



РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY

Медицинский научно-практический журнал

Основан в 2002 году

(Выходит один раз в два месяца)

Решением Президиума ВАК издание включено в перечень
рецензируемых журналов, входящих в бюллетень ВАК
Для физических лиц индекс **41225** в каталоге «Пресса России»
Для юридических лиц индекс **41223** в каталоге «Пресса России»

Совместное издание

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

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

Российское общество оториноларингологов



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. К. Янов – главный редактор
Н. А. Дайхес – зам. главного редактора
С. В. Рязанцев – зам. главного редактора
В. Н. Тулкин – ответственный секретарь,
научный редактор

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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абабий И. И. (Кишинев, Молдова)	Жуков С. К. (Ярославль)	Пискунов С. З. (Курск)
Алиметов Х. А. (Казань)	Забилов Р. А. (Оренбург)	Полякова С. Д. (Воронеж)
Амонов Ш. Э. (Ташкент)	Заболотный Д. И. (Киев, Украина)	Попадюк В. И. (Москва)
Бабияк В. И. (Санкт-Петербург)	Захарова Г. Ф. (Санкт-Петербург)	Портенко Г. М. (Тверь)
Боджоков А. Р. (Майкоп)	Иванов Н. И. (Сыктывкар)	Портнов В. Г. (Ленинградская обл.)
Беляев В. М. (Вологда)	Игнатъева Е. Л. (Петрозаводск)	Проскурин А. И. (Астрахань)
Блоцкий А. А. (Благовещенск)	Извин А. И. (Тюмень)	Пудов В. И. (Санкт-Петербург)
Бобошко М. Ю. (Санкт-Петербург)	Калинин М. А. (Архангельск)	Семенов Ф. В. (Краснодар)
Бойко Н. В. (Ростов-на-Дону)	Карпищенко С. А. (Санкт-Петербург)	Сергеев М. М. (Краснодар)
Бойко С. Г. (Сыктывкар)	Карпова Е. П. (Москва)	Сергеев С. В. (Пенза)
Бойкова Н. Э. (Москва)	Киселев А. Б. (Новосибирск)	Статьева В. С. (Уссурийск)
Бокучава Т. А. (Мурманск)	Клочихин А. Л. (Ярославль)	Субботина М. В. (Иркутск)
Борзов Е. В. (Иваново)	Козлов В. С. (Москва)	Тачиев Б. А. (Элиста)
Боронев С. А. (Улан-Удэ)	Коркмазов М. Ю. (Челябинск)	Тимен Г. Е. (Киев, Украина)
Быковский В. Н. (Псков)	Кравчук А. П. (Ижевск)	Тулбаев Р. К. (Астана, Казахстан)
Вахрушев С. Г. (Красноярск)	Крещенковская Г. К. (Ставрополь)	Уханова Е. А. (Великий Новгород)
Виницкий М. Е. (Ростов)	Кротов Ю. А. (Омск)	Фанта И. В. (Санкт-Петербург)
Вишняков В. В. (Москва)	Кузовков В. Е. (Санкт-Петербург)	Фридман В. Л. (Владимир)
Гаджимирзаев Г. А. (Махачкала)	Кунельская Н. Л. (Москва)	Хакимов А. М. (Ташкент, Узбекистан)
Гилифанов Е. А. (Владивосток)	Лопатин А. С. (Москва)	Хоров О. Г. (Гродно, Беларусь)
Георгиади Г. А. (Владикавказ)	Макарина-Кибак Л. Е. (Минск, Беларусь)	Храбриков А. Н. (Киров)
Гусейнов Н. М. (Баку, Азербайджан)	Мареев О. В. (Саратов)	Храппо Н. С. (Самара)
Гюсан А. О. (Черкесск)	Машкова Т. А. (Воронеж)	Худиев А. М. (Баку, Азербайджан)
Дворянчиков В. В. (Санкт-Петербург)	Михайлов Ю. Х. (Чебоксары)	Чернушевич И. И. (Санкт-Петербург)
Джандаев С. Ж. (Астана, Казахстан)	Носуля Е. В. (Москва)	Шабалдина Е. В. (Кемерово)
Джамалудинов Ю. А. (Махачкала)	Овчинников А. Ю. (Москва)	Шантуров А. Г. (Иркутск)
Джапаридзе Ш. В. (Тбилиси, Грузия)	Отвагин И. В. (Смоленск)	Шахов В. Ю. (Нижегород)
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 25.12.2013 г.

Формат: 60×90¹/₈. Объем 31,25 усл. печ. л.

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

Отпечатано с готовых диапозитивов

в типографии «К-8».

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

Лицензия ПЛД № 69 291 от 19.10.1998 г.

Зак. тип. 2897.

© СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России,
2014

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА
России, Москва, 2014



УДК 616.216.2-006.34-089

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОМ ЛОБНЫХ ПАЗУХ

Л. В. Балакина, А. Н. Науменко

MODERN SURGICAL APPROACHES TO THE TREATMENT OF FRONTAL SINUS OSTEOMA

L. V. Balakina, A. N. Naumenko

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

Остеомы являются одними из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух. Остеома чаще всего локализуется в лобной пазухе с частотой 37–80%. Данное новообразование характеризуется крайне медленным, но агрессивным ростом. Увеличение опухоли может сопровождаться разрушением орбитальной, лицевой и задней стенок пазухи, что в дальнейшем может приводить к тяжелым внутриглазным и внутричерепным осложнениям. Единственным методом лечения данной патологии является хирургическое вмешательство. В статье описываются основные критерии выбора хирургических доступов к остеомам лобной пазухи, которые позволяют удалить новообразование и восстановить стенки пазухи при их разрушении с максимальным сохранением анатомической структуры и функции пазухи.

Ключевые слова: остеома лобной пазухи, бикоронарный доступ, эндоназальный доступ с помощью эндовидеотехники.

Библиография: 10 источников.

Osteomas are one of the most common benign tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses. Osteoma is most frequently localized in the frontal sinus in 37–80 %. This tumor is characterized by extremely slow, but aggressive growth. The growth of tumor may be accompanied by destruction of the orbital, frontal and posterior walls of the sinus, that can later lead to severe intraorbital and intracranial complications. The only method of this pathology treatment is surgery. The article describes the main criteria for the selection of surgical approaches to osteomas of frontal sinus, osteomas which allow you to remove the tumor and reconstruct sinus walls in cases of their destruction, preserving anatomical structure and functions of the sinus.

Key words: osteoma of the frontal sinus, bicoronal approach to osteoma of frontal sinus, endonasal access using endovideotechnology to of the frontal sinus.

Bibliography: 10 sources.

Остеома – это доброкачественная опухоль, состоящая из хорошо дифференцированных зрелых клеток костной ткани. Этиология остеом до сих пор не ясна, считается, что травмы, воспаления, нарушения развития и генетические дефекты являются основными факторами для ее развития. Остеомы черепно-лицевой области чаще всего локализируются в околоносовых пазухах, в лобной пазухе встречаются в 96% случаев, в решетчатом лабиринте – в 2%, в верхнечелюстной пазухе – в 2% случаев, клиновидная пазуха повреждается крайне редко [5, 8].

Остеомы лобной пазухи часто остаются бессимптомными на протяжении всей жизни пациента, но при разрастании опухоли возникают внутриглазные и внутричерепные осложнения, косметические дефекты [6, 7]. Диагноз, как пра-

вило, ставится случайно, после выполнения дополнительных методов исследования, таких как рентгенологическое исследование околоносовых пазух, спиральная компьютерная томография околоносовых пазух.

Остеомы, как правило, варьируются в размерах от 2 до 30 мм, средние темпы роста – в 1,61 мм в год, в пределах от 0,44 до 6,0 мм в год [3], опухоль диаметром более 30 мм считается «большой» или «гигантской» остеомой [4]. Гигантские остеомы лобной пазухи редки, но именно они чаще всего приводят к разрушению передней, орбитальной стенок лобной пазухи, что впоследствии приводит к серьезным осложнениям. Именно поэтому мы считаем, что изучение этой опухоли и ее осложнений является очень важным.



ВАРИАНТ ДОСТУПА К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ

С. В. Баранская, О. И. Долгов

VARIANT OF SURGICAL APPROACH TO MAXILLARY SINUS

S. V. Baranskaya, O. I. Dolgov

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

В статье представлен вариант эндоназального эндоскопического доступа к верхнечелюстной пазухе через нижний носовой ход. Этот метод целесообразно применять при отсутствии изменений со стороны остиомеатального комплекса и локализации патологического процесса в базальных отделах пазухи.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, эндоскопическая эндоназальная хирургия.

Библиография: 13 источников.

The article describes the variant of endoscopic endonasal surgical approach to maxillary sinus across the lower nasal passage. This method can be used in cases with the localization pathological process in basal part of the maxillary sinus without changes of the ostiomeatal complex.

Key words: maxillary sinus, endoscopic sinus surgery.

Bibliography: 13 sources.

Впервые строение верхнечелюстной пазухи было описано английским врачом и анатомом Гаймором Натаниэлем в 1651 году в его труде «Анатомическое исследование человеческого тела» [цит. по 11]. В середине XVII века немецкий анатом Shneider подробно изучил особенности слизистой оболочки верхнечелюстного синуса, которая получила название мембраны Шнейдера [цит. по 2]. Было установлено, что значительную роль в нормальном функционировании верхнечелюстных пазух играет мерцательный эпителий, мерцание ресничек которого происходит по направлению к естественному соустью. Благодаря силе мерцательного эпителия происходит естественная санация пазух, а нарушение мукоцилиарного транспорта в значительной степени влияет на развитие воспалительных реакций [3].

Изучение течения патологического процесса в околоносовых синусах побудило исследователей к разработке хирургических методов санации последних. Исторически первые варианты хирургического доступа к верхнечелюстному синусу были осуществлены через лунку удаленного зуба в начале XVIII века [1, 2]. Французский хирург Дезо, а затем Кюстер предложили вскрытие пазухи через ее переднюю стенку [цит. по 4]. В последующем разработаны внутриносовые доступы к максиллярному синусу как через средний (Микулич-Зибенман, 1899), так и нижний носовые ходы (Микулич, 1886; Лотроп, 1897; Клауэ, 1902) [цит. по 5]. В 1893 году оториноларинголог Калдвелл (Caldwell G. W.) в США, а чуть позже, в 1897 году во Франции Люк (Luc H. P.) подробно описали комбинированный способ вскрытия верхнечелюстной пазухи через самый тонкий участок fossa canina с формированием соустья между пазухой

и внешней средой в нижнем носовом ходе [1, 9, 10]. Впоследствии эта операция стала называться по Caldwell-Luc. В 1905 году Денкер дополнил радикальную операцию удалением грушевидного шипа [1]. Предложенные подходы на протяжении длительного времени оставались традиционными хирургическими вмешательствами на максиллярном синусе.

Однако было отмечено, что варианты доступов через собачью ямку нередко сопровождаются реактивным отеком мягких тканей лица, длительной парестезией и невралгией ветвей тройничного нерва, а также относительно длительным восстановительным периодом [12]. В последние годы классические вмешательства на околоносовых пазухах наружным доступом значительно сократились. Все большую популярность завоевывает эндоназальная эндоскопическая хирургия, которая, являясь менее травматичной, может обеспечить адекватную санацию хронического очага инфекции околоносовых пазух и верхнечелюстной в частности.

В середине XX века появление эндоскопических систем Хопкинса дало толчок развитию эндоскопической ринохирургии. Первая попытка эндоскопии носоглотки и пазух выполнена Хиршманом в 1901 году, для этого был использован модифицированный цистоскоп, позднее, в 1925 году, американский ринолог Maltz предложил термин «синоскопия» (sinoscopy) [8]. Появление понятия «функциональная эндоскопическая хирургия пазух» (Functional Endoscopic Sinus Surgery, FESS) связано с именем профессора из Австрии Walter Messerklinger. Дренирование зоны естественного соустья впервые произвели Мессерклингер и Штамбергер в 1986 году. В на-



НАШ ОПЫТ БЛОКАДЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА И КРЫЛОНЕБНОГО УЗЛА НЕБНЫМ ДОСТУПОМ

В. Г. Бородулин

OUR EXPERIENCE OF MAXILLARY NERVE AND SPHENOPALATINE GANGLION BLOCKADE VIA THE PALATAL ROUTE

V. G. Borodulin

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия
(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. Обсуждаются методические варианты проведения блокады. Сообщаются результаты собственных наблюдений, проводится их обсуждение. В выводах описывается наиболее оптимальная, по мнению авторов, методика проведения блокады.

Ключевые слова: местная анестезия, проводниковая анестезия, блокада верхнечелюстного нерва, блокада крылонебного узла, большое небное отверстие, крылонебный канал.

Библиография: 17 источников.

This article is dedicated to the sphenopalatine ganglion and maxillary nerve blockade via the greater palatine foramen, its indications and its methods. The variations of the blockade procedure are described. The author describes his experience of this blockade performance. The results are discussed in detail. The most effective method of the procedure is advocated.

Key words: Local anesthesia, block anesthesia, maxillary nerve blockade, sphenopalatine ganglion blockade, greater palatine foramen.

Bibliography: 17 references.

Блокада верхнечелюстного нерва применяется в оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии для местного обезболивания в области иннервации второй ветви тройничного нерва [2, 3, 10]. В условиях наркоза эта блокада приводит к уменьшению кровотока операционного поля [12, 17]. Блокада крылонебного узла также имеет ряд терапевтических показаний, таких как синдром Сладера, болевые синдромы головы и лица. Описаны различные доступы к крылонебному узлу: надскуловой, подскуловой, трансназальный, высокий туберальный и небный. Небный доступ осуществляется через большое небное отверстие, находящееся у заднебокового края твердого неба. Блокада заключается во введении местного анестетика в большой небный канал на глубину 2,5–3 см.

Среди отечественных ученых крупнейшим исследователем анатомии большого небного канала и основоположником блокады верхнечелюстного нерва небным доступом является С. В. Вайсблат (1962) [3]. На трупном материале анатомия отверстия и крылонебного канала изучалась многими исследователями, такими как S. F. Malamed и N. Trieger (1983) [15], J. M. Hawkins (1998) [10], A. A. Jaffar и H. J. Hamadah (2003) [13]. Анатомическое строение крылонебного канала исследовалось по данным компьютерных томограмм S. Das et al. (2006) [11], K. Howard-Swirzinski et al. (2010) [14], S. H. Hwang et al. (2011) [6]. При

анализе работ этих авторов выявляются значительные расхождения в характеристиках большого небного канала.

Нами также проводилось исследование конусно-лучевых компьютерных томограмм с оценкой анатомических характеристик большого небного канала и проекции большого небного отверстия на зубы верхней челюсти. Нами было выявлено, что длина большого небного канала составляет в среднем $32,4 \pm 3,6$ мм. Угол наклона большого небного канала относительно пластинки твердого неба в сагиттальной плоскости составлял от 42 до 89° , в среднем $64,9 \pm 12,3^\circ$. Большой небный канал был условно проходим в двух третях случаев, условно непроходим в одной трети. Точно определить проекцию большого небного отверстия относительно зубов верхней челюсти было возможно в 73% случаев. При этом в 40% оно проецировалось на второй моляр, в 25% случаев – на третий моляр, в 8% – между вторым и третьим молярами. Была выявлена значимая вариабельность между характеристиками двух каналов у одного и того же испытуемого. Нами были сделаны выводы о необходимости проведения конусно-лучевой компьютерной томографии для обеспечения эффективности и безопасности блокады небным доступом.

Методики проведения блокады большого небного отверстия, предложенные разными авторами, довольно сильно различаются.



7. Boezaart A. P., van der Merwe J., Coetzee A. Comparison of sodium nitroprusside- and esmolol-induced controlled hypotension for functional endoscopic sinus surgery // *Can. J. Anaesth.* – 1995. – Vol. 42, N 5. – P. 373–376.
8. Day M. Sphenopalatine Ganglion Analgesia // *Current Pain and Headache Reports.* – 1999. – Vol. 3, N 5. – P. 342–347.
9. Douglas R., Wormald P. J. Pterygopalatine Fossa Infiltration Through the Greater Palatine Foramen: Where to Bend the Needle // *Laryngoscope.* – 2006. – Vol. 116, N 7. – P. 1255–1257.
10. Hawkins J. M., Isen D. A. Maxillary Nerve Block – Pterygopalatine Canal Approach // *Journal of California Dental Association.* – 1998. – Vol. 26, N 9. – P. 658–664.
11. High-resolution computed tomography analysis of the greater palatine canal / S. Das [et al.] // *American Journal of Rhinology.* – 2006. – Vol. 20, N 6. – P. 603–608.
12. Ismail S. A., Anwar H. M. F. Bilateral Sphenopalatine Ganglion block in Functional Endoscopic Sinus Surgery under General Anaesthesia // *AJAIC.* – 2005. – Vol. 8, N 4. – P. 45–53.
13. Jaffar A. A., Hamadah H. J. An Analysis of the Position of the Greater Palatine Foramen // *J. Basic Med. Sc.* – 2003. – Vol. 3, N 1. – P. 24–32.
14. Length and Geometric Patterns of the Greater Palatine Canal Observed in Cone Beam Computed Tomography/ K. Howard-Swirzinski [et al.] // *International Journal of Dentistry.* – 2010. [Электронный ресурс] – URL: <http://hdl.handle.net/10504/22385> –
15. Malamed S. F., Trieger N. Intraoral Maxillary Nerve Block: an anatomical and clinical study // *Anesthesia Progress.* – 1983. – Vol. 30, N 2. – P. 44–48.
16. Relationship between pterygopalatine fossa volume and cephalic and upper facial indexes/ G. C. A. Coronado [et al.] // *International. Journal of Morphology.* – 2008. – Vol. 26, N 2. – P. 393–396.
17. The effectiveness of preemptive sphenopalatine ganglion block on postoperative pain and functional outcomes after functional endoscopic sinus surgery / D-Y Cho [et al.] // *International Forum of Allergy & Rhinology.* – 2011. – Vol. 1, N 3. – P. 212–218

Бородулин Василий Григорьевич – аспирант каф. оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И. П. Павлова. Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8, тел.: (812)499-71-76, +7-905-278-82-18, e-mail: borodulin@list.ru

УДК 616.216.1-002-006.5-031.81:615.357

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

М. А. Будковская

USE OF SYSTEMIC CORTICOSTEROID THERAPY IN PATIENTS WITH FIRSTLY REVEALED THE NASAL POLYPS

М. А. Budkovaya

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

Существующий в настоящий момент широкий спектр консервативных и хирургических подходов при лечении полипозного риносинусита не позволяет добиться стойкой ремиссии, особенно у пациентов с астматической триадой. Больным с впервые выявленным полипозным риносинуситом, как правило, проводится оперативное лечение. В настоящем исследовании проанализированы результаты применения короткого курса системной кортикостероидной терапии в сочетании с длительным использованием интраназальных кортикостероидов у 30 пациентов с впервые выявленным полипозным риносинуситом в сочетании с бронхиальной астмой и без сопутствующей патологии бронхолегочной системы.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, системные кортикостероиды, кортизол.

Библиография: 27 источников

Nowadays wide variety of medical and surgical treatment methods of chronic rhinosinusitis with nasal polyps not always leads to stable remission especially in patients with aspirin induced asthma. Patients with nasal polyps usually undergo surgical interventions. In this study results of short-term courses of systemic steroids with prolonged usage of nasal steroids in 30 patients with nasal polyps with bronchial asthma but associated bronchopulmonar pathology were analyzed.

Key words: nasal polyps, system corticosteroids, cortisol.

