речевой аудиометрический экспресс-тест, аудиоплеер, наушники.

Библиография: 13 источников.

A total of 19 people aged 19–25 years with normal hearing thresholds have been examined: 10 people systematically listening personal music player with headphones, and 9 people rarely using such devices. All subjects underwent tone threshold audiometry in the extended frequency range and Russian speech audiogram express test before and after the acoustic load. It was proved that people who use „Walkman” type devices with headphones have higher thresholds for hearing at high sound frequencies. There is a downward tendency of the speech intelligibility after the sound load in comparison with the young people who do not use players with headphones. A negative effect of regular use of the player with headphones on the central and peripheral parts of auditory analyzer was detected.

Key words: tone threshold audiometry in the extended frequency range, Russian speech audiogram rapid test, an audio player, headphones.

Bibliography: 13 sources.

О негативном влиянии интенсивной звуковой и шумовой нагрузки на все отделы органа слуха и, прежде всего, на систему звуковосприятия известно давно. Но этот вопрос остается актуальным и сегодня, так как, по данным ВОЗ, в 2004 г. более 275 млн человек в мире имели умеренные или тяжелые нарушения слуха, а к 2020 г. более 30% всей популяции земного шара будут иметь нарушения слуха. Ведущее место в структуре этих нарушений занимает поражение звуковоспринимающего аппарата [3, 8].

С тех пор как в 1979 г. впервые появилось портативное устройство Walkman с наушниками для воспроизведения аудиозаписей, популярность его все увеличивается, а модификации не перестают совершенствоваться. Как правило, громкость звучания этих персональных проигрывателей может достигать 115 дБ и выше [10]. Все больше людей используют наушники в самых различных сферах

жизни – от обычного развлечения музыкальными композициями и применения в медиа-системах до внедрения как средства связи в различных областях. Кто-то сталкивается с наушниками от случая к случаю, а для кого-то постоянное звуковое сопровождение стало больше чем привычкой: к последним, безусловно, в первую очередь можно отнести молодых людей.

Прослушивание музыки является одной из наиболее распространенных форм рекреационного воздействия шума. Предыдущие исследования показали, что максимальные уровни шумовой нагрузки из наушников могут превышать безопасные уровни. Кроме того, добавление фонового шума увеличивает общую экспозицию звукового воздействия на слушателя [11].

Проблема нарушений слуха у юных людей с ростом технического прогресса и возросшей доступностью устройств, позволяющих слушать



УДК: 616.216.1-4:616.212.4:614.253.83-89

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ (ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА)

А. В. Бицаева, И. А. Коршунова, Д. К. Березова

EVALUATION OF SATISFACTION WITH MEDICAL CARE PATIENTS WITH DISEASES OF THE NOSE AND PARANASAL SINUSES (ACCORDING TO A SOCIOLOGICAL SURVEY)

A. V. Bitsaeva, I. A. Korshunova, D. K. Berezova

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

Приведены результаты социологического анализа удовлетворенности медицинской помощью пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух. Полученные данные свидетельствуют о высоком уровне удовлетворенности потребителей медицинских услуг. Выявлено, что наиболее высоко они оценивают квалификацию медицинского персонала и менее – организацию медицинской помощи. В результате анализа данных социологического опроса выявлены основные причины неудовлетворенности пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух качеством медицинского обслуживания в стационаре: отсутствие сервиса, плохое оснащение и недостаток лекарственных средств.

Ключевые слова: удовлетворенность пациентов, заболевания полости носа и околоносовых пазух, социологический опрос.

Библиография: 9 источников.

The results of the sociological analysis of satisfaction with medical care of patients with diseases of the nose and paranasal sinuses. The data indicate a high level of satisfaction of health services. Revealed that they value most highly qualified medical personnel and less – the organization of medical care. An analysis of the survey data identified the main causes of dissatisfaction of patients with diseases of the nose and paranasal sinuses quality medical service at the hospital: the lack of service, poor equipment and insufficient current medicines.

Key words: patient satisfaction, disease of the nasal cavity and paranasal sinuses, the sociological survey.

Bibliography: 9 sources.

Особое анатомическое положение и биологическая защитная роль ЛОР-органов в организме predisполагают к частому возникновению в них патологических процессов [3]. В последние годы число обращений по поводу заболеваний полости носа и околоносовых пазух значительно возросло [8]. В общей структуре заболеваемости ЛОР-органов их поражение прочно заняло первое место как по обращаемости в поликлинику, так и в группе больных, проходящих лечение в стационарных условиях [6].

Согласно результатам проведенных исследований, острым гнойным риносинуситом ежегодно заболевают около 15% взрослого и 5–10% детского населения.

Хронической патологией полости носа и околоносовых пазух страдает 10–20% населения, а отдельные симптомы отмечаются у 40% опрошенных. В последнее десятилетие заболеваемость хроническими синуситами на тысячу населения увеличилась в три раза, а удельный вес госпитализируемых больных ежегодно возрастает на 1,5–2,0%. Количество новых случаев полипозного синусита, по данным обращаемости, составляет около 70 тыс. в год [9].

Согласно нашим исследованиям, проведенным на базе ЛОР-отделения Городской кли-

нической больницы № 4 г. Москвы, самую большую нозологическую группу среди всей ЛОР-заболеваемости составляют болезни полости носа и околоносовых пазух (более 50,0%). На втором месте находится патология уха (около 25,0%), на третьем месте – болезни глотки (около 10,0%).

В структуре заболеваний полости носа и околоносовых пазух преобладают гнойные заболевания околоносовых пазух: острые синуситы (32,0%) и хронические синуситы (25,0%) (в среднем за 5 лет). На втором месте – искривление перегородки носа (19,0%), затем идут травмы носа и околоносовых пазух (7,0%), фурункулы, абсцессы носа и другие воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки (7,0%), риниты (все формы), носовые кровотечения.

Патология носа и околоносовых пазух на сегодня имеет важное медико-социальное значение, и одной из актуальных задач периода реформирования здравоохранения является создание эффективной системы управления качеством медицинской помощи населению, что предполагает совершенствование как амбулаторно-поликлинической, так и стационарной помощи [4].

Одной из целей реформирования российского здравоохранения – обеспечение населения до-



УДК: 616.216.1-4:616.212.4:614.253.83-89

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

А. В. Бицаева, И. А. Коршунова, А. И. Чернолев

SOCIO-ECONOMIC AND BEHAVIORAL FEATURE OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE NOSE AND PARANASAL SINUSES

A. V. Bitsaeva, I. A. Korshunova, A. I. Cernolev

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

В статье приведены результаты изучения основных медико-социальных и поведенческих особенностей пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, находившихся на стационарном лечении, основанные на данных социологического исследования. Выявлено, что возрастно-половая структура пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух характеризовалась преобладанием мужчин. Наиболее многочисленная группа была представлена пациентами в возрасте от 30 до 54 лет (женщины) и от 30 до 59 лет (мужчины), т. е. трудоспособного возраста. Социальный состав пациентов представлен работающими (63,5%), учащимися (15,5%), пенсионерами (10,5%), неработающими трудоспособного возраста (10,5%).

Ключевые слова: социально-экономические и поведенческие факторы риска.

Библиография: 9 источников.

The results of the study of basic health and social and behavioral characteristics of patients with diseases of the nose and paranasal sinuses are hospitalized, based on data from the survey. Found that the age-sex structure of patients with diseases of the nose and paranasal sinuses characterized by a predominance of males. The largest group was represented by patients aged 30 to 54 years (women) and 30 to 59 years (men), that is of working age. The social composition of the patients submitted to work (63,5%), students (15,5%), retired (10,5%), unemployed working age (10,5%).

Key words: socio-economic and behavioral risk factors.

Bibliography: 9 sources.

Патология носа и околоносовых пазух сегодня имеет важное медико-социальное значение. В последние годы число обращений по поводу заболеваний полости носа и околоносовых пазух значительно возросло.

Распространенность заболеваний ЛОР-органов по данным обращаемости составляет 105,4 случая на 1000 населения [2].

В структуре заболеваний ЛОР-органов 51,1% составляют заболевания верхних дыхательных путей, 31% – заболевания органа слуха. Среди заболеваний верхних дыхательных путей заболевания полости носа составляют 14,2%, болезни глотки – 11,1%, болезни гортани в виде изолированной патологии – 2,5%. В структуре ургентной патологии ЛОР-органов также доминируют заболевания полости носа и околоносовых пазух (55,4%), на втором месте – заболевания уха (29,8%) [1]. Среди заболеваний полости носа и околоносовых пазух наиболее частой ургентной ЛОР-патологией являются синуситы (59,2% острые и 40,8% обострения хронических). Верхнечелюстные пазухи в 1,5 раза чаще, чем лобные вовлекаются в воспалительный процесс. У 6,4% больных с синуситами выявляются орбитальные и внутричерепные осложнения. Носовые кровотечения – вторая по частоте ургентная патология ЛОР-органов. В большинстве случаев (71,2%) носовая геморрагия воз-

никает на фоне повышенных цифр артериального давления. Мужчины и женщины нуждаются в срочной госпитализации в ЛОР-стационар почти одинаково часто (52,6 и 47,4% соответственно), возраст больных в большинстве случаев самый трудоспособный (20–50 лет, 59,8%), характерна сезонность роста заболеваемости (осень – весна, 82,6%). Ведущий канал госпитализации – через амбулаторную сеть (50,3%) [8].

Нос и окружающие его воздушные полости защищают организм человека от воздействия вредных факторов воздушной среды. От состояния этой защиты зависит вся дальнейшая жизнь человека, его здоровье, качество жизни и ее продолжительность [9]. Установлено, что у 1/3 пациентов с патологией ЛОР-органов заболевание значительно мешает работе, у 60,1% оно оказывает негативное влияние на сон, а у 59,3% влияет на возможность заниматься физической культурой. Более чем у половины респондентов наличие патологии ЛОР-органов является причиной нарушения гармонии в семейных отношениях, что оказывает существенное влияние на качество их жизни [7].

В возникновении и развитии заболеваний существенную роль играют факторы социально-экономического характера, влияющие на снижение качества жизни населения, а также чрез-



ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева С. Н. Распространенность заболеваний ЛОР-органов среди городского населения на современном этапе // Рос. оторинолар. – 2006. – № 3. – С. 33–37.
2. Грязина Н. В. Оптимизация организации экстренной оториноларингологической помощи в многопрофильном стационаре взрослому населению в условиях крупного промышленного города: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2007. – 26 с.
3. Ефименко С. А. Влияние образа жизни на здоровье // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 8–14.
4. Социально-экономические и поведенческие факторы риска, определяющие состояние здоровья взрослого населения промышленного города / Д. Е. Калинин [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 1. – С. 29–34.
5. Социологическое исследование условий и образа жизни трудоспособного населения промышленного города / Д. Е. Калинин [и др.] // Там же. – 2009. – № 6. – С. 24–27.
6. Максимова Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. – М., 2005. – 238 с.
7. Меркулов О. А. Качество жизни больных с патологией ЛОР-органов // Вестн. оторинолар. – 2009. – № 4. – С. 54–56.
8. Мурашова Т. В. Динамические показатели ургентной ЛОР-помощи в условиях городской больницы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 18 с.
9. Пискунов С. З., Харченко В. В. Новое в морфологии носа и околоносовых пазух // Вестн. оторинолар. – 2011. – № 1. – С. 8–12.

Бицаева Антонина Валерьевна – аспирант каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов. 115093, Москва, ул. Павловская, д. 25; тел.: 8-926-831-39-79, e-mail: Surgut22@mail.ru

Коршунова Ирина Анатольевна – ассистент каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов, 115093, Москва, ул. Павловская, д. 25; тел.: 8-926-119-36-68, e-mail: Alena-korshnova0@rambler.ru

Чернолев Анна Ильинична – ассистент каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов. 115093, Москва, ул. Павловская, д. 25; тел.: 8-926-182-73-77, e-mail: acernolev@yandex.ru

УДК 616-089.844; 616.284-004

НАШ СПОСОБ ТОТАЛЬНОЙ МИРИНГОПЛАСТИКИ

Е. В. Болознева, О. Н. Сопко

OUR WAY OF TOTAL MIRINGOPLASTY

E. V. Bolozneva, O. N. Sopko

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

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

В работе дана оценка клинко-морфологическим и функциональным результатам тотальной мирингопластики у 36 больных. У 31 (86,1%) больного тотальный дефект барабанной перепонки закрыт полностью, при этом неотимпанальная мембрана находилась в анатомически правильном положении, свойственном естественной барабанной перепонке. У всех больных в отдаленные сроки получена хорошая прибавка слуха: отличный и хороший функциональный результат операции достигнут в 85,2% случаев.

Ключевые слова: мирингопластика, неотимпанальная мембрана, слуховая функция, барабанная перепонка.

In this study we have analyzed clinical, morphological and functional results of total miringoplasty 36 patients. In 31 patients (86,1%) total defect eardrum closed completely, with neotimpanic membrane's anatomically correct position, characteristic of the natural eardrum. All patients in long-term period will get a good hearing gain: excellent and good functional result of the operation was achieved in 85,2% of cases.

Key words: miringoplasty, neotimpanic membrane, auditory function, eardrum.

Мирингопластика в реконструктивно-функциональной хирургии уха является наиболее частым оперативным вмешательством. При от-

носительно небольших перфорациях, когда сохранились остатки барабанной перепонки, операция обеспечивает хороший клинко-анатомический



В ближайшем послеоперационном периоде (при выписке больных из стационара) у всех прооперированных отмечено в различной степени выраженности улучшение слуха по данным остроты восприятия шепотной и разговорной речи. В отдаленные сроки 27 больным выполнено аудиометрическое исследование слуха. Функциональные результаты тотальной мирингопластики были следующими:

– отличный результат (повышение порогов тонального слуха на 30 дБ и более) получен у 16 (59,3%) больных;
– хороший результат (повышение порогов слуха от 20 до 30 дБ – у 7 (25,9%) человек;
– удовлетворительный результат (повышение порогов тонального слуха в зоне разговорных частот от 10 до 20 дБ) у 4 (14,8%) человек (рис. 2).

Вывод

Использованный нами способ пластики тотальных дефектов барабанной перепонки позволяет достичь хороших клинко-морфологических и функциональных результатов.

Болознева Елизавета Викторовна – врач-оториноларинголог ЛОР-клиники СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: +7-911-775-93-79, e-mail: bolozneva-ev@yandex.ru

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

УДК: 616.833.154+616.715.28]-008.313

О БЛОКАДЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА И КРЫЛОНЕБНОГО УЗЛА ЧЕРЕЗ БОЛЬШОЕ НЕБНОЕ ОТВЕРСТИЕ

В. Г. Бородулин

WITH REGARD TO THE QUESTION OF MAXILLARY NERVE AND SPHENOPALATINE GANGLION BLOCKADE VIA THE GREATER PALATINE FORAMEN

V. G. Borodulin

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

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

В статье описаны показания и существующие методики блокады крылонебного узла и верхнечелюстного нерва через большое небное отверстие. Приводится собственный опыт данной блокады. Обсуждаются неудачи и возможные их причины. Приводится собственная методика оценки анатомии большого небного канала с помощью трехмерной компьютерной томографии. Сообщаются результаты наблюдений, проводится их обсуждение. Авторы приходят к выводу, что для проведения эффективной блокады показано выполнение трехмерной компьютерной томографии околоносовых пазух на этапе планирования вмешательства.

Ключевые слова: местная анестезия, блокада верхнечелюстного нерва, блокада крылонебного узла, большое небное отверстие, трехмерная компьютерная томография.

Библиография: 12 источников.

This article is dedicated to the sphenopalatine ganglion and maxillary nerve blockade via the greater palatine foramen, its indications and its methods. The authors describe thier experience of this blockade performance. Also the causes of the failures are discussed. The original method of assessment the greater palatine canal anatomy using three-dimensional computed tomography is presented. The findings concerning the anatomy of the greater palatine foramen are discussed in detail. The authors' observations make them to decide that the pre-surgical examination must include the three-dimensional computed tomography for effective blockade.

Key words: local anesthesia, maxillary nerve blockade, sphenopalatine ganglion blockade, greater palatine foramen, three-dimension computed tomography.

Bibliography: 12 sources.



УДК: 616.211-009.86:618.2-08-031-059

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ

А. Е. Вертоголов

THE COMPLEX TREATMENT OF PREGNANCY RHINITIS

Е. Е. Vertogolov

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

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

Комплексный подход к лечению вазомоторного ринита у беременных, причиной которого является гормональный статус, позволяет безопасно и эффективно справиться с явлениями симптома назальной обструкции практически на любом гестационном сроке.

Ключевые слова: вазомоторный ринит, беременность, назальная обструкция.

Библиография: 14 источников.

The complex approach to treatment of pregnancy rhinitis allows safely and effectively cope to symptom of nasal obstruction practically on any gestational term.

Key words: vasomotor rhinitis, pregnant, nasal obstruction at pregnant patients.

Bibliography: 14 sources.

Вопросы о патогенезе вазомоторного ринита при беременности остаются до конца неизученными. Учитывая индивидуальное разнообразие гормонального статуса на различных сроках гестации, актуально значимыми в амбулаторной практике оториноларинголога являются: невозможность прогнозировать степень назальной обструкции во время беременности; сложность в диагностике и дифференциальной диагностике подбор эффективной терапии [5, 8].

Ринит беременных, возникающий наиболее часто в конце первого триместра беременности, именуемый так же вазомоторным ринитом беременных, является распространенным состоянием. По некоторым данным, около 30% беременных женщин страдают нарушением носового дыхания на любом гестационном сроке и полностью выздоравливают после родов [11, 12]. Для ринита беременных характерна триада симптомов: назальная обструкция, прозрачная ринорея, чихание [1, 5, 8].

Согласно сроку гестации концентрация основных гормонов (эстрогена, эстрадиола, эстриола) постоянно повышается. В наибольшем количестве образуется эстриол. Это связано с тем, что надпочечники плода продуцируют дегидроэпиандростерон и дегидроэпиандростеронсульфат, превращающийся в плаценте в эстриол. Образующийся гормон через фетоплацентарную систему поступает в кровоток матери, в организме которой синтезируется еще и собственный эстриол [4]. Эстрадиол оказывает анаболическое действие на кости, хрящи, способствуя их росту [4]. Этим обстоятельством можно объяснить увеличение носа и изменение его формы, наблюдаемые у некоторых женщин в период беременности.

Эстрон является промежуточным гормоном и используется организмом как материал для синтеза эстрадиола. Воздействуя на периферические кровеносные сосуды, эстрогены вызывают их расширение благодаря блокированию синтеза ацетилхолинэстеразы – фермента, разрушающего ацетилхолин, – медиатора парасимпатической нервной системы [4].

Прогестерон способствует задержке жидкости в организме. Количество вырабатываемого прогестерона увеличивается пропорционально сроку гестации. Продукцию прогестерона осуществляет желтое тело, а с момента плацентации эту функцию берет на себя плацента.

К другим причинам относят высокие показатели плацентарного гормона, приводящие к гиперактивности парасимпатической нервной системы и полнокровию слизистой оболочки полости носа, а также ингибирующее действие прогестерона на тонус гладкомышечных клеток сосудов носовых раковин [12, 13].

Затрудненное носовое дыхание приводит к гипоксии организма матери и плода и в некоторых случаях может являться причиной прерывания беременности и внутриутробной гибели плода. Вследствие синдрома назальной обструкции нарушается сон, появляется ринхопатия, которая является предрасполагающим фактором к развитию артериальной гипертензии и преэклампсии. Длительное интенсивное раздражение рефлексогенной зоны верхних дыхательных путей вследствие отека слизистой оболочки нижних носовых раковин может приводить к ослаблению деятельности дыхательного и отчасти сосудодвигательного центров и высших отделов головного мозга [2, 8].

Беременность предполагает ограничения в применяемых методах лечения вазомоторно-



ЛИТЕРАТУРА

1. Вольф Дж. Манн. Симптомы ЛОР-заболеваний во время беременности // Рос. ринология. – 1997. – № 3. – С. 8–9.
2. Джаббаров К. К., Муминов А. И. Особенности течения и лечения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух у беременных // Вестн. оторинолар. – 1993. – № 5–6. – С. 42–45.
3. Зарицкая И. С. Особенности медикаментозной терапии ЛОР-заболеваний во время беременности // Рос. ринология. – 2008. – № 2. – С. 71–80.
4. Мари Р., Греннер Д., Мейес П. Биохимия человека. – М.: Мир, 2004. – 414 с.
5. Носуля Е. В., Шульга И. А., Зубова Е. В. Специфический диагностический критерий ринита беременных // Рос. ринология. – 2011. – № 1. – С. 25–27.
6. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения. – СПб., 2006. – 406 с.
7. Черных Н. М. Ринит беременных // Рос. ринология. – 2008. – № 4. – С. 31–33.
8. Шульга И. А., Лашев Ю. В., Карпухин В. М. Динамика изменения носового дыхания у беременных // Там же. 2006. – № 3. – С. 11–12.
9. Яковлев В. П., Яковлев С. В. Рациональная антимикробная фармакотерапия. – М.: Литтерра, 2004.
10. Ellegard E. K. Special considerations in the treatment of pregnancy rhinitis // Womens Health (Lond Engl). – 2005, Jul. N 1(1). – P. 105–114.
11. Ellegard E. K. Pregnancy rhinitis // Immunol. Allergy Clin. North Am. – 2006. – Vol. 26, N 1. – P. 119–135.
12. Rhinitis in pregnancy / Gani F. [et al.] // Eur. Ann. Allergy Clin. Immunol. – 2003. – Vol. 35, N 8. – P. 306–313.
13. The human respiratory nasal mucosa in pregnancy. An electron microscopic and histochemical study / H. Toppozada [et al.] // J. Laryngol/Oto. – 1982. – N 96. – P. 613–626.
14. Treating common problems of the nose and throat in pregnancy: what is safe / P. V. Vlastarakos [et al.] // Eur. Arch. Otorhinolarygol. – 2008. – Vol. 256. – P. 499–508.

Вертоголов Александр Евгеньевич – клинический ординатор каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-904-641-16-41, e-mail: dr.vertogolov@gmail.com

УДК: 616.22-006.6-033.2

ОСОБЕННОСТИ ШЕЙНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

В. В. Виноградов¹, С. С. Решульский¹, М. Г. Давыдова¹, К. Г. Джафаров²

FEATURES NECK DISSECTION IN TREATMENT OF METASTATIC CANCER OF THE LARYNX AND HYPOPHARYNX

V. V. Vinogradov, S. S. Reshulskiy, M. G. Davydova, K. G. Jafarov

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

² ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава»
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)

Основное лечение больных метастатическим раком гортани и гортаноглотки хирургическое, включающее в себя операцию на первичном очаге и зонах регионарного метастазирования. При наличии метастазов с индексами N₂ и N₃ шейная лимфодиссекция может иметь различный объем, быть модифицированной, радикальной или расширенной и обязательно дополняется лучевой или лекарственной терапией. Проведение указанных дополнительных методов лечения до операции неблагоприятно сказывается на организме пациента и ухудшает ближайшие результаты лечения. Поэтому актуальным является вопрос о переносе лучевой и лекарственной терапии на послеоперационный период.

Ключевые слова: рак гортани и гортаноглотки, метастазы, шейная лимфодиссекция, химиотерапия.

Библиография: 5 источников.

Basic treatment of patients with metastatic cancer of the larynx and hypopharynx is surgery, including operations on the primary focus areas of regional and metastatic spread. In the presence of metastases index



N₂ and N₃ cervical lymph node dissection may have a different amount, be modified, radical or extended and supplemented by radiation and chemotherapy. Carrying out these additional methods of treatment prior to surgery adversely affects a patient's body and impairs the immediate outcomes of treatment. So actual is the issue of transfer of radiation and chemotherapy in the postoperative state.

Key words: cancer of the larynx and hypopharynx, metastasis, neck dissection, chemotherapy.

Bibliography: 5 sources.

Лечение больных метастатическим раком гортани и гортаноглотки непрерывно совершенствуется. В настоящее время арсенал методов воздействия значительно возрос. Однако основное место занимает хирургическое лечение, которое включает в себя операцию на первичном очаге и зонах регионарного метастазирования. При наличии метастазов с индексами N₂ и N₃ операция на первичном очаге сводится к ларингэтомии, зачастую комбинированной. Вмешательства на в зонах регионарного лимфооттока – шейная лимфодиссекция – может носить различный характер, быть модифицированной, радикальной или расширенной. Целесообразность выполнения последних дискуссионна, поскольку к стандартному объему лимфодиссекции присоединяется удаление нелимфатических структур шеи. По стандартизированной классификации таковыми являются наружная сонная артерия, подъязычный нерв, ретрофарингеальные лимфатические узлы, подъязычная кость, нижняя челюсть, сосцевидный отросток височной кости, мягкие ткани шеи и кожа. Включение в объем шейной лимфодиссекции указанных структур затрудняет выполнение операции и утяжеляет прогноз [4, 5].

Применение только хирургического лечения в данном случае является бесперспективным, необходимо присоединение лучевой и лекарственной терапии. В настоящее время обсуждается вопрос о последовательности использования этих методов лечения. Лучевая терапия на первом этапе уменьшает объем опухолевой ткани, но приводит к увеличению раневых осложнений. Лучевое лечение в виде монотерапии не позволяет достичь полной резорбции пораженных метастазами лимфатических узлов шеи. Лекарственная терапия на предоперационном этапе перспективна, обеспечивает возможность сохранения во время операции нелимфатических структур, но, являясь агрессивным методом воздействия, существенно влияет на исходный соматический статус больного, что также ухудшает ближайшие результаты лечения. Более того, некоторые пациенты после нескольких курсов ПХТ вообще не в состоянии перенести какое-либо хирургическое лечение [1, 3].

В настоящее время в практику онкологов активно внедряется таргетная терапия. Последняя подключается к стандартным схемам и, обладая высокоселективным действием, способна улучшать результаты лечения. Влияние ее на онкологическую результативность лечения больных с

распространенным метастатическим поражением лимфатических узлов шеи при раке гортани и гортаноглотки после расширенных лимфодиссекций изучается [2].

Цель исследования. Изучение целесообразности выполнения расширенных шейных лимфодиссекций и определение влияния адъювантной лекарственной терапии в сочетании с таргетной на онкологические результаты.

Задачи. Сравнить результаты лечения в группе больных с распространенным метастатическим поражением лимфоузлов шеи, перенесших хирургическое и консервативное лечение.

Оценить онкологические результаты лечения больных хирургическим методом, комбинированным и комплексным лечением с таргетной терапией.

Пациенты и методы. Работа основана на результатах лечения больных раком гортани и гортаноглотки III и IV стадий на базе клиники ЛОР-болезней Ярославской государственной медицинской академии в период с 2006 по 2012 г. В исследование включены 52 пациента, все мужчины в возрасте от 49 до 75 лет. Больные разделены на три группы: I – хирургическое лечение с послеоперационной ДГТ 42–46 Гр ($n = 18$); II – неоадъювантная полихимиотерапия с последующим хирургическим лечением ($n = 17$); III – хирургическое лечение с адъювантной полихимиотерапией в сочетании с таргетной ($n = 17$).

Гистологически диагноз верифицирован у всех пациентов при помощи биопсии опухоли из первичного очага и тонкоигльной пункционной аспирационной биопсии лимфатических узлов. При неинформативности последней исследование дополнялось чрескожной толстоигльной гарпунной биопсией под контролем ультразвукового исследования. По результатам гистологического исследования во всех группах преобладал плоскоклеточный ороговевающий рак – 34 (65,3%) человека, плоскоклеточный рак с тенденцией к ороговению выявлен у 11 (21,2%) пациентов и неороговевающий плоскоклеточный рак – у 7 (13,5%) пациентов.

В первой группе IIIб стадия выявлена у 5 (27,7%) больных, IVа стадия – у 6 (33,3%) пациентов и IVб в 7 (39%) случаях. Во второй группе IIIб стадия диагностирована у 6 (35,3%) пациентов, IVа стадия – у 5 (29,4%) больных и IVб – у 6 (35,3%) пациентов. В третьей группе 5 (29,4%) пациентов с IIIб стадией распространения про-



УДК: 616.216.1-003.6

ЯТРОГЕННЫЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫЕ СИНУСИТЫ

Е. К. Гевлич

IATROGENIC MAXILLARY SINUSITIS

Е. К. Gevlich

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

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

В статье рассмотрены различные варианты инородных тел и связанные с ними изменения слизистой оболочки верхнечелюстного синуса, возможности современной диагностики и эндоскопического лечения.

Ключевые слова: инородное тело, диагностика, эндоскопическая хирургия, компьютерная томография.

Библиография: 11 источников.

The article considers various variants of foreign bodies and related changes of the mucous membrane maxilla sinus. The possibilities of modern diagnostics and endoscopy treatment.

Key words: foreign body, diagnosis, endoscopic surgery, computer tomography.

Bibliography: 11 sources.

Значительно увеличилось количество частных стоматологических клиник и центров. Возрос спрос населения на различные стоматологические услуги, что потребовало внедрения более инвазивных, технологических подходов лечения. Эти изменения не всегда сопряжены с достаточным знанием детальной анатомии верхушек корней малых и больших коренных зубов с дном верхнечелюстной пазухи, отсутствием повсеместного внедрения 3D-дентальной томографии. Либо не все стоматологи учитывают возможности 3D-томографии и не назначают исследование при планировании инвазивного лечения. Не в полной мере учитываются индивидуальные особенности строения верхнечелюстной пазухи, создающие предпосылки проникновению в полость инородных тел.

Ятрогения (от гр. *iatros* – врач, *gennaio* – порождаю) – негативное воздействие врача на пациента, приводящее к неблагоприятным последствиям.

Ятрогенный синусит – понятие более широкое, чем группа синуситов, возникших вследствие активности стоматологов. К ним могут быть отнесены синуситы:

- в результате внутрибольничных инфекций;
- на фоне оперированных пазух;
- вследствие офтальмологических операций;
- вследствие стоматологических манипуляций на зубах верхней челюсти.

В своей работе мы хотели бы отметить группу синуситов, возникших в здоровой пазухе на фоне врачебных действий. Поскольку в своей клинической практике мы столкнулись с большим количеством пациентов, у которых после стоматологического лечения на фоне абсолютно здоровых

пазух носа возникли тяжелые и плохо поддающиеся лечению синуситы. К тому же в большинстве случаев эти синуситы требуют хирургического лечения.

Предпосылкой к возникновению перфорации костной ткани в области альвеолярной бухты дна верхнечелюстной пазухи с одновременным проникновением в ее просвет инородных тел являются анатомо-топографические соотношения верхушек корней малых и больших коренных зубов с верхнечелюстной пазухой. Иногда здоровый периодонт этих зубов и слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи разделены лишь тонкой пластинкой кости или дубликатурой слизистой оболочки [2]. Отсюда становится понятна столь высокая распространенность этого осложнения.

По данным различных авторов, констатируется неизбежность развития синусита вследствие нахождения в пазухе инородного тела (ИТ), а значит, необходимость удаления инородных тел из пазухи. В действительности же пациенты направляются на оперативное лечение только после развития клинической картины синусита. Длительное время такие синуситы протекают вяло, бессимптомно, в течение длительного времени – от 6 месяцев до 2,5 года [3] – «латентные синусы». В ряде случаев больные точно локализируют дискомфорт в области пораженной пазухи, заложенность носа, обычно умеренно выраженную и одностороннюю, нередко такие пациенты отмечают нарушение обоняния.

На фоне развития воспаления возникают дегенеративные изменения слизистой оболочки синуса в виде подушкообразного утолщения, кист, полипов или субатрофии и склерозирования. Эти изменения зависят от длительности нахождения



УДК: 616.211-005.1-089.45

МЕТОД ОСТАНОВКИ НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ БАЛЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ

Н. Я. Горностаев¹, К. А. Шиленков²

METHOD BALLOON TAMPON FOR STOPPING NASAL BLEEDING

N. Y. Gornostalev, K. A. Shilenkov

¹ ГУЗ ЯО «Клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н. В. Соловьева», г. Ярославль
(Главный врач – канд. мед. наук А. А. Дегтярев)² ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Минздрава РФ»
(Ректор – проф. А. В. Павлов)

Авторы сравнили два метода остановки носовых кровотечений: марлевую тампонаду и баллонную тампонаду с использованием устройства «Эпистоп-3». Установлено, что применение катетера «Эпистоп-3» не оказывает выраженного влияния на качество жизни больного, более эффективно и комфортно по сравнению с традиционной марлевой тампонадой полости носа.

Ключевые слова: носовое кровотечение, баллонная тампонада.

Библиография: 11 источников.

The authors compared traditional nasal tampon and “Epistop-3” catheter in patients with nasal bleeding and established that Epistop-3” catheter was more efficient and comfortable in comparison with traditional nasal tampon. More over balloon tampon did not disturb the quality of life in the patients.

Key words: nasal bleeding, balloon tampon.

Bibliography: 11 sources.

Носовое кровотечение (НК) – распространенное патологическое состояние, осложняющее течение многих заболеваний. Диапазон его возможных проявлений и последствий весьма велик. В структуре госпитализированных в оториноларингологические отделения пациенты с НК составляют примерно 10% [1, 6]. В большинстве случаев больные с незначительными по объему кровопотери НК не обращаются за медицинской помощью, используя для его остановки простейшие методы и подручные средства. Причем оказание медицинской помощи при данной патологии, а именно остановка кровотечения, относится к общеврачебным манипуляциям. Однако интенсивные и рецидивирующие кровотечения требуют оказания специализированной медицинской помощи.