Bibliography: 27 sources.



17. Черняк Б. А., Воржева И. И. Полипозный риносинусит и бронхиальная астма: взаимосвязь и лечение // Аллергология Симпозиум. – 2008. – 04.
18. Шамар Д. А. Полипозный риносинусит // Вестн. КАЗНМУ. – 2012. – № 3. – С. 10.
19. Шиленкова В. В. Что мы знаем о безопасности интраназальных кортикостероидов? // Рос. ринология. – 2012. – № 13. – С. 18–23.
20. Эффективность и безопасность нового медицинского препарата при лечении полипозного синусита / Ф. М. Пассали [и др.] // Рос. ринология. – 2013. – № 1. – С. 19–23.
21. A short course of oral prednisone followed by intranasal budesonide is an effective treatment of severe nasal polyps / I. Alobid [et al.] // Laryngoscope. – 2006. – Vol. 116, N 5. – P. 770–775.
22. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polypsis // W. J. Fokkens [et al.] // Rhinology. – 2012. Supplement 23. Martch. – Vol. 50. – P. 305.
23. Short course of systemic corticosteroids in sinonasal polyposis: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial with evaluation of outcome measures / P. Hissaria [et al.] // Allergy Clin. Immunol. – 2006. – N 1. – P. 128–133.
24. Steroids in Otolaryngology / C. Daron [et al.] // Laryngoscope. – 2008. – Vol. 118. – P. 1556–1560.
25. The Cochrane Collaboration 2011. Oral steroids for nasal polyps (Review). – 28 p.
26. The effects of systemic, topical, and intralesional steroid treatments on apoptosis level of nasal polyps / B. Kapucu [et al.] // Otolaryngol. Head. Neck. Surg. – 2012. – Vol. 147, N 3. – P. 563–567
27. Vento S. Nasal polypoid rhinosinusitis – clinical course and etiological investigations. Helsinki, 2001. – 92 p.

Будковская Марина Александровна – клинический ординатор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла и речи. Россия. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д.9, тел.: 8-952-377-74-95, e-mail: marina-laptijova@yandex.ru

УДК 616.28-002.2-089:616.288.6-089.843

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Е. Г. Варосян

RECONSTRUCTION SURGERY IN CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA WITH MODERN BIO-COMPOSITE

E. G. Varosyan

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

В статье представлены методы применения различных вариантов мастоидэктомии с удалением и сохранением или восстановлением задней стенки наружного слухового прохода. Описаны варианты реконструкции задней стенки наружного слухового прохода и мастоидопластики с применением различных пластических материалов.

Ключевые слова: реконструкция задней стенки наружного слухового прохода, мастоидопластика.

Библиография: 66 источников.

The article presents to methods of mastoidectomy with removal or preservation/restoration posterior canal wall of external auditory canal. Describes variants of posterior canal wall reconstruction and mastoid obliteration with using various plastic materials.

Key words: reconstruction posterior canal wall, mastoid obliteration.

Bibliography: 66 sources.

Хирургическое лечение остается основным способом реабилитации пациентов с хроническим гнойным средним отитом и его последствиями. На современном этапе большинство отиатрических школ классифицируют мастоидэктомию

исходя из принципа удаления (открытая методика) и сохранения или восстановления задней стенки наружного слухового прохода (закрытая методика) [3, 4, 10, 16, 17]. Существует множество вариантов и модификаций этих операций.



ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВ IL-2, IL-4, IL-8 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

У. Н. Вохидов

INDICATORS OF CYTOKINES IL-2, IL-4, IL-8 IN SERUM IN DIFFERENT FORMS OF CHRONIC POLYPOID RHINOSINUSITIS

U. N. Vokhidov

ГУ «Ташкентская медицинская академия», Ташкент, Республика Узбекистан

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Х. Э. Шайхова)

Институт иммунологии и аллергологии АН РУз, Ташкент, Узбекистан

(Директор – проф. Т. У. Арипова)

Целью исследования явилось изучение показателей сывороточного уровня цитокинов, продуцируемых Th1-типом и Th2-типом клеток у больных хроническим полипозным риносинуситом. Нами были исследованы 50 больных хроническим полипозным риносинуситом, которым проводилось иммунологическое исследование сыворотки крови на цитокины IL-2, IL-4 и IL-8. Исследование показало, что у больных с «эозинофильным» полипозным риносинуситом отмечается нарушение иммунитета с аллергизацией организма, у больных с «нейтрофильным» полипозным риносинуситом отмечается нарушение иммунитета с наличием хронического воспаления.

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, цитокины, иммунологическое исследование, морфологическое исследование.

Библиография: 8 источников.

The purpose was to study the performance review serum cytokines produced by Th1-type and Th2-type in patients with chronic polypoid rhinosinusitis. We studied 50 patients with chronic polypoid rhinosinusitis, which conducted the study immunological cytokines IL-2, IL-4 and IL-8 in serum. The study showed that patients with «eosinophilic» polypoid rhinosinusitis there is a violation of immunity with allergy of the body, patients with «neutrophilic» polypoid rhinosinusitis there is a violation of immunity to the presence of chronic inflammation.

Key words: chronic polypoid rhinosinusitis, cytokines, immunological research, morphological research.

Bibliography: 8 sources.

Проблема лечения хронического полипозного риносинусита (ХПРС) на сегодняшний день остается одной из важных в ринологии, поэтому ХПРС имеет большую медико-социальную значимость, что подтверждается широкой распространенностью, склонностью к росту; высоким уровнем отягощенности заболевания и необходимостью проведения лечебных, реабилитационных, социальных и других мероприятий в течение значительного периода жизни больных.

В России насчитывается около 1 млн 400 тыс. больных ХПРС [2]. Актуальность изучения проблемы обусловлена патогенетической связью ХПРС с такими заболеваниями, как бронхиальная астма, муковисцидоз, синдром Картагенера, непереносимость нестероидных противовоспалительных средств, а также частыми рецидивами ХПРС [1].

ХПРС является хроническим воспалительным заболеванием, характеризующимся интенсивной эозинофилией и нейтрофилией, а также тканевой реконструкцией, состоящей из эпителиальных распространений, гиперплазий бокаловидных клеток, псевдокист, утолщенной базальной мембраны и отеков [7, 8]. В настоящее время эози-

нофильное воспаление широко связывают с Th2-иммунным ответом. Исходя из этого развитие ХПРС можно характеризовать с высвобождением Th2-цитокинов. В своих исследованиях Van Zele Т и др. (2006) указывали на то, что показатель IL-5, эозинофильный катионный протеин и IgE увеличиваются до 80% в сравнении с ХРС без носовых полипов и носовыми полипами у больных с муковисцидозом [3]. Тем не менее некоторые исследования показали, что ХПРС является смешанным Th1/Th2-воспалением с инфильтрацией нескольких воспалительных клеток, таких как CD8+-лимфоциты, Th1-лимфоциты, плазматические клетки, тучные клетки и макрофаги [7]. Большинство исследователей считают, что носовые полипы являются конечным результатом хронического воспаления околоносовых пазух, так как клеточные и цитокиновые показатели не зависят от аллергического состояния в большинстве исследований [6].

Хотя литературные данные свидетельствуют о выявлении различных цитокинов, которые коррелируют с фенотипом ХПРС, относительно мало известны механизмы, приводящие к изменению показателей цитокинов в ХПРС и причинно-след-



7. Nasal polyposis: from cytokines to growth / C. Bachert [et al.] // Am. J. Rhinol. – 2000. – N 14. – P. 279–290.
8. The up-regulated expression of tenascin C in human nasal polyp tissues is related to eosinophil-derived transforming growth factor beta1 / Z. Liu [et al.] // Am. J. Rhinol. – 2006. – N 20. – P. 629–633.

Вохидов Улугбек Нуридинович – старший научный сотрудник-соискатель каф. оториноларингологии Ташкентской медицинской академии. Республика Узбекистан, 100109, г. Ташкент, ул. Фароби, д. 2; тел.: (+99890) 345-45-82, (8-371) 262-51-67, e-mail: dr_ulugbek@list.ru

УДК 616.714.3-007.1-089.844+616.211-003.282

КРИТЕРИИ ВЫБОРА СПОСОБА ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У БОЛЬНЫХ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ

С. С. Гайдуков, А. Н. Науменко

THE CHOICE CRITERIA OF ENDOSCOPIC TRANSNASAL SURGICAL APPROACH TO RECONSTRUCTION OF SKULL BASE DEFECTS IN PATIENTS WITH CEREBROSPINAL FLUID LEAK

S. S. Gaidukov, A. N. Naumenko

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

В статье описываются критерии выбора метода пластики дефекта основания черепа у больных назальной ликвореей с применением местных васкуляризированных лоскутов. Всего было прооперировано 24 пациента с различной локализацией ликворной фистулы, при этом у 22 пациентов дефект был успешно закрыт после первого хирургического вмешательства. Основными критериями выбора метода хирургического лечения являлись локализация и размер дефекта основания черепа.

Ключевые слова: назальная ликворея, местные питаемые лоскуты, дефект основания черепа.

Библиография: 8 источников.

In this article are described the methods of endoscopic transnasal reconstruction of skull base defects with vascularized flaps. The total of 24 patients with different localization of CSF fistula underwent surgical intervention. In 22 cases defect was successfully managed from the first attempt. The basic criteria of endoscopic transnasal surgical approach to reconstruction of skull base defects were the size of defect and its localization.

Key words: cerebrospinal fluid leak, skull base defect, vascularized flap.

Bibliography: 8 sources.

Назальная ликворея – заболевание, связанное с нарушением целостности анатомических образований, отграничивающих полость черепа от полости носа и околоносовых пазух, и, как следствие, истечением ликвора из полости носа. По причинам возникновения назальная ликворея бывает посттравматической (80–90%), ятрогенной (10%) и спонтанной (3–4%) [1, 2, 8].

По данным различных авторов, назальная ликворея, продолжающаяся в течение года, в 10–20% случаев осложняется гнойным менингитом, а также может приводить к другим грозным осложнениям, таким как абсцесс головного мозга, пневмоцефалия и др.

Лечение назальной ликвореи включает как консервативные, так и хирургические методы. В последние 30 лет особое внимание уделяется трансназальным методам пластики дефектов

основания черепа с применением эндовидеоскопической техники [3, 5–8], так как данные вмешательства отличаются меньшей травматичностью, позволяют максимально сохранить целостность важнейших анатомических образований, являются более функциональными по сравнению с транскраниальными нейрохирургическими доступами. Эффективность пластики ликворных свищей с использованием трансназальных эндоскопических методик, по данным различных авторов, составляет от 70 до 97% [1, 4, 5, 8].

Цель исследования. Определение критериев выбора способа трансназальной эндоскопической пластики дефектов основания черепа различной локализации и размеров с применением местных васкуляризированных лоскутов у пациентов с назальной ликвореей.



УДК 616.22+616.23-089.819.4

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНЫМ КАНЮЛЕНОСИТЕЛЬСТВОМ

Н. Р. Гогорева

THE TACTICS OF PATIENTS WITH PROLONGED TRACHEAL CANNULATION

N. R. Gogoreva

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

В рамках проводимых исследований на базе ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова с 2011 по 2013 год было обследовано и пролечено 98 пациентов – хронических канюленосителей в возрасте от 18 до 75 лет. В статье определены причины, способствующие развитию осложнений, связанных с хроническим канюленосительством, систематизированы виды возможных осложнений, разработаны меры профилактики осложнений. Разработаны алгоритмы обследования пациентов – хронических канюленосителей, определена зависимость между частотой, тяжестью осложнений и видом трахеальной канюли. Кроме того, подробно разобраны и оценены все возможные варианты лечения пациентов с осложнениями от длительного канюленосительства.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, различные травмы, стенозы гортани и трахеи, канюленосительство, качество жизни.

Библиография: 11 источников.

As part of research at the Moscow Clinical Hospital №1 named by N.I. Pirogov from 2011 to 2013 98 chronic tracheostomy cannulated patients were examined and treated (from 18 to 75 years). This article introduces the reasons that contribute to the development of complications associated with chronic tracheostomy cannulation, systematized kinds of possible complications, prevention of complications. The article presents the algorithms of examination chronic tracheostomy cannulated patients, the ratio between the frequency and severity of complications. Also, are discussed in detail and evaluated all possible variants of treatment of patients with complications from prolonged tracheal cannulation. .

Key words: thyroid disease, multiple injuries, stenosis of the larynx and trachea, tracheal cannulation, quality of life.

Bibliography: 11 sources.

Причины развития стенозов гортани и трахеи разнообразны. Наиболее типичными этиологическими факторами повреждений гортани и трахеи являются реанимационные травмы (интубация и трахеостомия), наружные ранения шеи, ятрогенные травмы, последствия операций на щитовидной железе и полых органах шеи, нарушающие функцию дыхания [3, 9, 11].

Большое значение в патогенезе рубцовой трансформации гортани и трахеи имеет общее состояние организма. Несмотря на успехи гортанно-трахеальной хирургии, значительное число больных остаются хроническими канюленосителями из-за невозможности или неэффективности восстановительного хирургического лечения [1, 2, 6].

Трахеостомические канюли и различные гортанно-трахеальные протезы, осуществляющие роль дыхательной трубки, являются инородными телами, вызывающими различной тяжести повреждения структур гортани и трахеи. Нарушение микроциркуляции приводит к нарушению созревания соединительной ткани, которое обуславливает рецидивирующее течение рубцового стеноза, развитие хондролитизиса, способствующего необратимому замещению гиалиновых хрящей на грубоволокнистую фиброзную ткань [8, 10, 11].

Неадекватный размер трахеостомической трубки, несоответствие формы анатомическим размерам и конфигурации трахеи нередко способствуют разрастанию грануляционной ткани, возникновению кровохарканья, кашля и расстройству дыхания, что напрямую угрожает жизни больного. Постоянный кашель приводит к травме канюлей слизистой оболочки трахеи в области дистального конца трубки. Обтурация просвета трахеостомической трубки является осложнением, угрожающим жизни больного. В связи с этим улучшение качества жизни больных и профилактика возникновения осложнений, связанных с канюленосительством, остается актуальной задачей [4, 5, 7].

Цель работы. Определить причины, способствующих развитию осложнений, связанных с хроническим канюленосительством, систематизировать виды возможных осложнений и разработать меры их профилактики.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением с 2011 по 2013 г. амбулаторно и в условиях ЛОР-стационара ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова обследовано и пролечено 98 больных – хронических канюленосителей в возрасте от 18 до 75 лет, из них 50 женщин и 48 мужчин. Большинство



УДК 616.216.1-002-036.12-089

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА

Д. С. Горин

MODERN VIEWS ON THE SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC SINUSITIS

D. S. Gorin

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

В данной статье представлены современные аспекты хирургического лечения хронического синусита. Представлена история развития ринопластики, ее совершенствование. Доказана актуальность высокоспециализированного хирургического лечения при хронической патологии околоносовых пазух. Освещена современная высокоспециализированная операция – баллонная синус-дилатация околоносовых пазух. Описана техника ее проведения. Приведены данные выполненных нами исследований в до- и послеоперационном периодах. Освещены дальнейшие перспективы развития методики в современной оториноларингологии. Статья имеет актуальное значение для практической оториноларингологии.

Ключевые слова: острые синуситы, хронический синусит, эндоскопическая хирургия полости носа, баллонная синус-дилатация.

Библиография: 14 источников.

This Article presents the modern aspects of the surgical treatment of chronic sinusitis. The history of the development of rhinosurgery, its improvement. The relevance of highly specialized surgical treatment of chronic diseases of the paranasal sinuses. Presented modern highly specialized surgery – balloon sinus dilation paranasal sinuses, it`s technique. The data of our research on the pre-and postoperative period. Highlights the prospects of development of this technique in modern otorhinolaryngology. This article is relevant for practical otorhinolaryngology.

Key words: acute sinusitis, chronic sinusitis, endoscopic surgery of the nasal cavity, balloon sinus dilation.

Bibliography: 14 sources.

Заболевания околоносовых пазух (ОНП) – одна из наиболее распространенных патологий верхних дыхательных путей. Со временем интерес к данной патологии не снижается, а лишь растет. Число пациентов с воспалительными заболеваниями ОНП сохраняется на высоком уровне в нашей стране и за ее пределами, несмотря на разработку и внедрение новых прогрессивных методов диагностики и лечения заболеваний [6, 4]. По самым скромным подсчетам, в России синуситы ежегодно переносят около 10 млн человек. По мнению ряда авторов, в структуре заболеваний ЛОР-стационаров синусит составляет от 18 до 36% [7, 9]. По последним эпидемиологическим данным, ежегодно каждый взрослый человек в России переносит 2–3 эпизода синусита [3, 7, 9]. Хронические синуситы приводят к временной нетрудоспособности, но что еще важнее, они оказывают значительное влияние на качество жизни пациентов [2, 7].

Современная ринопластика сделала большой скачок от момента своего появления. Мы наблюдаем тенденцию к переходу от более радикальных операций к более узким, высокоспециализированным, с использованием современной дорогостоящей техники.

Как мы уже знаем для проведения хирургического лечения важным являются показания, которые бывают абсолютными и относительными.

Абсолютными показаниями к хирургическому лечению заболеваний пазух являются: развитие осложнений синуситов, растущее мукоцеле, грибковые синуситы и подозрение на неопластические процессы.

Относительные показания включают в себя присутствие симптоматических полипов слизистой оболочки полости носа и ОНП, лечение которых консервативными методами неэффективно, а также симптоматические хронические и рецидивирующие острые синуситы, не поддающиеся консервативной терапии [12].

Выделяют радикальные и щадящие виды оперативных вмешательств на ОНП. Выбор тактики хирургического лечения индивидуален для каждого больного в зависимости от самой патологии, длительности и течения заболевания, анатомических особенностей строения пазух и структур полости носа.

Показаниями для радикальных операций на ОНП с экстраназальным доступом, полным удалением слизистой оболочки и формированием



УДК: 616.441-089.168.1-06: 616.22-008.5

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т. В. Готовяхина

REASONS OF DYSPHONIA AFTER THYROID SURGERY

T. V. Gotovyakhina

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

ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург, Россия
(Главный врач – засл. врач РФ, проф. О. В. Емельянов)

Появление дисфонии после операции на щитовидной железе (ЩЖ) считается основным симптомом пареза мышц гортани. В работе анализированы результаты ларингоскопии у 174 пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на ЩЖ и предъявлявших жалобы на нарушение голосовой функции на 2–3-е сутки послеоперационного периода. В 73,6% случаев изменение голосовой функции не было связано с повреждением возвратного гортанного нерва.

Ключевые слова: осложнения тиреоидэктомии, дисфония в послеоперационном периоде, парез мышц гортани.

Библиография: 15 источников.

Dysphonia after thyroid surgery is the main symptom of vocal cord paresis. We analyzed results of laryngoscopy in 174 patients who complained to the voice dysfunction after thyroid surgery. The changes of voice function were not associated with recurrent laryngeal nerve damage in 73,6% of cases.

Key words: complications after thyroidectomies, dysphonia in the postoperative period, vocal cord paresis.

Bibliography: 15 sources.

Парез мышц гортани является специфическим осложнением, наступающим в ходе операций на ЩЖ. Частота повреждения возвратного гортанного нерва значительно уменьшается по мере углубления знаний анатомии и накопления опыта хирургом. Визуальный контроль нерва является основным моментом безопасности таких вмешательств, но немногие врачи в нашей стране придерживаются этой методики, поэтому количество парезов и параличей мышц гортани остается высоким и варьирует от 0,1 до 4,1% и выше [4, 5].

Один из важных клинических симптомов пареза мышц гортани, на который могут ориентироваться эндокринные хирурги в первые сутки после операции, это дисфония, но данный признак не является специфичным. Повреждение возвратного гортанного нерва не всегда отражается на голосе больного и может в ряде случаев протекать бессимптомно [1, 6, 8, 13]. В то же время жалобы на изменение голосовой функции в раннем послеоперационном периоде могут быть связаны с изолированной травмой наружной ветви верхнего гортанного нерва или травмой гортани во время интубации, а также с функциональными изменениями, проявляющимися снижением тонуса мышц голосовых складок [7, 11, 12, 14, 15]. В этих случаях установить правильный диагноз можно лишь при ларингоскопии [8, 9].

В ряде клиник до- и послеоперационная ларингоскопия входит в перечень обязательных

методов исследования [5]. В то же время в литературе имеются указания на неполное или несвоевременное обследование гортани после операций на ЩЖ, когда ларингоскопия выполняется лишь при явных симптомах травмы возвратного гортанного нерва с развитием дисфонии либо стеноза гортани [2, 3, 10].

Цель работы. Определить причины дисфонии в раннем послеоперационном периоде при хирургических вмешательствах на ЩЖ.

Пациенты и методы. Обследованы 390 пациентов, страдающих заболеваниями ЩЖ, оперированных в плановом порядке в Санкт-Петербургском центре хирургии органов эндокринной системы на базе Городской Мариинской больницы за период с июля 2009 по июль 2011 г. Хирургическое вмешательство выполнено по поводу узловых форм зоба и фолликулярных аденом у 260 (66,7%), диффузного токсического зоба – 73 (18,7%), рака ЩЖ Т1-3 – 57 (14,6%) больных. Из исследования исключены пациенты, у которых выявлен дооперационный парез или паралич мышц гортани, пациенты, ранее перенесшие хирургическое вмешательство на ЩЖ, а также страдавшие раком ЩЖ Т4 либо перенесшие вмешательства на лимфоузлах шеи вторым этапом после предшествующей тиреоидэктомии. Выполнены следующие виды операций: гемитиреоидэктомия у 119 (30,5%), субтотальная резекция ЩЖ – 112 (28,7%), тиреоидэктомия – 10 (2,4%) человек по поводу доброкачественных



УДК 616.22-009.12-089

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШОВНОЙ ЛАТЕРОФИКСАЦИИ ГОЛОСОВОЙ СКЛАДКИ И ПАРЦИАЛЬНОЙ ХОРДАРИТЕНОИДЕКТОМИИ У ПАЦИЕНТКИ С ПАРАЛИТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ ГОРТАНИ

О. И. Долгов

EXPERIENCE OF APPLICATION OF SEAM LATEROFIXATION OF VOICE FOLDS AND PARTIAL CORDARYTENOIDECTOMY PATIENTS WITH PARALYTIC STENOSIS OF LARYNX

O. I. Dolgov

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

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

В статье приведен клинический случай применения различных методик окончательного увеличения просвета голосовой щели у пациентки, страдающей паралитическим стенозом гортани. На различных этапах лечения были использованы методики временной шовной латерофиксации голосовой складки, окончательной латерофиксации голосовой складки, а также парциальной хордаритеноидэктомии с контрлатеральной стороны. Для оценки результатов лечения использовали данные ФВД и метод оценки цифровых изображений.

Автор приходит к выводу, что все предложенные методики могут обеспечить достаточный просвет голосовой щели, хотя парциальная хордаритеноидэктомия является более надежной.

Ключевые слова: стеноз гортани, хордаритеноидэктомия, латерофиксация.

Библиография: 15 источников.

The paper presents a case of application of various techniques of final increase of the lumen of the glottis, the patient suffering paralytic stenosis of the larynx. At different stages of treatment were used methods of temporary vocal fold suture laterofixation, final vocal fold laterofixation, as well as partial cordarytenoidectomy with the contralateral side. To evaluate the results of treatment were used external respiration function data and the method of assessing of digital images.

The author comes to the conclusion that all of the proposed techniques may allow sufficient airway lumen, although partial cordarytenoidectomy is more reliable.

Key words: laryngeal stenosis, cordarytenoidectomy, laterofixation.

Bibliography: 15 sources.

В настоящее время в структуре этиологии поражения гортанных нервов ведущие позиции занимает хирургическая травма, в частности операции на щитовидной железе. Анализ литературы показывает, что процент интраоперационной травматизации, как правило, зависит от delicatности выполнения хирургического вмешательства, особенностей топографии возвратного нерва, а также от характера основного и сопутствующего заболеваний.

Говоря о delicatности выполнения хирургического вмешательства и сопоставляя его с характером основного заболевания, представляется интересным привести следующие статистические данные. Согласно анализу литературы при выполнении струмэктомий по поводу злокачественных новообразований частота повреждения гортанных нервов достигает 30%, в то время как при доброкачественном процессе встречаемость подобного осложнения колеблется в пределах от 0,3 до 15,1% [3, 5, 8, 13–15]. Опыт проведения струмэктомий на хирургической системе Робот да Винчи (da Vinci Robot) демонстрирует значи-

тельное снижение случаев паралича и пареза возвратного нерва. Так, Kang et. al. (2009) и Lee et. al. (2010), изучая опыт использования телероботохирургии при лечении злокачественных образований щитовидной железы более чем у 1300 пациентов, наблюдали транзитное поражение верхнегортанного нерва (ВГН) в 3,8–4,3% случаев, в то время как перманентное поражение ВГН было зафиксировано лишь у 0,5–0,8% больных [9, 12].

Наличие фоновых сопутствующих заболеваний (коагулопатия, иммуносупрессия, нарушение обменных процессов) может также влиять на встречаемость интраоперационных и послеоперационных осложнений. В частности, сахарный диабет (СД) обычно расценивают как отягощающий фактор развития осложнений при хирургических вмешательствах. В литературе имеются данные о более частой встречаемости паралича возвратного нерва у пациентов после струмэктомии на фоне СД (4,5–5,3%) в сравнении с контрольной группой (1,4–4,1%) [4]. Развитие раневой инфекции и кровотечения в послеопера-



6. Laser cordotomy for the treatment of bilateral vocal cord paralysis in infants / A. Lagier [et. al.] // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2009. – Vol. 73, N 1. – P. 9–13.
7. Laser microsurgical bilateral posterior cordectomy for the treatment of bilateral vocal fold paralysis / A. Olthoff [et. al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2005. – Vol. 114, N 8. – P. 599–604.
8. Michael S. Benninger, Anne Hseu, Laser surgical of bilateral vocal fold immobility // Head. and Neck. Surgery. – 2011. – Vol. 22, N 2. – P. 116–121.
9. Perioperative clinical outcomes after robotic thyroidectomy for thyroid carcinoma: a multicenter study. / J. Lee [et. al.] // Surg Endosc. – 2011. – Vol. 25, N 3. – P. 906–912.
10. Polednak A. P. Vocal fold palsy after surgery in elderly thyroid cancer patients with versus without comorbid diabetes. Surgery. – 2009. – Vol. 145, N 6. – P. 685–686.
11. Posterior cordectomy. Our experience / M. Landa [et. al.] // Acta Otorrinolaringol Esp. – 2012. – Vol. 63, N 1. – P. 26–30.
12. Robotic thyroid surgery using a gasless, transaxillary approach and the da Vinci S system: the operative outcomes of 338 consecutive patients / S. W. Kang [et. al.] // Surgery. – 2009. – Vol. 146, N 6. – P. 1048–1055.
13. Roh J. L., Yoon Y. H., Park C. I. Recurrent laryngeal nerve paralysis in patients with papillary thyroid carcinomas: evaluation and management of resulting vocal dysfunction // Am J Surg. – 2009. – Vol. 197, N 4. – P. 459–465.
14. Rubin A. D., Sataloff R. T. Vocal fold paresis and paralysis // Otolaryngol. Clin. North. Am. – 2007. – Vol. 40, N 5. – P. 1109–1131.
15. Single institutional analysis of trends over 45 years in etiology of vocal fold paralysis / S. Takano [et. al.] // Auris Nasus Larynx. – 2012. – Vol. 39, N 6. – P. 597–600.

Долгов Олег Игоревич – аспирант каф. оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; тел.: 8-921-845-03-51, e-mail: oidolgov@yandex.ru

УДК 616.28-008.28

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КАЛЬЦИЯ ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Н. В. Дубинская

THE STUDY OF CALCIUM METABOLISM IN SENSORINEURAL HEARING LOSS

N. V. Dubinskay

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия
(Зав. каф. болезней уха, горла, носа – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)*

Рост заболеваемости сенсоневральной тугоухостью среди населения различных возрастных групп отмечается многими исследователями. Не теряет актуальности проблема поиска эффективных способов лечения, а также патогенетических механизмов заболевания. Проведен анализ историй болезни 61 больного с сенсоневральной тугоухостью в возрасте от 21 до 64 лет. Выявлены нарушения метаболизма кальция костной ткани, изменение показателей содержания кальция в сыворотке крови.

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

Библиография: 11 источников.

Incidence rate of sensorineural hearing loss among the different age groups of population has been marked by different researchers. A problem of finding the effective treatment methods remains crucial, alongside with the problem of pathogenic disease mechanisms. An analysis of 61 patients suffering from sensorineural hearing loss aging from 21 to 64 years has been made. The calcium metabolism dysfunction in osseous tissue, and the alternation of calcium content in blood serum has been revealed.

Key words: sensorineural hearing loss, auditory function, calcium metabolism.

Bibliography: 11 sources.

Снижение слуха относится к видам социальной недостаточности, вызывающим нарушения жизнедеятельности человека [2], что определяет необходимость исследования патогенетических механизмов сенсоневральной тугоухости и поис-

ка средств для коррекции нарушений слуховой функции. В последние годы особое внимание стали уделять изучению сдвигов электролитного баланса в развитии патологических состояний в организме, в частности изучению роли кальцие-



ЛИТЕРАТУРА

1. Водно-электролитный и кислотно-основной баланс (краткое руководство) / М. М. Горн [и др.] // Пер. с англ. – СПб: Невский диалект-Бином, 2000. – 320 с.
2. Дмитриев Н. С., Таварткиладзе Г. А., Бирюлина Ю. К. Клинико-функциональные критерии ограничения жизнедеятельности лиц с нарушениями слуха: сб. мат. 3-го нац. конгресса аудиологов и 7-го междунар. симп. «Современные проблемы физиологии и патологии слуха». – М., 2009. – С. 74–75.
3. Золотова Т. В., Панченко С. Н. Экспериментальная сенсоневральная тугоухость ототоксического генеза у животных: апоптический путь гибели клеток спирального органа // Вестн. оторинолар. – 2010. – № 4. – С. 29–32.
4. Золотова Т. В. Сенсоневральная тугоухость. – Ростов-на-Дону: Книга, 2013. – 544 с.
5. Зенков Н. К., Ланкин В. З., Менщикова Е. Б. Окислительный стресс. Биохимические и патофизиологические аспекты. – М.: Медицина, 2001. – 343 с.
6. Камышников В. С. Карманный справочник врача по лабораторной диагностике. – 5-е изд. – М: МЕДпресс-информ, 2012. – 400 с.
7. Ланкин В. З., Тихадзе А. К., Беленков Ю. Н. Свободнорадикальные процессы в норме и при патологических состояниях: пособие для врачей. – М.: Медицина, 2001. – 78 с.
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.]. IV Междунар. симп. «Современные проблемы физиологии и патологии слуха». – М., 2001. – С. 189–191.
10. Henry P. D. Atherogenesis calcium and Calcium antagonists // Am. J. Cardiol. – 1990. – N 66. – P. 31–61.
11. Raffenbeul W. Anti-atherosclerotic properties of nifedipine. Benefit of early intervention to prevent. Cardio-Vascular complications // Cardiology. – 1997. – N 88 (suppl.). – P. 52–54.

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

УДК 616.281-008.55-089.819

ЛАЗЕРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА КОСТНУЮ КАПСУЛУ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА ИМПУЛЬСНЫМ ND:YAG-ЛАЗЕРОМ DORNIER (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

М. Ю. Егорова

LASER IMPACT ON BONE CAPSULE HORIZONTAL SEMICIRCULAR CANAL BY IMPULSE ND: YAG DORNIER LASER (EXPERIMENTAL STUDY)

М. Y. Egorova

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

Лазеродеструкция вестибулярных рецепторов ампулы горизонтального полукруглого канала с помощью энергии ND:YAG-лазера – универсальный, высокоэффективный и безопасный способ лечения больных с болезнью Меньера. В статье представлены результаты экспериментального исследования по изучению влияния лазерного воздействия серийного импульсного ND:YAG-генератора на костную капсулу горизонтального полукруглого канала (ГПК) препаратов височных костей. Показано, что мощность импульсного лазерного воздействия на костную стенку ГПК зависит от двух переменных величин – угла наклона световода и толщины костной капсулы ГПК. Отработаны оптимальная мощность воздействия, а также максимальная – при которой образуется перфорация костной стенки ГПК. В клинической практике необходимо максимально тщательно соблюдать отработанные в эксперименте параметры.

Ключевые слова: болезнь Меньера, лазеродеструкция, импульсный ND:YAG-лазер.

Библиография: 34 источника.

Laser destruction of the vestibular receptors of horizontal semicircular canal (HSC) capsule applying the energy of ND: YAG laser – a versatile, highly effective and safe method for the treatment of patients with



Meniere's disease. The article presents the results of an experimental study on the effect of laser irradiation serial impulse of ND: YAG laser designed by Dornier company on bone capsule horizontal semicircular canal (HSC) preparations of the temporal bones. It is shown that the power of the pulsed laser irradiation on bone wall of the HSC depends on two variables – the angle of the light fiber and thickness of bone capsule of HSC. The optimal and maximum power impact are defined – in which the perforation of bone wall of HSC takes effect. In clinical practice, the exact experiment parameters should be preserved.

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

Bibliography: 34 sources.

Одной из причин патологических состояний организма, сопровождаемых изнуряющими головокружениями, является болезнь Меньера. По мнению многих авторов, болезнь Меньера – самостоятельное заболевание. Однако, если клиническая картина болезни изучена достаточно полно, то четкого представления и единства во взглядах на этиологию и патогенез этого заболевания нет, что определяет актуальность дальнейшего изучения болезни Меньера и многообразие методов лечения, среди которых выделяют консервативные и хирургические [7, 10, 12, 26]. Само многообразие консервативных методов лечения болезни Меньера свидетельствует о том, что ни один из них не обладает выраженной и стабильной эффективностью. На сегодняшний день консервативное лечение носит эмпирический характер без стойкого эффекта, что повышает интерес научного сообщества к хирургическим методам лечения [10–15].

При явной неэффективности консервативного лечения целесообразны различные хирургические вмешательства: как щадящие (слухосохраняющие), так и деструктивные. Различные виды хирургических вмешательств, предлагаемые как способ лечения болезни Меньера, продолжают дискутироваться среди оториноларингологов. Решение вопроса о выполнении операции и выбор методики хирургического вмешательства часто диктуются индивидуальными предпочтениями хирурга, его опытом, техникой и оснащением для хирургического вмешательства. Отохирург, как правило, использует тот инструмент и метод, которые лучше всего подходят для решения стоящих перед ним задач.

Мы считаем, что с современных позиций целью хирургического лечения болезни Меньера является не только купирование приступов головокружения, но и сохранение или улучшение слуха, что позволяет затормозить естественное течение заболевания и предотвратить прогрессивное снижение слуха на длительный период. Таким методом, несомненно является лазеродеструкция ампулярного рецептора ГПК [6, 7, 9, 10, 15–17, 21].

М. П. Николаевым (1985) впервые был разработан и экспериментально обоснован метод лечения болезни Меньера путем локального воздействия на вестибулярные рецепторы ампулы горизонтального полукружного канала излучением импульсного неодимового лазера [9].

Сотрудниками Московского НИИ уха, горла и носа под руководством О. К. Пятакиной был создан опытный образец хирургической лазерной отологической установки «Лабиринт» (длина волны 1060 нм, длительность воздействия 2 мс) и разработаны медико-технические требования. Горизонтальный полукружный канал был избран для лазерного воздействия на его ампулярный рецептор в связи с тем, что у человека, в силу его вертикального положения, именно этот канал является ведущим для восприятия угловых ускорений. Лазерное воздействие вызывает угнетение возбудимости его вестибулярного рецептора и, таким образом, позволяет предотвратить развитие у больных приступов головокружения. По результатам клинического исследования лазерная деструкция лабиринта стала симптоматическим методом купирования приступов вестибулярной дисфункции за счет деструктивных изменений биоструктур ампулы облученного полукружного канала в отсроченном периоде. Воздействие лазерного излучения направлено избирательно на подавление вестибулярной функции лабиринта с сохранением кохлеарной.

Лазеродеструкция вестибулярных рецепторов ампулы горизонтального полукружного канала – особый вид хирургического лечения болезни Меньера, который позволяет избавить пациента от головокружений с сохранением слуховой функции, в том числе и в отдаленные сроки наблюдения [1, 2, 5–7, 9, 14–16, 21]. Однако следует иметь в виду, что для сохранения слуха в момент операции на горизонтальном полукружном канале (ГПК) необходимо выполнять следующее условие – не перфорируют его костную стенку, в противном случае наступит сенсоневральная глухота. Учитывая, что для целей лазеродеструкции впервые используется импульсный ND:YAG-лазер, который сопоставим с прототипом – квантовым неодимовым импульсным генератором «Лабиринт» длиной волны (1,06 нм), но отличается временем воздействия (минимальная экспозиция – 50 мс в отличие от установки «Лабиринт» – 2 мс), обосновывается необходимость проведения экспериментального исследования с целью отработать оптимальную мощность лазерного воздействия, а также максимальную мощность, при которой образуется перфорация в костной стенке ГПК.

Материал и методы. На основании вышеизложенного было проведено экспериментальное



26. Hearing loss fluctuating with blood sugar levels in Ménière's disease / M. J. Rudd [et al.] // J. Laryngol. Otol. – 1993. – Vol. 107. – N 7. – P. 620–622.
27. Infralabyrinthine approach to vestibular neurectomy in Menière's disease / K. Tomoda [et al.] // Acta Otorinolaryngol. (Stockh). – 1995. – Suppl. 519. – P. 230–233.
28. Pappas D. G. Jr., Pappas D. G. Sr. Vestibular nerve section: long-term follow-up // Laryngoscope. – 1997. – Vol. 107. – N 9. – P. 1203–1209.
29. Preliminary investigation of fat embolization from pulsed ruby laser impacts of bone / L. Goldman [et al.] // Nature. – 1969. – Vol. 221. – P. 361–363.
30. Saeed S. Diagnosis and treatment of Meniere's disease // British medical j. – 1998. – Vol. 316. – P. 368–372.
31. Selective vestibular ablation in monkeys by laser irradiation / C. Wilpizeski [et al.] // Laryngoscope. – 1972. – Vol. 82. – N 6. – P. 1045–1058.
32. Stahle J., Högberg L., Engström B. The laser as a tool in inner-ear surgery // Acta Otolaryngol. – 1972. – Vol. 73. – N 1. – P. 27–37.
33. Time course of vestibular function in patients with Menière's disease following vestibular nerve section / L. Koizuka [et al.] // Acta Otolaryngol. (Stockh). – 1995. – Suppl. 519. – P. 234–237.
34. Wilpizeski C., Sataloff J. Long-term consequences of vestibular ablation by laser in a monkey // Laryngoscope. – 1974. – Vol. 84. – N 2. – P. 273–280.