Существуют различные классификации причин НК. Различают травматические и симптоматические НК, выделяют местные и общие причины заболевания [1, 2, 8, 9]. Однако во всех случаях носовые кровотечения сопровождаются нарушением целостности сосудистой стенки и (или) изменением коагуляционных свойств крови. Травматические НК являются следствием любых повреждений носа. К ним относятся травмы бытового, производственного, транспортного характера. Сам больной, манипулируя в полости носа при атрофических изменениях в целях удаления корок, может повредить пальцем слизистую оболочку.

Значительно чаще травматических встречаются спонтанные НК. Они зависят от ряда местных и общих факторов. Эти НК могут быть ранним признаком новообразований носа (ангиом, ангиофибром, злокачественных опухолей и пр.)

[1]. Помимо новообразований в последние годы частой причиной кровотечения из носа служит, гранулематоз Вегенера, ранее считавшийся редким заболеванием [1, 9]. Наиболее опасны спонтанные НК при аневризме приводящих сосудов носа (аневризмы черепного отдела внутренней сонной артерии). Они обычно сопровождаются значительной кровопотерей и упорно рецидивируют [1, 2, 3, 7].

Значительную группу составляют больные, у которых НК относится к категории симптоматических. НК могут сопровождать болезни крови, сердца, печени, вирусные инфекции и многие заболевания, в основе которых лежат гипо- или гиперкоагуляционные нарушения. К этой группе относятся также и пациенты, у которых кровотечение из носа возникает на фоне гипертонической болезни [1, 2, 4, 8, 10].

Существуют различные способы и средства для остановки НК. Одной из разновидностей механических способов является баллонная тампонада. В литературе описаны различные пневмоустройства, применяемые с этой целью [3–5, 8, 9, 11]. К ним, в частности, относится «Эпистоп-3» (РУ № ФСР-2010/09260), представляющий собой своеобразную модификацию синус-катетера ЯМик. «Эпистоп-3» состоит из эластичного корпуса с металлическим стержнем внутри и трех баллонов, из которых задний раздувается в носоглотке, средний – в полости носа, передний – в преддверии носа [4].

Цель исследования. Изучение эффективности и степени комфортности баллонной тампонады полости носа у больных с НК.



3. Бойко Н. В., Шатохин Ю. В. Алгоритм оказания неотложной помощи больным с носовым кровотечением // Рос. ринология. – 2008. – № 1. – С. 40–44.
4. Бойкова Н. Э., Макушин А. А., Котомин В. В. Новая методика баллонной тампонады при рецидивирующих носовых кровотечениях у больных в отделениях интенсивной терапии и реанимации // Рос. ринология. – 2011. – № 2. – С. 64–65.
5. Крюков А. И. Двухкамерная (секционная) гидротампонада полости носа после внутриносовых хирургических вмешательств // Вестн. оторинолар. – 2010. – № 2. – С. 48–51.
6. Опыт организации экстренной помощи больным с носовыми кровотечениями / Е. Н. Альтман [и др.] // Здоровоохранение РФ. – 1987. – №6. – С. 24–27.
7. Послеоперационный гемостаз при внутриносовых хирургических вмешательствах / А. И. Крюков [и др.] // РМЖ. – 2011. – № 24. – С. 1456–1467.
8. Hultcrantz E., Linder A., Markström A. Tonsillectomy or tonsillotomy? A randomized study comparing postoperative pain and long-term effects // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 1999. – Vol. 51, N 1. – P. 171–176.
9. Klinger M., Siegert R. Microcirculation of the nasal mucosa during use of balloon tamponade // J. Laryngorhinootol. – 1997. – Vol. 76, N 3. – P. 127–130.
10. Kucik C. J., Clenney T. Management of epistaxis // Am. Family Physician. – 2005. – Vol. 71, N 2. – P. 305–311.
11. The Foley catheter in the management of epistaxis / N. J. Holland [et al.] // Int. J. Clin. Pract. – 2001. – Vol. 55, N 1. – P. 14–15.

Горностаев Николай Янович – аспирант каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: 8-980-662-50-07, e-mail: gornostalev@mail.ru

Шиленков Кирилл Андреевич – студент 6-го курса лечебного факультета Ярославской ГМА. 150035, Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: 8-910-662-96-18, e-mail: klacid@mail.ru.

УДК: 616.288.71-089

СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ ДЕФЕКТА ЗАВИТКА И МОЧКИ УШНОЙ РАКОВИНЫ

В. В. Горохов, А. В. Крендикова

THE METHOD OF RECONSTRUCTION DEFECT OF THE CURL AND EARLOBE

V. V. Gorokhov, A. V. Krendikova

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия
Минздрава России»

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

Способ включает формирование кожно-жирового лоскута в заушной области на основе задней ушной артерии и последующее подшивание его к краям дефекта. При этом первым этапом выкроенный лоскут подшивают к краям дефекта ушной раковины и мочки с сохранением питающей ножки лоскута. Вторым этапом производят отсечение питающей ножки, из которой формируют мочку. Использование данного изобретения позволяет улучшить функциональные и эстетические результаты реконструкции дефектов завитка и мочки ушной раковины.

Ключевые слова: рак кожи, ушная раковина, реконструкция завитка и мочки ушной раковины, заживление раны.

Библиография: 1 источник.

The method includes forming a flap of skin and fat in the area behind the ear on the basis of the posterior auricular artery and then stitching it to the edges of the defect. In this first stage vykroenny flap sutured to the edges of the defect and the ear lobe with preservation of pedicle flap. The second stage cutoff pedicle, which forms a lobe. The use of the present invention can improve the functional and aesthetic results of reconstruction of defects in the navel and ear lobes.

Key words: skin cancer, auricle, reconstruction of the curl and earlobe, wound healing.

Bibliography: 1 source.

Цель исследования. Улучшение функциональных и эстетических результатов хирургического лечения больных с новообразованиями кожи ушной раковины.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ применяемых в нашей клинике классических оперативных методик. Известна методика пластики дефекта завитка



Вывод

Предложенный новый способ реконструкции ушной раковины обеспечивает хороший функциональный и косметический результат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рауэр А. Э., Михельсон Н. М. Пластические операции на лице. – М.: Медгиз, 1954. – 345 с.

Горохов Владислав Вадимович – аспирант каф. госпитальной хирургии Ярославской ГМА. 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: (4852) 54-03-55, e-mail: endo9@yandex.ru

Крендикова Анастасия Валерьевна – аспирант каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: (4852) 303985, e-mail: andsmr@list.ru

УДК:616.212.5-089-844

ПРИМЕНЕНИЕ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «ГИАМАТРИКС» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

М. В. Григорьева

THE APPLICATION OF BIOPLASTIC MATERIAL “GIAMATRIKS” IN SURGERY OF THE NASAL SEPTUM PERFORATION

M. V. Grigorieva

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

В работе проанализированы результаты операций – пластики дефекта перегородки носа с применением оригинального биопластического материала «Гиаматрикс».

Ключевые слова: перфорация перегородки носа, биопластический материал, операция.

Библиография: 5 источников.

It was analyzed in the work the results of plastic of the nasal septum perforation defect with use of original bioplastic material “Giamatriks”.

Key words: nasal septum perforation, bioplastic material, operation.

Bibliography: 5 sources.

Подслизистая резекция носовой перегородки является одной из наиболее распространенных операций в оториноларингологии. У оперированных больных в ближайшем и особенно в отдаленном послеоперационном периоде нередко формируется перфорация перегородки носа [2]. Данное осложнение снижает качество жизни пациентов. У больных нарушается носовое дыхание, в полости носа образуются корки, наблюдаются носовые кровотечения, неприятный запах, слизистые выделения из носа. Наряду с этим больные жалуются на носовые кровотечения, головные боли, возникновение свиста при дыхании [3, 5]. Перечисленные симптомы возникают из-за нарушения архитектоники и аэродинамики в полости носа во время прохождения воздушной струи через перфорацию носовой перегородки [2].

Сегодня основным методом лечения перфорации перегородки носа является хирургический. Результаты пластики перфорации не всегда удов-

летворяют больных и врача: наблюдается высокий процент рецидивов. Разработка новых способов пластики перфораций перегородки носа в настоящее время является актуальной проблемой.

Цель работы. Повышение эффективности пластических операций по закрытию перфораций перегородки носа с применением оригинального биопластического материала «Гиаматрикс».

«Гиаматрикс» – это биополимер, изготовленный методом фотохимической сшивки макромолекул в гидрогеле на основе нативной (химически не модифицированной) гиалуроновой кислоты. Основанием к применению «Гиаматрикса» послужили его положительные свойства:

- многофункциональность (выполняет роль каркаса);
- механическая прочность и эластичность;
- биосовместимость на белковом и клеточном уровнях;



УДК: 616.28-008.14 (470.26)

БУДНИ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**О. В. Гринчик****SURDOLOGY SERVICE EVERYDAY LIFE IN THE KALININGRAD REGION****O. V. Grinchik***ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области», Калининград**(Главный врач – С. Г. Мальцев)**ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»**(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)*

Калининградская область является наиболее проблемным регионом Северо-Запада РФ в отношении оказания сурдологической помощи как детскому, так и взрослому населению. На территории изолированной от РФ области с населением около 1 млн человек оказываются сверхсложными ранняя диагностика доречевой тугоухости, дальнейшая реабилитация (настройка и обслуживание слуховых аппаратов, кохлеарных имплантов, проведение необходимых сурдологопедических занятий), отсутствуют государственные службы, занимающиеся выдачей, настройкой и дальнейшим обслуживанием слуховых аппаратов по социальным программам. Сложившаяся ситуация требует скорейшей организации в Калининградской области современного сурдологического центра для осуществления диагностической, лечебной и реабилитационной работы с пациентами с различными формами тугоухости.

Ключевые слова: организация сурдологической службы в Калининградской области, мутация 35delG в гене GJB2.

Библиография: 7 источников.

The Kaliningrad region is the most problem region of the Northwest of the Russian Federation concerning rendering of the surdology help both children's, and to adult population. In the territory of the area isolated from the Russian Federation with the population about 1 million people appears over difficult implementation of early diagnosis of the prelingual hearing loss, carrying out further rehabilitation (control and service of hearing aids, cochlear implants, carrying out necessary surdo-logopedic occupations), there are no the public services which are engaged in delivery, control and further service of hearing aids according to social programs. Current situation demands the fastest organization in the Kaliningrad region the modern center of surdology for implementation of diagnostic, medical and rehabilitation work from patients with various forms of hearing loss.

Key words: the organization of surdology service in the Kaliningrad region, the mutation 35delG in GJB2 gene.

Bibliography: 7 sources.

В Калининградской области существует проблема в оказании сурдологической помощи, которая связана с отсутствием современной организации сурдологической службы. В области с численностью около 1 млн жителей работает всего 2 сурдолога (по одной ставке врача в Детской областной и Калининградской областной больницах), что, конечно, недостаточно, чтобы охватить специализированной медицинской помощью все нуждающееся население. Это особенно становится острым в отпускной период, когда сурдологические кабинеты не работают и пациенты с негнойной патологией внутреннего уха, в том числе с острыми нарушениями, оказываются лишены специализированной медицинской помощи. Проблема еще более усугубляется анклавным положением области.

В большинстве крупных городов РФ полноценно работают сурдологические центры, оснащенные по современным стандартам как техническим оборудованием, так и медицинским персоналом,

принимающие взрослое и детское население. По последним рекомендациям Министерства здравоохранения должна быть 1 ставка сурдолога на 100 тыс. взрослого населения и 1 ставка сурдолога на 40 тыс. детского населения [3]. Исходя из этих представлений в Калининградской области и Калининграде должно быть 10 ставок сурдолога-оториноларинголога. Как уже отмечено, в Калининградской области всего 2 врача сурдолога-оториноларинголога.

В структуру современного сурдологического центра должны входить: кабинет для аудиометрии, минилаборатория для слухопротезирования, кабинет сурдолога; кабинет отоневролога, кабинет для проведения углубленного обследования (КСВП, ОАЭ), кабинеты сурдопедагога и логопеда и др. [3]. В настоящее время в Калининградской областной клинической больнице есть только 1 кабинет сурдолога, в котором осуществляется и прием пациентов, и аудиометрия. И это при том, что аудиометрия должна осуществляться в специ-



соединяющий в себе сурдологический кабинет для взрослых и детей, кабинет слухопротезирования, кабинет сурдопедагогической и логопедической помощи и кабинет по настройке кохлеарных имплантов, при этом обеспечивать раздельный прием взрослых и детей. Это позволит интенсивнее использовать дорогостоящую аппаратуру и обеспечит приемственность при переводе подростковой группы во взрослую службу. Уже сейчас необходимо расширить штат медицинского и педагогического персонала, оснастить сурдока-

бинеты современным оборудованием и выделить дополнительные площади.

Единый сурдоцентр мог бы взять на себя функцию выдачи льготных слуховых аппаратов, которая должна осуществляться в государственных учреждениях квалифицированными специалистами, а также настройку и техническое обслуживание кохлеарных имплантов и слуховых аппаратов, создание условий для проведения медико-педагогической (или слухоречевой) реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Королева И. В., Янн П. А. Дети с нарушениями слуха. – СПб.: КАРО, 2011. – 240 с.
2. Мутация 35delG гена GJB2 в этиологии доречевой глухоты в регионе Калининградской области / С. Г. Журавский [и др.] // Рос. оторинолар. – 2009. – № 1 (38). – С. 3–7.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 28 февраля 2011 г. № 155Н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю „оториноларингология” и „сурдология-оториноларингология”» (зарегистрировано в Минюсте РФ 25.03.2011 № 20284).
4. Программа «Доступная среда» от 1 июня 2011 г. Дата принятия решения – поручение Президента Российской Федерации Д. А. Медведева о разработке Программы от 15.11.2009 г. № Пр-3035 и поручение (наименование и номер Правительства Российской Федерации соответствующего от 18.11.2009 г. № ВП-П13-6734 нормативного акта), <http://mail.ru/nashaucheba.ru>
5. Раннее выявление и коррекция нарушений слуха у детей первых дней жизни / Г. А. Таварткиладзе [и др.] метод. разраб. – М., 2011. – 32 с.
6. Распространение «глухой» мутации 35delG гена GJB2 среди здорового населения Северо-Западного региона России / С. Г. Журавский [и др.] // Мед. акад. журн. – 2009. – № 2, Т. 9. – С. 41–45.
7. Таварткиладзе Г. А., Васильева Л. Д., Коротков Ю. В. Методика массового скрининга нарушений слуха у детей первого года жизни: метод. рек. – М., 1991. – 7 с.

Гринчик Оксана Викторовна – врач-сурдолог-оториноларинголог детской областной больницы Калининградской области, соискатель ученой степени лаборатории слуха и речи НИЦ СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 236017, Калининград, ул. Дм. Донского, д. 23; тел. моб.: 8-921-612-56-64, e-mail: gr241280@mail.ru

УДК: 616.22-007.271:616.222]-007.63

ЛАТЕРОФИКСАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ СКЛАДКИ КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАЛИТИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ

О. И. Долгов

VOCAL FOLD LATEROFIXATION FOR THE TREATMENT OF BILATERAL VOCAL CORD PARALYSIS

O. I. Dolgov

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

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

В статье приведены два клинических наблюдения применения латерофиксации голосовой складки у больных, страдающих паралитическим стенозом гортани. В целях отведения голосовой складки использовалась методика экстраэндолярингеального наложения шва. В обоих случаях метод показал эффективность в отдаленном периоде, позволив произвести деканюляцию в одном случае и увеличить просвет голосовой щели без наложения трахеостомы – в другом.

Латерофиксация голосовой складки может с успехом применяться для лечения паралитического стеноза у пациентов, сроки возникновения пареза у которых позволяют ожидать возобновления подвижности гортани.

Ключевые слова: лазерная хирургия, паралитические стенозы, латерофиксация.

Библиография: 14 источников.

The article describes two clinical cases of laterofixation of vocal folds in patients, with paralytic laryngeal stenosis. With the aim of abduction vocal folds, the methodology of the extra-endolaryngeal suturing was used. In both cases, the method has shown effectiveness in the follow-up, allowing to decanulation in one case, and increase lumen of the larynx without the use of a tracheostomy in the other.

Laterofixation of vocal folds can be applied with success to increase the lumen of the larynx for patients whose terms of occurrence of paresis make it possible to expect a renewal laryngeal mobility.

Key words: laser surgery, paralytic laryngeal stenosis, laterofixation.

Bibliography: 14 sources.

Лечение больных, страдающих хроническими паралитическими стенозами гортани, является одной из остро обсуждаемых проблем оториноларингологии. Ежегодно частота встречаемости двухстороннего паралича голосовых складок увеличивается [1, 7]. В основном это обусловлено повышением хирургической активности, в частности широким распространением операций на щитовидной железе, одним из осложнений которых является двухстороннее повреждение возвратного гортанного нерва и, как следствие, развитие паралитического стеноза гортани [13].

К основным методам хирургического лечения двухстороннего паралича голосовых складок относятся:

- увеличение просвета голосовой щели с помощью различных вариантов лазерных резекций [3, 6];
- латерофиксация голосовых складок [10, 11, 14].

Несмотря на то что описываемые методы хирургического лечения являются паллиативными и направлены лишь на статичное увеличение просвета голосовой щели, проводимые исследования по восстановлению подвижности голосовых складок с помощью методов нейропротезирования [12] пока что находятся на стадии эксперимента.

Сроки восстановления подвижности голосовых складок, по данным различных авторов, варьируются, достигая 12 месяцев [14], и зависят от характера интраоперационного повреждения нервных волокон, а также от типа возникающих в них процессов спонтанной реиннервации.

Выделяют пять степеней повреждения периферического нерва – от ушиба до полной деструкции. При травме нервного ствола, даже при сохранении его видимой анатомической целостности не исключено повреждение эндоневральных трубок и нервных пучков, что приводит к неадекватной (синкинетической) реиннервации – состоянию, при котором аксоны нерва, восстанавливаясь, прорастают к мышцам-антагонистам. Этот процесс сохраняет тонус голосовой складки, но исключает ее подвижность ввиду одновремен-

ного сокращения мышц абдукторов и аддукторов [9, 12].

К сожалению, в медицинской документации пациентов, у которых паралич гортани развился после струмэктомии, практически никогда не указывается характер интраоперационного повреждения возвратного нерва (взятие его на зажим, перерезка и пр.). Поэтому все случаи нарушения подвижности голосовых складок, возникшие в послеоперационном периоде, расцениваются как обратимые, и пациентам предлагается консервативное лечение, направленное на восстановление подвижности мышц гортани. Наш опыт показывает, что восстановление подвижности редко происходит позднее 6 месяцев, поэтому по истечении этого срока для лечения паралитического стеноза гортани следует рассматривать такие варианты хирургических вмешательств, как парциальная лазерная резекция голосовой складки или окончательная ее латерофиксация.

Особую категорию пациентов составляют больные, у которых можно ожидать восстановления адекватной реиннервации гортани, но в связи с явлениями стеноза, требующих активного хирургического лечения.

В таких случаях при сохранении адекватного дыхания в покое латерофиксацию голосовой складки можно рассматривать как эффективный метод временного увеличения просвета дыхательной щели. К тому же многие пациенты отказываются от наложения трахеостомы, пока не убедятся в неэффективности консервативного лечения или у них не наступит истощения компенсаторных возможностей организма. Оптимальным методом искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в таких случаях является высокочастотная ИВЛ (ВЧ ИВЛ) через трахеопункцию, позволяющая проводить адекватную вентиляцию и обеспечивающая свободное операционное поле [4, 5].

Классически латерофиксация голосовой складки производится при помощи иглы Лихтенберга [11], однако можно использовать метод подшивания голосовой складки при помощи инъекционных игл крупного диаметра. Суть метода заключается в том, что после выполнения прямой



УДК: 616.28-008.28

МЕТАБОЛИЗМ КАЛЬЦИЯ ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ**Н. В. Дубинская****THE DETERMINATION OF CALCIUM IN PATIENTS WITH AUDITORY DYSFUNCTION****N. V. Dubinskaya***ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава РФ»
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А.Г.Волков)*

Роль нарушений метаболизма кальция в патогенезе сенсоневральной тугоухости мало изучена. Проанализированы результаты аудиологического, биохимического, денситометрического обследования и рентгеноспектрального микроэлементного анализа эритроцитов крови 50 больных с сенсоневральной тугоухостью в возрасте 20–60 лет. Выявлены нарушения метаболизма кальция костной ткани, изменение показателей содержания кальция в сыворотке крови и эритроцитах, что может оказывать влияние на развитие и прогрессирование сенсоневральной тугоухости и требует медикаментозной коррекции.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, слуховая функция, метаболизм кальция, остеоденситометрия.

Библиография: 11 источников.

The role of calcium metabolism dysfunctions in sensorineural hearing loss pathogenesis is researched insufficiently. Results of audiologic, biochemical, densitometric and X-ray spectroscopic trace element researches held among 50 patients aging from 20 to 60 years suffering from sensorineural hearing loss have been analyzed. Calcium metabolism dysfunctions in osseous tissue was revealed alongside with the alternation of calcium concentration indexes in blood serum and erythrocytes which may have an effect on development and progress of sensorineural hearing loss, and require a medicinal correction.

Key words: sensorineural hearing loss, acoustical function, calcium metabolism, densitometric research of a bone fabric.

Bibliography: 11 sources.

Снижение слуховой функции относится к видам социальной недостаточности, вызывающим нарушения жизнедеятельности человека [2], что определяет необходимость дальнейших исследований патогенеза сенсоневральной тугоухости и коррекции нарушений при патологии слухового анализатора. В последние годы особое внимание стали уделять изучению сдвигов электролитного баланса в развитии патологических состояний в организме, в частности изучению роли кальциевого метаболизма как одного из основных механизмов, участвующих в регуляции гомеостаза [1, 8]. Однако роль нарушений кальциевого обмена в патогенезе сенсоневральной тугоухости относится к малоизученным проблемам, освещенным в единичных работах [3, 8].

Транспорт ионов кальция происходит через специальные каналы – макромолекулярные белки. Проникая в клетки, ионы кальция активируют внутриклеточные биоэнергетические процессы, такие как превращение АТФ в цАМФ, фосфорилирование белков. Менее 1% кальция, содержащегося в организме, находится во внеклеточной жидкости, где его концентрация регулируется паратиреоидным гормоном, метаболитами витамина D и кальцитонином. Кальций присутствует в плазме в трех формах: ионизированной (45–50%), связанной и комплексной. Физиологически важным является ионизированный кальций [1, 6].

В норме кальций сыворотки крови составляет: общий 2,0–2,8 ммоль/л, ионизированный 1,1–1,4 ммоль/л [6]. При патологических состояниях в организме (ишемия, гипоксия и др.) ионы кальция, особенно при повышении концентрации в клетке, способны чрезмерно усиливать процессы клеточного метаболизма, увеличивать потребность тканей в кислороде, вызывать различные деструктивные процессы. При накоплении продуктов перекисного окисления липидов в нейрональной мембране происходит выраженное ингибирование кальций-транспортирующей способности, связанное с разобщением гидролиза АТФ с транспортом кальция и перегрузкой нейрона ионами кальция. Избыток ионов кальция в цитоплазме нейрона может вызвать инициацию апоптоза, некробиотические изменения в клетке вплоть до ее гибели [1, 7]. При действии токсических веществ на билипидный слой клеточных мембран увеличивается их проницаемость для ионов кальция [5]. В настоящее время выделяют несколько основных типов кальциевых каналов – L, T, N, P, Q и R, обладающих различными биофизическими свойствами. Обнаружено [9], что уровень подвижности наружных волосковых клеток улитки регулируется двумя кальций-зависимыми каналами передачи. Специфическими модуляторами кальциевых каналов, способными уменьшать интенсивность потока ионов кальция



8. Райская-Качесова О. Н. Значение кальциевого обмена в патогенезе хронической тугоухости: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 24 с.
9. Уровень подвижности наружных волосковых клеток улитки регулируется двумя Ca^{2+} -зависимыми каналами передачи / Г. И. Фроленков и [др.] // Мат. IV Междунар. симпозиума «Современные проблемы физиологии и патологии слуха». – М., 2001. – С. 189–191.
10. Henry P. D. Atherogenesis calcium and Calcium antagonists // Am. J. Cardiol. – 1990. – № 66. – P. 31–61.
11. Raffenbeul W. Anti-atherosclerotic properties of nifedipine. Benefit of early intervention to prevent. Cardio Vascular complications // Cardiology. – 1997. – № 88 (suppl.). – P. 52–54.

Дубинская Наталья Викторовна – аспирант каф. болезней уха, горла и носа Ростовского ГМУ. 344000, Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, д. 105; тел.: +7-903-402-58-26, e-mail: santa98@list.ru

УДК: 612.858.78+616.28.185:616.28-008.185

ВРЕМЕННАЯ РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ КАК МЕРА ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА

Е. В. Жилинская

TEMPORAL RESOLUTION AS THE MEASURE TO ASSESS CENTRAL AUDITORY PATHWAYS FUNCTIONING

E. V. Zhilinskaia

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. акад. И. П. Павлова»
(И. о. ректора – акад. РАМН С. Ф. Багненко)

В целях обнаружения возрастных изменений центральных отделов слухового анализатора, выражающихся в ухудшении их функционального состояния, были обследованы две группы пациентов с хронической сенсоневральной тугоухостью 2–3-й степени: пожилые ($70,9 \pm 5,1$ года) и молодые ($25,9 \pm 6,7$ года). В качестве контрольных групп обследовались молодые и пожилые пациенты с нормальными порогами слуха. Пожилые испытуемые как с нормальными, так и со сниженными порогами слуха показали худшие результаты тестов для оценки функционирования центральных отделов слухового анализатора по сравнению с молодыми слушателями.

Ключевые слова: возрастные изменения слухового анализатора, тест обнаружения паузы, временная разрешающая способность слуховой системы человека.

Библиография: 24 источника.

To reveal age-related alterations of central auditory pathways, that express in its functioning impairment, 2 groups of listeners with chronic sensorineural hearing loss of 2–3 grade underwent tests created to assess central auditory pathways functioning: older ones ($70,9 \pm 5,1$ years old) and younger ones ($25,9 \pm 6,7$ years old). Older and younger listeners of the same age with normal hearing thresholds were chosen as the control groups. Older listeners both with normal and with impaired hearing thresholds performed worse comparing to younger listeners.

Key words: age-related alterations of central auditory pathways, gap detection test, temporal resolution.

Bibliography: 24 sources.

Акустическая сложность речи делает ее особенно чувствительной к маскированию окружающими звуками. Понимание речи в шуме – проблема номер один пожилых людей в общении, причем трудности в разборчивости речи беспокоят как пожилых людей с хронической сенсоневральной тугоухостью, так и имеющих нормальные пороги слуха.

Эти трудности могут быть следствием ухудшения обработки звуковой информации в центральных отделах звукового анализатора, возрастных изменений когнитивных функций или сочетания этих факторов [21]. Что касается сенсорной обработки воспринимаемой речи, слуховая система должна сфокусироваться на важной для слушателя информации, исключая соперни-



22. Temporal processing deficits in the pre-senescent auditory system / J. Grose [et al.]. // J. Acoust Soc. Am. – 2006. – Vol. 119 (4). – P. 2305–2315.
23. The aging auditory system: anatomic and physiologic changes and implications for rehabilitation / T. H. Chisolm [et al.]. // Int. J. Audiol. – 2003. – Vol. 42.
24. The neuroanatomical substrate of sound duration discrimination / P. Belin [et al.]. // Neuropsychologia. – 2002. – Vol. 40.

Жилинская Екатерина Викторовна – студентка СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого 6/8; тел. 8-921-790-52-00, e-mail: xelloss@mail.ru

УДК:616.211-002-072.2

ДИСФУНКЦИЯ РИНОТУБАРНОГО КОМПЛЕКСА, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ НОСА «ДОЛФИН» У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ

А. Н. Жумабаева

RHINOTUBAR DISFUNCTION ARISING FROM USE OF NASAL WASHING DEVICE “DOLFIN” THE PATIENTS WITH ACUTE RHINOSINUSITIS

A. N. Zhumabayeva

*НУ «Семейно-врачебная амбулатория “Интертич”», Астана, Республика Казахстан
(Главный врач – Т. К. Картаева)*

Целью данного исследования явилось выявление частоты возникновения дисфункции ринотубарного комплекса у пациентов с острым риносинуситом, которым проводили ирригационную терапию с применением устройства для промывания носа «Долфин». В качестве метода исследования пациентам основной и контрольной групп проведено диагностическое исследование функции слуховой трубы на фоне острого риносинусита. По данным проведенного исследования обнаружена высокая частота нарушения техники промывания носа в обеих группах. Осложнения со стороны среднего уха, а также дисфункции слуховых труб чаще наблюдались в группе пациентов, применявших устройство «Долфин» для промывания носа.

Ключевые слова: острый риносинусит, дисфункция ринотубарной зоны, устройство для промывания носа.

Библиография: 10 источников.

The purpose of research is revealing of frequency of dysfunction of a rhinotubar zone at patients with acute rhinosinusitis by which irrigation therapy with use of the device for washing of a nose of «Dolfin» was carried out. As investigation method the patients of the basic and control groups diagnostic evaluation of function of auditory tube with acute rhinosinusitis is carried out. According to performed research high frequency of technical errors in washing out of nose in both groups are found. The rate complications by side of middle ear and also dysfunction of auditory tubes were observed more often in group of the patients using device to washing of a nose «Dolfin» than in control group.

Key words: acute rhinosinusitis, dysfunction of rhinotubar zone, device to washing of a nose.

Bibliography: 10 sources.

Риносинусит – одно из широко распространенных заболеваний по всему миру, являющееся значимой нагрузкой на систему здравоохранения во всех странах мира. Синуситом болеет каждый 7-й пациент в США, где ежегодно 31 млн людей ставится диагноз риносинусит. Ежегодные затраты на лечение составляют 5,8 блн дол., в основном на амбулаторную и экстренную оториноларингологическую помощь. По поводу воспалительных заболеваний параназальных синусов

ежегодно проводится 500 тыс. операций. Более чем 1 из 5 антибиотиков назначается взрослым при синуситах, делая его 5-м среди заболеваний, при которых назначается антибиотикотерапия [5–7, 9]. По поводу риносинуситов обращаемость составляет 12–17 млн ежегодных визитов [8].

Серьезными ошибками в тактике лечения синуситов являются переоценка роли антибактериальной терапии и недостаточное внимание к препаратам, улучшающим мукоцилиарный клиренс.



УДК: 616.284-004:616.287.4-089.853:815.849.19

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК СТАПЕДОПЛАСТИКИ С ЛАЗЕРНОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ

В. Н. Зеленкова

PATIENT WITH OTOSCLEROSIS: EFFICIENCY OF STAPEDOTOMY AND STAPEDECTOMY WITH LASER ASSISTANT

V. N. Zelenkova

ГБУЗ «Московский научно-практический Центр оториноларингологии» ДЗ Москвы
(Директор-проф. А. И. Крюков)

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения больных отосклерозом. Дизайн исследования. Проспективное клиническое исследование.

Материал и методы исследования. Проведено обследование и лечение 100 больных с отосклерозом. (2 группы по 50 человек). При операции использовали CO₂-лазер ($\lambda = 10,6$ мкм) с зеркальным шарнирным манипулятором, совмещенным с микроскопом, имеющий флешсканер и способный работать в суперимпульсном режиме. Пациентам обеих групп определяли слуховые пороги по костной проводимости (КП) и костно-воздушный интервал (КВИ) до, через 10–12 дней, 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты. После поршневой стапедопластики отмечается медленное закрытие КВИ с сокращением КВИ до 10 дБ через 6 месяцев после операции у 78% пациентов. Лучшие ранние функциональные результаты при этой методике наблюдаются при использовании протеза стремени диаметром 0,6 мм. После стапедэктомии лучшие результаты достигаются через 3 месяца после операции с закрытием КВИ до 10 дБ у 96% пациентов с улучшением порогов КП по всему диапазону частот в пределах 10–20 дБ.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о преимуществах стапедэктомии с использованием в качестве протеза стремени аутохряща ушной раковины. Определены критерии выбора и показания к обеим методикам стапедопластики.

Ключевые слова: стапедотомия и стапедэктомия с лазерной ассистенцией, средние слуховые пороги по КП и значения КВИ до, на 10–12-й день, через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Библиография: 16 источников.

Study Objectives: improvement of efficacy of surgical treatment patients with otosclerosis.

Study design: this was a prospective clinical study.

Material and methods: 100 patients with otosclerosis were underwent diagnostic testing and treatment. Surgery was done using a carbon dioxide laser ($\lambda = 10,6$). This instrument has a scanner system located between the hinged mirror arm and the micromanipulator that is connected to the microscope. It can generated laser pulses of extremely short duration and high peak powers. Bone-conduction (BC) and air-bone gaps (ABG) were measured in all patient before surgery, 10–12 days, 1,3,6 and 12 mounths post-surgery.