Егорова Маргарита Юрьевна – мл. н. с. научно-клинического отдела заболеваний уха Научно-клинического центра оториноларингологии. Россия, 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: 8-499-196-64-59; 8-926-249-29-41, e-mail: egorovamu@yandex.ru

УДК 616.284-004-089.844:615.463

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА ДЛЯ КРЕПЛЕНИЯ СТАПЕДИАЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ РАЗРУШЕНИЯХ ДЛИННОГО ОТРОСТКА НАКОВАЛЬНИ

С. А. Еремин

EFFECTUAL OF GLASS-IONOMER CEMENT FOR FIXING PROSTHESES STAPEDIAL DESTRUCTION AT LONG PROCESS ANVIL

S. A. Eremin

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

Исследовано 11 пациентов с отосклерозом, из которых 10 оперированы повторно. У всех обнаружены дефекты длинного отростка наковальни, препятствующие проведению стапедопластики «обычным способом». Проведено укрепление протезов на остатках наковальни стеклоиономерным цементом. Выполнена сравнительная оценка функциональных результатов в раннем и отдаленном послеоперационных периодах. В результате операций не отмечалось значимого изменения порогов звуковосприятия при уменьшении порогов звукопроводения и костно-воздушного интервала (до операции $40,44 \pm 3,13$ дБ, после – $20,92 \pm 1,15$ дБ; $p = 0,02$). В отдаленном послеоперационном периоде у пациентов средние цифры костно-воздушного интервала составляли 12–18 дБ. Укрепление стапедимального протеза на культе длинного отростка наковальни стеклоиономерным цементом позволяет добиться стабильного положительного результата восстановления слуха.

Ключевые слова: среднее ухо, дефект слуховых косточек, стеклоиономерный цемент, слухоулучшающая операция, стапедопластика, оссикулопластика, титановые протезы, k-piston, малеостапедопластика.

Библиография: 13 источников.

We studied 11 patients with otosclerosis, with defect of long processus of incus. Ten patients were operated earlier above two or more times. Stapedoplasty perform ordinary method, they were impossible. Prostheses was fixed on the incus with glass ionomer cement. The evaluation of functional results in the early and late postoperative period. Was no significant changes sound perception, sound conduction get better. Decreased bone-air range in the early postoperative period (before $40,44 \pm 3,13$ dB after ten days $20,92 \pm 1,15$ dB; $p = 0,02$) and six

months after surgery, he reached 12–18 dB. Application of glass-ionomer cement in the destruction of the long process of incus at stapedoplasty allows us to achieve a stable positive result hearing recovery.

Key words: middle ear, defect of the incus, glass-ionomer cement, surgery improves hearing, stapedoplasty, ossikuloplasty, titanium prostheses, k-piston, maleostapedoplasty.

Bibliography: 13 sources.

Пациенты с нарушением слуха составляют значительную часть населения и, учитывая социальную значимость их недуга, нуждаются в восстановлении нарушенных болезнью видов жизнедеятельности, т. е. в реабилитации [4, 6, 10]. По данным ВОЗ, тугоухость и глухота выявляются у 6–8% населения [9].

Одной из патологий, приводящей к стойкому снижению слуховой функции, является отосклероз, поражающий до 1% населения. Единственное лечение этого заболевания, не говоря о компенсации слуха с помощью слухового аппарата, хирургическое. Проводимые реконструктивные операции при нарушении звукопроводения у больных отосклерозом в большинстве случаев эффективны [5, 7, 8], однако осложнения в послеоперационном периоде нередки и развиваются у 6–11,7% оперированных больных [1–3]. Проблемой остается возникновение асептического некроза длинного отростка наковальни в месте крепления протеза после проведения стапедопластики, приводящего к неблагоприятным функциональным результатам и необходимости реоперации [11, 13]. Установить при этом типичный стапедиальный протез может быть затруднительно или невозможно, а малеостапедопластика не так эффективна [1, 12]. Поэтому сохраняется проблема проведения эффективной стапедопластики в трудных анатомических случаях при разрушении длинного отростка наковальни.

Цель работы. Повысить эффективность стапедопластики при разрушениях длинного отростка наковальни, используя стеклоиономерный цемент.

Пациенты и методы. Обследовано 11 человек, страдающих отосклерозом, которым была проведена стапедопластика. У всех пациентов были обнаружены разрушения длинного отростка наковальни (ДОН). Этим пациентам ввиду невозможности укрепления оссикулярных протезов обычным способом фиксацию протезов про-

водили стеклоиономерным цементом (СИЦ). На остальных этапах хирургическое лечение выполняли по стандартной методике.

Из анамнеза установлено, что отличительной особенностью обследуемой группы пациентов являлось значительно большее число пациентов, перенесших ранее стапедопластику на исследуемом ухе, чем оперированных впервые (табл.).

В некоторых случаях (10 наблюдений) некроз длинного отростка наковальни при реоперации обнаруживался в местах крепления протеза и приводил к флюктуации, дислокации, соскальзыванию протеза и снижению слуха (рис. 1, а). Только в одном наблюдении был обнаружен дефект длинного отростка наковальни при первичной операции.

Зафиксировать протез у пациентов исследуемой группы на остатке ДОН не представлялось возможным. Даже при значительных усилиях при «обжатии» головки протеза на остатках ДОН протез легко слетал при малейших движениях наковальни или молоточка или вообще не фиксировался. В этих случаях для надежной фиксации использовали СИЦ. После предварительной подготовки наковальни и гемостаза на остатки ДОН накладывали протез и фиксировали с помощью СИЦ. Цемент наносили на культю отростка с частичным захватом тела наковальни (рис. 1, б). После экспозиции проверяли прочность соединения путем незначительного надавливания на рукоятку молоточка.

Сравнение функциональных результатов операции проводили, оценивая слуховую функцию по результатам тональной пороговой аудиометрии у пациентов до операции и через 10 суток и 6 месяцев на 4 частотах речевого диапазона (500, 1000, 2000, 4000 Гц), статистически обрабатывали сумму всех четырех частот, используя критерий знаков и критерий Вилкоксона.

Результаты исследования. Первоначально исследуемая группа характеризовалась наличи-

Т а б л и ц а
Характеристика количества предшествующих операций у пациентов с отосклерозом

Кратность операции	Пациенты
Впервые	1 (9,09%)
Второй раз	5 (45,45%)
Третий раз	4 (36,36%)
Четвертый раз	1 (9,09%)
<i>Итого: n (%)</i>	11 (100,00%)



ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ РИНОСИНУСОГЕННЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ СИНУСИТАМИ

О. И. Иванов

IMPACT EXPRESSIVENESS RHINOSINUSOGENIC HEADACHES TO EMOTIONAL STATUS OF PATIENTS WITH ACUTE SINUSITIS

O. I. Ivanov

ГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия
(Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, проф. В. В. Дворянчиков)

На современном этапе научных знаний, несмотря на многие попытки исследования влияния рино-синусогенных головных болей на эмоциональное состояние больных, выявить взаимосвязь со степенью выраженности боли не позволялось возможным в связи с противоречивостью и фрагментарностью данных об этом в литературе. Предложенная методика проведения опросов и теста Люшера позволяет эффективно оценивать выраженность нарушения эмоциональной сферы у больных острыми синуситами.

Ключевые слова: острый синусит, риносинусогенная головная боль, эмоциональный статус, цветовой тест Люшера.

Библиография: 7 источников.

Despite on numerous attempts to understand role of rhinosinusogenic headache on emotional status of patients had no success due to controverted and fragmental data in current literature. Present methodic of questionnaires and Lusher test allows to effectively evaluate level of emotional status disorders of patients with acute sinusitis

Key words: acute sinusitis, rhinosinusogenic headache, emotional status, color Lusher test.

Bibliography: 7 sources.

Цель исследования. Произвести оценку субъективной степени выраженности головной боли у больных острыми синуситами. Изучить влияние стандартной терапии на изменение эмоционального статуса пациентов с различной степенью выраженности риносинусогенных головных болей.

Пациенты и методы. Одним из факторов, влияющих на уровень выраженности головной боли является исходное эмоциональное состояние пациента [3, 6, 7]. Для оценки эмоционального статуса больных острыми синуситами использовался цветовой тест Люшера [1, 2, 4]. Была произведена выборка среди пациентов с острыми синуситами, страдающими головными болями. Испытуемые были разделены на три основные группы по степени выраженности головной боли в разгаре заболевания: тяжелой, средней и легкой степени выраженности. Оценка степени выраженности головной боли осуществлялась по специально разработанному опроснику, за основу которого был взят опросник оценки эффективности терапии головных болей Pfizer Pharma-2005 [5]. В первую группу вошли пациенты с количеством баллов по опроснику более 20, во вторую – от 10 до 20 и в третью – набравшие менее 10 баллов. В первую очередь оценивалась выраженность эмоционального напряжения, тревоги и способов компенсаторных механизмов для коррекции своей эмоциональной сферы

самими больными. Работа с опросниками и цветным тестом Люшера производилась при поступлении больных в ЛОР-стационар и при выписке. 1-я группа больных – тяжелая боль (количество баллов по опроснику больше 20). Распределение больных по группам представлено в таблице.

Как показало исследование, пациенты с тяжелой головной болью характеризовались повышенным уровнем тревоги, что нашло отражение в расположении цветов теста Люшера, где первые три позиции занимали дополнительные (неосновные) цвета. После проведенного лечения все первые места заняли основные цвета, что свидетельствует о кардинальном изменении в переживании тревоги и эмоциональном статусе. Расположение на первой позиции зеленого цвета свидетельствует о чувстве самостоятельности, невозмутимости, возвращении чувства самоконтроля, синего на втором месте – об обретении спокойствия и уравновешенности.

Обследуемых второй группы (со средней степенью выраженности головной боли) отличают чуть менее выраженные тревога и эмоциональная нестабильность, хотя расположение на первом месте желтого цвета позволяет говорить о некоторой внутренней напряженности при сохранении энергичности, активности. Вторая и третья позиции, на которых находятся неосновные цвета, лишь подчеркивают наличие повышенной напряженности у данной группы пациентов. Эффект



УДК 616.289(086.4):371.333:005.962.131

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ КОМПЛЕКСНОЙ МУЛЬТИМЕДИЙНОЙ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ В ОТОХИРУРГИИ

Г. Ф. Иоаннидес

EVALUATION OF A NEW COMPLEX MULTIMEDIA TRAINING PROGRAM IN OTO-SURGERY

G. F. Ioannides

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия
(Зав. каф. ЛОР-болезней лечебного факультета – проф. А. И. Крюков)

В статье представлено описание разработанной комплексной программы обучения хирургическим вмешательствам на ухе, состоящей из последовательной диссекции на искусственных и трупных височных костях при использовании компьютерной трехмерной модели височной кости и методического материала «Упражнения на височной кости». Проведена оценка разработанной комплексной программы обучения. Выявлено, что разработанная новая мультимедийная программа улучшает анатомические знания и хирургические навыки, превосходит другие стандартные формы обучения хирургии среднего уха, по мнению участников исследования. Разработанная компьютерная трехмерная модель уха проста и понятна для пользователя.

Ключевые слова: мультимедийная программа обучения, отохирургия, диссекция, височная кость, 3D-модель височной кости.

Библиография: 8 источников.

The article describes a comprehensive training program and developed surgical procedures on the middle ear, consisting of sequential dissection of artificial and cadaver temporal bones and using three-dimensional computer model of the temporal bone and methodological material "Exercises on the temporal bone". The evaluation developed a comprehensive training program. It was revealed that employing a new multimedia program improves anatomical knowledge and surgical skills superior to other standard forms of education of the middle ear surgery, according to participants. The developed three-dimensional computer model of the ear is simple and straightforward for the user.

Key words: multimedia training program ear surgery, dissection, temporal bone, 3D-model of the temporal bone.

Bibliography: 8 sources.

Отохирургия является сложной областью в связи с особенностями строения височной кости [1, 2]. Расширение спектра операций требует создания системы обучения отохирургии. К тому же современное развитие правовых отношений повышает ответственность хирурга перед пациентом. Так, в США за последние 30 лет было 58 судебных дел связанных с отохирургическими вмешательствами (мастоидэктомия – 48%, оссикулопластика – 21% и тимпанопластика – 16%), которые привели к потере слуха у 45% и повреждению лицевого нерва у 38%. В 31% случаев истца было выплачена компенсация в среднем \$1 131 189 [7].

В настоящее время имеется большой выбор литературы по диссекции и хирургии височной кости [3, 5, 6, 8]. В то же время данная литература не развивает пространственное понимание взаимоотношений структур височной кости. Именно поэтому важной составляющей обучения является работа на анатомических препаратах. Однако проблемы с этими препаратами в разных странах породили интерес к искусственным височным костям и симуляторам [4]. Данные технологии при-

ближают нас к настоящим препаратам и живой хирургии, но не заменяют их, к тому же они дорогие. Все это подчеркивает необходимость поиска новых недорогих технологий и создания алгоритма обучения отохирургии для повышения его эффективности.

Цель работы. Создание комплексной мультимедийной программы обучения в отохирургии и оценка ее эффективности.

Общая характеристика работы. Создание трехмерной модели височной кости. 3D-модель височной кости была создана на основе топографических данных [снимков компьютерной томографии (КТ) височных костей шагом 1–2 мм] 40 человек, не имеющих патологии наружного и среднего уха. Томограммы выполнены в отделении рентгеновской компьютерной томографии ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН (руководитель – докт. мед. наук Е. И. Зеликович) в аксиальных и коронарных проекциях в формате DICOM (стандарт цифровых изображений и коммуникации в медицине) в одном файле, которые затем были загружены в программу InVesalius®, что позволило создать 3D изображе-



6. Normal anatomy of aditus of antrum and antrum on high-resolution CT and three-dimensional reconstruction / X. Long [et al.] // Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. – 2012. – Vol. 26, N 16. – P. 747–750.
7. Ruhl D., Hong S., Littlefield P. Lessons learned in otologic surgery: 30 years of malpractice cases in the United States // Otology & Neurotology. – 2013 – Vol. 34, N 7. – P. 1173–1179.
8. Tos M. Manual of middle ear surgery: mastoid surgery and reconstructive procedures. – Thieme, 1995. – 432 p.

Иоаннидес Георгиос Форбес – аспирант каф. ЛОР-болезней лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова. Россия, Москва, тел.: 8(926)-616-60-10, ioannidesgeorgos@gmail.com

УДК 616.321:612.781

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С «КОМОМ В ГОРЛЕ»

А. А. Казакова

NEW FACILITIES OF TREATING PATIENTS WITH «GLOBUS SENSATION»

A. A. Kazakova

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

Проведено комплексное клиническое обследование 60 пациентов с жалобой на «ком в горле» в возрасте от 18 до 65 лет. У 40 пациентов выявлены психосоматические расстройства. Все пациенты получали терапию в зависимости от диагностированной соматической, оториноларингологической и психосоматической патологии. Впервые для лечения больных с «комом в горле» применен метод БОС-терапии в комплексе лечебных мероприятий. Пролечен 21 пациент. Применение предложенного метода позволило добиться значительного уменьшения выраженности симптоматики, что подтверждено объективными методами.

Ключевые слова: «ком в горле», парестезии верхних дыхательных путей, метод БОС-терапии.

Библиография: 33 источника.

A comprehensive clinical examination of 60 patients with a complaint of “globus sensation” aged of 18 to 65 years was analysed. A psychosomatic pathology was found in 40 patients. All patients were treated according to the identified somatic, ENT and psychosomatic pathology. For the first time the method of biofeedback therapy was applied in the complex therapy measures in the treatment of 21 patients with complaint of “globus sensation”. Application of this method led to a significant reduction of symptom, which was confirmed by objective methods.

Key words: globus sensation, paresthesias of upper respiratory tract, the method of biofeedback therapy.

Bibliography: 33 sources.

Парестезии верхних дыхательных путей – разновидность расстройства чувствительности в глотке, гортани. Клинические проявления парестезий верхних дыхательных путей разнообразны, к ним относятся ощущение «кома в горле» (КГ), першения, покалывания, онемения в глотке, в проекции гортани.

Наиболее часто встречается жалоба на ощущение КГ, которая составляет от 4,1 до 5% причин обращений к оториноларингологу [7, 25] и значительно ухудшает качество жизни пациентов [26].

Симптом КГ встречается среди мужчин и женщин средней возрастной группы (41–50 лет) [25, 30]. Ощущение КГ проецируется на передней поверхности шеи, по средней линии между

надгрудной вырезкой и щитовидным хрящом [22]. Для КГ характерно неболезненное ощущение инородного тела в горле, как правило, длительно и трудно поддающееся лечению, имеющее тенденцию к рецидивированию [7, 20], носит перемежающийся характер течения, сопровождающийся эзофагоспазмом, тревогой и страхом подавиться. Часто отмечаются дисфония, желание «сглотнуть» или откашляться, ощущение «пленки или скопления слизи», затруднение глотания, преимущественно слюны.

Эпизоды жалоб на ощущение КГ отмечены в анамнезе 46% практически здоровых людей [25]. Если жалоба носит постоянный характер и сопровождается канцерофобией, пациенты обращаются за помощью к врачам разных специальностей:



29. The study of allergic skin test in patients with globus pharyngeus: a preliminary report / Pariyanan Jaruchinda [et al.] // J. Med. Assoc. Thai. – 2009. – Vol. 92, N 4. – P. 531–536.
30. Thomson W., Heaton K. Heartburn and globus in apparently healthy people // Can. Med. Assoc. J. – 1982. – Vol. 126. – P. 46–48.
31. Three-dimensional computed tomography and surgical treatment for Eagle's syndrome / E. Beder [et al.] // Ear Nose Throat. – 2006. – Vol. – 85. – P. 443–445.
32. Tokashiki R., Funato N., Suzuki M. Globus sensation and increased upper esophageal sphincter pressure with distal // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 2010. – Vol. 267, N 5. – P. 737–741.
33. Wareing M., Elias A., Mitchell D. Management of globus sensation by the speech therapist // Logoped. Phoniatr. Vocol. – 1997. – N 22. – P. 39–42.

Казакова Анна Андреевна – аспирант каф. оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова. Россия, 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1; тел.: 8-910-405-54-15, e-mail: undo86@yandex.ru

УДК 616.327.2-022-07

МИКРОБНЫЕ БИОПЛЕНКИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

О. Э. Казакова, Е. В. Иконникова, И. В. Андриянова, И. А. Каширцева

MICROBIAL BIOFILM OTORHINOLARYNGOLOGY

О. Е. Kazakova, E. V. Ikonnikova, I. V. Andriyanova, I. A. Kashirzeva

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия
(Ректор – проф. И. В. Артюхов)*

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

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

Библиография: 18 источников.

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

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

Bibliography: 18 sources.

Доказано, что источником хронического воспалительного процесса всегда являются бактериальные сообщества – биопленки. По данным ведущих американских и европейских исследователей, биопленки играют одну из ключевых ролей в персистенции воспаления в области верхних дыхательных путей, в том числе и в носоглотке [14].

Целью нашей работы явилось аналитическое обобщение современных научных исследований о роли бактериальных биопленок в развитии заболеваний верхних дыхательных путей с акцентом на эффективные методы терапевтического воздействия при хроническом воспалении.

В последнее время в литературе дискутируется тема об этиологической роли нетипичных возбудителей в патологии верхних дыхательных путей [6]. Для анаэробных микроорганизмов формирование ассоциаций с аэробами позволяет находить защиту от вредных последствий воздействия кислорода. Так, наружная область биопленки хорошо снабжается кислородом при относительной анаэробности внутренней среды. Очевидно, что анаэробные микроорганизмы в условиях биопленки защищены от токсического воздействия кислорода за счет взаимодействия с кислородопотребляющими аэробами, которые редуцируют естественный уровень насыщенности кислородом [11].



УДК: 616.21/.22; 616.28; 616-092

СЕГМЕНТ ST И РИНОКАРДИАЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС ПРИ СЕПТОПЛАСТИКЕ

И. В. Кастыро

ST-SEGMENT AND RHINOCARDIAC REFLEX AFTER SEPTOPLASTY

I. V. Kastyro

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

Ретроспективно анализировали данные суточного мониторирования ЭКГ и истории болезней 20 молодых мужчин в возрасте 25–26 лет, перенесших септопластику. Исследование показало, что манипуляции в области диффузного ганглия носовой перегородки (ганглия Зазыбина) вызывали ринокардиальный рефлекс, выражавшийся дисфункцией вегетативной нервной системы, определенной на основании дислокации сегмента ST относительно изолинии.

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

Библиография: 12 источников.

Data on 24-hour ECG recording and medical histories of 20 men of age 25–26 after septoplasty were analysed. Research has shown there was rhinocardiac reflex when surgical site was situated in the region of the diffuse ganglion of nasal septum (Zazybin's ganglion). The reflex manifested by autonomic nervous system dysfunction which was identified by ST-segment displacement.

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

Bibliography: 12 sources.

Полость носа является обильно иннервируемым органом. Ведущая роль в обеспечении афферентной иннервации принадлежит ветвям тройничного и обонятельного нервов [7, 10]. Чувствительные рецепторы представлены здесь тепловыми, холодowymi, химическими, обонятельными, болевыми и механическими нервными окончаниями [8]. Интересно отметить, что многие рецепторы, включая холодовые, имеют свойства ноцицепторов, т. е. могут воспринимать и передавать раздражение как болевое [9, 11, 12]. Хемосенсорная иннервация дыхательного эпителия полости носа зависит от двух основных систем волокон тройничного нерва, а именно немиелинизированных С-волокон и миелिनных Ad-волокон [10].

Особого внимания заслуживают некоторые особенности иннервации костного отдела перегородки носа, в частности наличие диффузного нервного ганглия, описанного Н. И. Зазыбиным в 1945 г. [4]. Он располагается в толще слизистой оболочки верхней части задней трети перегородки носа. Расположение ганглия варьирует. Он может располагаться поверхностно в субэпителиальном слое, а иногда – глубоко, достигая надкостницы. Собственной оболочки ганглий не имеет, а его клетки расположены диффузно группами по 5–10 нейронов. Размеры узла также изменчивы – 2,5–3,5 мм в длину и 1–2 мм в ширину. В. Г. Колосовым в дальнейших работах было показано, что идущие вместе афферентные и симпатические волокна принимают участие в иннервации не только ипсилатеральной, но и контралатеральной стороны, проникая, таким образом, сквозь хрящ перегородки носа.

Цель исследования. Определение выраженности ринокардиального рефлекса на основании анализа дислокации сегмента ST относительно изоэлектрической линии у пациентов после риносептопластики.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ результатов периоперационного холтеровского мониторирования и историй болезней у 20 мужчин в возрасте 25–26 лет с искривлением перегородки носа. За 1,5 ч до операции устанавливали систему электрокардиографического мониторирования. Через 30 мин в качестве премедикации внутримышечно вводили 1 мл 1% раствора димедрола, 5 мл 50% раствора анальгина. Септопластику выполняли под местной анестезией 1% раствором лидокаина. На последнем этапе операции осуществляли переднюю тампонаду носа марлевыми турундами с мазью левомиколь. Пациентам первой группы вечером в день операции повторно вводили внутримышечно 5 мл 50% раствора анальгина. При обработке результатов определяли морфологию сегмента ST во время операции.

Производили выкопировку значений сегмента ST относительно изолинии в течение 15-минутного интервала. Вычисляли средние значения (ST1cp), стандартные отклонения (ST1СтОт). Обработку полученных данных осуществляли с помощью программы Microsoft Excel и Statistica 8.

Результаты исследования и их обсуждение. Получив результаты отклонений сегмента ST относительно изоэлектрической линии, мы обнаружили, что все данные распределяются на две не равные между собой группы. В первой



УДК: 616.21/.22; 616.28; 616-092

ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЛОЩАДИ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ

И. В. Кастыро, Д. А. Медянцева

CORRELATION BETWEEN SIZE OF THE SURGICAL SITE AND PAIN SYNDROME INTENSITY AFTER RESECTION OF THE NASAL SEPTUM

I. V. Kastyro, D. A. Medyantseva

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

(Зав.каф. оториноларингологии – проф. В. И. Попадюк;

зав. каф. нормальной анатомии человека – засл. деятель науки РФ, проф. В. И. Козлов)

Была изучена степень болевого синдрома в зависимости от площади операционного поля при классической подслизистой резекции перегородки носа и вазотомии нижних носовых раковин. Было прооперировано 63 пациента с искривлением перегородки носа (ИПН) и 54 пациента с сочетанием ИПН и вазомоторного ринита. По результатам исследования каждая группа была разбита на две подгруппы. Оказалось, что острая боль была выражена в тех подгруппах, где резецировалась вся перегородка носа (хрящевой и костный отделы).

Ключевые слова: боль, резекция перегородки носа, аналоговые шкалы.

Библиография: 17 источников.

Pain syndrome intensity after submucous resection of the nasal septum and turbinal vasotomy relation to size of the surgical site was studied. 63 patients with nasal septum deviation (NSD) and 54 patients with NSD accompanied by vasomotor rhinitis were operated on. By the results of research each group was divided into two subgroups. It was revealed that there was acute pain in those patients subgroups where whole nasal septum was resected.

Key words: pain, resection of the nasal septum, analog scales.

Bibliography: 17 sources.

В последнее время все более актуальным становится вопрос о хронизации острой боли после хирургических вмешательств на органах полости носа и околоносовых пазух [9]. Постоперационный болевой синдром может рецидивировать как после классических операций в полости носа и околоносовых пазухах, так и после эндоскопической ринохирургии, что ведет за собой потерю трудоспособности, а иногда и повторную госпитализацию [11, 12].

Недавние исследования показывают важность качества интраоперационной анестезии и выбора метода периоперационного обезболивания [6]. Кроме того, определены патогенетические механизмы острого болевого синдрома, возникающие вследствие неадекватного обезболивания во время септопластики [3]. Пусковым фактором острой боли является афферентная импульсация от ноцицепторов подслизистой перегородки носа во время хирургической альтерации по специфическим нервным волокнам [1, 5]. Эти импульсы инициируют эндокринный ответ и продукцию воспалительных цитокинов, что сопровождается активацией симпатoadrenalовой, гипоталамогипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем.

Результатом этого является увеличение концентрации гормонов стресса [15].

Помимо интраоперационной и воспалительной патологической стимуляции болевых рецепторов, болевой синдром провоцируется и передними тампонами носа [10].

Интраназальное воздействие на афферентные рецепторы тройничного нерва дает интересные результаты. Так, анестезия слизистой оболочки носа приводит к восприятию пациентами ощущения заложенности носа [8], а обработка слизистой оболочки полости носа ментолом вызывает чувство «увеличения воздушного потока в носу» [7]. В обоих случаях, несмотря на незначительные изменения со стороны слизистой оболочки полости носа, резко изменяется сенсорное восприятие. Эти эксперименты показывают, что восприятие потока воздуха через нос связано с активацией рецепторов тройничного нерва. В первом случае рецепторы больше не воспринимают ощущение потока воздуха через нос [8], а во втором – TRPM8-рецепторы (холодовые рецепторы [13]) становятся более чувствительными, обеспечивая ощущение увеличения потока воздуха. Есть и другие примеры, которые, возможно, указывают на то, что снижение чувстви-



УДК 616.28-008.55-02:616.287.4:615.80

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ТРАНСЛИНГВАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

П. В. Киреев, М. В. Швецова

METHOD OF TRANSLINGUAL STIMULATION IN TREATMENT OF VESTIBULAR DYSFUNCTION IN PATIENTS IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD AFTER STAPEDOPLASTY

P. V. Kireev, M. V. Shvetsova

ФВГУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия
(Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, проф. В. В. Дворянчиков)

Реабилитация 6 пациентов с отосклерозом после поршневой стапедопластики с различной степенью выраженности послеоперационной вестибулярной реакции (у 3 со слабой, у 1 со средней и у 2 с сильной) проводилась с использованием транслингвальной нейростимуляции при помощи специального прибора. Всем пациентам выполнялось отоневрологическое и вестибулярное обследование до и после проведения реабилитационного курса. Курс транслингвальной стимуляции начинался с 3-х суток после операции и включал 10 процедур. Функция равновесия оценивалась при открытых и закрытых глазах с помощью компьютерной стабилографии. По данным компьютерной стабилографии более демонстративные результаты были получены у пациентов с послеоперационной реакцией сильной степени. По мнению авторов, процедура может быть рекомендована для уменьшения вестибулярной реакции после операции. Также следует продолжить исследование влияния транслингвальной нейростимуляции в лечении различных видов вестибулярной дисфункции.

Ключевые слова: вестибулярная дисфункция, центральные компенсаторные механизмы, реабилитация вестибулярной дисфункции, транслингвальная стимуляция, отосклероз, стапедопластика, функция равновесия, стабилография.

Библиография: 21 источник.

Rehabilitation by method of translingual electrical stimulation device was performed for 6 patients with otosclerosis after piston stapedoplasty with different degrees of postoperative vestibular reaction (3 with low, 1 with middle and 2 with severe degree). All patients passed otoneurological and vestibular examination before rehabilitation course and after it. Translingual stimulation course started on the 3-d day after stapedoplasty and included 10 procedures. Equilibrium function was measured with opened and closed eyes by computerized stabilography (posturography). Most demonstrative results according to data of computerized posturography were received for patients with severe degree of postoperative vestibular dysfunction. So, on the authors' opinion, procedure could be recommended for correction of postoperative vestibular reaction. Besides investigation of the influence of translingual stimulation in treatment of different types of vestibular dysfunction should be continued in further researches.

Key words: vestibular dysfunction, central compensation, vestibular rehabilitation, translingual stimulation, otosclerosis, stapedoplasty, equilibrium function, posturography.

Bibliography: 21 sources.

Лечение вестибулярной дисфункции по-прежнему остается непростой задачей, несмотря на то что этому направлению посвящено большое число исследований [7, 17]. Известно, что в выравнивании возникшей вестибулярной дисфункции значительная роль принадлежит центральным компенсаторным механизмам, т. е. центральным отделам вестибулярной системы, которые оптимизируют работу различных ее звеньев в условиях возникшего дисбаланса [20]. Из участвующих в этом процессе анатомических структур особое значение отводится вестибулярным ядрам ствола головного мозга [16, 18].

При лечении вестибулярной дисфункции в целях активизации процессов центральной компенсации обычно используются медикаментоз-

ные препараты, улучшающие питание нервной ткани и синаптическую передачу. В последнее время появились сообщения об эффективности реабилитационного метода транслингвальной электростимуляции, как предполагается, опосредованно воздействующего на вестибулярные ядра и образования мозжечка, в комплексном лечении вестибулярной дисфункции центрального характера у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения [8, 20]. В оториноларингологической практике чаще наблюдаются периферические вестибулярные нарушения, т. е. связанные с изменениями в области преддверия и полукружных каналов, или, по терминологии В. И. Воячека (1953), «вестибулярного аппарата». В качестве модели изучения реабилитации вести-



УДК 612.825.55:616.283.1-089.843

КАТЕГОРИЗАЦИЯ ГРОМКОСТИ И ФУНКЦИЯ РОСТА АМПЛИТУДЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКИ ВЫЗВАННЫХ КОРОТКОЛАТЕНТНЫХ СЛУХОВЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Д. С. Клячко¹, В. Е. Гауфман²

LOUDNESS CATEGORIZATION AND AMPLITUDE GROWTH FUNCTION OF ELECTRICALLY EVOKED AUDITORY BRAINSTEM RESPONSES IN PATIENTS AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

D. S. Klyachko, V. E. Gaufman

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха горла носа и речи» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

(Директор – засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

² ГУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации» Департамента здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, Россия
(Главный врач – А. В. Гонтмахер)

Регистрация электрически вызванных коротколатентных слуховых потенциалов (ЭВКСП) – важный объективный метод в послеоперационной реабилитации пациентов после кохлеарной имплантации. Целью исследования было определить взаимосвязи субъективной категоризации громкости при использовании различных частот стимуляции и функции роста амплитуды ЭВКСП. Проведено обследование 10 пациентов после кохлеарной имплантации с опытом ношения импланта от 6 месяцев до 2 лет.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, категоризация громкости, электрически вызванные коротколатентные слуховые потенциалы.

Библиография: 7 источников

Electrically evoked auditory brainstem responses (EABR) are important objective method in postoperative rehabilitation of patients after cochlear implantation. The aim of the study was to assess the relationship of subjective loudness categorization and amplitude growth function EABR, using different stimulation frequencies. The study involved 10 patients after cochlear implantation with the experience of sound processor wearing from 6 months to 2 years.

Key words: cochlear implants, loudness categorization, electrically evoked auditory brainstem responses

Bibliography: 7 sources.

В настоящее время есть всего лишь один способ вернуть слух потерявшему его человеку или глухому от рождения ребенку, который называется кохлеарная имплантация или электродное протезирование улитки [2].

Однако, недостаточно просто установить имплант во внутреннее ухо. После операции начинается долгий и сложный путь слухоречевой реабилитации, когда крайне важной для специалистов и пациента становится адекватная настройка речевого процессора (РП). Для уточнения настройки у маленьких детей используются объективные методы настройки:

- телеметрия нервного ответа;
- регистрация электрически вызванного стапедального рефлекса (ЭВСП);
- регистрация электрически вызванных коротколатентных слуховых потенциалов (ЭВКСП) [5].

Широко используемым объективным методом верификации максимально комфортного уровня громкости (МКУ) является регистрация ЭВСП, порог которого хорошо коррелирует с субъективным МКУ [1]. Не редко встречаются ситу-

ации, когда регистрация ЭВСП невозможна, что связано с большим количеством факторов.

Использование регистрации послеоперационных ЭВКСП при интракохлеарной стимуляции как объективного метода позволяет исследовать возбуждение стволовых структур слуховых проводящих путей при настройке систем кохлеарной имплантации [7]. Данные о функционировании слуховых проводящих путей являются ценным дополнением в сложных клинических случаях при отсутствии контакта с пациентом, при наличии сочетанной неврологической патологии и, особенно, у имплантированных пациентов с аудиторной нейропатией.

В литературе указано, что использование уменьшенных частот стимуляции приводит к повышению субъективного порога восприятия (ПВ) и снижению громкости стимулов одинаковой интенсивности [5–7]. В связи с тем, что для регистрации ЭВКСП мы вынуждены использовать низкие частоты стимуляции от 10 до 60 Гц, в отличие от частот стимуляции 1000–1500 Гц при субъективной настройке, порог детекции ответа ЭВКСП на уровнях стимуляции больших, чем



УДК: 616.284-002-036-07

О ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

А. А. Ковалев

ABOUT THE DIAGNOSIS OF CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA

A. A. Kovalev

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,

г. Ростов-на-Дону, Россия

(И. о. ректора – проф. С. В. Шлык)

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.

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: 10 источников.

Nowadays because of the increase of the total number of diabetes patients there are more cases of the atypical course of chronic inflammatory processes within the standard of their therapy in the clinical practice of an otorhinolaryngologist.

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: 10 sources.

Проблема исследования нарушений углеводного обмена обусловлена широким распространением сахарного диабета в мире. По данным экспертов ВОЗ 347 миллионов человек во всем мире больны диабетом, в 2004 году 3,4 миллиона человек умерли от последствий высокого содержания сахара в крови натощак, по прогнозам ВОЗ, в 2030 году диабет станет седьмой по значимости причиной смерти [8].

Начальные проявления 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 распространена в генерации, выявляясь по меньшей мере у 25% лиц, не страдающих сахарным диабетом 2-го типа [4]. Пониженная толерантность к глюкозе (ПТГ) и нарушение гликемии натощак (НГН) являются промежуточными состояниями между нормой и диабетом.

По данным А. В. Гурова с соавторами, патология ЛОР-органов встречается у 59% больных диабетом [6]. Многие исследователи указывают на атипичное течение патологии ЛОР-органов при сахарном диабете [1, 3]. Длительное течение сахарного диабета способствует дисбалансу факторов иммунной защиты, приводя к изменениям, характеризующимся как вторичный иммунодефицит [6].

Хронический гнойный средний отит – важная проблема оториноларингологии. В структуре ЛОР-патологии, по данным различных авторов, частота хронических средних отитов составляет 20–25% от числа лечившихся в стационарных условиях [7]. В современных условиях остается актуальным вопрос качественной диагностики и оценки эффективности лечения больных хроническим гнойным средним отитом.

В практике оториноларинголога нередко встречаются впервые выявленные нарушения углеводного обмена у соматически здоровых лиц с хроническим гнойным средним отитом. Выявление такого контингента больных в клинике очень важно, так как дает возможность своевременно произвести коррекцию терапии. Известно, что С-реактивный белок является наиболее специфичным и чувствительным клинико-лабораторным индикатором воспаления и некроза. Именно поэтому измерение концентрации С-реактивного белка широко применяется для мониторинга и контроля эффективности терапии бактериальных и вирусных инфекций, хронических воспалительных заболеваний, онкологических заболеваний, осложнений в хирургии и гинекологии и др. [2, 10].

Полагается, что небольшое повышение С-реактивного белка не является специфическим указанием именно на воспалительный про-



УДК 616.323-007.61-036.12-07-053.2

О ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОИДИТОВ У ДЕТЕЙ

Е. И. Ковалева

TO QUESTION ON DIAGNOSTICS OF ADENOIDITIS IN CHILDREN

E. I. Kovaleva

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

В настоящее время основное место в структуре детской заболеваемости занимает патология верхнего отдела дыхательных путей. Среди заболеваний ЛОР-органов ведущая роль принадлежит аденоидитам. Проблема хронического аденоидита постоянно пристально изучается специалистами с различных сторон в целях решения вопроса тактики ведения больного – хирургической или консервативной. При поражении слизистых оболочек цитологическое исследование отделяемого является тестом первого уровня в лабораторной диагностике. Риноцитологическое исследование детей с хроническим аденоидитом изучено недостаточно, однако данный вид исследования поможет создать алгоритм обследования больных аденоидитом в различных возрастных группах и разработать практические рекомендации для лечения больных соответственно полученным результатам.

Ключевые слова: хронический аденоидит, риноцитология.

Библиография: 10 источников.

Today the main place in structure of children's incidence is occupied by pathology of the top department of respiratory ways. Among diseases of ENT organs the leading role belongs adenoiditis. The problem chronic adenoiditis is constantly fixedly studied by experts from the various parties for the purpose of the solution of a question of tactics of maintaining the patient – surgical or conservative. At defeat of mucous membranes cytologic research separated is the test of the first level in laboratory diagnostics. Rinotsitology research of children with chronic adenoiditis is studied insufficiently, however this type of research will help to create algorithm of inspection of patients adenoiditis in various age groups and to develop practical recommendations for treatment patients according to the received results.

Key words: chronic adenoiditis, rinotsitology.

Bibliography: 10 sources.