Result: stapedotomy led to a slow reduction in ABG were with best outcumes being observed 6 months post-surgery in 78 % of patient. The best early functional results were received, using stapes prothesis with diametr 0,6 mm after stapedotomy. In the stapedectomy group, best outcomes (ABG less 10 dB) were observed 3 mounths post-surgery in 96 % patients.

Conclusion: the study results showed that stapedectomy that uses cartilage grraft to replace the stape is in more effective, then stapedotomy. Criterias choosing stapedotomy and stapedectomy were determined.

Key words: laser assisted stapedectomy, stapedotomy, bone-conduction (BC) and air-bone gaps (ABG) before surgery, 10–12 days, 1, 3, 6 and 12 mounths post-surgery.

Bibliography: 16 sources.

Клинически выраженным отосклерозом страдает 0,1–1% населения, гистологический отосклероз выявляется у 10–12% населения [3, 7, 15]. Заболевание поражает наиболее социально активную часть, преимущественно женского (от 63 до 84%) населения, в возрасте от 15 до 45 лет (до 62%). За последние 30 лет данное соотношение не изменилось, но отмечено увеличение среднего возраста пациентов и уменьшение количества случаев этого заболевания [5, 7, 12].

В зависимости от локализации очагов отосклероза заболевание проявляется двусторонней различного характера тугоухостью и низкочастотным ушным шумом. Поэтому принято выделять тимпанальную, смешанную и кохлеарную формы отосклероза. В настоящее время наблюдается увеличение распространенных форм со смешанным характером тугоухости (от 22,7 до 31,2%) [1, 9].

Лечение тугоухости у больных тимпанальной и смешанной формой заболевания хирур-



12. Niedermeyer H., Arnold W. Otosclerosis and measles virus – association or causation? // ORL. – 2008. – Vol. 70, N 1. – P. 63–70.
13. Sakihara Y., Parving A. Clinical otosclerosis, prevalence estimates and spontaneous progress // Acta Otolaryngol. – 1999. – Vol. 119. – N 4. – P. 468–472.
14. Short- and long-term results of stapedotomy and stapedectomy with a Teflon-wire piston prosthesis / M. Kos [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2001. – P. 907–911.
15. Similar Col1A1 expression in fibroblasts from some patient with clinical otosclerosis and those with type1 osteogenesis imperfect / M. McKenna [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2002. – Vol. 111, N 2. – P. 184–189.
16. Twenty-year review of revision stapedectomy / W. Lippy [et al.] // Otology & Neurotology. – 2003. – Vol. 24, N 4. – P. 560–566.

Зеленкова Виктория Николаевна – ст. н. с. отдела микрохирургии уха Московского научно-практического Центра оториноларингологии ДЗ Москвы. 117152, Москва, Загородное шоссе, д. 18А, стр. 2, e-mail: Zelenkova.07.78@mail.ru

УДК: 616.284-002-089.844

СПОСОБ ФИКСАЦИИ КАТУШКИ И СОЕДИНИТЕЛЬНОГО КАБЕЛЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА ВИБРОПЛАСТИКИ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ РАНЕЕ РАДИКАЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ НА СРЕДНЕМ УХЕ

Р. В. Карапетян, С. Б. Сугарова

THE METHOD OF CABLE OF THE ELECTRODE LEAD AND FMT FIXATION AS THE SURGICAL STAGE OF VIBROPLASTY IN PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA AFTER CANAL WALL DOWN MASTOIDECTOMY

R. V. Karapetyan, S. B. Sugarova

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

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

В статье изложен способ фиксации соединительного кабеля и катушки импланта при выполнении вибропластики у пациентов, перенесших радикальные операции на среднем ухе. Способ заключается в фиксации соединительного кабеля в предварительно сформированных костных бороздах с помощью стеклоиономерного цемента (первая борозда формируется у заднего края мастоидальной части трепанационной полости, вторая борозда – на шпоре, над каналом лицевого нерва, таким образом, чтобы оси борозды и круглого окна находились в одной плоскости).

Разработанный метод использован в 5 случаях. Срок наблюдения составил от 1 года до 3 лет после оперативного вмешательства. Данный вариант хирургической тактики проведения вибропластики эффективен, обеспечивает надежную защиту соединительного кабеля от внешней среды в трепанационной полости и дает возможность профилактировать такие осложнения, как экструзия и миграция соединительного кабеля.

Ключевые слова: вибропластика, активный имплант среднего уха, хронический гнойный средний отит, полость после радикальной операции.

Библиография: 13 источников.

The article describes the method of cable of the electrode lead and FMT fixation in the tympanomastoidal cavity during vibroplasty in patients, who underwent canal-wall down mastoidectomy in the middle ear. The method include fixation cable of the electrode lead in pre-forming bone sulcuses with using the glass ionomer cement (first sulcus is formed in the posterior edge of the mastoid cavity, second one – above the bony canal of the facial nerve (in the facial ridge) so that the axes of the sulcus and the round window are on the same plane). The developed method was used in 5 patients. The follow-up examination ranged from 1 to 3 years after surgery. Complications such as extrusion, migration of the cabel and etc. were not revealed. This method of surgical approach for vibroplasty is effective. It provides safe and protection for cabel and FMT from the environment in tympanomastoidal cavity.

Key words: cochlear implantation, chronic suppurative otitis media, tympanomastoidal cavity, active electrode fixation.

Bibliography: 13 sources.



УДК: 616.212.5-089.844-009.7

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕГМЕНТА ST И ОСТРЫЙ ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ

И. В. Кастыро

ST-SEGMENT VARIABILITY AND ACUTE POSTOPERATIVE PAIN SYNDROME IN PATIENTS AFTER SEPTOPLASTY

I. V. Kastyro

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

Проведен анализ динамики сегмента ST с помощью холтеровского мониторинга, оценена взаимосвязь между уровнем острой боли и тонусом вегетативной нервной системы у 18 здоровых молодых мужчин в раннем послеоперационном периоде после септопластики с предоперационным обезболиванием анальгином и без обезболивания. Септопластика вызывает кардиологические реакции срочной адаптации. Необходимо премедикационное применение анальгетика для снижения послеоперационной боли и вегетативной дистонии, которую можно выявлять с помощью статистических методов обработки данных уровня ST-сегмента относительно изолинии.

Ключевые слова: ST-сегмент, анальгезия, септопластика, вегетативная нервная система, болевой синдром.

Библиография: 20 источников.

Analysis of the data on ST segment dynamics obtained by Holter monitor was conducted. Relationship between the acute pain level and the tone of visceral nervous system in 18 healthy men after septoplasty at the early postoperative stage were investigated. Patients were divided into two groups with preoperational analgin analgesia and without one. Septoplasty provoke immediate cardiovascular adaptation. Necessity of preoperational analgesia for lowering postoperative pain level and vegetative dystonia was shown by means of the statistical analysis of the data on ST segment level.

Key words: ST-segment, analgesia, septoplasty, autonomic nervous system, pain syndrome.

Bibliography: 20 sources.

На современном этапе развития оперативной оториноларингологии нами поднят вопрос диагностики и контроля качества купирования острого болевого синдрома [4]. В частности, для решения этих задач у пациентов после риносептопластики необходимы выявление и детальное изучение особенностей адаптивно-функциональных стрессорных изменений в организме на разных этапах послеоперационной реабилитации. На наш взгляд, этому могут помочь методы диагностики, основанные на фундаментальных знаниях.

В результате хирургических манипуляций в полости носа в организме возникают стрессовые реакции, главную роль в развитии которых играют ноцицептивные импульсы, поступающие с места альтерации в ЦНС по специфическим нервным волокнам [2]. Эти импульсы инициируют эндокринный ответ и продукцию воспалительных цитокинов, что сопровождается активацией симпатoadреналовой, гипоталамогипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем. Результатом этого является увеличение концентрации гормонов стресса [18]. Во время действия болевых сигналов с места повреждения наблюдается синергизм между действием гормонов коры и мозгового вещества надпочечников, происходят метаболические,

энергетические, функциональные сдвиги, направленные на повышение кровоснабжения мозга и сердца за счет учащения сердечных сокращений, а также спазма артериол всех органов и тканей под действием катехоламинов [9]. Сегодня известно, что плазменный уровень адреналина, кортизола и других маркеров воспаления и стресса значительно повышается в раннем послеоперационном периоде, особенно в первые 24 ч после операции [1, 20]. Симпатическая нервная система также реагирует в ответ на хирургическую альтерацию увеличением концентрации в плазме крови адреналина, норадреналина и нейрорепептида Y [19].

Установлено, что неправильное периоперационное обезболивание при хирургических вмешательствах в области полостей рта, носа и околоносовых пазух как в раннем, так и в позднем послеоперационных периодах вызывает срыв адекватного адаптивного механизма, угнетение общей регуляции, напряжение высших вегетативных центров [5].

Несомненно, что хирургические стресс-реакции влияют на функцию и метаболизм сердечной мышцы. К настоящему времени выявлены стресс-опосредованные изменения электрокардиограммы, в частности депрессия и подъем сег-



5. Меладзе З. А., Дроздова Г. А., Харлицкая Е. В. Оценка эффективности обезболивающих средств в стоматологической практике на основе анализа вариабельности ритма сердца // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 10. – С. 76–77.
6. Осипова Н. А. Оценка эффекта наркотических, анальгетических и психотропных средств в клинической анестезиологии. – Л.: Медицина, 1988. – 245 с.
7. Финогеев Ю. П., Захаренко С. М., Семена А. В. Клинико-патогенетическая трактовка изменений электрокардиограммы у инфекционных больных // Журн. инфектологии. – 2010. – № 1 (2). – Р. 34–41.
8. Шуленин С. Н., Бойцов С. А., Бобров А. Л. Клиническое значение синдрома ранней реполяризации желудочков, алгоритм обследования пациентов // Вестн. аритмологии. – 2007. – № 50. – С. 33–39.
9. Baetgen E. R. von, Engelhard K., Hennes H.-J. Innerklinische Akutversorgung des Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma // Anästh Intensivmed. – 2009. – N 50. – P. S489–S501.
10. Booker K. J., Holm K., Drew B. J. Frequency and outcomes of transient myocardial ischemia in critically ill adults admitted for noncardiac conditions // Am. J. Crit. Care. – 2003. – N 12. – P. 508–517.
11. Cay S., Cagirci G., Atak R. Heart rate profile during exercise in patients with early repolarization // Chinese Medical Journal. – 2010. – N 123 (17). – P. 2305–2309.
12. Collins M. L. Using continuous ST-segment monitoring // Cardiac Insider. – 2010. – N 2. – P. 11–13.
13. Fox L., Kirkendall C., Craney M. Continuous ST-segment monitoring in the intensive care unit // Crit. Care Nurse. – 2010. – N 30. – P. 33–43.
14. Gombor S., Khanna A. K., Gombor K. K. Perioperative Myocardial Ischaemia and Infarction-a Review // Indian Journal of Anaesthesia. – 2007. – N 51 (4). – P. 287–302.
15. Harris S. H. Hypotension, Hypertension, Perioperative myocardial ischemia and Infarction // In: Benumof J. L., Saidman L. J., Editors. Anesthesia and Perioperative Complications. Mosby St Louis 2nd ed., 1999. – P. 293–307.
16. Hodnesdal Ch., Prestgaard E., Erikssen G. Rapidly upsloping ST-segment on exercise ECG: a marker of reduced coronary heart disease mortality risk // European J. of Preventive Cardiology. – 2012. – N 4: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22492865](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22492865).
17. Mangano D. T., Browner W. S., Hollenberg M. Association of perioperative myocardial ischemia with cardiac morbidity and mortality in men undergoing noncardiac surgery // N Engl. J. Med. – 1990. – N 323 (26). – P. 1781–1788.
18. Saito H. Endocrine response to surgical stress / H. Saito // Nippon Geka Gakkai Zasshi. – 1996. – N 9 (97). – 701 p.
19. Sympathetic response during cardiopulmonary bypass: mild versus moderate hypothermia / L. S. Sun [et al.] // Crit. Care Med. – 1997. – N 25 (12). – P. 1990–1993.
20. Udelsman R., Norton J., Jelenich S. Responses of the hypothalamic-pituitary adrenal and renin-angiotensin axes and the sympathetic system during controlled surgical and anesthetic stress // J. Clin. Endocrinol. – 1987. – N 64. – P. 986–994.

Кастыро Игорь Владимирович – аспирант каф. оториноларингологии медицинского факультета Российского университета дружбы народов. 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8; тел.: +7 915 266 07 87, e-mail: ikastyro@gmail.com

УДК: 616.21/.22; 616.28; 616-092

ИЗМЕНЕНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ

И. В. Кастыро, А. С. Гришина

CHANGE OF HEART RATE AGAINST THE BACKGROUND OF DIFFERENT ANALGESIA AFTER SEPTOPLASTY

I. V. Kastyro, A. S. Grishina

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

Проведено периоперационное холтеровское мониторирование 50 молодых здоровых мужчин после септопластики. Оценивалась частота сердечных сокращений (ЧСС) на фоне проведения различной анальгезии (анальгином – 2-я группа, диклофенаком – 3-я группа, кеторолом – 4-я группа, кетамином – 5-я группа) и без нее (1-я группа). Наибольший разброс значений ЧСС выявлен в группах 1, 2 и 4, минимальные изменения по сравнению с дооперационными данными зафиксированы в группах диклофенака и кетамина.

Ключевые слова: боль, септопластика, анальгезия.

Библиография: 3 источника.

We have held perioperative Holter monitoring of 50 healthy young men after septoplasty. We evaluated the heart rate (HR) on the background of different analgesia (analginum – 2 group, diclofenac – 3 group Ketorol – Group 4, ketamine – 5 group) and without it (group 1). The largest variations in the heart rate were detected in groups 1,2 and 4, minimal changes, compared with pre-operative data were recorded in groups of diclofenac and ketamine.

Key words: pain, septoplasty, analgesia.

Bibliography: 3 sources.

Септопластика является травматичным хирургическим вмешательством. Доказано, что в постоперационном периоде на фоне болевого синдрома при различном анестезиологическом пособии возникают различные стрессопосредованные сердечно-сосудистые реакции. Так, при сравнении местной и общей анестезии во время септопластики на основании контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического и диастолического артериального давления было показано, что местная анестезия предпочтительнее, чем внутривенная нейролептаналгезия. Отмечено, что ЧСС достоверно выше в группе с общей анестезией, чем при применении местного анестетика [1].

В работе E. Zayuan et al. было определено, что передняя тампонада носа в раннем послеоперационном периоде существенно не влияет на парциальное давление кислорода, углекислого газа в крови. В то же время авторы, используя 24-часовое холтеровское мониторирование у этих же пациентов, показали, что возросла минимальная и уменьшилась максимальная ЧСС, при этом значительных колебаний средней ЧСС не выявлено по сравнению с дооперационными показателями. Нарушения ритма сердца выявлено не было ни у одного пациента. Также на основании анализа вариабельности сердечного ритма авторы заключают, что на изменения показателей активности сердечно-сосудистой системы влияет не obturация носовых ходов передними тампонами носа, а их давление на слизистую оболочку и провоцирование, таким образом, посредством активизации вегетативной нервной системы, патологической болевой импульсации блуждающего нерва [3].

Цель исследования. Определить эффективность различной анальгезии на фоне различия ЧСС в течение периоперационных суток у пациентов после септопластики.

Пациенты и методы. Септопластика была произведена у 50 здоровых мужчин в возрасте от 25 до 38 лет. Пациенты были распределены по пяти группам согласно анальгетической терапии: первая группа (G_1) – без обезболивания, вторая группа (G_2) – внутримышечно (в/м) 5 мл 50% раствора анальгина, третья группа (G_3) – в/м 3 мл раствора диклофенака, четвертая группа (G_4) – в/м 2 мл раствора кеторола, пятая группа

(G_5) – внутривенная анестезия с помощью кетамина.

Всем пациентам в премедикацию включали по 1 мл 0,1% раствора димедрола и анальгетик, соответствующий каждой группе. Первую группу составили пациенты, отказавшиеся по различным причинам от анальгетической терапии. Пациентам второй группы анальгин вводили дополнительно вечером. Всем пациентам за 90 мин после операции устанавливали холтеровский монитор. Через 24 ч мониторы снимали и полученные данные обрабатывали при помощи приложения Exel Microsoft, программы Statistica-8. Анализировали ряды ЧСС через 20 мин после установки монитора (–1), интраоперационно (0), через 1 ч (1), 6 (6), 12 (12) и 24 (24) ч после операции в течение 15-минутного интервала. Далее данные сопоставляли между собой внутри и между группами, используя критерий Стьюдента.

Результаты. При сравнении частоты сердечных сокращений между указанными участками суточной электрокардиограммы внутри каждой группы оказалось, что в первой группе ЧСС до операции у большинства пациентов была достоверно выше в момент операции и достоверно ниже через 24 ч после операции по сравнению с данными до операции ($p < 0,05$) (табл. 1). Однако была отмечена высокая вариабельность ЧСС до операции (22), в момент (19) и через час (22) после нее (рис. 1, а). Средние значения ЧСС в 1-й группе до, во время, через 1, 6, 12 и 24 ч после операции были 86 ± 1 , 100 ± 1 , 81 ± 1 , 83 ± 1 , 82 ± 1 и 67 ± 1 , соответственно.

Во второй группе ЧСС на всех промежутках анализа ЧСС не отличалась и была в пределах референсных значений ($p < 0,05$) (рис. 1, б). В группе анальгезии анальгином был зафиксирован большой разброс ЧСС на всех отрезках измерения: средняя ЧСС и стандартное отклонение до, во время операции, через 1, 6, 12 и 24 ч были 84 ± 1 и 11, 75 ± 1 и 14, 76 ± 1 и 13, 84 ± 1 и 17, 75 ± 1 и 13 и 78 ± 1 и 18 соответственно.

У пациентов, которым проводили предоперационное обезболивание диклофенаком, до операции было отмечено большое стандартное отклонение ЧСС (17) (рис. 1, в). Зафиксирована достоверная разница между данными по средней ЧСС и вариабельности ЧСС до операции и с ин-



УДК: 616.29-071:616.283.1-089.843

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КАНЮЛЕНОСИТЕЛЕЙ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ТРАХЕОСТОМИИ

А. Н. Климов

PRINCIP'S OF REHABILITATION THE PATIENTS WITH COMPLICATION'S AFTER TRACHEOSTOMY

A. N. Klimov

ФВГУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ

(Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, докт. мед. наук В. В. Дворянчиков)

Разработаны и внедрены в практическое применение алгоритм и методики обследования, лечения, реабилитации пациентов-канюленосителей после трахеостомии.

Ключевые слова: трахеостомия, хирургическая реабилитация, ИВЛ.

Библиография: 4 источника.

Developed and implemented in the practical application of new diagnostic and method observing, treatment, rehabilitation patients, after tracheostomy.

Key words: tracheostomy, surgical rehabilitation, deccanulation, IVP.

Bibliography: 4 sources.

В комплексе реабилитационных мероприятий у больных с различной тяжелой патологией (травмы, ожоги, сосудистые нарушения и т. д.) используется ИВЛ с интубацией трахеи. Это пособие имеет временное ограничение, и, как правило, на 5–8-е сутки показано выполнение трахеостомии.

Такое вмешательство обеспечивает адекватную поддержку дыхания у пациента в течение длительного времени и выполняется с использованием стандартных методик или наборов для чрескожной трахеостомии.

За время длительного нахождения трахеостомической трубки происходят анатомо-морфологические изменения в гортани и трахее. К ним относятся:

- формирование грануляционного «козырька» над трахеостомической канюлей, который может суживать просвет;
- образование грануляции на уровне нижнего конца трахеостомической трубки;
- развитие хондромалиции перстневидного хряща (при верхней трахеостомии) и трахеи в связи с давлением неправильно подобранной канюли;
- в ряде случаев возможен перелом колец трахеи при постановке трахеостомической трубки, когда размер трахеостомического отверстия не адекватен размерам канюли.

Поэтому последующая деканюляция (удаление трахеостомической трубки) у данной группы больных возможна только в 10% случаев, у остальных пациентов формируются стенозы различной степени сложности. Это требует проведения комплекса реабилитационных мероприятий, который включает выполнение ре-

конструктивных операций с использованием современного оборудования и пластических материалов. Реабилитационный период может занимать от 3 месяцев до года и более.

Цель исследования. Создание алгоритмов лечения и реабилитации пациентов – хронических канюленосителей различного генеза.

Задачи исследования. 1. Разработать методы обследования указанной категории больных в целях определения объема их лечения и реабилитации.

2. Усовершенствовать технику оперативного вмешательства у рассматриваемой группы пациентов.

3. Определить показания для деканюляции и методы профилактики развития стенозов гортани и трахеи.

Пациенты и методы. С 2008 г. по разработанным методикам было прооперировано 18 пациентов с наличием трахеостомы, которая была наложена по поводу основного заболевания. Сроки ношения трахеостомической канюли колебались от 1,5 до 6 месяцев.

Попытки деканюляции этих больных оказались безуспешными, так как развивались явления стеноза дыхательных путей, что требовало повторного введения трахеостомической канюли и постоянного ее ношения.

Для оценки состояния верхних дыхательных путей в целом проводили эндоскопию полости носа и глотки с оценкой достаточного функционирования каждой части для поддержания адекватного дыхания пациента. Для оценки состояния гортани и трахеобронхиального дерева проводили компьютерную томографию гортани, фиброларингоскопию (для диагностики рубцово-



УДК: 616.284-002.3:616.153.45

ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

А. А. Ковалев

GLYCEMIC STATE OF PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA

A. A. Kovalev

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России»

(И. о. ректора – докт. мед. наук И. В. Дударев)

МУЗ «Центральная районная больница», г. Сальск, Ростовская область

(И. о. главного врача – Н. А. Шпанская)

Целью настоящего исследования было выявить больных с гипергликемическими состояниями при обострении хронического гнойного среднего отита, проанализировать клиническое течение хронической патологии уха у таких больных. Полученные результаты свидетельствуют о возможности появления гипергликемических состояний у таких больных, что увеличивает сроки их лечения.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, нарушения углеводного обмена.

Библиография: 4 источника.

The aim of this study was to identify the patients with hyperglycemic states in the treatment of chronic purulent otitis media, to analyze the clinical course of chronic pathology of the ear of such patients. The obtained results indicate the possibility of the appearance of hyperglycemic states of such patients, which increases the terms of their treatment.

Key words: chronic purulent otitis media, disorders of glycemic state.

Bibliography: 4 sources.

В настоящее время в связи с увеличением в мире общей численности больных сахарным диабетом все больше в клинической практике оториноларинголога встречаются случаи атипичного течения хронических воспалительных процессов при стандартной их терапии.

Хронический гнойный средний отит – одна из ключевых проблем оториноларингологии. В структуре ЛОР-патологии, по данным различных авторов, частота хронических средних отитов составляет 20–25% от числа лечившихся в стационарных условиях [2]. Заболевание носит социально значимый характер, так как нередко вызывает выраженную тугоухость и ухудшает качество жизни пациентов [4].

Нередко хроническое воспаление среднего уха при стандартной его терапии протекает длительно, требует дополнительной лабораторной диагностики, при которой обнаруживаются нарушения углеводного обмена, увеличивается риск более быстрого развития осложнений хронической патологии (менингит, абсцесс мозга, остеомиелит и др.), увеличиваются сроки лечения больного (в том числе сроки пребывания больного в стационаре).

Начальные признаки нарушений углеводного обмена могут впервые проявиться и быть диагностированы у больных при гнойной патологии любой локализации. Инсулинорезистентность, как правило, предшествует развитию сахарного диабета в течение многих лет и чрезвычайно рас-

пространена в генерации, выявляясь, по меньшей мере у 25% лиц, не страдающих сахарным диабетом 2-го типа [3]. Пониженная толерантность к глюкозе (ПТГ) и нарушение гликемии натощак (НГН) являются промежуточными состояниями между нормой и диабетом.

В практике оториноларинголога нередко встречаются впервые выявленные нарушения углеводного обмена у соматически здоровых лиц с хроническими воспалительными заболеваниями уха, горла и носа. Выявление такого контингента больных в клинике очень важно, так как дает возможность своевременно произвести коррекцию терапии.

Цель исследования. Выявление больных с гипергликемическими состояниями при обострении хронического гнойного среднего отита, анализ клинического течения хронической патологии уха у таких больных.

Пациенты и методы. Нами было проведено исследование гликемического статуса у больных, находившихся на лечении в оториноларингологическом отделении Центральной районной больницы Сальского района Ростовской области. Всего было обследовано 96 человек в возрасте от 21 до 73 лет, из них 43 мужчин и 53 женщины.

Все больные обследованы в плане выявления возможных факторов риска развития сахарного диабета 2-го типа (дополнительное исследование анамнеза, физикальные данные – факторы риска развития сахарного диабета 2-го типа: крупный



Выводы

У 35 из 96 обследованных лиц с обострением хронического гнойного среднего отита впервые выявлены состояния нарушенного углеводного обмена.

Сроки лечения хронического гнойного среднего отита у больных с нарушением углеводного обмена увеличиваются до 14–16 дней.

Всем больным хроническим гнойным средним отитом требуется исследование гликемического статуса в целях выявления различных нарушений углеводного обмена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Фадеев В. Ф. Эндокринология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 432 с.
2. Карпова Е. П., Вагина Е. Е., Тулупов Д. А. Сравнительный анализ видового состава микрофлоры носоглотки и патогенной флоры среднего уха при хроническом воспалении // Мат. 18-го съезда оториноларингологов России. СПб., 2011. – С. 242–244.
3. Недосутова Л. В. Глемаз (глимепирид) в лечении сахарного диабета 2 типа // Поликлиника. 2009. – № 5. – С. 13–15.
4. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.

Ковалев Алексей Александрович – аспирант каф. болезней уха, горла и носа Ростовского ГМУ, зав. оториноларингологическим отделением ЦРБ Сальского района. 347630, Сальск, ул. Павлова, д. 2, Ростовская область; тел.: 8-928-960-46-04, e-mail: alexey.doc@mail.ru

УДК 616.28-008.1:616-057:612.015-07

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У РАБОЧИХ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА С НОРМАЛЬНЫМ СЛУХОМ И СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Ю. Н. Козак-Волошаненко

FEATURES HAEMODYNAMIC AND BIOCHEMICAL CHANGES FOR WORKERS MACHINE-BUILDING PRODUCTIONS WITH ACUSIS AND NOISEINDUCED HEARING LOSS

Y. N. Kozak-Voloshanenko

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

В статье представлены исследования биохимических показателей плазмы крови и церебральной гемодинамики у больных сенсоневральной тугоухостью «шумового» генеза. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования биохимических показателей и данных реоэнцефалографии при диагностике и лечении больных с сенсоневральной тугоухостью.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, реоэнцефалография, церебральная гемодинамика, биохимические исследования крови, диагностика, шум.

Библиография: 9 источников.

Researches of biochemical indexes of plasma of blood and cerebral hemodynamics for patients the noiseinduced hearing loss „of noise” genesis are presented in the article. The obtained data testify about expedience of using of biochemical indexes and data of reoencefalography for diagnostics and treatment of patients with sensoral hearing loss.

Key words: sensoral hearing loss, reoencefalography, cerebral hemodynamics, biochemical analyses of blood, diagnostician, noise.

Bibliography: 9 sources.

Известно, что среди причин, которые могут вызывать сенсоневральную тугоухость (СНТ), большую роль играют производственный шум и вибрация [4, 9]. При этом в возникновении и раз-

витии СНТ, в том числе и шумового генеза, одним из основных факторов является сосудистый [1, 6–8]. В последние годы появились публикации, в которых нарушения церебральной гемодинами-



УДК: 616.212-001:616.211.002

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ РИНИТЫ**А. С. Коношков, О. Е. Верещагина, Р. А. Блоцкий****POST-TRAUMATIC RHINITISES****A. S. Konoshkov, O. E. Vereshchagina, R. A. Blotskiy***ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова»**(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)*

В статье рассмотрено влияние травмы носа на состояние слизистой оболочки полости носа. Обоснована необходимость выполнения компьютерной томографии у пациентов с предшествующей травмой носа. Описаны возможные диагностические находки при ее выполнении.

Ключевые слова: деформация носовой перегородки, слизистая оболочка, нарушения аэродинамики носа, лазерная вазотомия.

Библиография: 4 источника.

The paper considers the impact on the state of the nose injury of nasal mucosa. The necessity of performing computed tomography in patients with a previous injury of the nose. The possible diagnostic findings of its execution.

Key words: deformation of nasal septum, nasal mucosa, disturbances of nasal aerodynamics, laser vasotomy.

Bibliography: 4 sources.

В последние десятилетия травматизм в промышленно развитых странах приобретает характер непрерывно нарастающей эпидемии и охватывает в основном работоспособную возрастную группу населения, а переломы костей носа по статистическим данным занимают лидирующее место среди всех костных повреждений лицевого скелета.

Специфика травм носа заключается не только в обезображивании лица, но и в нарушении функции носового дыхания и обоняния, создавая условия для формирования хронического ринита.

Ринит – острое или хроническое заболевание слизистой оболочки полости носа вследствие воздействия неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов, приводящих к развитию воспалительного процесса либо к стойким нарушениям вегетативной иннервации.

Проявлениями ринита могут быть отек слизистой оболочки, гиперсекреция, пролиферация соединительной ткани или, реже, метаплазия эпителия и атрофические изменения в слизистой оболочке. Это приводит к появлению различных комбинаций следующих симптомов: затруднение носового дыхания, выделения из носа, приступы чихания, зуд и сухость в полости носа, образование корок, нарушение обоняния [1].

В остром периоде травмы основное внимание уделяется состоянию и положению наружного носа, тяжести черепно-мозговой травмы, грубым внутриносовым изменениям, проявляющимися носовым кровотечением, разрывом слизистой оболочки, гематомой и смещением носовой перегородки. При относительно благоприятном те-

чении посттравматического периода в лучшем случае даются общие рекомендации, или хирургическая коррекция смещенной перегородки в плановом порядке.

Профилактика и лечение вероятного посттравматического ринита стратегически в целом не отработаны. Это и послужило целью нашей работы.

В доступной литературе практически нет данных о встречаемости посттравматических ринитов, особенностях их лечения и клинической симптоматики. Также не удалось найти информацию о консервативном и хирургическом лечении этой формы ринита. Вполне вероятно, что предотвратить развитие хронического насморка можно ранним началом профилактического воздействия.

У ряда пациентов, по нашему мнению, стойкая заложенность носа после травматического воздействия развивалась на фоне уже имевшейся патологии придаточных пазух носа, таких как, например, кисты и полипы верхнечелюстных пазух (рис.). Ранее эти изменения клинически себя не проявляли. В подобных случаях обычные рекомендации для лечения ринитов, безусловно, должны дополняться отсроченными хирургическими вмешательствами, преимущественно эндоскопическими подходами.

Дискутабельным в клиническом аспекте остается вопрос о необходимости проведения диагностической пункции верхнечелюстных пазух при наличии их затенения после травмы. Гематосинус может с большой долей вероятности способствовать возникновению хронического ринита даже



УДК: 616.288.6-089.844

НОВЫЙ СПОСОБ ПЛАСТИКИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА**А. В. Крендикова, В. В. Горохов****NEW WAY OF PLASTICS EXTERNAL AUDITORY CANAL****A. V. Krendikova, V. V. Gorokhov***ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия
Минздрава России»**(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)*

Данный способ может найти применение при операциях по поводу опухолей кожи, мягких тканей ушной раковины и наружного слухового прохода. Сущность способа состоит в том, что после иссечения опухоли кожи наружного слухового прохода в заушной области одноименной стороны выкраивают транспозиционный лепестковый кожно-жировой лоскут, ножка которого располагается на уровне прикрепления нижнего края ушной раковины (позади мочки). После мобилизации лоскут переносят на переднюю поверхность ушной раковины, для чего создают сквозной разрез ушной раковины в области нижнего ее края. Длина разреза соответствует ширине питающей ножки лоскута. Лоскут укладывают на дефект наружного слухового прохода и подшивают. Рану в заушной области ушивают простым сближением краев раны с сохранением питающей ножки лоскута. В просвет слухового прохода помещают силиконовую трубку.

Ключевые слова: рак кожи, ушная раковина, реконструкция наружного слухового прохода, заживление раны.

Библиография: 1 источник.

This method can be used in operations for tumors of the skin, soft tissues, the ear and the ear canal. The essence of the method is that, after excision of the skin of the ear canal in the area behind the ear same side cut out petal transposition flap of skin and fat, the foot of which lies at the bottom of the attachment of the ear (behind the earlobe). After raising the flap is transferred to the front surface of the ear, which creates a cut through the ear in its lower edge. The length of the cut to the width of the flap pedicle. The flap is placed on the defect of the ear canal and sutured. Wound in the back of the ear is sutured wound edges simple convergence preserving pedicle flap. In the auditory canal lumen silicone tube placed.

Keywords: skin cancer, auricle, reconstruction of the external auditory canal, wound healing.

Bibliography: 1 source.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с новообразованиями кожи и мягких тканей ушной раковины и наружного слухового прохода.

Задача исследования. Разработать новый метод пластики дефекта начального отдела наружного слухового прохода с помощью ротационного кожно-жирового лоскута, взятого из заушной области соответствующей стороны.

Материал и методы. После иссечения новообразований кожи наружного слухового прохода ушивание раны местными тканями невозможно, поскольку кожа в этой зоне тонкая и плотно сращена с подлежащим хрящом. В результате возникает необходимость пластического замещения образовавшегося дефекта.

Известна методика, описанная J. Petres и соавт. в 1996 г., основанная на использовании для реконструкции дефекта наружного слухового прохода свободного полнослойного трансплантата из заушной области [1]. При данной методике в заушной области выкраивают полнослойный кожный трансплантат, укладывают на дефект и подшивают. Недостатком методики является то, что свободный кожный трансплантат часто под-

вержен некрозу из-за недостаточного питания, поскольку кожный трансплантат укладывают на хрящевую ткань, которая плохо кровоснабжается.

Наиболее близкой по технической сущности является методика, описанная J. Petres и соавт. в 1996 г., заключающаяся в реконструкции дефекта наружного слухового прохода транспозиционным кожно-жировым лоскутом из околоушной области [1]. Методика заключается в следующем. После иссечения опухоли наружного слухового прохода в околоушной области кпереди от козелка выкраивают лепестковый кожно-жировой лоскут, его дистальную часть укладывают на дефект и подшивают. Вторым этапом отсекают питающую ножку лоскута.

Данный способ обладает следующими недостатками: лоскут не имеет в своем составе питающего осевого сосуда, что может стать причиной трофических нарушений или некроза; после иссечения лоскута в околоушной области остается рубец на открытой части лица – эстетический дефект; методика не предусматривает формирования просвета наружного слухового прохода, в результате чего может возникнуть рубцовая атрезия последнего.



ЛИТЕРАТУРА

1. Petres J., Rompel R., Robins P. Dermatologic Surgery. Springer, 1996. – 522 p.

Крендикова Анастасия Валерьевна – аспирант каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: (4852) 30-39-85, e-mail: andsmr@list.ru

Горохов Владислав Вадимович – аспирант каф. госпитальной хирургии Ярославской ГМА. 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: (4852) 54-03-55, e-mail: endo9@yandex.ru

УДК: 616.284-004-089.844:615.357

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЛУХА, ДОПОЛНЕННАЯ МЕСТНОЙ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Д. М. Кузьмин, Д. Ю. Демиденко

SURGICAL CORRECTION OF HEARING AUGMENTED LOCAL STEROID THERAPY

D. M. Kuzmin, D. Y. Demidenko

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова
Минздрава России», Санкт-Петербург

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

Под наблюдением находились 44 больных с диагнозом отосклероз. Больные были разделены на две группы: 1-я – основная, группа пациентов, которым проводилось местное введение гормонов в раннем послеоперационном периоде после стапедопластики (24 человека); 2-я – контрольная, группа больных, которые после операции получали общую терапию, применяемую при кохлеовестибулярных нарушениях (20 человек). Проведены анализ вестибулярных симптомов и оценка слуховой функции в раннем послеоперационном периоде, изучена эффективность местного применения гормональных препаратов после стапедопластики. В основной группе отмечены преимущественно уменьшение выраженности субъективных и объективных вестибулярных нарушений и сохранение порогов костной проводимости на прежнем уровне.

Ключевые слова: отосклероз, местная стероидная терапия, кохлеовестибулярная функция.

Библиография: 10 источников.

We observed 44 patients with a diagnosis of otosclerosis. Patients were divided into 2 groups: 1 main group of patients who underwent topical of steroid therapy in the early postoperative period after stapedoplastik (24 people), 2 control group of patients who received postoperative general therapy is used in and vestibulo violations (20 people). The analysis and assessment of vestibular symptoms of auditory function in the early postoperative period, studied the effectiveness of topical steroid therapy after stapedoplastik. In the study group mainly marked decrease in the severity of subjective and objective vestibular disorders and preservation of bone conduction at the same level.

Key words: otosclerosis, intratympanic steroid therapy, vestibular disorders, bone conduction.

Bibliography: 10 sources.

Активный рост и развитие городов способствуют повышению симптомов головокружения и снижения слуха, что неблагоприятно сказывается на психосоматическом статусе человека [4]. В связи с увеличением количества пациентов, страдающих кохлеовестибулопатиями, разрабатываются новые подходы для лечения и реабилитации этой категории больных. Такие заболевания, как болезнь Меньера, острая сенсоневральная тугоухость, хронические средние отиты, отосклероз и др. сопровождаются симптомами головокружения, снижения слуха и ушным шумом [9].

При отосклерозе вестибулярные нарушения, как правило, носят скрытый характер в 20–50%

случаев [2, 3, 5], которые могут манифестировать в раннем послеоперационном периоде после стапедопластики. Об эффективности оперативного лечения отосклероза говорит тот факт, что слуховая функция при операции на стремени значительно улучшается более чем в 90% случаев, но при этом у пациентов возможно развитие длительных вестибулярных нарушений, а слух повышается только за счет низких частот, не дающих всю полноту восприятия окружающего мира.

По данным литературных источников, не существует единого мнения о зависимости результатов операции от выраженности вестибулярных явлений. Одни авторы считают, что чем активнее



УДК: 616.014.463:542.65:[616.211-002.193-056.3+616.216-002]

ОСОБЕННОСТИ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА IN VITRO В СРЕДАХ, МОДЕЛИРУЮЩИХ НОСОВОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ГНОЙНОГО И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

О. А. Куликова

FEATURES OF A CRYSTALLIZATION OF A NORMAL SALINE SOLUTION IN VITRO IN THE MEDIUMS MODELING A NASAL DISCHARGE OF PURULENT AND ALLERGIC CHARACTER

O. A. Kulikova

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

(И. о. ректора – проф. С. Ф. Багненко)

Микроскопически изучен характер кристаллизации NaCl в форме нативного физиологического раствора и при добавлении субстратов, моделирующих отделяемое слизистой оболочки носа при гнойных и аллергических ринитах. Выявленные количественные и качественные отличия при формировании полей кристаллов NaCl in vitro оказываются специфичными для биосубстратов углеводной (декстран) и преимущественно белковой (гемолизат крови) природы ($p < 0,05$; критерий Вилкоксона). Данные особенности предлагаются в качестве дифференциально-диагностических маркеров при объективной экспресс-диагностике патогенетических форм ринитов.

Ключевые слова: кристаллизация носовой слизи, экспресс-диагностика патогенетических вариантов ринитов.

Библиография: 8 источников.

Nature of crystallization of NaCl in the form of a native normal saline solution and at addition of the substrates modeling a discharge of a mucosa of a nose at purulent and allergic rhinites was studied microscopically. The taped quantitative and qualitative differences at formation of fields of crystals of NaCl in vitro appear specific to biosubstrates carbohydrate (dextran) and mainly albuminous (a blood hemolysate) the nature ($p < 0,05$; Wilcoxon signed-rank test). These features are offered as differential and diagnostic markers at objective express diagnostics of pathogenetic forms of rhinites.

Key words: crystallization of nasal slime, rhinites pathogenetic options express diagnostics.

Bibliography: 8 sources.

Для клинической работы всегда остаются актуальными простейшие методы лабораторной диагностики, позволяющие в экспресс-режиме провести объективную оценку патогенетического характера существующего патологического процесса. Одним из таких способов является светооптический метод анализа особенностей спонтанной кристаллизации биологических жидкостей: секретов различных слизистых оболочек, слезной жидкости, крови и мочи. Простота выполнения, доступность изучаемых субстратов и информативность методики для оценки патогенетического характера процессов подтверждаются многими исследователями в различных областях медицины [1, 2, 3, 5]. При этом в оториноларингологии, казалось бы, данное биофизическое явление должно иметь наибольшее развитие, однако внимание к нему остается самым минимальным, и это при том, что большинство ЛОР-органов имеют слизистую оболочку, контактирующую с внешней средой и, следовательно, могут представлять собой объекты для быстрой неинвазивной оценки характера воспалительного процесса.

Цель работы. Дать представление о возможностях применения метода кристаллографии для диагностики и оценки динамики лечения ринитов.

Задача работы. Выявление особенности кристаллизации NaCl в растворах биологических субстратов, моделирующих основные компоненты отделяемого слизистой оболочки носа при гнойном и аллергическом характере воспаления для получения дифференциально-диагностических кристаллографических маркеров патологических процессов слизистой оболочки носа.

Материалы и методы. В качестве субстрата для получения кристаллов мы использовали, как и в ряде известных работ [5], хлорид натрия – естественный компонент гуморальных сред живого организма.

В качестве экспериментальной модели отделяемого при нормальном состоянии слизистой оболочки использовали нативный 0,9%-ный раствор NaCl. С этой целью 0,5 мл физиологического раствора помещали на обезжиренное предметное стекло и оставляли до полного высыхания при комнатной температуре.



РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СЕНСОНЕВРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

А. В. Куренков

EARLY DIAGNOSTICS OF A SENSONEVRALNY HEARING DISORDER AT PATIENTS WITH AN ARTERIAL HYPERTENSION

A. V. Kurenkov

ГБОУ «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»

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

Количество госпитализаций в клиники СамГМУ с кохлеовестибулярными расстройствами остается на высоком уровне. Одно из лидирующих мест в общем количестве обращений за оториноларингологической помощью по поводу заболеваний внутреннего уха сохраняет за собой сенсоневральная тугоухость. В большинстве случаев сопутствующей соматической патологией является гипертоническая болезнь.

Ключевые слова: заболевания внутреннего и среднего уха, сенсоневральная тугоухость.

Библиография: 5 источников.

The number of hospitalization in clinics of SAMGMU with kokhleo-vestibular frustration remains at high level. One of leading places in total of requests for the otorinolaringologicheskoy help concerning diseases of an internal ear is reserved by sensonevralny relative deafness. In most cases accompanying somatic pathology is the hypertensive illness.

Key words: diseases of an internal and middle ear, sensorineural hearing loss.

Bibliography: 5 sources.

Сенсоневральная тугоухость – потеря слуха, вызванная поражением структур внутреннего уха, преддверно-улиткового нерва (VIII) или центральных отделов слухового анализатора (в стволе и слуховой коре головного мозга) [1]. По данным ВОЗ, социально значимыми нарушениями слуха в мире страдают 250 млн человек, а в России насчитывается более 13 млн человек с социально значимыми нарушениями слуха, в том числе более 1 млн детей и подростков [2].

По классификации сенсоневральная тугоухость делится на врожденную и приобретенную. Существует множество факторов, вызывающих приобретенную сенсоневральную тугоухость, например [3]:

- травмы;
- вирусные и бактериальные агенты;
- интоксикации.

Одним из факторов является повышение артериального давления (гипертоническая болезнь). В Российской Федерации, как и во всем мире, артериальная гипертензия (АГ) остается одной из самых актуальных проблем кардиологии [4]. Однако даже в странах с высоким уровнем организации здравоохранения необходимый контроль артериального давления осуществляется лишь в 25–27% случаев, в то время как в России артериальное давление контролируется должным образом лишь у 5,7% мужчин и 17,5% женщин [5]. В связи с этим своевременное выявление сенсоневральных нарушений возможно благодаря раннему аудиологическому обследованию больных артериальной гипертензией.

Цель исследования. Совершенствование диагностики, профилактики нарушений слуха и улучшение результатов лечения сенсоневральной тугоухости у пациентов с артериальной гипертензией за счет более раннего выявления сенсоневральных нарушений.

Задачи исследования. 1. Определить частоту сенсоневральных нарушений по данным госпитализации в оториноларингологическое отделение и клинику факультетской терапии клиник СамГМУ.

2. Определить отношение сенсоневральных нарушений ко всем поражениям внутреннего уха.

3. Выявить частоту повышения артериального давления у больных с сенсоневральной тугоухостью.

Материал исследования. 1. Истории болезней поступивших в оториноларингологическое отделение клиник СамГМУ за 5 лет (5732 обращения).

2. Отчеты о деятельности оториноларингологической службы районов Самарской области.

3. Пациенты оториноларингологического отделения и отделения факультетской терапии СамГМУ – 55 человек.

Пациентам были проведены комплексное аудиологическое обследование (аудиометрия, КСВП, тимпанометрия), стандартное клиническое обследование, консультации терапевта, невролога и офтальмолога.

Нами проведено статистическое изучение госпитализаций в оториноларингологическое отде-



Выводы

Количество пациентов с заболеваниями внутреннего уха, госпитализированных в оториноларингологическое отделение клиник СамГМУ, остается на высоком уровне. Первое место среди них занимает сенсоневральная тугоухость 2 и 3-й степеней.

Гипертоническая болезнь второй и третьей степеней в 67,3% случаев является сопутствующим соматическим заболеванием у больных сенсоневральной тугоухостью.

Необходимо выявление сенсоневральных нарушений и сенсоневральной тугоухости первой степени на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

Раннее выявление факторов риска развития сенсоневральной тугоухости и сенсоневральных нарушений позволит избежать прогрессирования снижения слуха

Необходим более четкий контроль за уровнем и терапией повышения АД у пациентов с сенсоневральной тугоухостью

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтман Я. А., Таварткиладзе Г. А. Руководство по аудиологии. – М.: ДМК Пресс, 2003. – 360 с.
2. Загорянская М. Е., Румянцева М. Г. Эпидемиологический подход к профилактике и лечению нарушений слуха у детей // Рос. оторинолар. – 2011. – № 2. – С. 82–87.
3. Имплантируемые слуховые аппараты Vibrant Soundbridge – первый опыт применения в России / Ю. К. Янов [и др.] // Рос. оторинолар. – 2009. Прил. № 2. – С. 85–89.
4. Карпов Ю. А. Ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией: особенности течения и выбор терапии // Кардиология. – 2005. – № 12. – С. 93–98.
5. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens 2007. – N 25. – P. 1105–1187.

Куренков Александр Валерьевич – очный аспирант каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова Самарского ГМУ. 443099, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; тел.: 8-904-710-46-38, e-mail: KENT850806@yandex.ru

УДК: 616.216.1:611.716.3:616-001.514

СОСТОЯНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ПЕРЕЛОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ»

А. А. Курусь

CONDITION OF THE MAXILLARY SINUS IN PATIENT WITH DIAGNOSIS “ZYGOMATIC BONE FRACTURE”

А. А. Kurus

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

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко, зав. каф. стоматологии детского возраста с курсом челюстно-лицевой хирургии – проф. Г. А. Хацкевич)

Работа посвящена изучению характера поражения верхнечелюстной пазухи при переломе скуловой кости по данным историй болезни 50 пациентов. Анализируются частота возникновения гемосинуса и связь его с различными типами переломов. Проводится качественная оценка рентгенограмм черепа в разных проекциях на предмет диагностики состояния травмированной верхнечелюстной пазухи. Предлагается использование эндоскопического расширения естественного соустья верхнечелюстной пазухи в целях предупреждения посттравматических осложнений.

Ключевые слова: перелом скуловой кости, скуло-орбитально-верхнечелюстной комплекс, верхнечелюстная пазуха, гематосинус, эндоскопическая ринохирургия.

Библиография: 8 источников.

The medical documents and X-ray pictures of 50 patients with zygomatic bone fractures were analyzed to evaluate the condition of maxillary sinus. The different X-ray picture's projection was compared. The frequency of hem sinus in different types of fracture was studied. The authors propose the using of the endoscopic drainage of the maxillary sinus to prevent the posttraumatic complications.

Key words: zygomatic bone fracture, zygomaticomaxillary complex, maxillary sinus, functional endoscopic sinus surgery.

Bibliography: 8 sources.

В инфраструктуре повреждений челюстно-лицевой области от 33 до 55%, по данным разных авторов, составляют травмы средней зоны лица [7, 8].

Эта зона, ограниченная верхнеорбитальной линией и линией смыкания зубов, чрезвычайно сложна анатомически и включает в себя ряд тесно связанных костных структур. Повреждения данной области опасны как серьезными косметическими дефектами, так и поражением жизненно важных органов.

Важной анатомической составляющей средней зоны лица является скуловая кость (рис. 1). На ней различают три поверхности. Кнаружи обращена латеральная поверхность, выпуклая, неправильной четырехугольной формы. Направленная кнутри и кпереди вогнутая глазничная поверхность входит в состав наружной и нижней стенок глазницы и с боковой поверхностью сходитя острым дугообразным краем, дополняющим внизу подглазничный край. Височная поверхность обращена в сторону височной ямки. Смыкая между собой скуловые отростки лобной, височной и верхнечелюстной костей, скуловая кость способствует укреплению лицевого скелета, в том числе за счет участия в формировании его линий жесткости – контрфорсов (рис. 2).

Выступающее положение скулы в лицевом контуре определяет достаточно высокую частоту ее травматизации – более 10% повреждений лицевого скелета [4]. Переломы скуловой кости находятся на втором месте после переломов костей носа по частоте среди повреждений средней зоны лица.

Линия перелома может проходить в типичных местах: от подглазничного шва к скулоальвеолярному гребню, через наружный край

глазницы и через скуловисочный шов. Однако она чаще располагается не строго по костным швам, а по соседним костям, т. е., распространяясь на латеральную и нижнюю стенки орбиты [6] (рис. 3). Смещение поврежденной скуловой кости происходит преимущественно внутрь по направлению к верхнечелюстной пазухе и книзу. Сложность и многокомпонентность данной травмы обуславливают ее обозначение в современной отечественной литературе как перелом скулоорбитального комплекса или скуловерхнечелюстного комплекса (zygomaticomaxillary complex) – в литературе зарубежной.

Таким образом, перелом скуловой кости может сопровождаться переломом стенок верхнечелюстной пазухи, что, по данным разных авторов, диагностируется в 29–58,7% наблюдений [2, 5]. Характер повреждений верхнечелюстной пазухи в значительной мере зависит от степени и направления смещения скуловой кости и, как правило, реализуется оскольчатыми переломами одной или нескольких стенок пазухи, сопровождаясь травмой подглазничного нерва, а порой и содержимого глазницы.

Пациенты с данным видом травмы традиционно поступают в отделения челюстно-лицевой хирургии, где им в качестве диагностического минимума выполняют рентгенограмму скуловых костей и рентгенограмму околоносовых пазух. Оказываемая челюстно-лицевым хирургом помощь зачастую ограничивается репозицией

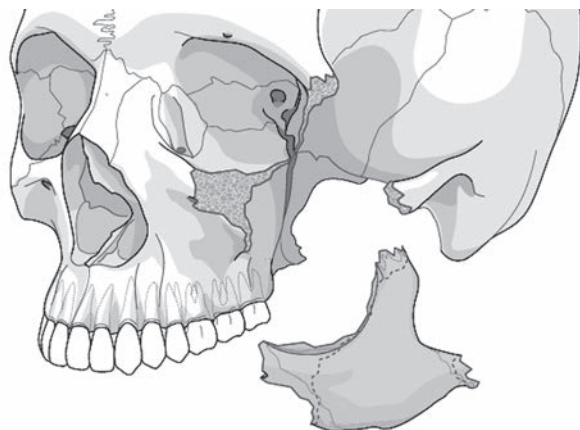


Рис. 1. Топографо-анатомические взаимоотношения скуловой кости.

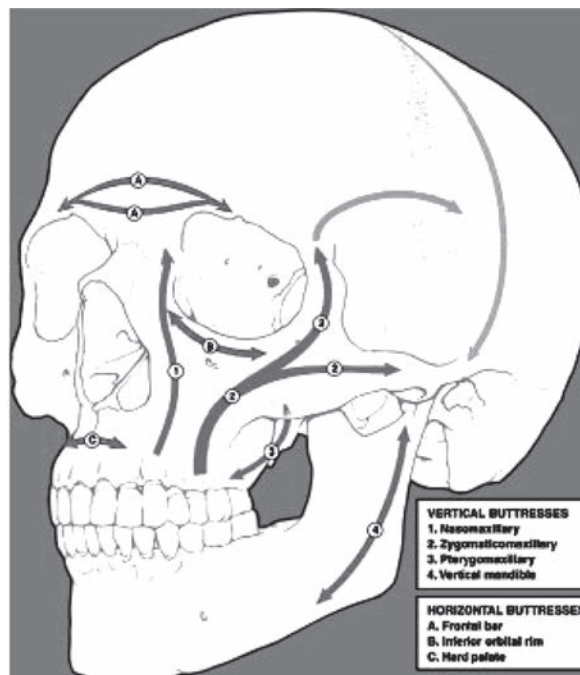


Рис. 2. Линии жесткости лицевого скелета.



УДК: 616.284-002.258-089.844-053.2

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АУДИОЛОГИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С ХОЛЕСТЕАТОМОЙ У ДЕТЕЙ

И. А. Кутузова

THE COMPARATIVE ANALYSIS AUDIOLOGIC RESULTS OF THE DIFFERENT APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT TO CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA WITH CHOLESTEATOMA OF CHILDREN

I. A. Kutuzova

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Минздрава РФ»
(Ректор – проф. А. В. Павлов)

Оценены отдаленные аудиологические результаты хирургического лечения у 94 детей, страдающих хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой. Эффективность оценивали методом тональной пороговой аудиометрии. Наилучшие аудиологические результаты выявлены в случаях выполнения одномоментной хирургии, включающей санирующую операцию на ухе и тимпаноластику, в отличие от больных, у которых операции осуществлялись поэтапно.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит у детей, холестеатома.

Библиография: 5 источников.

Authors have estimated the remote audiology results of surgical treatment in 94 children, suffering with chronic otitis media with cholesteatoma. Efficiency was studied by the threshold audiometry. The best results of surgery were achieved in patients operated simultaneously both stapes (sanitize and tympanoplasty) instead of patients with step-by-step surgery.

Key words: chronic purulent otitis media in children, cholesteatoma.

Bibliography: 5 sources.

Проблема хирургической реабилитации слуха социально важна. Наиболее обширная область для реконструктивной хирургии уха предоставляется в лечении воспалительных заболеваний среднего уха, среди которых ведущим является хронический гнойный средний отит.

Хронические гнойные средние отиты (ХГСО) занимают важное место среди оториноларингологических заболеваний детского возраста. В связи с развитием поликлинической специализированной помощи населению, особенно детской оториноларингологической, лечение острых заболеваний среднего уха, как правило, не представляет затруднений. Тем не менее тенденции к снижению перехода острого среднего отита в хронические формы не отмечается [3].

Холестеатома среднего уха – одно из наиболее значимых заболеваний, приводящих к нарушению слуховой функции в детском возрасте. По данным отечественных и зарубежных авторов, ХГСО страдает от 1,5 до 4% населения в мире [2]. Заболеваемость у детей в нашей стране составляет 37% от всей патологии уха [4]. Помимо ухудшения слуха болезнь может вызывать тяжелые состояния, такие как менингит, абсцесс мозга, тромбоз венозных коллекторов головного мозга, лабиринтит.

Известно, что ХГСО до 63% случаев сопровождается холестеатомой. Особенности холестеатомы у детей являются развитие в более корот-

кие сроки, чем у взрослых, быстрый рост, чаще в возрасте ребенка до 5 лет, и слабая выраженность симптоматики [1]. Кроме того, в детском возрасте холестеатома редко вызывает повреждение крыши барабанной полости, пещеры, полукружных каналов и стенок канала лицевого нерва, однако имеет повышенную склонность к рецидивам вследствие развития ретракции в верхних отделах барабанной полости [5].

Известно, что снижение слуха у детей, особенно в раннем возрасте, приводит к серьезным изменениям не только формирования речи, но и психоэмоционального развития ребенка, а также к существенному ухудшению качества жизни и результатов обучения [2]. В связи с этим актуальным остается разработка оптимального подхода к тактике хирургического лечения данного заболевания.

Цель исследования. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения детей, страдающих ХГСО с холестеатомой.

Клинические наблюдения и методы. Под наблюдением находились 94 ребенка и подростка (61 мальчик и 33 девочки), которые были оперированы по поводу ХГСО с холестеатомой. Возраст детей от 2 до 17 лет.

До проведения анализа отдаленных результатов хирургического лечения пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 50 детей: 32 мальчика и 18 девочек. Средний возраст



УДК: 616. 216.1-002-0065-036.12

СТРУКТУРНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

М. А. Лаптиева, Е. В. Клищенко

STRUCTURAL DIFFERENTIATION OF PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH NASAL POLYPS

М. А. Laptijova, E. V. Klischenko

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи
Минздрава России»**(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)**ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко
Минздрава России»**(Ректор – акад. РАЕН, проф. И. Э. Есауленко)*

Данная работа представляет ретроспективный анализ медицинских карт 152 стационарных пациентов, страдающих хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС). На основе проведенного исследования сформированы четыре наиболее различающиеся по патогенезу группы больных, установлены сроки начала заболевания и впервые проведенного хирургического лечения, выявлены группы пациентов, подверженных частым рецидивам ХПРС. Такой дифференцированный подход к анализу структуры больных ХПРС, более детальная оценка сопутствующей бактериальной и грибковой микрофлоры, а также анализ гистологической картины полипов в дальнейшем будут, мы надеемся, способствовать повышению эффективности лечения данной патологии.

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, патогенетические группы, частые рецидивы, оценка сопутствующей микрофлоры.

Библиография: 15 источников.

This study represents a retrospective analysis of 152 case histories of patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP). We divided all patients in four most different in pathogenesis groups, identified the time frames of onset of the disease and of the first time performed surgical treatment, identified a group of patients that are exposed by frequent relapses CRSwNP. This approach, differentiated to the structure of the patients with nasal polyps, a detailed evaluation of concomitant bacterial and fungal microorganisms and histological analysis of polyps will contribute to the treatment efficiency of this pathology in the future.

Key words: chronic rhinosinusitis with nasal polyps, pathogenesis groups, frequent relapses, evaluation of concomitant microorganisms.

Bibliography: 15 sources.

Хронический полипозный риносинусит в структуре заболеваемости ЛОР-органов в настоящее время занимает одну из ведущих позиций. По данным Европейского соглашения по полипозному риносинуситу 2012 (EPOS), полипозом носа и околоносовых пазух страдают 2–4% населения Европы. Пациенты с ХПРС составляют около 5% среди обращающихся в ЛОР-кабинеты поликлиник и 4% наблюдающихся у аллерголога [12]. Манифестированные формы ХПРС, по данным показателя обращаемости, в различные поликлиники составляют от 1,3 до 13,1 на 10 000 человек [11]. Распространенность полипозного риносинусита с учетом субклинических форм гораздо выше. Рядом авторов подчеркивается преимущественное поражение мужчин этим патологическим процессом [1, 3, 4, 6, 7, 14].

Особую группу пациентов с ХПРС составляют больные с так называемой «аспириновой триадой». Триада состоит из собственно ХПРС, бронхиальной астмы и непереносимости аспи-

рина, его аналогов, а также других противовоспалительных препаратов нестероидного ряда. Повышенный интерес к изучению данных патологических состояний обусловлен, прежде всего, общностью этиопатогенетических механизмов развития ХПРС и БА и высоким риском развития распространенного поражения дыхательных путей, в особенности при присоединении инфекционного процесса, в случае сочетанной патологии. Первое проявление астматической триады в 60% случаев связано с обнаружением полипов в полости носа и околоносовых пазухах. [1] При этом бронхиальная астма отличается наиболее тяжелым течением [15].

По результатам многих наблюдений установлено, что у больных, страдающих ХПРС, непереносимость нестероидных противовоспалительных средств выявляется в 21–60%, бронхиальная астма (БА) диагностируется в 22–70% случаев [1, 5, 7, 9, 10, 12]. При этом отмечено, что частота встречаемости ХПРС у больных БА значительно



УДК: 616.283.1-089.843:621.398:001.8

УДАЛЕННОЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

С. В. Левин, С. Б. Сугарова, Е. А. Левина, А. С. Лиленко

REMOTE INTRAOPERATIVE COCHLEAR IMPLANT TESTING

S. V. Levin, S. B. Sugarova, E. A. Levina, A. S. Lilenko

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

Данная статья посвящена сравнению качества интраоперационного тестирования, проведенного стандартно в операционной и удаленно из кабинета аудиолога. В результате исследования были проанализированы такие параметры, как: время, затраченное на проведение тестирования и удовлетворенность качеством выполненного исследования аудиолога и хирурга. В исследование были включены 64 пациента, которые были разделены на две равные группы. Было доказано значительное уменьшение времени, которое затрачивает аудиолог, при этом качество тестирования не изменялось.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, интраоперационное тестирование, телемедицина.

Библиография: 14 источников.

This report is dedicated to the comparison of intraoperative testing quality performed in operation room and remotely. The time parameters and audiologist's and surgeon's satisfaction have been analyzed. 64 patients took part in the study, who formed 2 equal groups. It was proved that the audiologist spends less time with the same test quality.

Key words: cochlear implantation, intraoperative testing, telemedicine.

Bibliography: 14 sources.

Кохлеарная имплантация (КИ) является наиболее эффективным методом лечения пациентов с глубокой степенью снижения слуха и глухотой. Метод включает в себя хирургический и реабилитационный этапы. Хирургический этап заключается в выборе доступа (через мастоидотомию и заднюю тимпанотомию, трансканальный или комбинированный доступы), выборе места введения активного электрода импланта (окно улитки или кохлеостомия). Важной частью хирургического этапа является интраоперационное тестирование кохлеарного импланта [телеметрия, измерение стапедального рефлекса и ART (Auditory nerve response telemetry)].

Через 1 месяц после операции начинается реабилитационный этап: первое включение речевого процессора, серии настроек (через 3 и 6 месяцев после операции), аудиологические исследования (аудиометрия, речевая аудиометрия в свободном звуковом поле в тишине и шуме, вестибулярные тесты), а также занятия с сурдопедагогом, логопедом, наблюдение психолога и невролога.

В нашей клинике кохлеарная имплантация проводится с 1997 г. Если раньше это были единичные вмешательства, то сегодня количество операций значительно увеличилось и достигает 500 в год. Сейчас специалисты СПб НИИ ЛОР наблюдают более 2500 пациентов с кохлеарными имплантами. Благодаря приобретению значительного опыта как в хирургии, так и в реабилитационной

литации пациентов с кохлеарными имплантами наша клиника вошла в сообщество ведущих клиник Hearring, специализирующихся на слуховой имплантации [5].

В связи с увеличением количества пациентов с каждым годом увеличивается и нагрузка на специалистов, что ведет за собой необходимость в изобретении методов обследования, контроля оперативного вмешательства, интра- и послеоперационной настройки и тестировании импланта, которые могут минимизировать время, затрачиваемое специалистом [1, 3, 4]. С 2009 г. в нашем НИИ разрабатывается концепция удаленной поддержки пациентов с кохлеарными имплантами, основанная на телемедицинских технологиях [2, 6, 7]. Данная концепция включает в себя дистанционный отбор кандидатов, удаленный интраоперационный контроль оперативного вмешательства и проверку работоспособности импланта, а также удаленную настройку импланта в послеоперационном периоде. В настоящее время в мировой литературе тема дистанционной настройки кохлеарного импланта получила широкий резонанс среди ведущих аудиологов и отохирургов. Еще в 1995 г. Y. Ormezzano описывает свой опыт применения программного и аппаратного обеспечения систем КИ, которые позволили провести качественную дистанционную настройку речевого процессора [8]. Более поздние работы посвящены удаленной настройке речевых процессоров кохлеарных имплантов [9, 10, 12, 14]. Обращает на



АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РОНХОПАТИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Л. С. Лёшина

THE ALGORITHM OF SCREENING AND THERAPY OF SNORING AND OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA SYNDROME

L. S. Leshina

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава РФ»

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

Целью настоящей работы явилось выявление и оценка ведущего причинного фактора храпа в развитии заболевания для назначения пациентам последующего индивидуального специализированного лечения. Было обследовано 86 человек, обратившихся с жалобами на храп. Проводилось портативное мониторирование (ПМ) сна, во время которого регистрировались воздушный поток, дыхательные движения и оксигенация крови. На основе ПМ была выделена группа больных простой ронхопатией и легкой степенью СОАС для дальнейшего обследования оториноларингологом (сомнологом). Назначались электромиография мягкого неба, передняя активная риноманометрия, КТ околоносовых пазух, консультация стоматолога по показаниям. Причиной неосложненного храпа и легкой формы СОАС в 52,9% случаях явились анатомические и патологические изменения в полости носа и околоносовых пазухах, в этом случае эффективно хирургическое лечение. Гипотония мышц мягкого неба в сочетании с гипертрофией небной занавески оказались причиной храпа у 23,5% обследованных. Лечение больных включало электростимуляцию мышц мягкого неба и (или) хирургические вмешательства на небной занавеске.

Ключевые слова: ронхопатия, СОАС, мониторирование сна, электромиография.

Библиография: 10 источников.

Determination of the optimal treatment of a patient with a pathological snoring and obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) is a rather difficult task. The aim of this study was to identify and assess the leading causal factor in the development of snoring disease for the appointment of an individual special subsequent treatment. We examined 86 people who complained of snoring. The portable monitoring (PM) of sleep was held, during which we recorded airflow, breathing and oxygenation of blood. On the basis of the PM was isolated group of patients was chosen for further assessment – with simple ronhopathia and mild OSAS. The electromyography of the soft palate was prescribed, anterior active rhinomanometry, CT of the paranasal sinuses, consulting orthodontist indicated. The cause of uncomplicated snoring and mild OSA in 52,9% cases were anatomical and pathological changes in the nasal cavity and paranasal sinuses, in which case the surgical treatment is effective. Hypotonia of the muscles of the soft palate in conjunction with hypertrophy of the soft palate was the cause of snoring in 23,5% of surveyed. Treatment of such patients consisted of electrical stimulation of the muscles of the soft palate, or surgical intervention on the soft palate.