Инфекции верхних дыхательных путей занимают ведущее место в структуре заболеваемости детского возраста, из них самой распространенной патологией в различные возрастные периоды являются аденоидиты [1, 7].

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в консервативном и хирургическом лечении аденоидитов, общая пораженность детского населения, по данным различных авторов, у детей дошкольного и младшего школьного возраста составляет 74,3%. В группе длительно и часто болеющих детей случаи заболевания лимфоглоточного кольца диагностируются у 50% пациентов [4, 7]. Воспаление глоточной миндалины является многофакторным иммунологическим процессом, пусковым механизмом которого служат вирусные инфекции (часто с активацией персистирующих бактериальных агентов), развивающиеся на фоне вторичного иммунодефицитного состояния и хронического воспалительного процесса. Поэтому остается актуальной проблема качественной и своевременной диагностики аденоидита, однако диагностические критерии практически остаются без изменений, что ставит конкретные вопросы перед практикующим специалистом: выбор тактики ведения больного (от назначения тех или

иных препаратов до сроков хирургического вмешательства).

Изучение гистологической структуры аденоидной ткани иллюстрирует морфологические изменения глоточной миндалины, происходящие в ходе возрастной инволюции [5, 8]. Так, по данным авторов, у детей в возрасте 4–6 лет отмечалось преобладание диффузной лимфоидной ткани с наличием первичных и единичных вторичных крупных лимфоидных фолликулов со светлыми герминативными центрами, в которых определялись высокая митотическая активность и обилие макрофагов [2, 7, 8]. Аденоиды в возрасте 7–10 лет характеризовались увеличением количества вторичных лимфоидных фолликулов средних размеров, увеличением участков парافолликулярной диффузной лимфоидной ткани с усилением секреции бокаловидными клетками, главным образом в области лакун [8–10]. У детей в возрасте 11–14 лет наряду с признаками гиперплазии фолликулярной и диффузной лимфоидной ткани отмечалось преобладание признаков хронического катарального воспаления [2, 6].

Цитологическая диагностика в оториноларингологии до сих пор не получила широкого распространения при ЛОР-патологии. Этот способ



Риноцитологическое исследование позволяет амбулаторно выявлять характер острого воспаления глоточной миндалины, что дает возможность своевременно корректировать лечение больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Н. Е. Стимуляция антителообразования в органах дыхания при местном применении левомизола // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1981. – № 5. – С. 64.
2. Воспалительные заболевания носоглотки у взрослых / С. Е. Ильинский [и др.] // Рос. ринолог. – 2007. – № 1. – С. 16.
3. Иммуноцитологические исследования в ринологии / Н. А. Арефьева [и др.]. – Уфа: Башкортостан, 2005. – 58 с.
4. Нихинсон А. Г. К возрастной анатомии носоглотки // Вестн. оторинолар. – 1952. – № 6. – С. 76 – 77.
5. Новиков Д. К., Новикова В. И. Оценка иммунного статуса. – М.: Витязь, 1996. – 282 с.
6. Тарасова В. Г., Страчунский Л. С. Особенности микрофлоры носоглотки и функциональное состояние среднего уха у детей // Вестн. оторинолар. – 2000. – № 4. – С. 30–32.
7. Хмельницкая Л. М., Ланцов А. А., Тимофеева Г. Н. Морфофункциональное состояние глоточной и небных миндалин у детей регионарным лимфаденитом // Вестн. оторинолар. – 2000. – № 3. – С. 31–36.
8. Шварцман Я. С., Хазенсон Л. Б. Местный иммунитет. – Л.: Медицина, 1978. – 224 с.
9. Шишмарева Е. В. Возрастная эндоскопическая семиотика нормы и патологии носоглотки у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 23 с.
10. Geographical Variation in the Incidence of Operations on the Tonsils and Adenoids. An Epidemiological and Sociological Investigation (Part2) / M. J. Bloor [et al.] // J. Laryng. – 1978. – Vol. 92. – N 10. – P. 883–895.

Ковалева Евгения Игоревна – аспирант каф. болезней уха, горла и носа Ростовского государственного медицинского университета; оториноларинголог центральной районной больницы. Россия, 347630, Ростовская область, г. Сальск, ул. Павлова, д. 2, тел.: 8-928-114-55-64, e-mail: kovei84@mail.ru

УДК 616.22-007.271-079.4

О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАРАЛИТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ

О. М. Колесникова, О. И. Долгов, Н. А. Еремина

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PARALYTIC RUMEN STENOSES

O. M. Kolesnikova, O. I. Dolgov, N. A. Eremina

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

В статье приведено два клинических случая лечения срединных стенозов гортани. Имеющиеся диагностические методы указывают на нарушение подвижности голосовых складок (оценка функции внешнего дыхания, компьютерная томография, прецизионная электромиография внутренних мышц гортани, стробоскопия, трансназальная фиброларингоскопия), не всегда позволяют четко дифференцировать причину данной патологии. Окончательная дифференциальная диагностика паралитических и рубцовых стенозов возможна только интраоперационно при прямой опорной микроларингоскопии.

Ключевые слова: стеноз гортани, прямая опорная микроларингоскопия.

Библиография: 22 источников.

The paper presents 2 cases of treatment of median stenosis of the larynx. Available diagnostic methods indirectly point to cases of vocal cords' disorders (assessment of respiratory function, computed tomography, precise electromyography internal muscles of the larynx, stroboscopy, transnasallyfiberoptic laryngoscopy) and it's not always possible to differentiate cases of vocal cords' disorders. Final differential diagnosis of paralytic cicatricial stenosis can only intraoperative diagnostics with direct reference microlaryngoscopy.

Key words: laryngeal stenosis, direct reference microlaryngoscopy.

Bibliography: 22 references.



ОСОБЕННОСТИ РИНОЦИТОГРАММЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

О. М. Колесникова, Ю. С. Муллаярова, Н. Н. Рогачева

PARTICULAR FEATURES OF NASAL CYTOLOGY IN PREGNANCY

O. M. Kolesnikova, Y. S. Mullayarova, N. N. Rogacheva

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

Целью данного исследования было выявить особенности риноцитогаммы у женщин на различных сроках беременности. Обследована 51 беременная женщина. У пациенток выполнялось цитологическое исследование мазков из носа. Показатели риноцитогаммы у здоровых беременных женщин статистически достоверно различаются с показателями риноцитогаммы у здоровых небеременных женщин.

Ключевые слова: риноцитогамма, беременность.

Библиография: 6 источников.

The purpose of the research was to reveal the features of nasal cytology in pregnant women. Nasal cytology of 51 pregnant women were examined. The difference of the nasal cytology during pregnancy is statistically significant.

Key words: pregnancy, nasal cytology.

Bibliography: 6 sources.

Беременность – особое состояние, вызывающее перестройку всех органов и систем женщины. Изменения в эндокринной системе происходят на всех уровнях. Так, доказано, что передняя доля гипофиза увеличивается в размерах за счет роста количества ацидофильных клеток, функционально это проявляется увеличением продукции пролактина и аденокортикотропного гормона. В надпочечниках увеличивается синтез минералкортикоидов и глюкокортикоидов, пик действия которых приходится на третий триместр беременности. А специфический белок транскортин, секреция которого надпочечниками у беременных женщин повышается в несколько раз, существенно увеличивает период полувыведения эндогенных кортикостероидов.

Одним из эффектов пролактина оказывается расслабление гладкой мускулатуры желудка и кишечника, что приводит к запорам, которые в совокупности со снижением кислотности желудочного сока приводят к некоторому застою пищи в полости желудка, создающему благоприятную среду для развития бактерий. Гестоз первой половины беременности, как правило, проявляется тошнотой и рвотой. Кровотворная и иммунная системы претерпевают существенные изменения, проявляющиеся увеличением абсолютного количества лейкоцитов, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышением уровня лимфоцитов и нейтрофилов, ускорением скорости оседания эритроцитов [1].

Слизистая оболочка полости носа тоже претерпевает изменения во время беременности. Так, изменение уровня эстрогена крови вызывает мукозный отек слизистой оболочки носа, что

было экспериментально доказано Н. R. Mortimer et al. на модели обезьян [6]. Патогенез этого состояния часто объясняют постоянным повышением уровня женских половых гормонов (эстрогенов и прогестерона) во время беременности. На слизистую оболочку полости носа оказывает влияние ацетилхолин, являясь медиатором парасимпатической нервной системы, он способствует снижению тонуса капилляров слизистой полости носа и увеличению количества назального секрета. Эстрогены же, в свою очередь, блокируют синтез ацетилхолинэстеразы – фермента, разрушающего ацетилхолин. В свою очередь, прогестерон обладает антидиуретической активностью и увеличивает объем циркулирующей крови в организме беременной женщины [3, 4].

Риноцитогамма – это технически простой, информативный, неинвазивный метод оценки состояния слизистой оболочки полости носа, не требующий дополнительной медикаментозной поддержки, что делает его приемлемым для дифференциальной диагностики ринита у беременных женщин [2].

Актуальность нашего исследования обусловлена необходимостью разработки безопасных методик обследования беременных с синдромом ринита.

Цель исследования. Выявление особенностей риноцитогаммы у здоровых женщин на различных сроках беременности.

Пациенты и методы. Решено было выявить показатели риноцитогаммы в трех равных группах в зависимости от триместра беременности. Каждая группа включала в себя 17 человек. Таким образом, нами обследована 51



ВОЗМОЖНОСТИ СЛУХОРЕЧЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ОКНА ПРЕДДВЕРЯ

Д. С. Кондратчиков

FEATURES OF AUDIO-VERBAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH MALFORMED OVAL WINDOW

D. S. Kondratchikov

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

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

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

Среди пациентов с изолированными пороками развития среднего уха наибольшую трудность для отоларинголога представляют больные с аплазией окна преддверия. За период с 2011 по 2013 год прооперировано 9 пациентов с аплазией окна преддверия различной степени выраженности. В ближайшем послеоперационном периоде удовлетворительного функционального результата удалось достичь в 77,8% случаев. Однако повышение порогов воздушного звукопроводения в отдаленном послеоперационном периоде у 66,7% пациентов требует усовершенствования имеющихся и внедрения новых хирургических методик.

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

Библиография: 10 источников.

Among the patients with isolated middle ear malformations those with oval window aplasia are the major problem for the ear surgeon. We report a series of 9 cases with oval window aplasia of varying severity operated from 2011 till 2013. In immediate postoperative period satisfactory functional result was achieved in 77,8 % cases. However, long-term follow-up (average, 6 months) showed a worsening of thresholds of air conduction in 66,7% cases, that require improvement of existing and the introduction of new surgical techniques.

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

Bibliography: 10 sources.

Существование аномалий среднего уха при наличии нормальной барабанной перепонки и неизмененного наружного слухового прохода объясняется различным эмбриональным происхождением этих структур [8]. Полость ушной раковины и НСП развиваются из первой жаберной щели, барабанная перепонка развивается из мезенхимы, расположенной между первой жаберной щелью и первым глоточным карманом. Структуры среднего уха формируются из первой, второй жаберных дуг и мезодермальной ушной капсулы [10].

Наиболее распространенными изолированными врожденными аномалиями слуховых косточек являются мальформация стремени с фиксацией его подножной пластинки, недоразвитие наковальне-стремени сочленения [4, 7]. Часто встречаются варианты аплазии или гипоплазии суперструктур стремени, такие как отсутствие головки стремени, утолщение, истончение и слияние ножек стремени или наличие костной либо фиброзной массы между ножками. Реже встречается полное отсутствие всех структур стремени с аплазией овального или круглого окна [6].

Хирургическое лечение врожденных изолированных аномалий среднего уха зависит от интраоперационных находок. Так при аномалиях развития наковальни и молоточка при интактном

стремени выполняется тимпаноластика 2-го типа по М. Тос с удалением наковальни и оссиклопластикой частичным титановым протезом. У пациентов с мальформациями стремени при неподвижной подножной пластинке методом выбора является поршневая стапедопластика. В случаях с аплазиями и гипоплазиями суперструктур стремени при наличии подвижной подножной пластинки возможно выполнение оссиклопластики полным титановым протезом [1].

Наибольшую трудность представляют пациенты с полной аплазией окна преддверия. Некоторые авторы рекомендуют выполнять в таких случаях вестибулотомию в проекции окна преддверия и установку оссиккулярного протеза [5, 9]. Но обнаружение у этих пациентов на месте предполагаемой ниши окна преддверия сплошной костной облитерации, толщина которой заранее неизвестна, требует от хирурга превосходных знаний топографической анатомии внутреннего и среднего уха для успешного завершения операции. Ведь, несмотря на варьирование индивидуальных анатомических особенностей, основные ориентиры среднего и внутреннего уха являются структурами с четкими границами [3].

Ряд других авторов склоняется к мнению, что хирургическая коррекция неэффективна, и пред-



ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛОРОРГАНОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Е. М. Кондрашева

FEATURES OF ENT LESIONS AT DIFFERENT STAGES OF SYPHILITIC PROCESS

Е. М. Kondrasheva

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»,
Санкт-Петербург, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Э. А. Цветков)

В статье описана динамика заболеваемости сифилисом в РФ, особенности эпидемического процесса на современном этапе, распространенность различных форм нарушений и ЛОР-патологии у больных на разных стадиях сифилиса с выделением наиболее значимых в повседневной практике манифестных проявлений со стороны ЛОР-органов.

Ключевые слова: сифилис, заболеваемость, нарушения слуха, поздние формы сифилиса.

Библиография: 18 источников.

The article describes the dynamics of syphilis in the Russian Federation, particularly the epidemic process at the present stage, the prevalence of different forms of violations and ENT pathology in patients at different stages of syphilis, highlighting the most important in the everyday practice of symptomatic manifestations of the ENT.

Key words: syphilis morbidity, hearing impairment, late forms of syphilis, neurosyphilis.

Bibliography: 18 sources.

Сифилис – это венерическое заболевание, вызываемое бледной трепонемой, открытой в 1905 г. Ф. Шаудинном (F. Schaudinn) и Е. Гоффманном (E. Hoffmann), характеризующееся длительным течением с чередованием манифестных и латентных периодов с полиорганными проявлениями на поздних стадиях болезни.

Несмотря на то что в России отмечается стабильное снижение заболеваемости сифилисом в последние 5 лет, ее уровень по-прежнему остается высоким. Выявлены некоторые негативные тенденции, такие как рост заболеваемости населения страны скрытым сифилисом, а также поздними формами сифилиса, в том числе нейросифилисом и висцеральным сифилисом, увеличение доли больных ранним и поздним нейросифилисом по отношению ко всем формам сифилиса с 0,1 до 0,6 и с 0,1 до 0,3% соответственно с 2002 по 2008 г. [1, 6, 9]. В Северо-Западном федеральном округе наблюдается увеличение числа больных как ранним (с 0,35 до 1,1%), так и поздним (с 0,3 до 1,0%) нейросифилисом, причем можно предположить, что на самом деле реальная частота этих тяжелых форм заболевания может быть значительно выше, учитывая возможность скрытого течения нейросифилиса и то обстоятельство, что не всегда удается получить согласие пациента на проведение люмбальной пункции [4].

Социальная значимость высокой заболеваемости населения сифилисом и его проявлениями со стороны ЛОР-органов определяется нарастанием в последнее время случаев тяжелого течения заболевания с висцеро- и нейропатией, преобла-

данием форм сифилиса, первично протекающих латентно или со стертой клинической картиной, формированием серорезистентности и ряда грозных осложнений (глухота, рубцовые стенозы гортани) после перенесенного сифилиса [10, 11]. Также по-прежнему остается высоким уровень заболеваемости сифилисом подростков, беременных и лиц, находящихся в заключении [1, 4, 9].

По данным некоторых российских исследователей, именно проявления вторичного периода сифилиса претерпевают в последние десятилетия наибольшие отклонения от «классических» манифестаций этой стадии болезни. Выявление этого заболевания должно проводиться в неврологических, психиатрических, офтальмологических, оториноларингологических отделениях стационаров разных профилей, куда может обратиться пациент при возникновении соответствующих симптомов. В последнее время имеет место отчетливое преобладание среди других форм поражение зрительного и слухового анализаторов, которые порой являются единственными клиническими проявлениями заболевания [4, 6, 15].

Современных комплексных научных работ по изучению современных особенностей поражения ЛОР-органов, научно-практических подходов к диагностике нарушений слуха у больных поздними формами сифилиса крайне недостаточно. Имеющиеся работы в основном носят описательный характер, без подробного выделения частоты встречаемости тех или иных нозологических форм.

Современное расширение арсенала высоко-технологичного медицинского оборудования



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

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

И. А. Коршунова, А. И. Чернолев

DIAGNOSTICS OF TUMORS OF THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

I. A. Korshunova, A. I. Chernolev

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

В статье изложены материалы исследования, посвященного ранней диагностике опухолей полости носа и околоносовых пазух, выявлению возможного источника малигнизации слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, оценке злокачественного потенциала инвертированных папиллом и дисплазии эпителия, установлены некоторые критерии диагностики рака слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.

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

Библиография: 7 источников.

In the article contains materials of research on the early diagnosis of tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses, identify the possible source of malignization of the mucous membrane of the nasal cavity and paranasal sinuses, evaluation of malignant potential inverted papillomas and epithelial dysplasia, set some criteria for the diagnosis of cancer of mucous membrane of the nasal cavity and paranasal sinuses.

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

Bibliography: 7 sources.

Диагностика и своевременное лечение больных с поражением опухолевыми процессами полости носа и околоносовых пазух представляет значительный клинический интерес для оториноларингологов. Раннее выявление доброкачественных опухолей и начальных стадий злокачественного процесса возможно при изучении морфологической структуры новообразований. При этом не менее важной проблемой нам представляется определение злокачественного потенциала данных опухолей, что позволит в дальнейшем прогнозировать развитие заболевания и тактику ведения больных. Одним из методов, позволяющих решить эту проблему, является иммуногистохимическое исследование [1–4, 6].

Инвертированная папиллома, оставаясь гистологически доброкачественной опухолью, по клиническому течению нередко проявляет себя как злокачественная, поскольку обладает деструктурирующим ростом [2, 4, 6]. Она может разрушать костные структуры и в результате экспансивно-узурирующего роста прорастать в стенки синусов, орбиты, черепа, смещая анатомические структуры и вызывая кровотечения, может озлокачествляться в 5–10% наблюдений [4, 5, 7]. Кроме того, она обладает высокой склонностью к рецидивам (в 3–19% случаях) [3, 4, 6].

Цель исследования. Улучшение ранней диагностики неопластических процессов и обнаружение источника малигнизации слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух с помощью детального изучения особенностей клиники заболевания, а также использования со-

временных методов морфологической диагностики опухолей.

Пациенты и методы. Проведенное исследование показало, что комплексное обследование пациентов с использованием современных методов диагностики инвертированной папилломы и рака слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух позволяет выявить опухоль на ранних стадиях ее развития. Большую ценность для постановки диагноза представлял тщательно собранный анамнез и данные осмотра. Обращали внимание на сведения, касающиеся начала заболевания, первых признаков, его развития, наличие или отсутствие рецидивов, предшествующие методы лечения. В ходе исследования данных анамнеза нам не удалось проследить связь развития онкологического заболевания с вредными привычками и профессиональными вредностями. Также у исследуемых нами пациентов не было в анамнезе воздействия на организм ионизирующего излучения и других вредных факторов окружающей среды.