Key words: ronhopathia, OSAS, sleep monitoring, electromyography.

Bibliography: 10 sources.

Многочисленные публикации в специализированных изданиях свидетельствуют об актуальности проблемы храпа. Определение оптимальной схемы лечения пациента с патологическим храпом и синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) в условиях недостаточной изученности этиологических факторов, патогенетических механизмов повреждения и компенсации при храпе является для врача сложной задачей. Простая ронхопатия, или храп, – патология, характеризующаяся комплексом акустических проявлений, возникающих во время сна, зачастую является фоном для развития гораздо более угрожающего заболевания – СОАС. СОАС – это состояние, характеризующееся: наличием храпа; периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной

вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях; снижением уровня кислорода крови; грубой фрагментацией сна; избыточной дневной сонливостью [9]. У больного, страдающего обструктивным апноэ сна (ОАС), во время сна возникают эпизоды апноэ с частотой свыше 10 в час и продолжительностью больше 10 с каждый, которые сопровождаются дыхательной недостаточностью и нарушением ряда функций организма. Смертность от СОАС, по данным статистики, составляет 6–8% [1]. Если же учитывать последствия различных осложнений, напрямую или косвенно связанных с этой патологией, то совокупная летальность от ОАС может достигать 37% [5].

Общепринятым вариантом лечения умеренной (средней) и тяжелой формы СОАС с 1981 г. является так называемая CPAP-терапия – создание



Лечение – методом электростимуляции мышц мягкого неба и (или) операции на небной занавеске. Деформация лицевого скелета (ретрогнатия, микрогнатия) в 8,8 % способствовала развитию синдрома храпа – показано лечение у ортодонта. 14,8% больным в связи с индивидуальным сочетанием видов обструкции верхних дыхательных путей назначался комбинированный вариант лечения храпа, который включал в себя как хирургические, так и консервативные методы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блоцкий А. А. Плужников М. С. Феномен храпа и синдром обструктивного сонного апноэ. – СПб.: Спец. лит., 2002. – 176 с.
2. Бузунов Р. В. Легайда И. В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна: учеб. пособие для врачей. – М., 2011. – 76 с.
3. Давыдова Л. С. Ночное мониторирование сна у оториноларингологических больных // Рос. оторинолар. – 2012. – № 1 (56). – С. 61–63.
4. Елизарова Л. Н., Ракша А. П., Гринчук В. И. Клинико-морфологическая характеристика мягкого неба у больных с хронической ринопатией // Вестн. оторинолар. – 2005. – № 3. – С. 20–24.
5. Зильбер А. П. Синдромы сонного апноэ. – Петрозаводск, 1994. – 84 с.
6. Оценка эффективности применения внутриротового аппликатора УПЛХ-01 при храпе и синдроме обструктивного апноэ сна / В. А. Ерошина [и др.] // Клини. медицина. – 2001. – № 4. – С. 44–47.
7. Электровоздействие и радиоволновая хирургия в лечении храпа и синдрома обструктивного апноэ во сне / А. Г. Волков [и др.] // Рос. ринология. – 2008. – № 2. – С. 55–56.
8. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults / L. J. Epstein [et al.] // J. Clin. Sleep Med. – 2009. – Jun. 15, № 5 (3). – P. 263–276.
9. Guilleminault C., Tilkian A., Dement W. C. The sleep apnea syndromes // Ann. Rev. Med. – 1996. – Vol. 27. – P. 465–484.
10. Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders / C. A. Kushida [et al.] // Sleep. – 2006. – Mar. 1, № 29 (3). – P. 479–482.

Лёшина Людмила Сергеевна – аспирант каф. болезней уха, горла и носа Ростовского ГМУ. 344000, Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 109; тел.: 8-903-407-53-43, e-mail: lsdavydova@pochta.ru

УДК: 616.283.1-089.843.004.68

НОВЫЙ МЕТОД ФИКСАЦИИ КОХЛЕАРНОГО ИМПЛАНТА. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

А. С. Лиленко, С. Б. Сугарова, Г. Р. Азизов

NEW TECHNIQUE OF COCHLEAR IMPLANT FIXATION. OUR EXPERIENCE

A. S. Lilenko, S. B. Sugarova, G. R. Azizov

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

Одним из ключевых этапов кохлеарной имплантации является надежная фиксация имплантируемого устройства. Существуют различные методики фиксации кохлеарного импланта (создание костного ложа, фиксация приемника-передатчика с помощью периостальных швов, полипропиленовой сетки, шурупов, титановых пластин, иономерного цемента, специальных рассасывающихся систем). Большинство из этих методик позволяют добиться прочного и стабильного крепления устройства, однако фиксация последнего занимает около половины времени всего хирургического вмешательства и чревата риском развития осложнений. Использование импланта Concerto Pin позволяет сократить время проведения хирургического этапа кохлеарной имплантации в среднем на 12 мин, при этом обеспечивать надежное крепление устройства и минимизировать риск развития послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: фиксация кохлеарного импланта, Concerto Pin, минимизация риска осложнений кохлеарной имплантации.

Библиография: 12 источников.

Fixation of cochlear implant is considered to be one of the key steps of cochlear implantation. Different techniques of cochlear implant fixation (bony well formation, tie-down sutures, polypropylene mesh, screws, titanium plates, ionomeric cement, resorbable systems) are described. The majority of these techniques enable stable fixation of the device. However, sometimes this surgical step takes up to the half of the whole surgery time. Moreover, application of the above mentioned methods leads to the increased risk of postoperative complications. Implantation of Concerto Pin cuts 12 minutes of surgery time and minimizes risk of postoperative complications providing stable implant fixation.

Key words: cochlear implant fixation, Concerto Pin, minimization of postoperative complications.

Bibliography: 12 sources.

Одним из ключевых этапов кохлеарной имплантации является надежная фиксация имплантируемого устройства. По данным R. A. Hoffman, N. L. Cohen [9] и E. D. Stratigouleas [6], от 1 до 5% всех послеоперационных осложнений связаны с миграцией импланта. Во многих случаях смещение приемника-передатчика приводит к необходимости проведения ревизионного вмешательства, а иногда и к эксплантации.

В мировой литературе встречаются описания различных методик фиксации кохлеарного импланта в височно-теменной области [3, 12]. Одним из традиционных и наиболее распространенных способов является создание костного ложа, позволяющее, с одной стороны, прочно укрепить имплант, а с другой – нивелировать его толщину за счет частичного погружения приемника-передатчика в кость. Таким образом, удается предотвратить чрезмерное выступание кожи в месте фиксации. В то же время следует отметить, что, помимо дополнительных затрат времени, данный способ сопровождается повышенным риском развития интракраниальных осложнений. Подготовка костного ложа и внутрикостных каналов для фиксации импланта швами может приводить к развитию ликвореи и эпидуральной гематомы [7, 8]. По данным В. Е. Кузовкова и Ю. К. Янова риск повреждения твердой мозговой оболочки еще больше у детей в возрасте до 1 года, у которых толщина кости черепа в области крепления приемника-передатчика может быть менее 1,2 мм [2].

Некоторые авторы предлагают использовать альтернативные варианты крепления импланта: с помощью полипропиленовой сетки, шурупов, титановых пластин, иономерного цемента, специальных рассасывающихся систем [5, 11]. Однако использование дополнительных материалов и приспособлений увеличивает риск отторжения импланта. Длительность этапа фиксации импланта при применении таких методик увеличивается, приводя к заметному росту числа малых осложнений кохлеарной имплантации вплоть до 6,8–8,3% [1, 4, 10].

Малоинвазивный метод крепления импланта в поднадкостничном кармане, требующий небольшого заушного разреза без формирования костного ложа, минимизирует риск развития по-

слеоперационной гематомы. В то же время данный способ не позволяет во всех случаях добиться надежной фиксации приемника-передатчика, приводя иногда к смещению и миграции импланта с выходом его из строя.

В целом, большинство применяемых в мировой практике методик фиксации кохлеарных имплантов позволяют добиться прочного и стабильного крепления устройства, однако на фиксацию последнего уходит до половины времени всего хирургического вмешательства. Таким образом, на современном этапе развития отохирургии остается актуальным вопрос разработки надежного малоинвазивного и безопасного способа фиксации кохлеарного импланта.

Цель работы. Повышение эффективности хирургического этапа кохлеарной имплантации с помощью нового варианта фиксации кохлеарного импланта.

Пациенты и методы. В период с октября 2011 г. по декабрь 2012 г. в СПб НИИ уха, горла, носа и речи было проведено 475 кохлеарных имплантаций с использованием импланта Concerto Pin. У всех пациентов, которым был установлен данный вариант импланта, была диагностирована двусторонняя сенсоневральная тугоухость IV степени. Среди прооперированных больных преобладали дети в возрасте от 7 месяцев до 17 лет (389 пациентов).

Проведение кохлеарной имплантации с использованием Concerto Pin занимало в среднем $30 \pm 7,3$ мин, что на $12 \pm 3,6$ мин меньше, чем в случаях установки предыдущего варианта импланта – Sonata. Такое проведение хирургического вмешательства стало возможным благодаря уменьшению времени, затрачиваемого хирургом на фиксацию импланта, что, в свою очередь, связано с конструктивными особенностями модели Concerto Pin. Этот вариант импланта фиксируется позади чешуйчатого шва (рис. 1) с помощью двух специальных штифтов (pins) длиной 1,4 мм и диаметром 1,5 мм (рис. 2), которые надежно крепятся в двух, предварительно подготовленных в кортикальном слое кости, отверстиях.

В результате проведенных нами краниологических измерений и по данным 100 компьютерных томограмм пациентов, проходивших предоперационное обследование, средняя толщина



МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОЗА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Р. Ф. Мамедов

MULTIDETECTOR COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF STENOSIS OF THE LARYNX AND TRACHEA

R. F. Mamedov

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

Актуальность работы обусловлена ростом числа больных с патологией гортани и трахеи, сопровождающейся стенозом дыхательных путей. Разнообразие этиологических факторов, клинической картины, опасность развития угрожающих жизни больного осложнений, обуславливают поиск новых методов точной топической диагностики данных состояний. 75 пациентам с различной патологией гортани и трахеи выполнена компьютерная томография, которая показала свою высокую информативность в диагностике заболеваний данных органов.

Ключевые слова: компьютерная томография, стеноз, гортань, трахея, эндоскопия.

Библиография: 11 источников.

The relevance of the work due to the increasing number of patients with pathology of the larynx and trachea, accompanied by airway stenosis. The variety of etiologic factors, clinical symptoms risk of developing life-threatening complications patients, cause a search for new methods of accurate topical diagnosis of these conditions. 75 patients with different pathologies of the larynx and trachea underwent MDCT, which showed its high value in the diagnosis of diseases of these organs.

Key words: computed tomography, stenosis, larynx, trachea, endoscopy.

Bibliography: 11 sources.

Компьютерная томография – современный метод лучевой диагностики, позволяющий получить послойное изображение любой области человека толщиной среза от 0,5 мм, оценить состояние исследуемых органов и тканей, локализацию и распространенность патологического процесса [8].

Для улучшения дифференцировки органов друг от друга, а также нормальных и патологических структур используются различные методики контрастного усиления (чаще всего с применением йодсодержащих контрастных препаратов) [3].

Возможности КТ исследования: компьютерная томография производит реконструкцию двухмерных изображений в сагиттальной, фронтальной и криволинейной плоскостях.

Преимуществами КТ по сравнению с традиционной рентгенографией являются:

- отсутствие теневых наложений на изображении;
- более высокая точность измерения геометрических соотношений;
- более высокая чувствительность по сравнению с обычной рентгенографией.

В томографии одними из основных алгоритмов построения реконструкций являются объемная трехмерная реконструкция и виртуальная эндоскопия [3].

В настоящее время 3D-реконструкция внутренних органов человека получает все большее распространение и является актуальной задачей. Применение этих современных методов исследования позволяет врачу рассмотреть и оценить состояние органов и организма в целом. Трехмерные компьютерные модели могут быть полезны для повышения эффективности рентгенодиагностических методик, врач может реально увидеть оперируемый орган на экране компьютера и оценить объем хирургического вмешательства при планировании операции [6, 7].

Виртуальная эндоскопия – диагностический метод, который выполняется на спиральном компьютерном томографе и основывается на обработке данных с возможностью реконструкции трехмерного изображения с помощью специальных компьютерных программ. В отличие от традиционной эндоскопии виртуальная эндоскопия позволяет видеть на экране монитора как внутреннюю, так и наружную поверхность полых органов. Ей доступны желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкий и толстый кишечник, а также крупные сосуды, трахея и бронхи (рис. 1) [3].

Использование различных методов реконструкции позволяет существенно повысить информативность полученных данных, в том числе за счет наглядности пространственного расположения исследуемых тканей.



3. Марусина М. Я., Казначеева А. О. Современные виды томографии: учеб. пособие. – СПб.: СПбГУ ИТМО, 2006. – 132 с.
4. Перевозникова И. А., Козак А. Р. Комплексная лучевая диагностика рубцовых стенозов трахеи // Лучевая диагностика и терапия. – 2010. – № 3. – С. 33–38.
5. Рабкин И. Х., Овчинников В. И., Ермаков Н. П. Основы компьютерной томографии. – М.: Медицина, 1992. – 81 с.
6. Рущенко Н. Г., Меженин А. В. Компьютерные методы реконструкции и 3D-моделирования органов человека // Мат. первой междунар. конф. «Трехмерная визуализация научной, технической и социальной реальности. Кластерные технологии моделирования». – Ижевск, 2009.
7. Тозик В. Т., Меженин А. В. 3ds Max 9: трехмерное моделирование и анимация. – СПб.: БХВ-Петербург, 2007. – С. 1056.
8. Хоружик С. А., Михайлов А. Н. Основы КТ-визуализации. Ч. 1. Просмотр и количественная оценка изображений // Радиология – практика. – 2011. – № 3. С. 62–75.
9. Частота выявления патологии околоносовых пазух по данным магнитно-резонансной и компьютерной томографии / А. С. Лопатин [и др.] // Вестн. оторинолар. – 1996. – № 6. – С. 11–13.
10. CT findings of laryngeal tuberculosis: comparison to laryngeal carcinoma / M. D. Kim [et al.] // J. Comp. Assis. Tomography. – 1997. – N 21. – P. 29–34.
11. Preoperative airway evaluation using multi-slice three dimensional computed tomography for a patient with severe tracheal stenosis / K. Toyota [et al.] // Brit. J. of Anaesthesia. – 2004. – Vol. 93 (6). – P. 865–867.

Мамедов Рамис Фирудунович – н. с. отдела реконструктивной хирургии полых органов шеи МНПЦ оториноларингологии ДЗ Москвы. 117152, Москва, Загородное шоссе, д. 18а, стр. 2, тел.: 8-495- 536-91-83, e-mail: 43Lor@mail.ru

УДК 616.327.2-022-07

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВА МИКРОБИОТЫ НОСОГЛОТКИ МЕТОДАМИ ДЕТЕКТИРОВАНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ ПО ХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРАМ В СРАВНЕНИИ С БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ

О. Э. Мицкевич

COMPATIVE ANALYSIS OF COMPOSITION MICROBIOT OF NASOPHARYNX BY METHODS OF DETECTING MICROORGANISMS ACCORDING TO CHEMICAL INDICATORS AND BACTERIOLOGICAL INVESTIGATION

О. Е. Mitskevich

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

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

В настоящее время актуальной остается тема лечения хронического аденоидита. Успех консервативного лечения во многом зависит от определения этиологического фактора. В современной медицинской литературе активно дискутируется вопрос об этиологической роли нетипичных возбудителей патологии верхних дыхательных путей, например анаэробных микроорганизмов. В статье приведены результаты сравнительного исследования микробиоты носоглотки детей с хроническим аденоидитом традиционным культуральным методом и результаты газовой хроматографии в сочетании с масс-спектрометрией. Результаты исследования показали, что определение 60–80% микробиоценоза слизистой оболочки носоглотки недоступно для культуральных методов исследования. При этом данные газовой хроматографии в сочетании с масс-спектрометрией выявили, что на поверхности глоточной миндалины энтеробактерий, зубактерий, клостридий и различных видов грибов вместе и по отдельности на порядок больше, чем стрептококков и стафилококков.

Ключевые слова: хронический аденоидит, бактериологическое исследование, газовая хроматография, масс-спектрометрия, биопленка.

**Библиография:** 10 источников.

A resume increasing of efficiency of therapy chronic adenoiditis is an incontestable actual matter in children's otorhinolaryngology. At present, ethiological role of atypical agents of pathology of the top respiratory ducts, for example anaerobes is being discussed. The article has the results of comparative investigation of microbiot of children's nasal pharynx with chronic adenoiditis by the traditional culture method and the results of gas chromatography in combination with massspectral measuring. The results of this investigation showed that determining 60–80% of microbiocenoses of mucosus of nasopharynx isn't within the capacity of the culture methods of investigating. With this, data of gas chromatography in combination with mass spectrum measuring revealed that there is a cut above enterobacteria, eubacteria, clostridia and different kinds of fungi all together and separately, on the surface of the gullet tonsil.

Key words: Bacterial biofilm, adenoid, bacteriological tests, gas chromatography, mass spectrometry

Bibliography: 10 sources.

В детском возрасте среди заболеваний ЛОР-органов ведущая роль принадлежит аденоидным вегетациям. Доля детей с хроническими аденоидитами колеблется от 20 до 50%. В группе часто болеющих детей этот показатель составил от 37 до 70%. [1]

Несмотря на многочисленные методики консервативного лечения данной патологии, операция аденотомии остается одной из составных частей в применяемом лечении. Изменения показаний к аденотомии в последние десятилетия несколько снизили общее количество операций, однако вмешательства на лимфоидном кольце глотки по-прежнему остаются самыми распространенными в оториноларингологии.

Одной из причин неудачи консервативного лечения хронического аденоидита, возможно, является присутствие «кворумных» микроорганизмов. Представление о развитии хронического процесса воспаления, в том числе и на слизистой оболочке носоглотки, сформировалось в последнее десятилетие. Основные открытия в этой области связаны с изучением бактериальных биопленок. Накопившиеся данные свидетельствуют о новых свойствах бактерий, находящихся в составе сообществ, наиболее актуальным из которых для практической медицины является повышенная выживаемость микроорганизмов в биопленках.

Цель работы. Сравнение микробного пейзажа слизистой оболочки носоглотки у детей при хроническом аденоидите, полученного методом детектирования микроорганизмов по химическим маркерам и данных бактериологического исследования культуральным посевом.

Пациенты и методы. Работа основана на результатах обследования 83 пациентов, проходивших плановое хирургическое лечение в ЛОР-отделении ККБ г. Красноярска в 2009–2012 гг. Возраст пациентов колеблется от 3 до 12 лет, средний возраст составил $5,3 \pm 2,8$ года. Среди детей мальчиков было 49 (59%), девочек 34 (41%). Основным критерий включения в исследование – наличие у пациентов клинических проявлений хронического аденоидита с показаниями для хирургического лечения.

Для клинической диагностики микроорганизмов в составе биопленки используются различные молекулярные методы, в том числе газовая хроматография и ее сочетание с масс-спектрометрией. Детектирование микроорганизмов в составе биопленки проводится по составу специфических жирных кислот, альдегидов, спиртов и стероидов, определяемых в мазке, взятого с поверхности удаленной глоточной миндалины. В основе метода лежит высокоточное определение специфических маркерных молекул, входящих в состав клеточных липидов.

Этот метод микробиологического исследования быстр и универсален, поскольку не требует выращивания отдельных микроорганизмов на специальных средах и проведения для каждого из них специальных биохимических тестов для определения вида возбудителя. Точное количественное определение микроорганизмов способствует назначению целенаправленной антибактериальной терапии и оперативному контролю ее эффективности. Метод зарегистрирован Росздравнадзором в качестве новой медицинской технологии (Разрешение ФС № 2010/038 от 24 февраля 2010 г.). Метод масс-спектрометрии, в отличие от применяемого в обычной практике посева клинического материала на культуральные среды, позволяет получить информацию о «замаскированной» части микст-инфекции, состоящей из некультивируемых в условиях лабораторий клинической микробиологии микроорганизмов. По сравнению с традиционными методами бактериологического исследования использование хемодифференциации с помощью хроматомасс-спектрометрии позволяет значительно сократить время исследования до 2,5 ч и снизить его стоимость, минуя стадии повторных пересевов первичных колоний и тестовых ферментаций, которые особенно сложны и трудоемки для анаэробов.

Метод детектирования микроорганизмов по жирным кислотам-маркерам сходен с генетическим анализом (ПЦР, определение последовательности нуклеотидов 16sРНК). Однако высокочувствительный и селективный метод газовой хроматографии – масс-спектрометрии – позволя-



ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородова Н. В., Вострикова Т. Ю., Черневская Е. А. Этиология послеоперационных бактериемий в ОРИТ: связь с уровнем прокальцитонина // Анестезиология и реаниматология. – 2008. – № 4. – С. 22–27.
2. Определение микробиологического статуса и диагностика инфекций организма человека с использованием метода хроматомасс-спектрометрии / Е. Г. Струкова [и др.] // Журн. СФУ. – Химия. – Т. 2, вып. 4. – 2009. – С. 351–358.
3. Определитель бактерий Берджи: в 2 т. / Дж. Хоулт [и др.]. – М.: Мир, 1997. – Т. 2.
4. Осипов Г. А., Бойко Н. Б. Новые подходы к анализу инфекционных послеоперационных и посттравматических осложнений // Педиатрия. – 2010. – Т. I, № 1. – С. 61–65.
5. Пат. РФ № 2086642. МПК7 С 12N 1/00, 1/20, С12Q 1/4. Способ определения родового (видового) состава ассоциации микроорганизмов / Осипов Г. А.; заявл. 24.12.1993.
6. Тец В. В. Микроорганизмы и антибиотики. Инфекции в оториноларингологии. – СПб.: КЛЕТ, 2009. – 168 с.
7. Costerton J. W., Stewart P. S., Greenberg E. P. Bacterial biofilms: a common cause of persistent infections // Science. – 1999. – Vol. 284. – P. 1318–1322.
8. Determination of endotoxins by gas chromatography: evaluation of electron-capture and negative-ion chemical ionization mass spectrometric detection of halogenated derivatives of beta-hydroxymyristic acid / A. Sonesson [et al.] // J. Chromatogr. – 1987. – Vol. 417, № 1. – P. 11–25.
9. Role of *Fusobacterium nucleatum* and coaggregation in anaerobe survival in planktonic and biofilm oral microbial communities during aeration / D. J. Bradshaw [et al.] // Infect. Immun. – 1998. – Vol. 66. – P. 4729–4732.
10. Watnick P., Kolter R. Biofilm / City of Microbes // J. Bacteriol. – 2000. – Vol. 182, N 10. – P. 2675–2679.

Мицкевич Оксана Эдуардовна – клинический ординатор ЛОР-кафедры Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7-963-266-69-83, e-mail: mickevich_ia@mail.ru

УДК: 616.211-002.253

О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РИНИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Ю. С. Муллаярова

DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC OF RHINITIS IN PREGNANCY

Y. S. Mullayarova

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

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

Симптомы ринита часто беспокоят беременных женщин и существенно снижают их качество жизни. Нами было обследовано 74 женщины на разных сроках беременности. У каждой больной тщательно собирался анамнез, оценивался ЛОР-статус, анализировалась риноцитограмма. После комплексного анализа собранных данных мы смогли выявить наиболее часто встречающиеся причины появления симптомов ринита у беременных женщин. Согласно нашему исследованию, наиболее частой причиной насморка (65%) в обследованной группе был аллергический ринит. Среди других причин можно отметить вирусный ринит и медикаментозный ринит.

Ключевые слова: ринит беременных, аллергический ринит, риноцитограмма.

Библиография: 6 источников.

Pregnant women frequently suffer from symptoms of rhinitis. We examined 74 women at different stages of pregnancy. The examination includes anamnesis's data, ENT status, nasal cytology. After a comprehensive analysis of the collected data, we were able to identify the most common causes of rhinitis symptoms in pregnant women. According to our study allergic rhinitis is the most frequent (65%) detected pathology in observed group. Among other reasons, we can mention viral rhinitis and rhinitis medicamentosa.

Key words: rhinitis of pregnancy, allergic rhinitis, nasal cytology.

Bibliography: 6 sources.

Согласно данным зарубежных авторов, 30% женщин страдают от симптомов ринита во время беременности [5]. Однако это лишь больные, обратившиеся к врачу. О том, сколько больных страдает от ринита, не обращаясь в медицинские

учреждения, считая это нормальным во время беременности, остается лишь догадываться.

Этиология ринита может быть различной (аллергический ринит, вазомоторный ринит вследствие искривления носовой перегородки,



1. Рябова М. А. Лозовская О. М. К вопросу о дифференциальной диагностике хронического ринита // Тез. докл. науч.-практ. конф. оториноларингологов. – Благовещенск, 2006. – С. 25–28.
2. Bende M., Gremark T. Nasal stuffiness during pregnancy // Laryngoscope. – 1999. – Vol. 109 (7, Pt. 1). – P. 1108–1110.
3. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps / J. Wytke [et al.]. – 2012. – P. 87–94.
4. Mortimer H., Percy Wright R., Collip J. B. The Effect of the Administration of Oestrogenic Hormones on the Nasal Mucosa of the Monkey (Macaca Mulatta) // Can. Med. Assoc J. – 1936, Nov. 35 (5). – P. 503–513.
5. Rhinitis in pregnancy / F. Gani [et al.] // European Annals of allergy and clinical immunology. – 2003, oct. – Vol. 35 (8). – P. 306–313.
6. Schatz M., Zeiger R. S. Diagnosis and management of rhinitis during pregnancy // Allergy Proc. – 1988, sep.-oct. – 9 (5). – P. 545–554.

Муллаярова Юлия Сугутовна – клинический ординатор каф. оториноларингологии с клиникой Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-911-299-36-08, e-mail: joulishna@ya.ru

УДК 616.284-002.2-006.25

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПО ЗАКРЫТОМУ ТИПУ

Ж. С. Неъматов¹, М. В. Комаров¹, И. Ф. Мустивый²

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH UNSUFFICIENT RESULTS OF TYMPANOPLASTY CLOSED-TECHNIQUE

J. S. Nematov, M. V. Komarov, I. F. Mustivii

¹ ФГБУ «СПб НИИ ЛОР Минздрава РФ»

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

² ГБОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет

им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург

(Ректор – проф. О. Г. Хурцилава)

В работе проведен анализ качества жизни пациентов с неудовлетворительными результатами тимпаноластики по закрытому типу в сравнении с неоперированными пациентами, а также пациентами оперированными с удовлетворительными результатами после первичной и после повторной тимпаноластики. Использованы опросники SF-36 и CES. Выявлено, что качество жизни у пациентов с неудовлетворительным результатом уступает качеству жизни неоперированных пациентов. С другой стороны, качество жизни пациентов после первичной операции с удовлетворительным результатом выше, чем у пациентов после повторной тимпаноластики.

Ключевые слова: повторная тимпаноластика, качество жизни, неудовлетворительный результат тимпаноластики.

Библиография: 6 источников.

Due this research we compare quality of life of patients with insufficient results of tympanoplasty closed-technique and patients before tympanoplasty, and after operation with sufficient results. CES and SF-36 were used as instruments of measuring of quality of life. We found that level of quality of life in patients with insufficient results of tympanoplasty lower than in unoperated patients. Moreover we found that level of quality of life in patients with sufficient results of tympanoplasty after primary operation higher than in patients after secondary operation.

Key words: secondary tympanoplasty, quality of life, insufficient result of tympanoplasty.

Bibliography: 6 sources.

Среди множества методов оценки эффективности лечения пациентов с любой патологией как терапевтической, так и хирургической – субъективная оценка изменений в собственном ощущении здоровья пациента становится все более и более популярной и востребованной.

Изменение качества жизни в сравнении с предоперационными и послеоперационными показателями оправдывает вмешательство или, напротив, ставит под вопрос его необходимость. Сравнение прибавки в качестве жизни позволяет выбрать метод лечения или



УДК: 616.28-008.1-073.97

ПОКАЗАТЕЛИ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ЖАЛОБАМИ БОЛЬНЫХ С АКУТРАВМОЙ

Л. Г. Петрук

INDEXES OF RHEOENCEPHALOGRAFY IN INTERCOMMUNICATION WITH COMPLAINTS OF PATIENTS WITH ACOUSTIC TRAUMA

L. Petruk

ГУ «Институт отоларингологии им. А. И. Колумийченко НАМН Украины», Киев
(Директор – акад. НАМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)

В работе дана характеристика состояния мозгового кровообращения в каротидной и вертебрально-базилярной системах по данным реоэнцефалографии у больных с акутравмой. Более выраженные нарушения, свидетельствующие о повышении тонуса сосудов и затруднении венозного оттока, в сосудах головного мозга у таких больных были выявлены в вертебрально-базилярной системе. Этим, очевидно, можно объяснить наличие кратковременных жалоб на головокружение, которое наблюдалось в 39,43% случаев в момент акутравмы. Спазм мозговых сосудов был выявлен в 32,4 % случаев в каротидной системе и в 49,3 % – в вертебрально-базилярной. Выявленные нарушения в сосудах головного мозга у больных с акутравмой свидетельствуют о целесообразности обследования у них состояния не только слуховой функции, но и мозгового кровообращения. Полученные данные важны при проведении лечебно-профилактических мероприятий больным с акутравмой.

Ключевые слова: слух, акутравма, мозговое кровообращение.

Библиография: 7 источников.

The state of cerebral circulation of blood is studied from data of rheoencephalography for patients with acoustic trauma.

The educed violations in the haemodinamics of cerebrum for patients with acoustic trauma testify about expedience of inspection for them of not only the state of auditory function but also cerebral circulation of blood. The got indexes it is necessary to take into account during realization of medical and preventive measures such patient.

Key words: hearing, acoustic trauma, cerebral circulation of blood.

Bibliography: 7 sources.

О негативном влиянии шума на орган слуха и организм в целом написано много работ. Они обычно касаются продолжительного влияния шума и относятся, прежде всего, к рабочим на промышленных предприятиях. В то же время работы, посвященные действию сильных кратковременных звуков, которые могут вызвать значительное нарушение в слуховом анализаторе – акутравму, немногочисленны [1–7].

В этих работах обычно описаны нарушения, касающиеся состояния слуховой функции.

Известно, что в механизме поражения органа слуха большое значение имеет высокая интенсивность звуковой волны, что существенно отличает ее от кратковременного шума.

Н. Н. Петрова, А. Т. Пакулов [3] клинико-экспериментальными исследованиями показали, что интенсивное звуковое воздействие, превышающее болевой порог уха человека, вызывает изменения расширенного характера, однако наиболее выражены они в тех областях улитки, которые отвечают за восприятие спектрального состава действующих звуковых частот.

В литературе имеется много работ, в которых описываются нарушения в сосудах головного мозга при воздействии шума, но нам не встреча-

лись работы, касающиеся состояния мозгового кровообращения при акутравме.

Цель работы. Изучение состояния сосудов головного мозга по данным реоэнцефалографии у больных с акутравмой во взаимосвязи с их жалобами.

Пациенты и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами были обследованы 71 больной с акутравмой (142 уха) в возрасте от 19 до 50 лет и 15 здоровых нормальнослышающих лиц контрольной группы в возрасте от 20 до 30 лет, не имевших контакта с шумом или радиацией, не болевших сосудистыми заболеваниями. Больные с акутравмой, перенесшие ЧМТ или нейроинфекцию, также были исключены из анализа. Всего обследовано 86 человек (172 уха).

Слуховую функцию исследовали на клиническом аудиометре АС-40.

Мозговое кровообращение у больных с акутравмой исследовалось методом реоэнцефалографии с помощью компьютерного реографа. Усиление подбирали так, что при изменении сопротивления на 0,1 Ом амплитуда регистрирующей волны на выходе регистрирующей системы составляла 1 см. Такое усиление обеспечивало возможность детального анализа реографических



3. Петрова Н. Н., Пакунов А. Т. Профессиональные болезни органа слуха / В кн. Профессиональные болезни верхних дыхательных путей и уха. – СПб.: Гиппократ, 2009. – С. 527–545.
4. Полякова Е. П. Патогенетические аспекты кохлеовестибулярных нарушений при ударно-взрывном и механическом воздействии на структуры головного мозга // Вестн. оторинолар. – 2006. – № 3. – С. 34–37.
5. Порушення у різних відділах слухового аналізатора при акутравмі / Т. В. Шидловська [та ін.] // Журн. вушн., нос. і горл. хвороб. – 2005. – № 6. – С. 40–46.
6. Beagley H. A. Acoustic trauma in the guinea pig // Acta Otolaryngol. – 1965. – Vol. 60, N 5. – P. 437–451.
7. Michler S. A. Expression of plasticity associated proteins is affected by unilateral noise trauma / 4th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. Abstracts: Laryngo-Rhino-Otologie. – 2000. – N 1 (Suppl. 79). – P. 202.

Петрук Любовь Геннадьевна – аспирант института отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко НАМН Украины, Киев, тел.: 044-483-29-86; e-mail: lorprof@ukr.net

УДК: 611.21:616.211-072.1

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Г. А. Полев

TOPOGRAPHO-ANATOMICAL EXPLANATION OF ENDOSCOPIC SINUS SURGERY COMPLICATIONS

G. A. Polev

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

Статья посвящена анализу топографо-анатомических вариантов строения решетчатого лабиринта, предрасполагающих к развитию осложнений в эндоскопической хирургии пазух носа. При эндоскопической диссекции 30 трупных препаратов изучены вариабельность прохождения канала передней решетчатой артерии, частота встречаемости клеток Оноди, варианты расположения канала зрительного нерва и внутренней сонной артерии в сфеноэтмоидальных клетках. Результаты исследования позволят хирургу лучше ориентироваться в хирургических зонах риска переднего основания черепа и снизить частоту осложнений эндоскопических операций на околоносовых пазухах.

Ключевые слова: передняя решетчатая артерия, клетка Оноди, осложнения, эндоскопическая хирургия околоносовых пазух.

Библиография: 26 источников.

The article is dedicated to analysis of the ethmoid sinus anatomical variants, that predispose to complications in endoscopic sinus surgery. The variability of anterior ethmoid artery bony canal localization, presence of the Onodi cells, relationship of optic nerve bony canal and internal carotid artery in sphenothmoidal cells are studied during the endoscopic dissection of 30 cadaveric specimen. The results of this study allow to improve orientation in surgical risk areas of the anterior skull base and to reduce the incidence of endoscopic sinus surgery complications.

Key words: anterior ethmoid artery, Onodi cell, complications, endoscopic sinus surgery.

Bibliography: 26 sources.

Эндоназальная этмоидэктомия – один из самых легких способов погубить пациента.

Харрис Мошер, 1929 г. [26]

Частота осложнений эндоскопической хирургии околоносовых пазух, по данным разных авторов, колеблется от 0,3 до 22,4% [5–7, 19]. Наиболее серьезные осложнения, такие как назальная ликворея и кровоизлияние в глазницу, встречаются у менее 1% пациентов [5, 19]. В

большинстве случаев развитию серьезных осложнений способствует повышенная кровоточивость в операционном поле, что ведет к потере хирургом анатомических ориентиров. Таким образом, для предотвращения опасных осложнений необходимы адекватный интраоперационный гемо-



УДК 616.28-008.14-057(470.43):[61:519.23]

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ В САМАРСКОМ РЕГИОНЕ

М. Н. Попов

COMPARATIVE ASSESSMENT OF INCIDENCE OF PROFESSIONAL NEUROTOUCH RELATIVE DEAFNESS IN THE SAMARA REGION

M. N. Popov

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
(Зав. каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова – доцент А. П. Мирошниченко)

Проанализирована характеристика профессиональной заболеваемости в Самарской области. Проанализирована динамика заболеваемости профессиональной нейросенсорной тугоухостью по данным отделения профпатологии Самарского государственного медицинского университета за 2006–2011 гг.

Ключевые слова: нейросенсорная тугоухость, профессиональные болезни, Самарская область

Библиография: 4 источника.

The characteristic of professional incidence in the Samara region is analysed. Dynamics of incidence by professional neurotouch relative deafness according to office of professional pathology of the Samara State Medical University during 2006–2011 is analysed.

Key words: neurotouch relative deafness, professional diseases, Samara region.

Bibliography: 4 sources.

Нарушение слуха является причиной психологического отягощения человека и создает затруднение адаптации его в современном обществе. Это происходит вследствие ограничений общения с окружающими из-за понижения слуха, а также дезориентации в повседневной и профессиональной деятельности.

Профессиональная нейросенсорная тугоухость – заболевание, характеризующееся постепенным снижением остроты слуха вследствие длительного (многолетнего) воздействия производственного шума. По данным литературы, в России профессиональная тугоухость в структуре профессиональной патологии составляет 9–12% [1]. Нейросенсорная тугоухость профессиональной этиологии во всех высокоразвитых странах занимает наибольший удельный вес среди других форм этой патологии, причем профессиональная тугоухость с различной степенью снижения слуха развивается у рабочих шумовых профессий самого трудоспособного возраста, что ставит эту проблему в ряд социально важных. Среди неблагоприятных для слухового анализатора производственных факторов наиболее распространенным является производственный шум [2]. Шум содержит звуки различных частот с неодинаковым распространением уровней по отдельным частотам и постоянно меняющимся общим уровнем. Кроме того, шум нередко сочетается с одновременным действием на организм человека вибрации (местной и общей). Действие

вибрации совместно с шумом рассматривается в настоящее время как фактор, усиливающий влияние шума на орган слуха и равновесия. Сроки возникновения профессиональной тугоухости зависят от интенсивности шума, длительности его воздействия, индивидуальной чувствительности органа слуха к шуму, средств индивидуальной защиты.

Одним из наиболее достоверных показателей повреждающего действия шума на орган слуха является определение степени снижения слуха. Количественная оценка слуха у рабочих «шумовых» профессий, особенно при решении вопросов экспертизы трудоспособности, а также при наблюдении за состоянием слуха в динамике, производится с учетом аудиометрических исследований. Изменение слуховой чувствительности в области восприятия зоны речевых частот (500, 1000, 2000 Гц), по данным тональной аудиометрии, отражает состояние речевого восприятия, от чего зависит восприятие живой речи. Одними из наиболее важных в оценке состояния слуховой функции при профессиональной тугоухости являются показатели порогов слуха в области восприятия речевых частот и частоты 4000 Гц. Поражение органа слуха в результате воздействия шума проявляется вначале повышением порога слуха на частотах 12, 14, 16 кГц, затем – 4000 Гц, что не отражается на восприятии шепотной и разговорной речи и регистрируется лишь с помощью метода тональной пороговой аудиометрии.



Выводы

1. За период с 2006 по 2011 г. в Самарской области наблюдается рост профессиональной заболеваемости.
2. Значительная заболеваемость профессиональной тугоухости занимает первое место в общей структуре профессиональной патологии.
3. Необходимо совершенствование методов диагностики ранних форм тугоухости на основании комплексного исследования механизмов формирования заболевания.
4. Врачам-профпатологам, оториноларингологам, работникам предприятий, ответственным за охрану труда, следует обратить внимание на комплекс мероприятий по предупреждению возникновения профессиональной нейросенсорной тугоухости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Измеров Н. Ф. Концепция развития медицины труда // Профессия и здоровье: мат. III Всерос. конгресса. – М., 2004. – С. 23–25.
2. Косарев В. В., Еремина Н. В. Нарушения слуха профессионального генеза: учеб. пособие. – Самара, 2007. – 94 с.
3. Пальчун В. Т., Магомедов М. М. Оториноларингология. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 656 с.
4. Панкова В. Б. Профессиональные заболевания органа слуха. Оториноларингология – национальное руководство. – М., 2007. – С. 848–856.

Попов Михаил Николаевич – клинический ординатор каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова Самарского ГМУ. 443079, Самара, пр. Карла Маркса, д. 165Б, клиники медуниверситета, тел.: 8-927-291-19-27, e-mail: mixa063@bk.ru

УДК: 616.22-007.271-089.844

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТО-, АЛЛО- И КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОВ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

С. С. Решульский, В. В. Виноградов

EXPERIENCE OF USING AUTOLOGOUS, ALLOGENEIC AND XENOGRAFTS FOR THE RECONSTRUCTION OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT

S. S. Reshulskiy, V. V. Vinogradov

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

Проблема лечения больных со стенозами полых органов шеи остается актуальной на данный момент. В статье указаны варианты хирургического лечения больных со стенозами гортани сочетанной этиологии и варианты реконструкции передней стенки трахеи. Подробно описаны методика применения аутоотрансплантата из тела подъязычной кости при реконструкции гортани и методики реконструкции передней стенки трахеи с использованием перемещенных лоскутов с сохранением собственного кровообращения, а также никелида титана при трахеопластике. Оценены особенности заживления послеоперационной раны при применении данных способов хирургического лечения.

Ключевые слова: стеноз, гортань, трахея, подъязычная кость, аутоотрансплантат, никелид титана.

Библиография: 8 источников.

The problem of the treatment of patients with stenosis of hollow organs of the neck remains essential at the time. This item includes surgical treatment options of patients with stenosis of the larynx combined etiology and options for reconstruction of the anterior tracheal wall. Detailed description of the method of application of the autograft body of hyoid bone in the reconstruction of the larynx and reconstruction technique anterior tracheal wall with displaced flaps with preservation of its own circulation, as well as nickel-titanium the reconstruction of the anterior wall of the trachea. Valued features of healing wound in the application of these methods of surgical treatment.

Key words: stenosis, larynx, trachea, hyoid bone, autograft, nickel titanium.

Bibliography: 8 sources.



УДК: 616.22-008.5-057-07:534.6

ОЦЕНКА ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ ГОЛОСО-РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ МЕТОДОМ АКУСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Д. О. Рогова, Ю. С. Муллаярова

ASSESSMENT OF VOCAL FUNCTION IN VOCAL PROFESSIONALS BY THE METHOD OF ACOUSTIC ANALYSIS

D. O. Rogova, J. S. Mullajarova

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. А. Карпищенко)

Работа посвящена проблеме диагностики расстройств голосовой функции у лиц голосо-речевых профессий при отсутствии у них соответствующих жалоб и органических изменений в гортани. Представлены результаты исследования акустических характеристик голоса методом акустического анализа голоса с использованием лицензионной компьютерной программы Praat с целью выявить наиболее значимые параметры в оценке толерантности голосового аппарата к голосовым нагрузкам. Выбор метода исследования обусловлен тем, что акустический анализ голоса позволяет исследовать одновременно несколько физических параметров голоса и может быть использован для объективной оценки функционального состояния голосового аппарата.

Ключевые слова: акустический анализ голоса, голосо-речевые профессии, голосовые нагрузки, специфические профессиональные факторы, факторы нарушения голоса, методы оценки голоса.

Библиография: 9 источников.

The research is related to a problem of diagnostics of voice disorders in vocal professionals without specific complaints and organic changes in the larynx. Results of acoustic characteristics analysis which realized by computerized speech programme Praat with the purpose of revealing the most significant parameters in the assessment of the tolerance voice to vocal overwork. The choice of method of research is due to the fact that acoustic analysis of voice allows you to explore at the same time some of the physical parameters of voice and can be used for the objective evaluation of the functional state of the vocal apparatus.

Key words: acoustic analysis of voice, vocal professionals, vocal overwork, special professional factors, factors of dysphonia, methods of voice assessment.

Bibliography: 9 sources.

Голосовой аппарат является «рабочим органом» для лиц голосо-речевых профессий. Следовательно, расстройства голосовой функции значительно затрудняют выполнение ими профессиональных обязанностей. Наиболее распространенными причинами нарушений голоса у лиц голосо-речевых профессий являются неправильная техника голосообразования и перенапряжение голосового аппарата [1, 4, 5]. К этиологическим факторам нарушения голоса относятся неблагоприятные внешние условия труда – пыль (органическая, неорганическая), неблагоприятный микроклимат (влажность, температура), курение и алкоголь, ГЭРБ, очаги хронической инфекции верхних дыхательных путей и ротовой полости, хронические заболевания нижних дыхательных путей, нарушения углеводного обмена, гипотиреоз, аллергозы, хронический нефрит, уремия, функциональные расстройства нервной системы, постоянный прием пациентами ингибиторов АПФ [2, 3]. Однако у лиц голосо-речевых профессий выделяют еще и особенные факторы риска возникновения нарушений голоса, такие как перегрузка голосового аппарата, неправильная постановка голоса, несоблюдение гигиены голоса, психогенные факторы.

С каждым годом растет число специальностей, которые требуют повышенной нагрузки голосового аппарата. По уровню требований к качеству голоса все голосо-речевые профессии разделяются на следующие группы:

- профессии с чрезвычайно высокими требованиями к качеству голоса (вокалисты, актеры, дикторы);

- профессии с высокими требованиями к голосу (преподаватели, воспитатели детских учреждений, переводчики-синхронисты, экскурсоводы);

- профессии с повышенными требованиями к качеству голоса (военнослужащие, врачи, работники сферы обслуживания);

- профессии с социально-необходимым голосом (рабочие, инженерно-технические работники, домохозяйки).

В связи с этим, а также ввиду массовой распространенности в современном обществе мобильной связи и высокого уровня развития средств коммуникации возрастает потребность в организации лечебно-профилактической помощи лицам голосо-речевых профессий.

Лица голосо-речевых профессий весьма часто страдают хроническим ларингитом.



ОСОБЕННОСТИ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПЛОСКИХ КОСТЯХ ЧЕРЕПА ВО ВРЕМЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В НИХ ДЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫХ КОСТНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ПОЛОСТИ НОСА (В ЭКСПЕРИМЕНТЕ)

И. И. Ромашевская

SPECIFICS OF SKULL FLAT BONES REPARATION DURING DEMINERALIZED BONE GRAFT TRANSPLANTATION IN A NASAL CAVITY CONTAMINATION (IN AN EXPERIMENT)

I. I. Romashevskaya

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава РФ»
(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

Цель: изучить особенности репаративных процессов в лобных костях черепа белых крыс при имплантации деминерализованного костного трансплантата из бедренной кости здоровых белых крыс без перфораций в них или с их наличием. Проведено исследование на 21 животном для выявления сроков репаративных процессов в течение 30 дней после вмешательства с инфицированием полости носа каждой группы из 3 животных наиболее распространенными патогенами – *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* и *Staphylococcus aureus*. Оценку остеогенеза провели через 30 дней, используя данные наших предшествующих исследований. Макроскопически граница между собственной костью животных и трансплантатами определялась довольно слабо, микроскопически в трансплантатах наблюдались признаки выраженных репаративных процессов с формированием новообразованной остеоидной и относительно зрелой костной ткани. Следовательно, процессы регенерации после имплантации деминерализованной костной ткани с инфицированием костной раны белых крыс тремя наиболее частыми патогенами верхних дыхательных путей ускоряются, причем, наиболее выраженный остеогенный потенциал обнаружен в опыте с имплантацией ДКТ с перфорационными отверстиями при инфицировании зоны трансплантации культурой золотистого стафилококка.

Ключевые слова: белая крыса, лобная кость, золотистый стафилококк, остеогенез, трансплантация, деминерализованная кость.

Библиография: 14 источников.

Work objective: A study of the specifics of white rates skull frontal bones reparation during implantation of a demineralized bone graft made of a sound white rat femoral bone with or without perforation. 21 animals have been investigated to define the time of reparation during 30 days after the interference with a nasal cavity contamination in each group of 3 animals with the most widespread pathogenic agents: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* and *Staphylococcus aureus*. We carried out an osteogenesis assessment in 30 days using the data of our previous research. Macroscopically, the border between the animal's own bone and the graft could not be detected; microscopically, the grafts showed signs of expressed reparative processes with the formation of a neoformed osteoid and relatively mature bone tissue. Hence, regeneration after demineralized bone tissue implantation (with or without perforation) with a simultaneous nasal cavity contamination of white rats with three most widespread pathogenic agents of upper air passages, is accelerated, the most expressed osteogenic potential being revealed in the experiment with DBT implantation with perforations and the transplantation zone contaminated with a *Staphylococcus aureus* culture.

Key words: white rat, frontal bone, *Staphylococcus aureus*, osteogenesis, transplantation, demineralized bone.

Bibliography: 14 sources.

Нередко послеоперационные дефекты плоских костей черепа, в том числе и структуры околоносовых пазух, хирурги закрывают деминерализованными костными трансплантатами (ДКТ) [3, 5, 9, 11], которые обладают рядом важных качеств, необходимых для пластической хирургии, – хорошей жесткостью и упругостью, возможностью легко моделировать, минимальной антигенной активностью, способностью после имплантации в костном ложе интенсивно индуцировать остеогенез [7, 8, 14]. Данных о регенерации костной ткани в

плоских костях черепа, в том числе и – лобных, у экспериментальных животных в изученной литературе нами не обнаружено.

Основываясь на данных наблюдений многих клиницистов и инфекционистов, первыми из которых были представители Ростовской научной школы [12], о смене патогенов верхних дыхательных путей в последние 1,5–2 десятилетия, мы решили в эксперименте исследовать особенности регенерации ДКТ в условиях инфицирования полости носа, а в качестве возбудителей исполь-



УДК: 616.284-002-253-08.039.73-053.2

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СЕКРЕТОРНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ

С. Х. Саидов

IMPROVE TREATMENT OF CHRONIC SECRETORY OTITIS MEDIA IN CHILDREN

S. H. Saidov

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

Своевременное хирургическое вмешательство при хронических формах секреторного среднего отита предупреждает риск возникновения осложнений, приводящих к различным степеням тугоухости. Проведенный анализ двойного дренирования антрума с последующей ретроградной отооксигенотерапией свидетельствует об эффективности предложенной нами методики.

Ключевые слова: секреторный средний отит, двойное дренирование антрума, ретроградная отооксигенотерапия.

Библиография: 6 источников.

Timely surgical intervention in chronic secretory otitis media warns the risk of complications, leading to various degrees of hearing loss. The analysis of double drainage antrum with subsequent retrograde oxygen treatment demonstrates the effectiveness of the proposed technique.

Key words: secretory otitis media, double drainage antrum, retrograde ear oxygen therapy.

Bibliography: 6 sources

Секреторный средний отит – один из частых отиатрических диагнозов, встречающийся у 80–90% детей хотя бы один раз в жизни [6]. Наиболее часто экссудативный средний отит сопровождается сезонными поллинозами и вспышками острых респираторных заболеваний. Несмотря на вероятность спонтанного улучшения, тяжелые и затянувшиеся случаи заболевания вызывают изменения барабанной перепонки (атрофия, ателектаз, ретракция), а также развитие адгезивного среднего отита, холестеатомы [2, 3]. Склонность к рецидиву и хронизации секреторного среднего отита наиболее высока среди детей младшей возрастной группы – до 2–3 случаев ежегодно [1]. Последствия секреторного среднего отита имеют наиболее высокий удельный вес (45–58%) в структуре детской и подростковой тугоухости с ежегодным увеличением числа заболевших до 1,5% [1]. По мнению многих авторов, даже своевременное и качественное консервативное лечение при хроническом экссудативном среднем отите в ряде случаев заканчивается ретракционной холестеатомой [4, 5].

В патогенезе хронического секреторного среднего отита важную роль играет блок тимпанальной диафрагмы и адитуса, который приводит к снижению парциального давления кислорода и метаплазии эпителия слизистой оболочки среднего уха, возрастанию количества бокаловидных клеток, продуцирующих слизь с высоким содержанием белка, что является патогенетическим механизмом в поддержании вялотекущего катарального воспаления в полостях среднего уха.

Цель исследования. Разработка эффективного метода лечения хронических секреторных средних отитов у детей.

Пациенты и методы исследования. Под наблюдением находилось 46 детей с хроническим секреторным средним отитом в возрасте от 3 до 14 лет, из них: 24 (52,0%) мальчика и 22 (48,0%) девочки; 14 (30,4%) детей в возрасте 3–6 лет, 9 (19,6%) – 7–10 лет и 23 (50%) – 11–14 лет. Из числа обследованных, у 8 (17,4%) был диагностирован двусторонний, у 38 (82,6%) односторонний секреторный средний отит.

Методика обследования включала изучение жалоб и анамнеза больных, оториноларингологический осмотр, аудиометрию, тимпанометрию, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) околоносовых пазух и височных костей. Уровень пневматизации клеточных структур сосцевидных отростков на МСКТ височных костей устанавливался по классификации J. Sade (1997). Всем больным проводились эндоскопия носа и носоглотки, отоэндоскопия и отомикроскопия. Полученные результаты фиксировались видеозаписью, что позволяло судить о динамике, при необходимости корректировать тактику лечения.

Критериями эффективности лечения являлись: нормализация данных эндо- и микроотоскопии, тимпанометрии, улучшение слуха.

Результаты и их обсуждение. При изучении анамнеза следует отметить следующее: родители 18 (39,1%) больных начали заболевание связывали с перенесенными ОРЗ, 11 (23,9%) детей



генетическим и способствует повышению эффективности лечения хронических форм секреторных средних отитов у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Значение активного аудиологического обследования детей раннего возраста в выявлении и профилактике слуховых нарушений / М. Р. Богомилский [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2006. – № 1. – С. 49–50.
2. Преображенский Н. А., Гвелесиани Т. Г. Клиническая аудиология. – М., 1996. – Р. 22–43.
3. Bluestone C. D., Klein J. O. In: Pediatric otolaryngology. – Philadelphia, 1990. – Р. 341–372.
4. Fish U. Tympanoplasty, Mastoidectomy and Stapes Surgery // Time Medical Publised. – Stuttgart, 1994. – Р. 146–148.
5. Sedeberg-Olsen J., Sedeberg-Olsen A., Jensen A. Late results of treatment with ventilation tubes for secretory otitis media in ENT – practice // Acta Otolaryngol. – 1989. – N 5–6. – Р. 448–455.
6. Tos M. Otolaryngology in Denmark, 1899–1999. – Copenhagen, 1999. – Р. 73–90.

Саидов Санжар Хусенович – аспирант каф. оториноларингологии Ташкентского педиатрического медицинского института. Республика Узбекистан, 100140, Ташкент, Юнус-Абадский р-н, ул. Богишамол, д. 223; тел.: 8-371-262-33-14, (+99890) 939-72-53; e-mail: otology_ent@bk.ru;

УДК: 616.216.3-002.3-089

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ СФЕНОИДИТОВ

И. А. Скиданова

APPROACH FOR THE MANAGEMENT OF ISOLATED SPHENOID SINUS DISEASES

I. A. Skidanova

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

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

ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой»

Управления делами президента РФ», Санкт-Петербург

(Главный врач – Г. А. Иванов)

Изолированный сфеноидит составляет 1–2% всех синуситов. Основной жалобой пациентов является длительная головная боль. Диагноз ставится на основании результатов эндоскопического исследования полости носа, КТ и МРТ околоносовых пазух. Эндоскопическая эндоназальная хирургия является оптимальным методом лечения.

Ключевые слова: изолированный сфеноидит, клиновидная пазуха.

Библиография: 18 источников.

Isolated sphenoid sinus disease represents 1–2% of all paranasal sinusitis. Chief complaint of patients is headache. Preoperative investigations include endoscopy research of a nasal cavity, computed tomography and magnetic resonance imaging. Endoscopic sinus surgery is optimal method of treatment.

Key words: isolated sphenoid sinus diseases, sphenoid sinus.

Bibliography: 18 sources.

Изолированный сфеноидит встречается крайне редко, в 1–2% случаев всех синуситов, и часто бывает недиагностирован, что приводит к постановке неврологического или офтальмологического диагноза и проведению некорректной терапии.

Опасность развития воспаления в клиновидной пазухе связана с ее анатомо-топографическим расположением рядом с гипофизом, лобной долей головного мозга, внутренней сонной артерией, пещеристой пазухой, глазодвигательным, блоковым, первой ветвью тройничного и отводящим нервами (III, IV, V, VI пары черепных нервов). Поражение черепных нервов, развитие тромбоза

кавернозного синуса и вовлечение оболочек головного мозга являются нередкими осложнениями сфеноидита [1].

Предрасполагающими факторами развития изолированного сфеноидита являются: искривление носовой перегородки в задних отделах, аномалия или гипертрофия верхней и (или) средней носовой раковины, приводящие к блоку естественного соустья клиновидной пазухи. Кроме того, клиновидная пазуха весьма вариабельна по анатомическому строению, что может обуславливать атипичное течение патологического процесса, а также усложнять задачи врача при хирургическом вмешательстве. Изолированные



11. Пискунов С. З., Пискунов И. С. Лудин М. А. Изолированные поражения клиновидной пазухи. – Курск: Курский гос. мед. ун-т, 2004. – 152 с.
12. Плужников М. С., Карпищенко С. А., Рябова М. А. Современные направления развития эндоназальной хирургии // Рос. ринология. – 2003. – № 1. – С. 11–13.
13. Плужников М. С., Усанов А. А. К вопросу о болевых синдромах при сфеноидитах. – Л., 1984. – 249 с.
14. Солдатов И. Б., Гофман В. Р. Оториноларингология. – СПб.: ЭЛБИ, 2000. – 472 с.
15. Evaluation and Surgical Management of Isolated Sphenoid Sinus Disease / T. J. Martin [et al.] // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. – 2002. – Vol. 128. – N 12. – P. 1413–1419.
16. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. The esserklinger technigue. – Philadelphia: B. C. DecKer, 1991. – 529 p.
17. Wigand M. E. Endoscopic surgry of the paranasal sinuses and anterior skull base. Otolaryngol. – New York: Thieme, 1990. – 152 p.
18. Yanagisawa E. Endoscopic view of sphenoid sinus cavity // Ear Nose Throat J. – 1993. – Vol. 92. – N 6. – P. 393–394.

Скиданова Ирина Александровна – и. о. зав. отоларингологическим кабинетом Консультативно-диагностического центра с поликлиникой Управления делами президента РФ. 197110, Санкт-Петербург, Морской пр. д. 3; Тел. 8(905)215-49-17, e-mail: iskidanova@yandex.ru

УДК: 616.22-006.6-089.5

ВЛИЯНИЕ СПОСОБА РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ЛАРИНГЭКТОМИИ НА ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

А. Е. Смирнов, В. В. Бырихина, К. Г. Джафаров

EFFECT OF THE METHOD OF RESPIRATORY SUPPORT FOR LARYNGECTOMY ON ONCOLOGICAL RESULTS IN PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER

A. E. Smirnov, V. V. Byrihina, K. G. Jafarov

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия
Минздрава России»*

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

В данной работе представлены результаты клинического обследования 76 больных местно-распространенным раком гортани III–IV стадии, которым в плановом порядке под общей анестезией выполнена ларингэктомия. У 34 больных перед операцией под местной анестезией формировали трахеостому, через которую во время операции проводили объемную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). У 42 больных проводили оротрахеальную интубацию с последующей ИВЛ. После мобилизации и отсечения гортани от трахеи переинтубировали пациента в трахею через операционную рану. Трахеостому формировали после полного удаления гортани. Выполнена оценка онкологических результатов лечения больных раком гортани после ларингэктомии в зависимости от способа респираторной поддержки во время операции.

Ключевые слова: рак гортани, ларингэктомия, трахеостомия, интубация трахеи, онкологические результаты.

Библиография: 7 источников.

This paper presents the results of 76 clinical examination of patients with locally advanced laryngeal cancer stage III–IV, which in the planning of the order is made under general anesthesia laryngectomy. In 34 patients before to surgery under local anesthesia formed tracheostomy, through which the operations were carried out the volume artificial lung ventilation. In 42 patients carry out the orotracheal intubation followed by artificial lung ventilation. After mobilization of the larynx and trachea cut, fulfilled intubation the patient into the trachea through the surgical wound. Tracheostomy formed after the complete removal of the larynx. The evaluation of the oncological results a treatment of cancer patients with laryngeal cancer after laryngectomy, depending on the method of respiratory support during the operation.

Key words: cancer of the larynx, laryngectomy, tracheostomy, tracheal intubation, oncological results.

Bibliography: 7 sources.



УДК: 616.28-072.7-053.2+616.-008.14

ОЦЕНКА РЕЧЕВОЙ РАЗБОРЧИВОСТИ У ДЕТЕЙ С ГЛУБОКИМИ ФОРМАМИ ТУГОУХОСТИ

С. М. Соколова, К. А. Беличева, Ю. С. Кибалова, Н. В. Мороз

EVALUATION OF SPEECH PERCEPTION IN CHILDREN WITH PROFOUND HEARING LOSS FORMS

S. M. Sokolova, K. A. Belicheva, U. S. Kibalova, N. V. Moroz

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

В целях оценки эффективности слухопротезирования было обследовано 42 учащихся коррекционной школы-интерната № 33 Санкт-Петербурга в возрасте от 7 до 15 лет с тяжелой степенью тугоухости: 19 пользователей кохлеарных имплантов и 23 – слуховых аппаратов. По данным речевой аудиометрии наиболее высокие показатели разборчивости оказались при предъявлении многосложных слов в тишине женским голосом. У всех детей установлена высоко значимая отрицательная связь между средним порогом слуха в зоне речевых частот и разборчивостью многосложных слов ($p < 0,05$), указывающая на необходимость регулярной корректировки параметров настройки слуховых аппаратов и речевых процессоров кохлеарных имплантов.

Ключевые слова: прелингвальная тугоухость, слухопротезирование, речевая аудиометрия.

Библиография: 17 источников

In aim to reveal the effectiveness of hearing aids 42 pupils of St Petersburg boarding school № 33 at the age between 7 and 15 years old with a severe hearing loss were surveyed: 19 users of cochlear implants and 23 – of hearing aids. According to the speech audiometry the highest rates of speech were shown in the presentation of polysyllabic words in silence with a female voice. All the children set a highly significant negative correlation between the average hearing thresholds in the area of speech perception and distinguishing of polysyllabic words ($p < 0,05$), that shows a necessity of regular adjustment of settings for hearing aids and cochlear implant speech processors.

Key words: prelingual hearing loss, hearing aids, speech audiometry.

Bibliography: 17 sources.

Наиболее показательным критерием эффективности слухопротезирования является разборчивость речи. [5]. Под речевой разборчивостью понимается степень, с которой слушатели могут идентифицировать фразы, слова, слоги и фонемы. В соответствии с этим различают: фонемную, слоговую, словесную, фразовую разборчивость [6]. Речевая разборчивость зависит: от дифференциальных порогов по частоте, уровню звукового давления, временному интервалу; уровню предъявления речевого сигнала, что связано с зависимостью дифференциальных порогов от интенсивности; моноаурального (бинаурального) слушания; наличия фонового шума и его характеристик; соотношения интенсивностей речевого сигнала и шума; наличия реверберации при прослушивании в свободном звуковом поле [4].

Одним из наиболее информативных методов оценки эффективности слухопротезирования, в том числе имплантационного, является речевая аудиометрия. Речевая аудиометрия, изучающая слух синтетически в отличие от аналитического исследования слуха при помощи тональной аудиометрии, позволяет выявить социальную адекватность слуха у данного больного. Кроме того, этот метод представляет ценность для диа-

гностики центральных поражений слухового анализатора. Однако эта методика у детей с глубокими формами прелингвальной тугоухости имеет ряд сложностей, связанных с нарушением не только слуховой, но и речевой функции, а нередко и наличием сопутствующей патологии [13].

Достижение высоких показателей разборчивости речи определяется не только своевременным проведением кохлеарной имплантации, но и последующей длительной реабилитацией детей с участием сурдологов, сурдопедагогов, логопедов, педагогов и родителей.

Цель работы. Оценка речевой разборчивости пользователей кохлеарными имплантами (КИ) и слуховыми аппаратами (СА), обучающихся в школе для слабослышащих детей.

Пациенты и методы. Обследовано 42 учащихся коррекционной школы-интерната № 33 Санкт-Петербурга в возрасте от 7 до 15 лет с тяжелой степенью тугоухости: 19 детей – пользователей КИ (давность операции 1–8 лет) и 23 ребенка, использующих СА. Критериями включения было наличие тяжелой степени прелингвальной тугоухости, использование КИ или СА; критерием невключения – наличие острой патологии ЛОР-органов.



УДК: 616.23-003.6-053.2-089.878:616-089.168

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

О. А. Спиранская

COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFICIENCY OF DIFFERENT WAYS OF FOREIGN BODY REMOVAL OUT OF CHILDREN'S LOWER BREATHING PASSAGES

О. А. Spiranskaya

МБУЗ «Клиническая больница № 5», г. Тольятти

(Главный врач – канд. мед. наук Н. А. Ренц)

Статья посвящена лечению пациентов детского возраста с инородными телами (ИТ) нижних дыхательных путей (НДП). Проведен сравнительный анализ методов удаления ИТ трахеобронхиального дерева (ТБД). Показаны статистически достоверные преимущества оптической бронхоскопии.

Ключевые слова: инородное тело, нижние дыхательные пути, оптическая дыхательная бронхоскопия, дыхательная бронхоскопия с проксимальным освещением.

Библиография: 8 источников

This article is devoted to treatment of children with foreign bodies (FB) in lower breathing passages (LBP). The comparative analysis of efficiency of different ways of foreign body removal out of tracheobronchial tree (TBT) was carried out. The efficiency of optic bronchoscopy is statistically proved.

Key words: a foreign body, lower breathing passages, optic respiratory bronchoscopy, respiratory bronchoscopy with proximal lighting.

Bibliography: 8 sources.

Проблема аспирации инородных тел нижних дыхательных путей остается актуальной из-за высокой распространенности данной патологии и риска развития тяжелых осложнений, приводящих к летальному исходу [2, 4–6].

Смертность, вызванная ИТ дыхательных путей, к сожалению, еще нередко встречается в клинической практике. В частности, в США по этой причине ежегодно отмечалось около 6 случаев гибели детей на 100 000 детского населения; до 40% случаев внезапной смерти у детей первого года жизни вызваны аспирацией ИТ [7].