Проведенное нами исследование, помимо данных анамнеза, сведений, касающихся начала заболевания, первых признаков болезни, ее развития, данных клинической картины, предоперационного обследования, включало данные методов лучевой диагностики (рентгенографии, рентгенотомографии, КТ и МРТ околоносовых пазух), проведенного лечения (особенности хода и объемы хирургического вмешательства), результаты детального гистологического и иммуногистохимического исследования материала,



УДК 616.287.4-089.853-089.168.1-06

РАННЯЯ АЭРАЦИЯ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПОРШНЕВОЙ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

Д. М. Кузьмин

EARLY AERATION OF THE TYMPANIC CAVITY AFTER THE PISTON STAPEDOPLASTY

D. M. Kuzmin

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. А. Артюшкин)

Приведены результаты влияния шунтирования барабанной полости в ранние сроки после поршневой стапедопластики на развитие кохлеовестибулярных осложнений. Исследовано 37 пациентов с диагнозом отосклероз, 19 из которых составляли основную группу с интраоперационно установленным шунтом барабанной перепонки на 7 дней и 18 больных – контрольная группа с классической поршневой стапедопластикой. Анализ полученных данных показал, что раннее шунтирование барабанной полости после поршневой стапедопластики снижает выраженность проявлений негативной вестибулярной симптоматики и способствует более быстрому сокращению костно-воздушного интервала.

Ключевые слова: отосклероз, стапедопластика, шунтирование, кохлеовестибулярные осложнения.

Библиография: 18 источников.

Here are the introduced results of the tympanic cavity shunting effect on cochleovestibular complications' development in the early period after piston stapedoplasty. 37 patients with the diagnosis of otosclerosis were examined, 19 of them were referred to the main group with intraoperative shunt installed into eardrum for 7 days and 18 patients were referred to the control group with the classic piston stapedoplasty performed. The data analyses demonstrated that early tympanic cavity shunting after piston stapedoplasty reduces severity of negative vestibular symptoms and contributes to quicker reduction of air-bone gap.

Key words: otosclerosis, stapedoplasty, shunting, cochleovestibular complications.

Bibliography: 18 sources.

Стапедопластика в настоящее время является наиболее эффективным методом паллиативного лечения отосклероза. Коррекция слуха достигается за счет выполнения стапедэктомии или стапедотомии, процент эффективности и безопасности которых до сих пор обсуждается в отечественной и зарубежной литературе [8, 7, 11]. Бесспорным остается факт наличия отрицательного влияния операции на внутреннее ухо, сопровождающийся выраженной вестибулярной симптоматикой и развитием сенсоневральной тугоухости в ранние и отдаленные сроки после вмешательства на стремени [4, 5, 16]. Ранние сроки стапедопластики сопровождаются наличием отека слизистой оболочки барабанной полости, раневым отделяемым в полостях среднего уха, которые способствуют развитию негативной кохлеовестибулярной симптоматики. К развитию или усугублению перцептивного компонента тугоухости может привести попадание продуктов распада кровяного сгустка во внутреннее ухо, которые вызывают дегенеративные изменения волосковых клеток. Наиболее частой причиной повышения порогов костной проводимости, интенсивности ушного шума и развития головокружений служит смещение протеза глубже необходимого в преддверие из-за развития отрицательного давления в среднем ухе вследствие послеоперативной дисфункции

слуховой трубы [9]. Среднее расстояние между подножной пластинкой стремени и сферическим мешочком составляет 1,1 мм, а между подножной пластинкой и эллиптическим мешочком – 1,67 мм [17] (рис. 1). При гидропсе лабиринта, который возможен при отосклерозе, это расстояние может сократиться [14, 15], что может привести к травме мешочков при постановке протеза. Дисфункция слуховой трубы также может усугубиться в ранние сроки после оперативного вмешательства [13].

Создание условий для дополнительной вентиляции барабанной полости через наружный слуховой проход при помощи шунта широко применяется в современной отохирургии [1, 2, 3, 6]. Дренажная трубка поддерживает атмосферное давление в барабанной полости, благодаря чему снижаются условия для образования выпота, а восстановление аэрации барабанной полости благоприятно влияет на состояние измененной слизистой оболочки среднего уха, включая функцию слуховой трубы [2, 10, 12, 18].

Цель исследования. Оценить возможность использования интраоперационного шунтирования барабанной полости при выполнении стапедопластики для предотвращения кохлеовестибулярной дисфункции у больных отосклерозом.



КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИРИНГОПЛАСТИКИ ПРИ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРФОРАЦИЯХ

Л. М. Курмашова, О. Н. Сопко, Е. В. Болознева

MORPHOLOGICAL RESULTS MYRINGOPLASTY IN ACUTE TRAUMATIC PERFORATIONS OF THE EARDRUM

L. M. Kurmashova, O. N. Sopko, E. V. Bolozneva

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

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

В данной статье представлен неполный обзор результатов различных методов лечения острого посттравматического дефекта барабанной перепонки. Также представлены наши результаты закрытия острой перфорации барабанной перепонки («экстренной» миринопластики) с помощью использования биосинтетического раневого покрытия («искусственная кожа»).

Ключевые слова: острая перфорация барабанной перепонки, «экстренная» миринопластика, раневое покрытие («искусственная кожа»).

Библиография: 13 источников.

This article provides a partial review of the results of different methods of treatment of acute post-traumatic defect of the tympanic membrane. Also present our results closing acute perforation of the tympanic membrane («emergency» myringoplasty) through the use of biosynthetic wound dressing («artificial skin»).

Key words: acute perforation of the eardrum, «emergency» myringoplasty, «Biokol-1.»

Bibliography: 13 sources.

В последние годы отмечается рост травм уха, среди которых механические повреждения барабанной перепонки занимают ведущее место (Федорова О. В., 1988; Патякина О. К., 2000; и др.) [1, 7]. Чаще всего травматические повреждения барабанной перепонки возникают вследствие прямых механических воздействий посторонними предметами, а также резкого изменения давления в наружном слуховом проходе (удар по уху, при продувании слуховых труб, взрыве, выстреле и др.).

Небольшие травматические перфорации самопроизвольно довольно часто (по данным Митина Ю. В. и Мотайло О. В., 2004, в 70–78% случаев) замещаются рубцовой тканью в результате развития грануляционной ткани или миграции эпителия с краев перфорации барабанной перепонки [4]. Однако при больших перфорациях, которые всегда имеют неправильную форму с неровными фестончатыми краями, зачастую пролабирующими в сторону барабанной полости, а иногда и подвернутыми к слизистой оболочке сохранившейся мембраны, рассчитывать на самопроизвольное закрытие дефекта практически не представляется возможным.

На тактику лечения таких повреждений нет единого взгляда отохирургов. Одни авторы не видят целесообразности в раннем хирургическом закрытии дефектов (Lindeman P. et al., 1987) [10], большинство других, напротив, придерживаются хирургической тактики в остром периоде травмы («экстренная» миринопла-

стика) (Ханамирян Р. М., Наганетян Н. Р., 1995; Дайхес Н. А. и соавт., 2006; Kristensen S. J., 1992; и др.) [6, 8, 12].

Хирургическое закрытие острого посттравматического дефекта барабанной перепонки в большинстве случаев технически проще по сравнению с типичной миринопластикой и состоит из двух основных моментов: расправлении и сопоставлении обрывков барабанной перепонки и их фиксации.

На сегодняшний день предложено много способов «экстренной» миринопластики с применением различных материалов (аутофибриновой пленки, папиросной бумаги, полоски перчаточной резины, «Тахокомба», клеев: БФ-6, «Тиссукол», «Берипласт», «Тиссель»). Так, К. Г. Задорожников (1979) [2] использовал диски, заранее приготовленные из клея БФ-6. При лечении 31 больного он добился полного закрытия дефекта барабанной перепонки в 17 случаях. Р. М. Ханамирян, Н. Р. Наганетян (1995) для более тесного сближения краев дефекта заполняли тимпанальную полость желатиновой губкой с последующей фиксацией биологической пленкой «Диплен» [8]. Из 26 пациентов у 16 с помощью данной методики перфорация барабанной перепонки была закрыта, у остальных 10 ввиду отсутствия эффекта произведена миринопластика с использованием фасции височной мышцы. Ю. В. Митин, О. В. Мотайло (2004) при использовании медицинского препарата «Тахокомб» добились положительного результата в 97,7% случаев [4]. Н. А. Дайхес и соавт.



Курмашова Лилия Мунировна – канд. мед. наук, врач-оториноларинголог каф. оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. И. П. Павлова. Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8, корп. 5; тел.: +7-911-264-06-78

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

Болознева Елизавета Викторовна – клинический ординатор каф. оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. И. П. Павлова. Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8, корп. 5; тел.: +7-911-775-93-79; e-mail: bolozneva-ev@yandex.ru

УДК 616.216.1:611.716.3:616-001.514

ВЫБОР МЕТОДА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА, СОПРОВОЖДАЕМЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СТенок ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

А. А. Курусь

THE SELECTION OF THE RADIOLOGY METHOD FOR PATIENTS WITH FRACTURE OF THE MAXILLARY SINUS WALLS AT DIFFERENT STAGES OF TREATMENT

А. А. Kurus

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия (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 эффективности и целесообразности использования рентгенографии и спиральной компьютерной томографии на разных этапах лечения больных с переломами средней зоны лицевого скелета, сопровождающимися повреждением стенок верхнечелюстных пазух. Проведено сравнение данных рентгенограмм и компьютерных томограмм 170 больных как после самой травмы, так и после проведенного хирургического лечения. Проводится оценка частоты возникновения гемосинуса в поврежденной верхнечелюстной пазухе. По результатам исследования предлагается использование рентгенографии в ранний посттравматический период, а спиральной компьютерной томографии – в послеоперационный период.

Ключевые слова: перелом скулоорбитально-верхнечелюстного комплекса, верхнечелюстная пазуха, гемосинус, рентгенография, компьютерная томография.

Библиография: 15 источников.

The X-ray and SCT pictures of 170 patients with midface fractures accompanied by damage of the maxillary sinus walls were analyzed. Comparison was made between X-ray and SCT pictures after the primary injury, and again after the surgery. The frequency of hemosinus in different stages of treatment was studied. Authors proposed the use of radiography in early posttraumatic period and computed tomography in post operating period.

Key words: zygomaticomaxillary complex fracture, maxillary sinus, hemosinus, radiography, computed tomography.

Bibliography: 15 sources.

По данным литературы, частота повреждения стенок верхнечелюстной пазухи при переломах костей средней зоны лицевого черепа составляет от 24 до 58,7% наблюдений [7, 8, 11]. Наиболее часто такой вариант повреждения сопровождается переломами скулоорбитально-верхнечелюстного комплекса, когда сам механизм травмы подразу-

мевает смещение тела скуловой кости медиально и кзади в полость верхнечелюстной пазухи [12]. Экспериментальные исследования Е. О. Янченко и В. П. Мельниковой [13] показали, что при переломах скуловой кости могут повреждаться верхняя, передняя, задняя и медиальная стенки пазухи. Кроме того, встречаются изолированные



УДК 616.216-072.1-089.168.1-009.7

СРАВНЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А. В. Кутина

COMPARISON OF PAIN AFTER ENDOSCOPY AND RADICAL PARANASAL SINUSES IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

А. V. Kutina

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

По данным литературы, болевые расстройства в области лица могут встречаться в клинической практике как следствие заболеваний носа и околоносовых пазух [4, 7]. Хронический воспалительный процесс в околоносовых пазухах у больных с имеющимися лицевыми болями дает основание предположить роль ЛОР-патологии в происхождении неврологических нарушений [2, 4, 7].

Пациенты с болевым синдромом в области лица в первую очередь идут в поликлинику к врачу-неврологу или терапевту как в первичное звено, в связи с этим усложняется дифференциальная диагностика и утрачивается время для лечения пациентов. К таким пациентам необходим сложный междисциплинарный подход [1, 3, 5].

Ключевые слова: околоносовые пазухи, боль.

Библиография: 11 источников.

According to the literature, a painful disorder of the face may occur in clinical practice as a result of diseases of the nose and paranasal sinuses, and this issue deserves separate consideration. The acute and chronic inflammatory processes in Lor-organah in patients with facial pain and facial expressions suggest the role of ENT pathology in the origin of neurological disorders.

Patients with painful syndrome in the first place go to the clinic, both in the primary, the differential diagnosis is complicated and lost time for patient care. Such patients require a complex interdisciplinary approach.

Key words: paranasal sinuses, pain.

Bibliography: 11 sources.

В настоящее время в большинстве ЛОР-стационаров при хирургическом лечении хронических воспалительных заболеваний придаточных пазух носа выполняют радикальные операции [8]. Однако, несмотря на присутствующий радикализм этих операций, полное выздоровление больных и улучшение их самочувствия после такого хирургического вмешательства наступают не всегда.

Наибольшее распространение при лечении хронического воспаления в верхнечелюстных пазухах получила радикальная операция по методу Кальдвелла–Люка. При ней разрез слизистой оболочки и надкостницы делают в преддверии рта по переходной складке десны от второго до шестого зуба. Пазуху вскрывают в области передней стенки, в наиболее тонком ее месте – fossa canina старческой Воячека или с помощью желобоватого долота и молотка. Все патологическое содержимое из пазухи удаляют. Размеры окна в передней стенке должны быть достаточными, чтобы осмотреть всю пазуху и хорошо видеть передние отделы ее медиальной стенки в проекции нижнего носового хода, поскольку именно здесь делают новое сообщение пазухи с полостью носа. На слизистую оболочку преддверия рта накладывают швы.

Сегодня в более оснащенных ЛОР-стационарах выполняются эндоскопические операции на околоносовых пазухах с расширением естественного соустья в среднем носовом ходе или наложением искусственного соустья в нижнем носовом ходе, что характерно для хронических и часто рецидивирующих верхнечелюстных синуситов. Однако и при таком лечебном подходе не всегда удается избавить пациента от имеющейся проблемы. Таким методом можно улучшить дренаж через соустье по естественному пути, осмотреть пазуху и удалить патологический процесс.

Цель работы. Изучение послеоперационных осложнений после операций на околоносовых пазухах при выполнении радикальных и эндоскопических операций.

Пациенты и методы. На базе клиники оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И. П. Павлова нами было обследовано 30 больных с хроническими заболеваниями верхнечелюстных пазух носа. Возраст больных варьировал от 20 до 57 лет, из них женщин – 16, мужчин – 14. 15 человек были прооперированы эндоскопическим методом, другие 15 – радикальным методом. Стоит отметить, что все эти паци-



ЛИТЕРАТУРА

1. Дайняк Л. Б. Риногенные внутричерепные осложнения: руководство по оториноларингологии. – М., 1997. – 396 с.
2. Извин А. И., Широбоков В. В. Применение никелида титана в качестве имплантата при заболеваниях носа, околоносовых пазух и постэкстракционных свищах // Рос. ринология. – 2005. – № 2. – С. 142–143.
3. Карпова Е. П., Фейзуллаев Э. Ф. Новые подходы к неинвазивной терапии острого риносинусита у подростков // Вестн. оторинолар. – 2008. – № 2. – С. 70–72.
4. Мазур З. М., Гофман В. Р. Гомеостаз верхнечелюстной пазухи и параназальный синусит: современный взгляд на проблему // Журн. ушн. нос. и горл. бол. – 1995. – № 1. – С. 12–14.
5. Лопатин А. С., Пискунов Г. З., Нефедов В. С. Хирургическое лечение кист верхнечелюстных пазух / Мат. респ. науч.-практ. конф. оторинолар. – Симферополь, 1997. – С. 86–91.
6. Овчинников Ю. М., Свистушкин В. И. Механизмы патогенеза воспаления органов дыхательного тракта и некоторых аспектов медикаментозной коррекции // Рос. ринолог. – 1999. – № 1. – С. 10–12.
7. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М.: МИКЛОШ, 2002. – 390 с.
8. Пискунов Г. З. Клиническая ринология. – 2-е изд. – М.: МИА, 2006. – 392 с.
9. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология: руководство для врачей. – М., 2006. – 356 с.
10. Рязанцев С. В., Кочеровец В. И. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: метод. рекомендации. – СПб., 2008. – 36 с.
11. Янов Ю. К. Современные возможности оптимизации медикаментозной терапии острых синуситов // Рос. оторинолар. – 2004. – № 4 (11). – С. 10–15.

Кутина Анна Владимировна – аспирант каф. оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8, тел.: 8-921-319-93-36, e-mail: kutik-an@rambler.ru

УДК 616.22-002-006.5-031.81-089-08-039.76

СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОТЕЧНО-ПОЛИПОЗНЫМ ЛАРИНГИТОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Е. В. Лесогорова

WAY TO REHABILITATION OF VOICE FUNCTION IN PATIENTS WITH POLYPOID DEGENERATION OF THE VOCAL CORDS AFTER SURGERY

E. V. Lesogorova

*ГБУЗ «Московский научно-практический Центр оториноларингологии им. Л. И. Свержевского»
Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия
(Директор – проф. А. И. Крюков)*

Определены показания и проведена оценка эффективности метода нейромышечной электрофонопедической стимуляции гортани в раннем послеоперационном периоде у 40 пациентов с хроническим отечно-полипозным ларингитом. Показано, что предложенный метод лечения позволяет ускорить процессы реэпителизации голосовых складок, достоверно улучшает акустические показатели голоса, способствует восстановлению звучного голоса в более короткие сроки. Применение предложенного метода позволило добиться значительного повышения эффективности послеоперационного лечения пациентов с хроническим отечно-полипозным ларингитом.

Ключевые слова: хронический отечно-полипозный ларингит, функциональные расстройства голоса, метод нейромышечной электрофонопедической стимуляции.

Библиография: 10 источников.

We examine the efficiency of the method of neuromuscular electrophonopedithion stimulation of the larynx in the early postsurgical period in 40 patients with polypoid degeneration of the vocal cords (Reinke`s edema). It was shown that the proposed method of treatment fasten the process of reepitalization of the vocal cords, significantly improves the acoustic performance of voice, improves voice production in a shorter time. Application of this method led to a significant increase in the efficiency of post-operative treatment of patients with polypoid degeneration of the vocal cords.

Key words: Reinke`s edema, functional vocal disorders, the method of neuromuscular electrophonopedithion stimulation.

Bibliography: 10 sources.



СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОГО МЕШКА С ЕГО ШУНТИРОВАНИЕМ И БЕЗ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА

А. С. Лиленко

LONG-TERM RESULTS COMPARISON OF ENDOLYMPHATIC SAC DRAINAGE WITH AND WITHOUT SHUNTING IN PATIENTS WITH MENIERE'S DISEASE

A. S. Lilenko

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

В настоящее время двумя наиболее часто используемыми вариантами слухосохраняющих операций при болезни Меньера являются дренирование эндолимфатического мешка с его шунтированием и без него. В работе были проанализированы отдаленные результаты этих двух способов хирургических вмешательств у 29 пациентов. Эффективность каждой из методик оценивалась по изменению данных объективных методов исследования вестибулярной функции (компьютерной электроокулографии и компьютерной динамической постурографии) спустя 6 месяцев после перенесенной операции по сравнению с дооперационным этапом. Статистически значимых различий в эффективности этих двух хирургических вмешательств выявлено не было.

Ключевые слова: болезнь Меньера, дренирование эндолимфатического мешка, шунтирование эндолимфатического мешка, компьютерная электроокулография, компьютерная динамическая постурография.

Библиография: 15 источников.

Currently endolymphatic sac drainage with its shunting and without it tend to be the most common variants of hearing preserving surgeries in patients with Meniere's disease. In this 29 patients study long-term results of these 2 types of interventions were analyzed. The efficacy of the methods was estimated on the base of objective vestibular investigations findings (computerized electrooculography, computerized dynamic posturography) in time variation: preoperative results were compared with the data obtained in 6 months after surgery. No statistically significant diversity was revealed.