Фибробронхоскопия, в отличие от взрослых, у детей для диагностики и удаления ИТ НДП теряет свою актуальность. Комфортное проведение гибкой бронхоскопии под местным обезболиванием у маленьких детей трудновыполнима из-за выраженной эмоциональной реакции ребенка. Необходимость общего обезболивания и анатомическая узость дыхательных путей создают проблемы при проведении фибробронхоскопии, существенно уменьшают вентиляционный поток и увеличивают гипоксию [1, 8].

Основным методом удаления ИТ НДП у детей до настоящего времени является дыхательная ригидная трахеобронхоскопия, которая представляет собой серьезную инвазивную манипуляцию и связана с риском развития тяжелых осложнений [3, 7]. В детской практике трахеобронхоскопия выполняется только под общим обезболиванием.

В интересах ребенка ИТ должно быть не только удалено из трахеобронхиального дерева, а удалено как можно менее травматично, без возмож-

ных послеоперационных осложнений. Поэтому чрезвычайно важно выбрать оптимальный метод удаления ИТ из трахеобронхиального дерева.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности различных методов удаления инородных тел нижних дыхательных путей у детей.

Пациенты и методы. В своей работе мы использовали два основных метода удаления ИТ НДП у детей. В период с 2001 по 2005 г. использовался дыхательный бронхоскоп с проксимальным освещением системы Фриделя отечественного производства. С 2006 по 2011 г. для удаления ИТ бронхов применяли оптический дыхательный бронхоскоп Karl Storz. Фибробронхоскопию как метод удаления ИТ НДП у пациентов детского возраста мы не использовали.

Для определения оптимального метода удаления ИТ НДП у детей мы провели сравнительное исследование по нескольким направлениям. Проводилось сопоставление результатов применения различных методик бронхоскопии в отношении наиболее важных показателей – удобство при выполнении бронхоскопии, легкость интубации бронхоскопом, качество осмотра всех отделов трахеобронхиального дерева и визуализации ИТ, качество и количество попыток захвата и тракции ИТ, состояние слизистой оболочки после удаления ИТ, длительность манипуляции. Мы провели сравнение групп по этим критериям. При сравнении использовалась трех- и четырехбалльная система оценки.



посредственно при проведении манипуляции и точный захват и удаление ИТ) и обеспечивает (сокращение времени процедуры, лучшая визуализация ТБД, удобство хирурга, более легкий объективно более легкое течение послеоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомилский М. Р., Чистяковой В. Р. Детская оториноларингология: Руководство для врачей. В 2 томах. Т. 1. М: Медицина, 2005. – 660 с.
2. Дьяконов В.Л. Вопросы urgentной терапии при инородных телах бронхов у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 1993. – 21 с.
3. Лепнев П. Г. Клиника инородных тел гортани, трахеи и бронхов. – М.: Медгиз, 1956. – 211с.
4. Сергеев М. М., Мусельян Б. Б., Кириченко В. Н. Инородные тела дыхательных путей в детском возрасте // Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – № 3. – С. 97–100.
5. Спиранская О. А. Возможности виртуальной бронхоскопии в диагностике инородных тел нижних дыхательных путей у детей // Рос. оторинолар. 2012. – № 1. – С. 159–162.
6. Albirmawy O.A., Elsheikh M.N. Foreign body aspiration, a continuously growing challenge: Tanta University experience in Egypt // Auris Nasus Larynx. – 2011. – Vol. 38, N 1. – P. 88–94.
7. Grigoriu B. D., Leroy S., Marquette Ch. H. Tracheo-bronchial foreign bodies // Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi. – 2004. – Vol. 108, N 4. – P. 747–752.
8. Reilly J. S., Cook S. P., Stool D. Prevention and management of aerodigestive foreign body injuries in childhood // Pediatric Clin. North Am. – 1996. – Vol. 43, N 6. – P. 1403–1411.

Спиранская Ольга Александровна – врач-оториноларинголог городской клинической больницы № 5. 445046, Самарская область. г. Тольятти, бульвар Здоровья, д. 25, тел.: 8-903-332-35-95, e-mail: olgaospy2008@rambler.ru

УДК: 616.281:616.133:616.134.9

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОЙ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ШЕИ

Е. Ю. Струнина

THE RESULTS OF THE COMPLEX INVESTIGATION OF THE HEARING AND VESTIBULAR FUNCTIONS OF THE PATIENTS WITH THE DISFUNCTIONS OF MAIN ARTERIES IN THE NECK

E. U. Strunina

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»

(Зав. каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова –

канд. мед. наук, доцент А. П. Мирошниченко)

В работе приводятся данные исследования состояния слуховой и вестибулярной функций у пациентов с патологией позвоночных и внутренних сонных артерий. Они свидетельствуют, что у больных с патологией магистральных сосудов шеи среди признаков поражения слухового и вестибулярного анализаторов на первом месте стоят головокружение и расстройство равновесия, затем следуют шум в ушах и нейросенсорная тугоухость. Слуховая и вестибулярная функции при патологии магистральных сосудов шеи имеют ряд особенностей, которые позволяют отличать кохлеовестибулярные нарушения, обусловленные патологией внутренних сонных артерий, от слуховых и вестибулярных расстройств, вызванных поражением позвоночных артерий.

Ключевые слова: слуховые расстройства, вестибулярные расстройства, позвоночные артерии, внутренние сонные артерии.

Библиография: 4 источника.



In this work the results of the investigation of the hearing and vestibular functions of the patients with the disfunction of spinal and inner carotid arteries are given. The illustrate that the patients with pathology in main arteries in the neck have defeat in hearing and vestibular analysers in the first place and noise in ears and neurosensorial decrease of hearing in the second. Hearing and vestibular functions during the pathology of main arteries in a neck have some peculiarities, which help to distinguish hearing and vestibular breaches stipulated for disfunctions of inner carotid arteries from hearing and vestibular disfunctions stipulated for defeat in spinal arteries.

Key words: Hearing disfunction, vestibular disfunction, spinal arteries, inner carotid arteries.

Bibliography: 4 sources.

В настоящее время все большее значение приобретает сосудистая патология в диагностике нарушений функции слухового и вестибулярного анализаторов, среди которой одним из приоритетных факторов является различная патология экстракраниальных отделов позвоночных и внутренних сонных артерий [1]. При этом поражаются как периферический, так и центральный отделы слухового и вестибулярного анализаторов, а изменения в них могут быть необратимыми [2–4]. Кохлеовестибулярная дисфункция может приводить к профессиональной нетрудоспособности, временной и стойкой утрате общей трудоспособности с получением в последнем случае группы инвалидности [2, 3]. Несмотря на достигнутые за последние десятилетия достижения в аудиологии и вестибулологии, дифференциальная диагностика кохлеовестибулярных расстройств остается сложной задачей.

Цель исследования. Улучшить диагностику кохлеовестибулярных расстройств у больных с нарушением кровотока по магистральным сосудам шеи путем изучения состояния слуховой и вестибулярной функций.

Пациенты и методы исследования. Работа основана на результатах обследования 119 пациентов с кохлеовестибулярными нарушениями, имеющих патологию магистральных сосудов шеи. Обследованию подвергались пациенты, у которых по данным ультразвуковой доплерографии сосудов шеи были выявлены структурные и гемодинамические изменения в позвоночных или внутренних сонных артериях. Все больные были разделены на две группы: I группа (ППА) – 74 человека, пациенты с патологией позвоночных артерий, II группа (ПВСА) – 45 человек, пациенты с патологией внутренних сонных артерий. Пациенты, имевшие сахарный диабет, черепно-мозговую травму, хронический гнойный средний отит, подвергавшиеся длительному воздействию шума и вибрации, и получавшие лечение ототоксическими препаратами в анамнезе, в исследование не включались.

Обследование пациентов с патологией магистральных сосудов шеи включало сбор жалоб, анамнеза заболевания, эндоскопическое исследование ЛОР-органов, комплексную акуметрию, вестибулометрию, рентгенографию или компьютерную томографию шейного отдела позвоноч-

ника, ультразвуковую доплерографию сосудов брахиоцефального ствола.

Результаты и их обсуждение. Снижение слуха по данным акуметрии обнаружено у 41,9% пациента в I группе и у 66,7% – во II группе (табл. 1). Мы выявили в основном первую степень сенсоневральной тугоухости (89,5% больных в группе ППА, 71,4% – в группе ПВСА). У многих пациентов с патологией магистральных сосудов шеи со сниженным слухом страдает и разборчивость речи (в I группе у 45,5% обследуемых, во II группе – у 69%). Обращает на себя внимание тот факт, что при относительно небольшой потере слуха на различные частоты от 11,1 до 33,8 дБ значительное число пациентов не воспринимает высокие частоты, особенно 12,5 и 16 кГц. Функция громкости была изменена в 53,1% случаев в I группе, в 57,8% – во II группе. Чувствительность к ультразвуку была в норме у всех пациентов.

В группе с ППА одностороннее снижение слуха выявлено у 61,3% пациентов, в группе с ПВСА – у 23,3%. Двусторонняя сенсоневральная тугоухость в I группе была у 38,7% больных, во II группе – у 76,7% пациентов. Различия между группами были статистически значимые ($\chi^2 = 8,98$, $p = 0,003$).

Субъективный ушной шум присутствовал у 58,1% больных в группе ППА, в группе ПВСА – у 68,9% (табл. 1). У большинства пациентов он появился до тугоухости: в I группе – у 62,8% пациентов, во II группе – у 45,2%.

У больных с ППА шум чаще был в одном ухе – у 58,1% обследуемых, реже – в обоих ушах –

Т а б л и ц а 1
Частота встречаемости основных симптомов кохлео-вестибулярных расстройств у пациентов с патологией магистральных сосудов шеи

Признак	I группа (ППА), n = 74	II группа (ПВСА), n = 45
Нейросенсорная тугоухость	31 (41,9%)	30 (66,7%)
Шум в ушах	43 (58,1%)	31 (68,9%)
Головокружение	71 (96,0%)	39 (86,7%)
Нарушение равновесия	50 (67,6%)	32 (71,1%)



ных. Субъективный ушной шум беспокоил 63,5% обследуемых, нейросенсорная тугоухость определялась у 54,3% пациентов.

Слуховые расстройства у больных с патологией позвоночных артерий проявлялись односторонней сенсоневральной тугоухостью (61,3%), гиперакузией (69,7%), периодическим (60,5%), высокочастотным (65,1%) субъективным ушным шумом.

У пациентов с патологией внутренних сонных артерий среди слуховых нарушений в основном встречались двусторонняя сенсоневральная тугоухость (76,7%), двусторонний (67,7%), постоянный (83,9%), низкочастотный (67,8%) субъективный ушной шум.

Вестибулярные расстройства у больных с патологией позвоночных артерий проявлялись систематизированным головокружением (67,6%) с вегетативными реакциями (63,4%). Позиционный нистагм встречался у 20,3% пациентов, при нагрузочных вестибулярных пробах симптом преобладания нистагма по стороне был у 33,8% пациентов. Чаще всего встречался полифокальный уровень поражения вестибулярного анализатора (43,3%).

Вестибулярная дисфункция у больных при патологии внутренних сонных артерий характеризовалась несистематизированным головокружением (92,3%) без вегетативных реакций (79,5%). Симптом преобладания нистагма по направлению был у 40,0% обследуемых. Центральный уровень поражения вестибулярного анализатора встречался у 66,7% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабияк В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А. Нейрооториноларингология. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 728 с.
2. Лиленко С. В., Янов Ю. К., Ситников В. П. Расстройства равновесия. Ч. I. Этиопатогенез и диагностика. – СПб.: Агентство медицинской информации «РИА-АМИ», 2005. – 128 с.
3. Новые возможности диагностики и лечения кохлеарных и вестибулярных расстройств / Н. Л. Кунельская [и др.]: мат. XVIII съезда оториноларингологов России. – СПб., 2011. – Т. 2. – С. 105–108.
4. Храппо Н. С. Причинные факторы, патогенез, классификация клинических форм вестибулярной дисфункции; принципы лечения // Рос. оторинолар. – 2009. – № 5. – С. 119–129.

Струнина Елена Юрьевна – ассистент кафедры оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова. Самара, пр. Карла Маркса, д. 1656; тел. моб.: 8-917-127-15-80, e-mail: vostok777elena@yandex.ru

УДК: 616.716.1-084-089.168.1-06

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОРИСТОГО ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНА ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Ю. В. Тюкин

THE USE OF POROUS POLYTETRAFLUOROETHYLENE FOR REPLACEMENT BONE DEFECTS OF THE PARANASAL SINUSES

Y. V. Tyukin

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России»
(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

В статье описан впервые примененный метод использования пористого политетрафторэтилена в качестве материала для замещения костных, хрящевых, в том числе послеоперационных, дефектов в ринопластике. Произведен анализ 110 прооперированных пациентов с применением различных трансплантатов для закрытия костных и хрящевых дефектов носа и околоносовых пазух. 42 больным для пластики стенок околоносовых пазух, наружного носа, коллюмелы перегородки носа с 2011 г. в ЛОР-клинике применили искусственный материал для замещения дефектов костной ткани из пористого политетрафторэтилена. Трансплантаты из пористого ПТФЭ оптимально, физиологично восстанавливают структуру и форму дефектов кости и хряща.

Ключевые слова: трансплантат, пористый политетрафторэтилен, замещение дефектов костной и хрящевой ткани носа и околоносовых пазух.

Библиография: 9 источников.

This article describes the method used for the first time porous polytetrafluoroethylene (PTFE) as a material for replacement of bone, cartilage, including postoperative defects in rhinosurgery. The analysis of 110 patients were operated using various grafts for closure of bone and cartilage defects of the nose and paranasal sinuses.

42 patients for plastic paramasal sinus, external nose, nasal septum kollyumely since 2011 in the ENT clinic of the artificial material used to fill bone defects of the porous PTFE. Porous PTFE grafts of optimal physiological restore structure and shape of the bone and cartilage defects.

Key words: graft, porous polytetrafluoroethylene, plastic defects of bone and cartilage of the nose and paranasal sinuses.

Bibliography: 9 sources.

Проблема замещения дефектов костной и хрящевой ткани в ринохирургии остается актуальной. В качестве материала для пластики костных и хрящевых дефектов авторы предлагают различные материалы и способы их использования.

Современная медицина характеризуется все более активным внедрением трансплантатов небиологического происхождения. Из многочисленных материалов, прошедших экспериментальную и клиническую апробацию, наиболее подходящими для имплантации были признаны некоторые полимеры, в том числе политетрафторэтилен (ПТФЭ), отличающийся доказанной биологической инертностью и устойчивостью ко всем известным путям биодеструкции. Благодаря высокой биосовместимости изготовленные из ПТФЭ имплантаты успешно используются в сердечно-сосудистой, абдоминальной и челюстно-лицевой хирургии, урологии, гинекологии.

Очевидно, что возможности ПТФЭ в оториноларингологии реализованы далеко не полностью [9], тем более что современные технологии химического синтеза позволяют получить из этого полимера трансплантаты с самыми разными физико-механическими свойствами. Одной из таких разновидностей ПТФЭ является пористый политетрафторэтилен, пространственная структура которого обеспечивает необходимые условия для врастания новообразованной соединительной ткани в его толщу, а жесткие каркасные свойства позволяют замещать дефекты костной ткани.

Естественно, широкое внедрение в ринохирургию новых возможностей политетрафторэтилена должно быть предварено доклиническими и клиническими испытаниями.

По данным литературы для замещения послеоперационного дефекта стенок околоносовых пазух применяли пористый проницаемый никелид титана с памятью формы, титановую сетку с ситалловым напылением, деминерализованные костные трансплантаты (ДКТ), реберный хрящ, хрящ из перегородки носа, аутокость, силикон, пористый политетрафторэтилен и другие аллопластические материалы [1, 2, 4, 5, 7, 8].

Часто клиницисты не придают большого значения необходимости закрытия дефектов стенок околоносовых пазух после хирургической санации, не учитывая, что это приводит к различным нарушениям функции пазухи, нарушению мукоцилиарного клиренса, синехиям, прозополгиям, послеоперационной эмфиземе.

Цель исследования. Экспериментальное и клиническое обоснование возможности использования, целесообразности, эффективности применения трансплантатов из пористого политетрафторэтилена в качестве перспективного материала для замещения дефектов костной и хрящевой ткани в ринохирургии.

Задачи экспериментальной части исследования:

- 1) изучить тканевые реакции при постоянном пребывании пористого ПТФЭ в костных структурах носа и околоносовых пазухах;
- 2) оценить пригодность имплантатов из пористого ПТФЭ для закрытия костных дефектов;
- 3) исследовать целесообразность и эффективность пористого ПТФЭ в ринохирургии;
- 4) изучить возможности замещения дефектов околоносовых пазух политетрафторэтиленовыми трансплантатами;
- 5) исследовать тканевые реакции при нахождении пористого политетрафторэтилена в костных структурах носа и околоносовых пазух.

Задачи клинической части:

- 1) сделать анализ непосредственных и отдаленных результатов замещения дефектов костной ткани трансплантатами из пористого ПТФЭ при операциях в области носа и околоносовых пазух;
- 2) исследовать целесообразности применения пористого ПТФЭ при различных операциях в области носа и околоносовых пазух;
- 3) оценить результаты применения пористого ПТФЭ в ринохирургии.

Пациенты и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 110 больных в возрасте от 16 до 72 лет за последние 5 лет с различной патологией околоносовых пазух, деформациями наружного носа и перегородки носа: кисты околоносовых пазух – 52, хронические гнойные воспалительные процессы верхнечелюстных и лобных пазух – 36, ринопластика, септопластика – 19, травмы лобных пазух – 3.

Во время операций для замещения дефектов костной ткани были использованы различные пластические материалы и трансплантаты.

20 больным замещение послеоперационных дефектов стенок верхнечелюстной пазухи при одномоментной риносептопластике и 8 больным с небольшими западениями в хрящевом отделе спинки носа осуществляли аутохрящом перегородки носа.



УДК: 591.83+547.962.9+536.628.3

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРМОМОДИФИКАЦИЯ ХРЯЩА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛУПРОВОДНИКОВОГО ЛАЗЕРА 1,47 мкм В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

М. Ю. Улулов, Г. В. Портнов

LASER CARTILAGE RESHAPING USING DIODE 1,47 μM LASER: IN VITRO EXPERIMENT

M. J. Ulupov, G. V. Portnov

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова
(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

Лазерная модификация хряща (ЛМХ) является перспективной методикой, которая в данный момент активно изучается и отрабатывается многими отечественными и зарубежными авторами. Для успешного применения в клинической практике требуется разработка режимов ее воспроизведения в зависимости от типа лазера, объема модифицируемого хряща. В своей работе мы проводили лазерный нагрев образцов хряща ушной раковины поросят стандартных размеров *in vitro* с использованием полупроводникового лазера 1,47 мкм. Был произведен подбор оптимальной мощности, диаметра пятна, требуемых для безопасного нагрева заданного объема хряща до температуры 70 °С, при которой происходит релаксация напряжений в хряще. Контроль температуры поверхности облучаемого хряща производился непрерывно при помощи ИК-термометра. Полученные данные могут быть использованы в качестве рекомендации по применению диодного 1,47 мкм лазера в целях ЛМХ.

Ключевые слова: лазер, термомодификация хряща, длина волны 1,47 мкм.

Библиография: 11 источников.

Laser cartilage reshaping (LCR) is a promising technique that is currently being actively studied and practiced by many scientists. For successful application in clinical practice it requires further research, in terms of wavelength, irradiation parameters and volume of modified cartilage. In our work we performed laser heating of porcine ear cartilage standard size specimens *in vitro* using a semiconductor laser 1.47 microns. We detected optimal power and spot size required for safe heating of the cartilage specimens to 70 °C. Temperature monitoring of the exposed cartilage surface was performed continuously using infrared thermometer. The obtained irradiation parameters can be recommended for laser cartilage reshaping using a diode laser with $\lambda = 1.47 \mu\text{m}$ in clinical practice.

Key words: laser, cartilage reshaping, 1,47 μm wavelength.

Bibliography: 11 sources.

В зарубежных статьях и статьях отечественных авторов в течение многих лет используется термин laser cartilage reshaping (LCR) – лазерная модификация хряща (ЛМХ). Интерес к данной теме связан с необходимостью изменять форму хрящей различных анатомических структур при их врожденных или приобретенных деформациях. Оперативные вмешательства при онкологических заболеваниях, травмы, пороки развития могут приводить к деформациям хрящевых структур головы и шеи, таких как ушная раковина, нос, трахея. Одним из способов коррекции таких деформаций является использование трансплантатов из аутохряща, которым достаточно сложно придать необходимую форму из-за наличия свойства памяти у хрящевой ткани.

По данным отечественных [1] и зарубежных авторов, ЛМХ может быть с успехом использована при операциях на искривленной перегородке носа. Некоторые авторы считают данную методику выгодной альтернативой классической хирургии из-за возможности амбулаторного выполнения процедуры, отсутствия побочных эффектов, использования лишь местных аппликационных

анестетиков, бескровности. Однако показания к лазерной модификации хряща носовой перегородки относительно узки, так как большая часть искривлений представлена гребнями или шипами, в ряде случаев переходящими в костный отдел, а сама методика подразумевает только выпрямление изгиба хряща в плоскости без изменения его толщины.

Исследования в области применения лазера для модификации хряща в медицинских целях стали возможны после открытия в 1992 г. Э. Н. Соболев явления релаксации напряжений в хрящевой ткани при неразрушающем лазерном нагреве. Группой ученых, включающей физиков и клиницистов, были изучены физико-химические и гистоморфологические процессы в хрящевой ткани при неразрушающем лазерном воздействии на нее, разработаны методы контроля и управления процессом. Выдвинуты гипотезы, объясняющие изменения упругих свойств хрящевой ткани под воздействием лазерного нагрева [1].

Известно, что хрящ на 70–80% состоит из воды, связанной с молекулами протеогликанов и сетью коллагеновых волокон II типа.



ЛИТЕРАТУРА

1. Модификация коллагеновых волокон при лазерной обработке хрящевой ткани / С. В. Аверкиев [и др.] // Вестн. Московского ун-та. Сер. 2. Химия. – 2006. – Т. 47, № 6. – С. 367–373.
2. Characterisation of temperature dependent mechanical behaviour of cartilage/ Y. Chae [et al.] // Lasers in Surgery and Medicine. – 2003. – Vol. 32, N 4. – P. 271–278.
3. Endoscopic laser-assisted reshaping of collapsed tracheal cartilage: a laboratory study/ Z. Wang [et al.] // The Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology. – 1996. – Vol. 105, N 3. – P. 176–181.
4. Epiglottis reshaping using CO₂-laser: a minimally invasive technique and its potent applications/ C. Bourolas [et al.] // Head Face Med. – 2008. – Vol. 4. – P. 15–19.
5. In vivo experimental evaluation of skin remodeling by using an Er:Glass laser with contact cooling/ S. Mordon [et al.] // Lasers in Surgery and Medicine. – 2000. – Vol. 27. – P. 1–9.
6. Laser reshaping of cartilage/ Y. M. Ovchinnikov [et al.] // Biotechnol & Gen Eng Rev. – 2000. – Vol. 17. – P. 539–564.
7. Longterm in vivo stability of rabbit nasal septal cartilage following laser cartilage reshaping: a pilot investigation / A. M. Karamzadeh [et al.] // Lasers in surgery and medicine. – 2005. – Vol. 36, N 2. – P. 147–154.
8. Measurement of the elastic modulus of porcine septal cartilage specimens following Nd: YAG laser treatment / M. D. Gaon [et al.] // Lasers in medical science. – 2003. – Vol. 18, N 3. – P. 148–153.
9. Minimally invasive ear reshaping with a 1450-nm diode laser using cryogen spray cooling in new zealand white rabbits / P. K. Holden [et al.] // Arch. Facial Plast. Surg. – 2009. – Vol. 11, N 6. – P. 399–404.
10. Thermal and diffusion processes in laser-induced stress relaxation and reshaping of cartilage / V. V. Bagratashvili [et al.] // Journal of Biomechanics. – 1997. – Vol. 30. – P. 813–817.
11. Thermoforming of tracheal cartilage: viability, shape change, and mechanical behavior / Y. Chae [et al.] // Lasers in Surgery and Medicine. – 2008. – Vol. 40, N 8. – P. 550–561.

Улупов Михаил Юрьевич – канд. мед. наук, врач-оториноларинголог клиники ЛОР СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; e-mail: mike.ulupov@gmail.com

Портнов Глеб Валерьевич – клинический ординатор каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-951-669-09-71, e-mail: gleb_portnov@mail.ru

УДК: 616.216.1-002:612.119-053.2-089.843

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Е. С. Уtimiшева, М. Ю. Аверьянова, Н. В. Станчева

FEATURES OF SINUSITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AFTER HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION

E. S. Utimisheva, M. Yu. Averyanova, N. B. Stancheva

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

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

профессор каф. гематологии, трансфузиологии и трансплантологии – Л. С. Зубаровская)

В статье рассмотрены некоторые особенности течения инфекционных осложнений, в частности синуситов, у детей и подростков после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, представлена статистика заболеваемости синуситом у данной категории пациентов. Особое внимание уделено взаимосвязи между проявлениями реакции «трансплантат против хозяина» и развитием синусита.

Ключевые слова: синусит, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, реакция «трансплантат против хозяина».

Библиография: 15 источников.

The article discusses some features of the course of infection, particularly sinusitis in children and adolescents after transplantation of allogenic hematopoietic stem cells, provides statistics of morbidity sinusitis in these patients. Particular attention is paid to the relationship between the occurrence of the reaction of „graft versus host” disease and the development of sinusitis.

Key words: sinusitis, hematopoietic stem cells transplantation, graft-versus-host disease.

Bibliography: 15 sources.



УДК: 616.833.17-073.97[611.851+611.854]-012

СТИМУЛЯЦИОННАЯ ИГОЛЬЧАТАЯ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА

Н. Н. Хамгущкеева

STIMULATION NEEDLE EMG OF THE FACIAL NERVE IN MALFORMATIONS OF THE MIDDLE AND INNER EARS

N. N. Khamgushkeeva

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

В отохирургии при аномалии развития уха одной из сложных задач хирурга является идентификация лицевого нерва, так как при данной патологии атипичное расположение канала лицевого нерва встречается чаще и риск его травмирования увеличивается. В данное исследование было включено 15 пациентов с аномалией развития среднего и внутреннего уха, которые подверглись кохлеарной имплантации и ревизионной тимпанотомии с применением интраоперационного мониторинга лицевого нерва. Были проанализированы показатели электрической стимуляции лицевого нерва с разных участков фаллопиева канала. О наличии дефекта стенки костного канала лицевого нерва свидетельствует порог электрической стимуляции $0,31 \pm 0,15$ мА.

Ключевые слова: лицевой нерв, аномалия развития среднего и внутреннего уха, электромиография (ЭМГ), интраоперационный мониторинг.

Библиография: 21 источник.

One of the most difficult object for otosurgeon is identification of the facial nerve canal in cases with ear malformations, because of this pathology atypical facial nerve course is more common, and the risk of its injury increasing. This study included 15 consecutive patients with malformations of the middle and inner ears who underwent cochlear implantation and revision tympanotomy operations on ear with application of intraoperative neuromonitoring. Performance of electrical stimulation of different parts of the fallopian canal were analyzed. The threshold of electrical stimulation of $0,31 \pm 0,15$ mA indicates presence of a defect of the bone wall of the facial nerve canal.

Key words: facial nerve, middle and inner ear malformations, electromyography (EMG), intraoperative monitoring.

Bibliography: 21 sources.

Атипичное расположение канала лицевого нерва увеличивается при врожденной аномалии развития уха. Частота встречаемости врожденных пороков развития уха, по данным литературы, составляет от 1 : 10 000 до 1 : 20 000 новорожденных [8–11, 14, 17–19, 21]. Аномальное расположение лицевого нерва, по данным S. Коуама и др., было найдено в 76% случаев у детей с аномалией развития уха [4]. Тем более при данной патологии костная стенка канала лицевого нерва может отсутствовать, тем самым повышая угрозу его повреждения [3, 16, 19, 20]. Так, по данным М.А. Шустера (1970), в норме дегисценции канала лицевого нерва в горизонтальной части у детей до 4 лет встречаются в 58% наблюдений [3]. Частота травм составляет 1 из 3000 или 1 из 100, в зависимости от опыта хирурга и объема операции [13, 16]. Травматический парез (паралич) лицевого нерва вызывает не только грубый косметический дефект, но и значительные нарушения функций жевания, фонации, глотания (из-за паралича мимических мышц), а также может привести к развитию нейропаралитического кератита (вследствие лагофтальма и нарушения слезоотделения). Повреждение лицевого нерва наносит глубокую

психологическую травму пострадавшему, существенно снижая качество его жизни. По данным большинства авторов, применение интраоперационного мониторинга лицевого нерва уменьшает риск его травмирования [1, 2, 6, 7, 12, 20]. Хотя мониторинг является распространенной методикой при удалении акустической невриномы, он гораздо реже используется в отохирургии. Таким образом, учитывая вариабельность расположения канала лицевого нерва и относительно высокий риск его повреждения в ходе оперативных вмешательств у пациентов с аномалиями развития уха, вопрос о сохранении его целостности является актуальным.

Цель работы. Повышение эффективности хирургического лечения аномалий развития среднего и внутреннего уха за счет профилактики пареза или паралича лицевого нерва с использованием ЭМГ-мониторинга целостности лицевого нерва.

Пациенты и методы. За период с ноября 2011 года по октябрь 2012 г. на базе СПб НИИ ЛОР обследованы и прооперированы с использованием мониторинга лицевого нерва методом электромиографии 15 пациентов с аномалией развития среднего (10 пациентов) и внутреннего (5 паци-



16. Schuring A. G. Iatrogenic facial nerve injury // Am. J. Otol. 9. – 1988. – P. 432–433.
17. Swartz J. D., Faerber E. N. Congenital malformations of the external and middle ear: High-resolution CT findings of surgical importance // AJR. – 1985. – P. 219, 222, 501–506.
18. Syndromes and conditions associated with congenital anomalies of the ear. Congenital anomalies of the ear, nose, and throat / T. L. Tewfik [et al.]. – New York: Oxford University Press, 1997. – P. 516.
19. Takahashi H., Kawanishi M., Maetani T. Abnormal branching of facial nerve with ossicular anomalies: Report of two cases // Am. J. Otol. 9. – 1998. – P. 850–853.
20. Thomas J. H, Samuel C. L. Technique and Pitfalls of Facial nerve monitoring. Operative techniques in otolaryngology // Head and neck surgery. – 2001. – Vol. 12, № 3 (sept.). – P. 157–161.
21. Weerda H. V. Defekte und Anomalien // Chirurgie der Ohrmuschel. Stuttgart: Thieme. – 2004. – P. 105–226, 253–256.

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

УДК: 616.322-002.2-615.849.19-08

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Н. Ж. Хушвакова, Г. Б. Давронова

EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF LASER EXPOSURE IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS

N. J. Khushvakova, G. B. Davronova

ГУ ВПО «Самаркандский медицинский институт», Республика Узбекистан
(Ректор – проф. А. М. Шамсиев)

Тонзиллярная патология прочно занимает одно из первых мест среди всех ЛОР-заболеваний. По данным многих авторов, хронический тонзиллит у детей встречается в 43,8%, у взрослых – в 31,1% случаев. В последние годы появились работы, посвященные иммунокоррекции при неспецифических воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей с использованием как медикаментозных препаратов, так и лечебных физических факторов, из которых наиболее предпочтительно лазерное излучение. Внедрение в клиническую практику лазерного излучения является перспективным направлением немедикаментозной иммунокорректирующей терапии. Лазеротерапия оказывает иммуностимулирующее, противовоспалительное, анальгезирующее и гипосенсибилизирующее действия.

Ключевые слова: лазеротерапия, хронический тонзиллит, иммунокоррекция.

Библиография: 5 источников.

Tonsillar pathology firmly holds one of the highest places among all ENT diseases. According to many authors chronic tonsillitis in children occurs in 43,8%, of adults in 31,1% of cases. In recent years, appear many works dedicated to correction of immunity in cases of nonspecific inflammatory diseases of the upper respiratory tract with the use of drugs as well as therapeutic physical factors, among which the most preferred is the laser exposure. Introduction of laser exposure into clinical practice is promising in non-drug immune correction therapy. Laser therapy has immunostimulant, anti-inflammatory, analgesic and hiposensibilic actions.

Key words: laser therapy, chronic tonsillitis, immune correction.

Bibliography: 5 sources.

Тонзиллярная патология прочно занимает одно из первых мест среди всех ЛОР-заболеваний. По данным многих авторов, хронический тонзиллит у детей встречается в 12–15%, у взрослых – в 4–10% случаев [1, 3]. Самый высокий показатель заболеваемости приходится на группу 16–20 лет

[1, 2]. Возникновение тяжелых осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, суставов, почек при хроническом тонзиллите заставляет заниматься этой проблемой многих практикующих врачей-оториноларингологов, терапевтов, педиатров, инфекционистов и других специалистов.



ном облучении небных миндалин и транскутанном облучении крови инфракрасным лазерным облучением и сохраняется в течение 1,5 лет после курса облучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А. И. Крюков [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2009. – № 5. – С. 4–6.
2. Ангина и хронический тонзиллит / М. С. Плужников [и др.]. – СПб.: Диалог, 2003. – 151 с.
3. Воспалительные заболевания глотки / В. Т. Пальчун [и др.]: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 306 с.
4. Хронический тонзиллит // Актуальные вопросы медицинского обеспечения космодрома Байконур: сб. тр. / Ю. Х. Михайлов [и др.]. – 2005. – С. 131–133.
5. Цветков Э. А. Аденоидиты и их осложнения у детей. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. – 131 с.

Хушвакова Нилуфар Журакуловна – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. ЛОР-заболеваний лечебного факультета Самаркандского мединститута. 703015, Республика Узбекистан, Самарканд, ул. Рудаки, д. 214; тел.: +998-662-19-32-27, e-mail: nilumedlor@mail.ru

Давронова Гулрух Бахтиеровна – резидент магистратуры каф. ЛОР-заболеваний лечебного факультета Самаркандского мединститута. 703015, Республика Узбекистан, Самарканд, ул. Рудаки, д. 214; тел.: +998-91-535-00-39, e-mail: nilumedlor@mail.ru

УДК:616.28+616.284-004+616-089+612.88.003.12

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ МЕТОДОМ ТРАНСТУБАРНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В БАРАБАННУЮ ПОЛОСТЬ

М. В. Швецова

TREATMENT OF ACUTE SENSONEURAL HEARING LOSS WITH USING METHODS OF TRANSTUBE INTRATYMPANIC ADMINISTRATION OF STEROIDS

M. V. Shvetsova

ФВГУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова МО РФ»

(Начальник каф. отоларингологии – докт. мед. наук В. В. Дворянчиков)

Нами было изучено введение кортикостероидов длительного действия через катетер, установленный в барабанную полость, как способ лечения острой сенсоневральной тугоухости. Оценивались тональные пороги слышимости, полученные до лечения и в динамике на 5-е, 10-е сутки лечения и через месяц. Показано, что предложенный метод лечения острой сенсоневральной тугоухости является безопасным неинвазивным методом. В дополнение к традиционной терапии он позволяет сократить временные, производственные затраты, повысить эффективность лечения, а также минимизировать развитие побочных эффектов.

Ключевые слова: острая сенсоневральная тугоухость, интратимпанальный транстубарный способ введения лекарственных средств.

Библиография: 6 источников.

We studied the long-action corticosteroids through a catheter inserted in the tympanic cavity as a treatment of acute sensorineural hearing loss. Evaluated tone thresholds obtained before treatment and during 5, 10th days of treatment and in a month. It is shown that the offered method of treatment of acute sensorineural hearing loss is a safe noninvasive method. In addition to traditional therapy it can reduce the time, costs, improve the effectiveness of treatment, and also to exclude development of side effects.

Key words: acute sensorineural hearing loss, a catheter inserted in the tympanic cavity.

Bibliography: 6 sources.

Лечение острой сенсоневральной тугоухости (ОСНТ) остается важной и проблемной задачей современной отоларингологии. В настоящее время применение кортикостероидов считает-

ся наиболее эффективным и распространенным методом лечения этой патологии. Однако значительное количество побочных эффектов, связанных с системным введением кортикостероидов,



изводственные затраты, повысить эффективность лечения, а также исключить развитие побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнян А. Г. Улитковая тугоухость: иммунологические аспекты диагностики, лечения и профилактики: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Ереван, 1997. – 39 с.
2. Беличева Э. Г. Острая и внезапная сенсоневральная тугоухость: этиология, клиника, диагностика, эффективность ранней этиопатогенетической терапии: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 2008. – 41 с.
3. Золотова Т. В. Дифференциальный подход к лечению сенсоневральной тугоухости: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2004. 41 с.
4. Косяков С. Я., Атанесян А. Г. Интратимпанальное введение стероидов в лечении острой сенсоневральной тугоухости // Вестн. оторинолар. – 2006. – № 5. – Прил. – С. 158–159.
5. Сичкарева Т. А., Вишняков В. В., Кутепов Д. Е. Перспективные методы лечения сенсоневральной тугоухости // Там же. – 2007. – № 5. – Прил. – С. 121–122.
6. Adverse effects of glucocorticoid therapy for inner ear disorders / J. R. Garcia-Berrocal [et al.] // J. Otorhinolaryngol Relat. Spec. 2008. – Vol. 70, N 4. – P. 271–274.

Швецова Мария Владимировна – врач-оториноларинголог клиники оториноларингологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6 лит. П; тел.: 8-911-027-97-73; e-mail: maria_shvetsova@mail.ru.

УДК: 616.28-008.14-072.7:616-007.288

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ АУДИОМЕТРИЯ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ЖАЛОБАМИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А. Ю. Шидловский

HIGH-FREQUENCY AUDIOMETRY IN RELATION TO COMPLAINTS IN THE EARLY DIAGNOSIS SENSORINEURAL HEARING LOSS IN PATIENTS WITH EARLY MANIFESTATIONS OF VERTEBROBASILAR VASCULAR INSUFFICIENCY

A. U. Shidlovsky

*ГУ ВПО «Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца», Киев, Украина
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. деятель науки и техники Украины, проф. Ю. В. Митин)
ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко НАМН Украины», Киев
(Директор – акад. НАМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)*

Приведены результаты исследования 75 больных с начальными проявлениями вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности (ВБСН). У 45,3% из них выявлено нарушение слуха на тоны в области 9–16 кГц при их нормальном восприятии на частотах 0,125–8 кГц (1-я группа), но только 11,8% из них жаловались на снижение слуха. Однако почти всех больных (97,1%) беспокоили постоянная или периодическая тяжесть в области затылка, 79,4% – головокружение, 76,5% – субъективный шум в ушах. У 54,7% больных (2-я группа) нарушение слуха на тоны выявлено как в конвенциональном, так и в расширенном диапазоне частот. Все больные этой группы жаловались на снижение слуха. У таких больных целесообразно исключить начальные проявления ВБСН. Кроме того, если больные не имеют жалоб на снижение слуха, но отмечают постоянную или периодическую тяжесть в области затылка, головокружение, то им целесообразно исследовать слух на тоны в высокочастотной области. Полученные данные важны при ранней диагностике слуховых расстройств, а также при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, диагностика, высокочастотная аудиометрия, вертебрально-базиллярная сосудистая недостаточность.

Библиография: 9 источников.



The results of the study 75 patients with early manifestations of vertebrobasilar vascular insufficiency. In 45,3% of them showed impaired hearing the tones of (9–16) kHz at their normal perception of the frequencies (0,125–8) kHz (group 1), the frequency range, but only 11,8% of them complained about the decline hearing. However, almost all patients (97,1%) worried about the constant or intermittent tightness in the neck, 79,4% – dizziness, 76,5% – subjective tinnitus. In 54,7% of patients (group 2) hearing loss the tones found in conventional and extended frequency range. All patients in this group complained of hearing loss and have identified the following complaint. In these patients, it is advisable to exclude initial manifestations VBSN. Additionally, if patients do not have complaints about the hearing loss, but the continuing or periodic tightness in the neck, dizziness, etc. In such patients it is advisable to explore the hearing in the high tones. These data are important in the early diagnosis of hearing disorders, as well as the treatment and prevention.

Key words: sensorineural hearing loss, diagnosis, high-frequency audiometry, vertebral-basilar vascular insufficiency.

Bibliography: 9 sources.

По данным литературы, сенсоневральная тугоухость (СНТ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, которое плохо поддается лечению, а также приносит не только физические, но и моральные страдания. Особенно тяжелое клиническое течение СНТ наблюдается у больных, когда оно сопровождается вертебрально-базилярной сосудистой недостаточностью [1–3, 9]. Такие больные имеют много общесоматических и неврологических жалоб, что еще больше ухудшает их качество жизни.

По данным Е. А. Приходько и соавт. [6], больные с незначительными нарушениями слуха, кратковременными головокружениями и субъективным шумом в ушах, которые обращаются к невропатологу или терапевту, даже имея шум в ушах, нарушения слуха и головокружение, не всегда жалуются врачу и, как следствие, не проходят необходимые в этом случае обследования. В то же время, как отмечают авторы, обследование больного происходит без невропатолога и терапевта. Поэтому часто не учитывается неврологическая и терапевтическая патология, которая может в любой период привести к ухудшению слуха в различном сочетании с головокружением и шумом в ушах.

До настоящего времени при диагностике слуховых нарушений распространенными остаются психоакустические методы, такие как тональная, речевая и надпороговая аудиометрия. Они являются наиболее информативными и доступными. Известно, что пороговая тональная аудиометрия в области конвенционального диапазона частот 0,125–8 кГц была и остается основным методом мониторинга слуховой функции.

Известно также, что сенсоневральная тугоухость, особенно в выраженной форме и при хроническом течении, очень трудно поддается лечению.

А. Н. Храбриков отмечает, что единственным эффективным методом профилактики СНП является уменьшение воздействия этиологических факторов на слуховой анализатор. Однако это редко можно осуществить, поэтому первое место в профилактики СНП занимает ранняя ее диагно-

стика. Таким образом, очень важным является разработка методов ранней диагностики слуховых нарушений, что способствует своевременно проведению лечебно-профилактических мероприятий, которые в большинстве случаев позволят предупредить развитие СНП. Особенно в этом плане хорошо себя зарекомендовало исследование слуха на тоны в расширенном (9–16 кГц) диапазоне частот, на что указывают многие авторы [4, 5, 7, 8].

Цель работы. Изучение взаимосвязи между состоянием слуха на тоны в конвенциональном (0,125–8 кГц) и расширенном (9–16 кГц) диапазонах частот во взаимосвязи с жалобами у больных с начальными проявлениями вертебрально-базилярной сосудистой недостаточности.

Пациенты и методы. Для решения поставленной цели нами было обследовано 75 больных в возрасте от 28 до 45 лет с начальными проявлениями ВБСН. ВБСН определяли по данным реоэнцефалографии, УЗИ сосудов головы и шеи, а также консультации невропатолога.

Первую группу составили 34 больных (68 ушей) с начальными проявлениями сенсоневральной тугоухости, у которых слух на тоны в конвенциональном (0,125–8 кГц) диапазоне частот находился в пределах нормы, а в расширенном (9–16 кГц) – был нарушен.

Во второй группе имело место ограниченное нарушение слуха по типу звуковосприятия на тоны не только в расширенном диапазоне частот, но и в конвенциональном, преимущественно в его дискантовой зоне. Вторую группу составили 41 больной (82 уха).

Контролем служили 20 молодых здоровых испытуемых в возрасте от 18 до 30 лет, которые не имели контакта с шумом или радиацией, не принимали ототоксические препараты, не страдали сосудистыми заболеваниями и у них не было черепно-мозговой травмы. Всего обследовано 95 человек.

Аудиометрию выполняли с помощью аудиометра АС-40 в звукоизолированной камере, где уровень шума не превышал 30 дБ.

Реоэнцефалографию записывали с помощью компьютерного реоэнцефалографа.



КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ОДОНТОГЕННЫХ СИНУСИТОВ

И. В. Шустова

COMPREHENSIVE APPROACH TO THE PROBLEM OF THE ODONTOGENIC SINUSITIS

I. V. Shustova

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

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

В статье рассматривается тема верхнечелюстных синуситов одонтогенной природы. Приведены этиологические факторы заболевания, описаны различные виды ороантральных сообщений. Указаны преимущества проведения диагностики патологий носа и околоносовых пазух при помощи трехмерного компьютерного томографа и лечения их с использованием эндоскопической техники. Поскольку стремительное развитие и популяризация дентальной имплантации ставит перед хирургом-стоматологом необходимость решать все более сложные клинические ситуации, на основании анализа литературы и клинических наблюдений выявлена потребность выработки стоматологами и оториноларингологами совместного подхода в борьбе с одонтогенными гайморитами и ороантральными сообщениями.

Ключевые слова: одонтогенный синусит, ороантральное сообщение, функциональная эндоскопическая хирургия придаточных пазух носа.

Библиография: 6 источников.

The topic of the article is maxillary sinusitis of odontogenic origin. Described different types of oro-antral communications and presented etiological factors of the disease. Specified benefits of using three-dimensional computed tomography in carrying out the diagnostics of pathologies of the nose and paranasal sinuses, and management of the disease with the use of endoscopic equipment. Whereas the development and popularization of the dental implantology aims to the dentists necessity to solve more complicated clinical cases, by analyzing of the literature review and clinical cases, the need for a collaborative approach between otorhinolaryngology and maxillofacial surgeon against odontogenic sinusitis and oro-antral connections was identified.

Key words: odontogenic sinusitis, oro-antral connection, FESS.

Bibliography: 6 sources.

Одонтогенный верхнечелюстной синусит является актуальной проблемой и представляет большой практический интерес не только для оториноларингологов, но и для стоматологов, так как находится на стыке двух специальностей и требует совместного обследования, планирования лечения и санации. Происходит постепенное увеличение количества пациентов, страдающих одонтогенной формой синусита. Это связано с тем, что сложность лечебных процедур, проводимых врачами-стоматологами постоянно возрастает, соответственно и количество осложнений неминуемо увеличивается. Точных данных о частоте одонтогенных гайморитов нет, так как больные неравномерно распределяются между стоматологами, челюстно-лицевыми хирургами и оториноларингологами. По данным некоторых авторов пациенты с одонтогенным верхнечелюстным синуситом составляют от 3 до 50% от всех пациентов оториноларингологических и стоматологических учреждений [2]. По этиологическому фактору одонтогенные синуситы условно можно разделить на собственно «дентарные» и ятрогенные. При таком разделении к «дентарным» будут относиться верхнечелюстные синуситы, вызванные предлежанием корней зубов, пораженных воспалительными заболеваниями

(периодонтит, пародонтит и радикулярная киста) (рис. 1). Ко второй группе можно отнести:

- выведенный за пределы верхушки корня зуба при проведении эндодонтического лечения пломбировочный материал или раствор антисептика;

- перфорацию слизистой оболочки верхнечелюстного синуса при экстракции зуба (может сочетаться с проникновением в синус корня или верхушки корня зуба);

- перфорацию слизистой оболочки синуса при проведении дентальной имплантации (может сочетаться с проникновением имплантата в синус);

- перфорацию слизистой оболочки синуса при проведении открытого синус-лифтинга (с проникновением в синус остеотропного материала).

Одонтогенный синусит может быть вызван нарушением целостности шнейдеровой мембраны (перфорацией слизистой оболочки) без нарушения целостности костной ткани альвеолярного гребня. Например, при выведении пломбировочного материала или растворов антисептика за пределы верхушки корня зуба во время проведении эндодонтического лечения или при проникновении остеотропного материала в полость синуса во время или после операции поднятия дна верхнечелюстного синуса. Одонтогенный



**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК АВТОРЕФЕРАТОВ ДИССЕРТАЦИЙ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
14.00.04 (НОВЫЙ ШИФР 14.01.03) «БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА»,
ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДИССЕРТАЦИОННЫЕ СОВЕТЫ РОССИИ В 2007 г.**

Абдурахманова А.А. Целиарная активность эпителия полости носа и особенности вегетативного статуса при нейровегетативном и аллергическом рините у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Абдурахманова Аида Алибековна ; [Науч.-клинич. центр оториноларингологии]. – М., 2007. – 22 с. Библиогр.: 8 назв.

Аведисян В.Э. Морфогенез слизистой оболочки полости носа человека в раннем постнатальном онтогенезе и его клинические аспекты : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.02 <Анатомия человека> : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Аведисян Валерий Эдуардович ; [Астрахан. гос. мед. акад.]. – Волгоград, 2007. – 21 с. Библиогр.: 13 назв.

Азнаурян А.М. Современные методы диагностики холестеатомы среднего уха : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> : спец. 14.00.46 <Клинич. лаб. диагностика> / Азнаурян Ашот Михайлович ; [С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2007. – 25 с. Библиогр.: 5 назв.

Алексеев А.В. Совершенствование диагностики и хирургического лечения кистовидного растяжения околоносовых пазух : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Алексеев Анатолий Васильевич ; [Курск. гос. мед. ун-т, Рос. науч.-практ. центр аудиологии и слухопротезирования]. – М., 2007. – 19 с. Библиогр.: 7 назв.

Анохина Е.А. Лечение острой сенсоневральной тугоухости с применением перфторана : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Анохина Елена Анатольевна ; [Рост. гос. мед. ун-т, Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2007. – 24 с. Библиогр.: 15 назв.

Артюшина Е.И. Клинико-аудиологическая характеристика тимпаносклероза : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Артюшина Елена Игоревна ; [Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2007. – 23 с. Библиогр.: 6 назв.

Асмалова А.М. Состояние системного и местного иммунитета у часто болеющих детей с патологией ЛОР-органов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, гола и носа> : спец. 14.00.36 <Аллергология и иммунология> / Асмалова Аминат Магомедовна ; [Дагестан. гос. мед. акад., Урал. гос. мед. акад.]. – Оренбург, 2007. – 18 с.

Байраков В.И. Инвалидность вследствие болезней уха у взрослого населения и пути развития социальной реабилитации и интеграции инвалидов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.54 <Мед.-социал. экспертиза и мед.-социал. реабилитация> : спец. 14.00.04 <Болезни уха, гола и носа> / Байраков Виктор Иванович ; [Федер. бюрo мед.-социал. экспертизы]. – М., 2007. – 52 с.

Боджоков А.Р. Профилактика осложнений после экстраназального вскрытия верхнечелюстной пазухи : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Боджоков Адам Рамазанович ; [Ростов. гос. мед. ун-т, Адыг. респ. клинич. больница, Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – Ростов н/Д, 2007. – 22 с. Библиогр.: 6 назв.

Борискин А.А. Аденомотомия у детей с сопутствующими аллергическими заболеваниями : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Борискин Алексей Александрович ; [С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования, С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2007. – 22 с. Библиогр.: 7 назв.

Бырихина В.В. Двухмерная ультразвуковая диагностика заболеваний околоносовых пазух : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Бырихина Виктория Владимировна ; [Ярослав. гос. мед. акад., Рос. науч.-практ. центр аудиологии и слухопротезирования]. – М., 2007. – 26 с. Библиогр.: 7 назв.

Волошин И.М. Диагностика ранних форм лабиринтопатий профессионального генеза : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, гола и носа> / Волошин Иван Михайлович ; [С.-Петерб. гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2007. – 21 с. Библиогр.: 11 назв.

Воробьев А.А. Ведение послеоперационного периода при функциональных внутриносовых хирургических вмешательствах : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Воробьев Андрей Анатольевич ; [Ставроп. гос. мед. акад., Науч.-клинич. центр оториноларингологии]. – Ставрополь, 2007. – 24 с. Библиогр.: 10 назв.

Гамзатова Э.Г. Особенности лечения аллергического ринита и риносинусита, ассоциированных с патологией щитовидной железы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> : спец. 14.00.03 <Эндокринология> / Гамзатова Эльмира Геннадьевна ; [Дагестан. гос. мед. акад., Моск. науч.-практ.



Dear Friends and Colleagues,

On behalf of the co-chairs, Dimitar Deliyski, Sid Khosla, and Alessandro de Alarcon, and the scientific/organizing committee, I have the great pleasure to announce the:

10th International Conference on Advances in Quantitative Laryngology, Voice and Speech Research (AQL'2013)

June 3-4, 2013 in Cincinnati, Ohio, USA

This will be the first AQL Conference that will take place on the American continents. Please find below some detailed preliminary information:

- **AQL Dates:** PLEASE SAVE THE DATES! AQL'2013 will take place on **June 3-4, 2013 in Cincinnati**, organized by the Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC), the University of Cincinnati (UC), the UC Voice Consortium and the Communication Sciences Research Center at CCHMC.

- **AQL Workshops:** In addition to the AQL conference dates June 3-4, we are planning locally-organized workshops on the day before the core conference (June 2nd, 2013) and the day after (June 5th, 2013). We plan for 5 workshops, each repeated twice, in the following areas: pediatric voice disorders and upper airway reconstruction; adult voice disorders and laryngeal biomechanics; voice assessment and laryngeal high-speed videoendoscopy; acoustic voice and speech analysis; and the art, science and clinical practice of singing voice.

- **AQL Co-Chairs:** The AQL'2013 conference will be co-chaired by Drs:

Dimitar Deliyski, PhD (Communication Sciences Research Center at CCHMC, Otolaryngology-Head and Neck Surgery and Communication Sciences and Disorders, University of Cincinnati), Sid Khosla, MD (Otolaryngology-Head and Neck Surgery, University of Cincinnati), and Alessandro de Alarcon, MD, MPH (Pediatric Otolaryngology at CCHMC, and Otolaryngology-Head and Neck Surgery, University of Cincinnati)

- **AQL Keynote Speakers:** Three prominent laryngology experts and voice researchers will address the AQL Conference on the clinical needs for and the challenges to Quantitative Laryngology, Voice and Speech Research. The keynote speakers will be Drs:

Gerald Berke, MD (Professor and Chair, UCLA Head and Neck Surgery, University of California-Los Angeles, CA),

Marshall Smith, MD (Professor, Otolaryngology-Head and Neck Surgery, University of Utah, Salt Lake City, UT), and

Mark Courey, MD (Professor, Otolaryngology and Director, UCSF Voice Center, University of California-San Francisco, CA)

- **AQL Secretariat:** Ms. Ann Hurley and Tricia Davis (Pediatric Otolaryngology, CCHMC) will be in charge of the AQL conference organization. They will contact you two more times: by August 2012 for the First Call for Papers, with specific information about the abstract submission, accommodation, and conference specific details; and by October 2012 for the Final Call for Papers. We expect that the abstract submission deadline will be in early January 2013, but the exact date will be announced in the First Call for Papers. Please address AQL organization questions to:

Ann Hurley, Ann.Hurley@cchmc.org, or

Tricia Davis, Tricia.Davis@cchmc.org

- **AQL Proceedings:** We are making arrangements for a special supplement issue of the Journal of Voice, which will include publications related to the keynote lectures and AQL conference presentations. These papers will be submitted by the authors after the AQL Conference and they will be peer-reviewed for acceptance consideration. Of course, AQL will also publish a booklet with 2-page abstracts, which will be available at the time of the Conference.

- **Coordination with the Voice Foundation:** We assessed possible timing conflicts with other scientific and professional meetings. The selection of the dates was coordinated with the Voice Foundation to host AQL immediately following the 42nd Voice Foundation Symposium: Care of the Professional Voice, held in Philadelphia, from May 29 - June 2nd, 2013. This will allow the international participants to maximize their overseas travel arrangements. Both, Delta Airlines and US Airways offer several direct flights daily between Philadelphia, PA and Cincinnati, OH.

- **Venue:** The AQL Conference (2 full days June 3-4, 2013) will be hosted in the modern research facilities of Cincinnati Children's Hospital Medical Center. The workshops on June 2 and June 5, will be hosted in smaller rooms at CCHMC and UC (5 parallel conference rooms and/or laboratories).



- **Accommodations:** Arrangements for a special conference rate have been made with the Kingsgate Marriott Hotel, which is very conveniently located on the campuses of CCHMC and UC Medical Center, within 2 blocks distance from the conference site.

Please, save the dates and expect the First Call for Papers announcement in August 2012.
We are looking forward to seeing you next year in the beautiful city of Cincinnati!

Sincerely yours,
Dimitar

Dimitar Deliyski, Ph.D.
Cotton Chair of Otolaryngology Research
Associate Professor in Otolaryngology, Pediatrics &
Communication Sciences and Disorders
University of Cincinnati

Associate Director
Communication Sciences Research Center
Cincinnati Children's Hospital Medical Center
3333 Burnet Ave, MLC 15008
Cincinnati, OH 45229-3039

Tel: (513)803-5302
Fax: (513)803-1911
E-mail: Dimitar.Deliyski@cchmc.org
<https://csrc.cchmc.org/dimitar-deliyski>

20 марта 2013 года исполняется 90 лет со дня рождения

Игоря Борисовича Солдатова

25 марта 1998 г. академик РАМН И. Б. Солдатов ушел из жизни.

В связи с этими событиями 20–21 марта 2013 г. будет проведен

День Памяти академика РАМН И. Б. Солдатова

В эти дни предполагается:

- посещение могилы И. Б. Солдатова,
- посещение кабинета-музея И. Б. Солдатова,
- доклады о жизни и творчестве И. Б. Солдатова,
- лекции ведущих оториноларингологов страны на актуальные для специальности

темы.

С нами можно связаться по телефонам:

- заведующий кафедрой оториноларингологии имени академика И. Б. Солдатова Андрей Петрович Мирошниченко, тел.: 8-917-955-35-35
- профессор Нина Степановна Храппо, тел.: 8-919-805-08-64 или (846) 242-17- 98
- оргкомитет Елена Юрьевна Струнина, тел.: 8-917-127-15-80 или e-mail: vostok777elena@yandex.ru

*Коллектив кафедры
оториноларингологии имени академика И. Б. Солдатова
Самарского государственного медицинского университета*



СОДЕРЖАНИЕ

60-я науч.-практ. конф. «Молодые ученые – российской оториноларингологии»

Н. С. Храппо К рассуждениям об интеллекте	3
Г. Р. Азизов, А. В. Шапорова, А. Н. Титенко, М. И. Грицюк, Д. С. Клячко Регистрация стапедального рефлекса при имитировании интраоперационного изменения давления в среднем ухе	10
Д. И. Аникина Значение цифровой объемной томографии в выявлении и хирургическом удалении инородных тел придаточных пазух носа	15
Е. М. Арнаутова Применение аутоканей для профилактики осложнений стапедопластики	18
И. Г. Арустамян, О. Н. Сопко Оценка степени влияния патологии верхних дыхательных путей на качество жизни	21
А. М. Ашуров Хронология риносинуситов в Ташкенте и его регионах	25
С. В. Баранская, Н. С. Казанчева Опыт применения контактной лазерной техники в хирургическом лечении ринофимы	29
А. Ю. Берест, А. С. Красненко Влияние регулярного использования аудиоплееров с наушниками на слуховую функцию лиц молодого возраста	32
А. В. Бицаева, И. А. Коршунова, Д. К. Березова Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух (по данным социологического опроса)	36
А. В. Бицаева, И. А. Коршунова, А. И. Чернолев Социально-экономические и поведенческие особенности больных с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух	39
Е. В. Болознева, О. Н. Сопко Наш способ тотальной мирингопластики	42
В. Г. Бородулин О блокаде верхнечелюстного нерва и крылонебного узла через большое небное отверстие	45
А. Е. Вертоголов Комплексное лечение вазомоторного ринита у беременных	49
В. В. Виноградов, С. С. Решульский, М. Г. Давыдова, К. Г. Джафаров Особенности шейной лимфодиссекции в комплексном лечении метастатического рака гортани и гортаноглотки	52
Е. К. Гевлич Ятрогенные верхнечелюстные синуситы	56
Н. Я. Горносталев, К. А. Шиленков Метод остановки носового кровотечения с помощью баллонной тампонады	59
В. В. Горохов, А. В. Крендикова Способ реконструкции дефекта завитка и мочки ушной раковины	61
М. В. Григорьева Применение биопластического материала «Гиаматрикс» в хирургическом лечении перфораций перегородки носа	63
О. В. Гринчик Будни сурдологической службы в Калининградской области	65
О. И. Долгов Латерофиксация голосовой складки как способ лечения паралитического стеноза гортани	68



Н. В. Дубинская Метаболизм кальция при сенсоневральной тугоухости	73
Е. В. Жилинская Временная разрешающая способность как мера оценки функционального состояния центральных отделов слухового анализатора	76
А. Н. Жумабаева Дисфункция ринотубарного комплекса, возникающая при применении устройства для промывания носа «Долфин» у пациентов с острым риносинуситом	80
В. Н. Зеленкова Эффективность различных методик стапедопластики с лазерной ассистенцией у больных отосклерозом	84
Р. В. Карапетян, С. Б. Сугарова Способ фиксации катушки и соединительного кабеля при выполнении хирургического этапа вибропластики у лиц, перенесших ранее радикальную операцию на среднем ухе	90
И. В. Кастыро Вариабельность сегмента ST и острый постоперационный болевой синдром у пациентов после септопластики	95
И. В. Кастыро, А. С. Гришина Изменение частоты сердечных сокращений на фоне различной анальгезии после септопластики.	100
А. Н. Климов Принципы реабилитации больных канюленосителей с осложнениями после трахеостомии	105
А. А. Ковалев Гликемический статус больных хроническим гнойным средним отитом	107
Ю. Н. Козак-Волошаненко Особенности гемодинамических и биохимических изменений у рабочих машиностроительного производства с нормальным слухом и сенсоневральной тугоухостью	109
А. С. Коношков, О. Е. Верещагина, Р. А. Блоцкий Посттравматические риниты	113
А. В. Крендикова, В. В. Горохов Новый способ пластики наружного слухового прохода.	117
Д. М. Кузьмин, Д. Ю. Демиденко Хирургическая коррекция слуха, дополненная местной стероидной терапией	119
О. А. Куликова Особенности кристаллизации физиологического раствора in vitro в средах, моделирующих носовое отделяемое гнойного и аллергического характера	122
А. В. Куренков Ранняя диагностика сенсоневральных нарушений слуха у больных с артериальной гипертонией	126
А. А. Курусь Состояние верхнечелюстной пазухи у пациентов с диагнозом «перелом скуловой кости»	128
И. А. Кутузова Сравнительный анализ аудиологических результатов различных хирургических подходов к лечению хронического гнойного среднего отита с холестеатомой у детей	132
М. А. Лаптиева, Е. В. Клищенко Структурная дифференциация больных, страдающих хроническим полипозным риносинуситом.	134
С. В. Левин, С. Б. Сугарова, Е. А. Левина, А. С. Лиленко Удаленное интраоперационное тестирование при проведении кохлеарной имплантации.	138
Л. С. Лёшина Алгоритм обследования и лечения больных ронхопатией и синдромом обструктивного апноэ сна	142
А. С. Лиленко, С. Б. Сугарова, Г. Р. Азизов Новый метод фиксации кохлеарного импланта. Опыт применения.	146
Р. Ф. Мамедов Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике стеноза гортани и трахеи	150
О. Э. Мицкевич Исследование состава микробиоты носоглотки методами детектирования микроорганизмов по химическим маркерам в сравнении с бактериологическим исследованием	153
Ю. С. Муллаярова О дифференциальной диагностике ринитов у беременных	156



Ж. С. Неъматов, М. В. Комаров, И. Ф. Мустивый Качество жизни пациентов с неудовлетворительными результатами тимпаноластики по закрытому типу	159
Л. Г. Петрук Показатели реоэнцефалографии во взаимосвязи с жалобами больных с акутравмой	164
Г. А. Полев Топографо-анатомическое обоснование осложнений эндоскопической хирургии околоносовых пазух	166
М. Н. Попов Сравнительная оценка заболеваемости профессиональной нейросенсорной тугоухостью в Самарском регионе	170
С. С. Решульский, В. В. Виноградов Опыт применения ауто-, алло- и ксенотрансплантатов для реконструкции верхних дыхательных путей	173
Д. О. Рогова, Ю. С. Муллаярова Оценка голосовой функции у лиц голосо-речевых профессий методом акустического анализа	177
И. И. Ромашевская Особенности репаративных процессов в плоских костях черепа во время трансплантации в них деминерализованных костных трансплантатов при инфицировании полости носа (в эксперименте)	180
С. Х. Саидов Повышение эффективности лечения хронических секреторных средних отитов у детей	184
И. А. Скиданова Тактика лечения изолированных сфеноидитов	186
А. Е. Смирнов, В. В. Бырихина, К. Г. Джафаров Влияние способа респираторной поддержки при ларингэктомии на онкологические результаты лечения больных раком гортани	190
С. М. Соколова, К. А. Беличева, Ю. С. Кибалова, Н. В. Мороз Оценка речевой разборчивости у детей с глубокими формами тугоухости	193
О. А. Спиранская Сравнительный анализ эффективности различных способов удаления инородных тел нижних дыхательных путей у детей	198
Е. Ю. Струнина Результаты комплексного исследования слуховой и вестибулярной функций у пациентов с патологией магистральных сосудов шеи	201
Ю. В. Тюкин Использование пористого политетрафторэтилена для замещения костных дефектов околоносовых пазух	204
М. Ю. Улупов, Г. В. Портнов Лазерная термомодификация хряща с использованием полупроводникового лазера 1,47 мкм в эксперименте	208
Е. С. Утимишева, М. Ю. Аверьянова, Н. В. Станчева Особенности течения синуситов у детей и подростков после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток	212
Н. Н. Хамгушкеева Стимуляционная игольчатая электромиография лицевого нерва при аномалии развития среднего и внутреннего уха	216
Н. Ж. Хушвакова, Г. Б. Давронова Оценка эффективности лазерного облучения при комплексном лечении хронического тонзиллита	221
М. В. Швецова Лечение острой сенсоневральной тугоухости методом транстубарного введения лекарственных препаратов в барабанную полость	223
А. Ю. Шидловский Высокочастотная аудиометрия во взаимосвязи с жалобами в ранней диагностике сенсоневральной тугоухости у больных с начальными проявлениями вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности	225
И. В. Шустова Комплексный подход к проблеме одонтогенных синуситов	230
Библиографический список авторефератов диссертаций по специальности 14.00.04 (новый шифр 14.01.03) «Болезни уха, горла и носа», представленных в диссертационные советы России в 2007 г.	235

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, МПКЗ 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