Key words: Meniere's disease, endolymphatic sac drainage, endolymphatic sac shunting, computerized electrooculography, computerized dynamic posturography.

Bibliography: 15 sources.

Хирургическое лечение болезни Меньера остается дискуссионным вопросом на протяжении длительного времени с того момента, как в 1927 году французский отохирург G. Portmann первым выполнил операцию по дренированию эндолимфатического мешка. С этого времени было предложено немало методик хирургического лечения этого периферического вестибулокохлеарного расстройства: как слухосохраняющих вариантов, так и слухоразрушающих [2–5, 9, 11].

Проведение слухосохраняющих операций приобретает еще большую актуальность у пациентов с двусторонней формой болезни Меньера, так как сохраняет остаточную слуховую функцию и позволяет при необходимости использовать более широкий спектр вариантов вмешательств на контралатеральном ухе [1].

Операции по вскрытию эндолимфатического пространства делятся на вмешательства, ставящие своей целью создание стойкого сообщения между эндолимфатическим пространством и ма-

стоидальной полостью, и на процедуры, сопровождающиеся установкой шунтов, стравливающих избыточное количество эндолимфы из эндолимфатического мешка в мастоидальную послеоперационную полость или в субарахноидальное пространство [10, 13, 15].

В мировой литературе описано много вариантов хирургических вмешательств на эндолимфатическом мешке: декомпрессия, дренирование, абляция, иссечение, шунтирование в субарахноидальное пространство и мастоидальную трепанационную полость. Кроме того, предложены варианты дополнительных процедур, проводимых в ходе операции на эндолимфатическом мешке и направленных на улучшение дренирования эндолимфатического пространства, усиление резорбтивной функции, изменение гомеостаза эндолимфатической системы. Интраоперационное введение в просвет вскрытого эндолимфатического мешка гентамицина, гормональных препаратов, митомицина С позволило, по данным



11. Schuknecht H. F. A critical evaluation of treatments of Ménière Disease // J. Cont. Ed. ORL. – 1978. – Vol. 40. – P. 15–30.
12. Shambaugh G. E. Surgery of the endolymphatic sac // Arch. Otolaryngol. – 1966. – Vol. 83. – P. 305–307.
13. Shea J. J. Teflon film drainage of endolymphatic sac // Arch. Otolaryngol. – 1966. – Vol. 83. – P. 316–320.
14. Smith D. R., Pyle G. M. Outcome-based assessment of endolymphatic sac surgery for Meniere's disease // Laryngoscope. – 1997. – Vol. 107. – P. 1210–1216.
15. Welling D. B., Nagaraja H. N. Endolymphatic mastoid shunt: a reevaluation of efficacy // Otolaryngol. Head Neck Surgery. – 2000. – Vol. 122. – P. 340–345.

Лиленко Андрей Сергеевич – мл. н. с. отдела диагностики и реабилитации нарушений слуха Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. Россия. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-01, e-mail: aslilenko@gmail.com

УДК 616.211.232-002.3:615.831

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРОВ ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ ДЛЯ АНТИМИКРОБНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Е. В. Логунова

CLINICAL AND LABORATORY RATIONALE FOR THE USE OF PHOTOSENSITISERS OF SECOND GENERATION FOR ANTIMICROBIAL PHOTODYNAMIC THERAPY OF THE PATIENTS WITH PYO-INFLAMMATORY DISEASES OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT

E. V. Logunova

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

В связи с увеличением резистентности бактерий к антибиотикам широкого спектра действия как альтернатива применяется метод антимикробной фотодинамической терапии. Эффект фотодинамической терапии основан на взаимодействии фотосенсибилизатора и видимого света, в результате чего вырабатывается синглетный кислород, который приводит к гибели клетки. Результаты исследования выявили антибактериальную эффективность фотодинамической терапии в лечении пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями ЛОР-органов, вызванными грамположительными и грамотрицательными бактериями и грибами, в особенности с заболеваниями, вызванными антибиотико-полирезистентными микроорганизмами, если в качестве фотосенсибилизатора второго поколения использовать радахлорин.

Ключевые слова: фотодинамическая терапия, микробная инфекция, фотосенсибилизаторы, бактерии, грибы.

Библиография: 5 источников.

Growing resistance of bacteria to antibiotics of a wide spectrum of action, as an alternative method of antimicrobial photodynamic therapy. Effect of photodynamic therapy is based on the interaction photosensitizer and visible light, the result of which is produced in the singlet oxygen, which leads to cell death. The research results revealed the antibacterial efficacy of photodynamic therapy in the treatment of patients with pyo-inflammatory diseases of ENT organs, caused by the gram positive and gram negative bacteria and fungi, especially from diseases caused by antibioticpolyresistance microorganisms, if as a photosensitizer use radachlorin.

Key words: photodynamic therapy, microbial infection, photosensitisers, bacteria, fungi.

Bibliography: 5 sources.



УДК 576.8.093.1:616.323-007.61-036.12-053.2

АНАЛИЗ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕЙЗАЖА ПОВЕРХНОСТИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ

А. И. Мачулин, Д. А. Рынков

ANALYSIS OF THE MICROBIOLOGICAL VIEW BY SURFACE OF THE PHARYNGEAL TONSIL AMONG CHILDREN WITH CHRONIC ADENOIDITIS

A. I. Machulin, D. A. Rynkov

ГБУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л. И. Свержевского»

Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

(Директор – проф. А. И. Крюков)

У 340 детей с обострением хронического аденоидита с помощью современных микологических (микроскопия – окрашивание калькофлюором белым, с использованием флуоресцентного микроскопа, и культуральные методы исследования) и бактериологических методов исследован микробиологический пейзаж поверхности глоточной миндалины. Выявлено наличие бактериальной биоты у 77,8% детей, а у 18,8% – грибковая биота, ассоциированная с бактериальными штаммами. Установлено, что бактериальная биота при хроническом грибковом аденоидите у детей является сопутствующей и не оказывает влияния на течение хронического грибкового воспаления глоточной миндалины.

Ключевые слова: хронический аденоидит, глоточная миндалина, бактериальная биота, грибковая биота, детский возраст.

Библиография: 10 источников.

The microbiological view by surface of the pharyngeal tonsil was explored among 340 children with chronic adenoiditis by recent mycological (microscopy – colored by calcofluor-white and with usage of the fluorescent microscope and cultural methods of research) and bacteriological examinations. Bacterial biota was detected among 77,8% children, mycological biota associating with bacteriological stains was detected among 18.8% children. Identified, that bacterial biota with chronic mycological adenoiditis is coexisting and not influence to the chronic mycological inflammation of pharyngeal tonsil process among children.

Key words: chronic adenoiditis, pharyngeal tonsil, bacterial biota, mycological biota, infancy.

Bibliography: 10 sources.

Хроническое воспаление глоточной миндалины (ГМ), хронический аденоидит (ХА) занимают первое место среди патологии ЛОР-органов в детском возрасте и составляют, по данным различных авторов, 50–55% [3, 4, 7].

Неблагоприятное течение перинатального периода онтогенеза, нарушения со стороны эндокринной системы, гиповитаминозы, конституциональные особенности детского организма, неблагоприятные социально-бытовые условия, а также различные детские инфекционные заболевания [1, 2, 3, 6] являются причинами изменения общей реактивности организма ребенка, вызывая снижение как общего, так и местного иммунитета, что непосредственно приводит к воспалению лимфоидной ткани носоглотки с последующим формированием ХА [5].

Несмотря на многочисленные исследования о современном представлении развития ХА у детей, встречаются единичные работы зарубежных авторов [8–10], указывающие на наличие ассоциированной микстбиоты ГМ при обострении ХА в детском возрасте.

Цель исследования. Изучение особенностей микробиологического пейзажа отделяемого с по-

верхности глоточной миндалины у детей с обострением хронического аденоидита.

Пациенты и методы. В отделе ЛОР-патологии детского возраста Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского на базе ЛОР-отделения ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского с 2011 по 2013 г. проведено обследование 340 детей с обострением хронического аденоидита в возрасте от 3 до 14 лет. При сравнении по гендерному признаку отмечалось преобладание числа мальчиков (64,9%) над числом девочек (35,1%).

Критерий включения в группу исследования – наличие у детей клинических симптомов ХА.

Критерии исключения: искривления носовой перегородки, острая и хроническая патологии полости носа и околоносовых пазух.

Методы исследования, помимо сбора анамнеза жизни и заболевания ребенка, традиционного ЛОР- и эндоскопического осмотра, рентгенографии околоносовых пазух носа, включали в себя бактериологическое и микологическое исследование отделяемого с поверхности ГМ.

Учитывая анатомическое расположение аденоидных вегетаций, для исключения контамина-



УДК 616.212.5-007.5-089

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА

А. Д. Морозов¹, М. М. Кумышева²

DEFINITION TACTICS PERIOPERATIVE TREATMENT OF DISEASES OF THE NASAL CAVITY

A. D. Morozov, M. M. Kumysheva

¹ Филиал № 1 ФГКУ «3-й центральный военно-клинический госпиталь им. А. А. Вишневого» МО РФ, Московская область, г. Красногорск, Россия

(Начальник госпиталя – докт. мед. наук А. В. Есипов)

² ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

(Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, проф. В. В. Дворянчиков)

Оперативные вмешательства на полости носа требуют совершенствования методики выполнения. Для оценки эффективности оперативного вмешательства необходимы объективные результаты. В настоящей работе предложен вариант оценки выполнения периоперационного пособия с применением латексного тканевого клея и разработки показаний к выполнению метода.

Ключевые слова: искривление перегородки носа, латексный тканевой клей, соматические заболевания.

Библиография: 9 источников.

Operative interventions on a cavity of a nose demand improvement of a technique of performance. Objective results are necessary for an assessment of efficiency of operative intervention. In the real work the option of an assessment of performance of a perioperative grant with application of latex tissue glue and development of indications to method performance is offered.

Key words: curvature of the nasal septum, the latex tissue glue, somatic disease.

Bibliography: 9 sources.

Оперативные вмешательства в полости носа в повседневной работе оториноларинголога остаются наиболее распространенными. Это объясняется тем, что заболевания полости носа в структуре ЛОР-заболеваний занимают одно из первых мест и требуют своевременного лечения [1, 3].

В литературе приводятся данные, что во Франции, Испании, Японии, Иране, Турции, Хорватии почти 90% взрослого населения имеют искривление перегородки носа с затруднением носового дыхания разной степени выраженности. По данным Г. З. Пискунова и С. З. Пискунова (2002), количество больных с хроническими ринитами, подлежащими оперативному лечению, 10–20% населения. А. С. Лопатиным диагностировано, что у 62,5% пациентов с хроническим риносинуситом имеется клинически значимое искривление перегородки носа [6].

С усовершенствованием техники выполнения оперативных вмешательств в полости носа и разработки новых методов, направленных на восстановление нормальной анатомической структуры полости носа, стали формироваться новые критерии оценки эффективности и качества лечения больных. Они основываются на показателях качества жизни больных и уровне медицинской помощи.

Цель работы. Оценка качества жизни больных после модифицированных ринохирурги-

ческих вмешательств с использованием современных методов остановки и профилактики кровотечений в интраоперационном и послеоперационном периодах. Разработка показаний для выполнения оперативных вмешательств в полости носа с использованием латексного тканевого клея.

Пациенты и методы. Исследование проводилось на кафедре отоларингологии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. Было обследовано 94 пациента, которые предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, слизистые выделения из полости носа, периодические головные боли, повышенную утомляемость, сонливость. Основной диагноз: искривление перегородки носа.

Все больные были разделены на четыре группы, статистически однородные по основным параметрам. В первую группу было включено 24 человека, которым проводилось традиционное обеспечение профилактики операционного и послеоперационного кровотечения с применением передней марлевой тампонады полости носа, без сопутствующей соматической патологии. Во вторую группу был включен 21 человек, которым проводилась традиционная профилактика операционного и послеоперационного кровотечения с применением передней марлевой тампонады полости носа с сопутствующей со-



Морозов Александр Дмитриевич – старший ординатор отоларингологического отделения филиала № 1 3-го ЦВКГ им. А. А. Вишневого. Россия. Московская область, г. Красногорск, ул. Светлая, д. 11; тел.: 8-915-266-78-60, e-mail: m14232@mail.ru

Кумышева Милана Музариновна – клинический ординатор каф. отоларингологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. Россия. 194044, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, д. 6; тел.: 8-921-580-11-38, e-mail: ENTdr.Kumysheva@gmail.ru

УДК:616.216:612.015.31-07-08

РОЛЬ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСИТОВ

М. А. Неродо

THE ROLE OF MACRO- AND MICROELEMENTS IN PATOGENESIS OF RHINOSINUSITIS

М. А. Nerodo

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Ростов-на-Дону, Россия
(Зав. каф. болезней уха, горла, носа – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух являются одной из наиболее актуальных и распространенных проблем оториноларингологии. Большинство исследователей связывают возникновение воспалительных изменений околоносовых пазух со снижением местного иммунитета. В развитии иммунодефицитных состояний слизистой оболочки полости носа значительное внимание уделяется роли минерального обмена.

Ключевые слова: макро- и микроэлементы, минеральный обмен, местный иммунитет, параназальный синусит.

Библиография: 16 источников.

The inflammatory diseases of nose and paranasal sinuses are the most actual problems of ENT diseases. The majority of scientists associate the appearance of inflammation in paranasal sinuses with decrease of local immunity. The mineral metabolism plays an important role at development of immunodeficiency mucous membrane of the nasal cavity.

Key words: macro- and microelements, mineral metabolism, local immunity, rhinosinusitis.

Bibliography: 16 sources.

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух являются одной из наиболее актуальных и распространенных проблем оториноларингологии [2]. Несмотря на накопленный опыт и знания, заболеваемость острыми синуситами в России за последние 8 лет возросла с 4,6 до 12,7 случаев на 1 000 населения. Увеличивается удельный вес больных, госпитализированных по поводу данного заболевания. Количество таких больных на Северном Кавказе, в Ростовской области также продолжает неуклонно расти, а течение заболевания имеет весьма важные особенности, что связывают с аллергическими проявлениями, особым микробиологическим спектром и неблагоприятной экологической ситуацией в регионе [6].

К причинам развития воспалительных заболеваний слизистой оболочки носа и околоносовых пазух можно отнести: анатомо-физиологические особенности строения носа и ОНП, теорию патогенеза по W. Messerklinger, который утверж-

дал, что ведущее значение в развитии заболевания принадлежит патологии структур остеомаксиларного комплекса, а также профессиональные, бактериологические, аллергические и иммунологические факторы [11].

Большинство исследователей связывают возникновение риносинуситов с иммунодефицитом, который чаще наблюдается после оперативных вмешательств, общей анестезии и системной антибактериальной терапии, однако есть данные, что такие антибиотики, как фузафунжин, клиндамицин и линкомицин могут способствовать активации иммунитета. Работы, проведенные в последнее время, говорят о снижении не столько общего иммунитета при заболеваниях ЛОР-органов, сколько местного, что доказывают диагностические исследования биологических секретов: слюны, назального смыва, смыва из околоносовых пазух, полученного методом пункционной гайморотомии [12].



3. Арефьева Н. А., Медведев Ю. А. Иммунологические аспекты оториноларингологии // Нов. оторинолар. и логопатол. – 1997. – № 4. – С. 3–9.
4. Бабенко Г. А. Микроэлементозы человека: патогенез, профилактика, лечение // Микроэлементозы в медицине. – 2001. – № 2 (1). – С. 2–5.
5. Биохимия человека: в 2 т. / Р. Марри [и др.]; под ред. Л. М. Гиодмана / Пер. с англ. – М.: Мир, 2004. – Т. 2, Гл. 53. – С. 282–286.
6. Волков А. Г., Гюсан А. О., Боджоков А. Р. Анализ орбитальных и внутричерепных осложнений синуситов по некоторым стационарам Северного Кавказа // Рос. оторинолар. – 2008. – № 4 (35). – С. 57.
7. Громова О. А. Школа по витаминам и микроэлементам. – М., 2004. – 59 с.
8. Захарина Т. Н., Бахтина Е. А., Токарев С. А. Оценка элементного статуса детей с различными хроническими заболеваниями на Крайнем Севере // Профилактическая медицина. – 2009. – № 4. – С. 22–24.
9. Значение спектрального анализа волоса в диагностике нарушений элементного гомеостаза и в оценке эффективности профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий / Н. В. Нагорная [и др.] // Актуальные проблемы транспортной медицины. – 2010. – № 2 (20). – С. 40–46.
10. Мжельская Т. И., Ларский Э. Г. Исследование содержания микроэлементов и ферментов в волосах как новый подход к изучению метаболизма на тканевом уровне // Лабораторное дело. – 1983. – № 1. – С. 1–64.
11. Острый синусит: состояние проблемы на начало XXI века / А. Б. Туровский [и др.] // Доктор.Ру. – 2011. – № 6 (65). – С. 7–12.
12. Плужников М. С., Лавренова Г. В., Катинас Е. Б. Основные принципы иммунокорригирующей терапии в оториноларингологии // Вестн. оторинолар. – 2008. – № 4. – С. 38–44.
13. Скальный А. В. Микроэлементозы человека (диагностика и лечение): практическое руководство для врачей и студентов медицинских вузов. – М.: КМК, 2001. – 96 с.
14. Скальный А. Микроэлементы: бодрость, здоровье, долголетие. – Litres, 2013. – 288 с.
15. Столяров Д. И. Микроэлементоз слизистой оболочки полости носа больных хроническим аденоидитом, ассоциированным с дисбиозом кишечника как причина иммунодефицита, приводящего к их персистенции // Рос. оторинолар. – 2010. – № 1 (44). – С. 122–126.
16. Шварцман Я. С., Хазенсон Л. Б. Местный иммунитет. – Л.: Медицина, 1978. – 223 с.

Неродо Марина Алексеевна – аспирант каф. болезней уха, горла, носа Ростовского ГМУ. Россия. 344000, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, д. 105, тел.: +7-989-615-02-26, e-mail: ya.marinanerodo@yandex.ru

УДК 616.284.-002.258.3-004+616.284-002.253-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОТОСКЛЕРОЗОМ, СОЧЕТАЮЩИМСЯ С АДГЕЗИВНЫМ ПРОЦЕССОМ В БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ

Л. Ю. Озерова

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR PATIENT SUFFERING OTOSCLEROSIS AND ADHESIVE OTITIS

L. Y. Ozerova

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

Проанализировано 80 историй болезни пациентов с диагнозом отосклероз, поступивших в Санкт-Петербургский НИИ ЛОР для планового хирургического лечения за период 2010–2012 гг. Пациенты разделены на две группы: первая группа (40 пациентов) – с отосклерозом в сочетании с адгезивным процессом в барабанной полости; вторая группа (40 пациентов) – с отосклерозом. Средние показатели воздушной проводимости и костно-воздушного интервала до операции у пациентов обеих групп были примерно одинаковы (воздушная проводимость 57,3–61,3 дБ, соответственно костно-воздушный интервал 39,1–43,6 дБ). Результаты хирургического лечения (стапедопластики) в отдаленные сроки после операции были статистически достоверно хуже у пациентов с отосклерозом в сочетании с адгезивным процессом в барабанной полости, чем у пациентов с отосклерозом.

Ключевые слова: отосклероз, адгезивный отит.

Библиография: 10 источников.

Case histories of 80 patients with otosclerosis were analyzed. All the patients underwent surgical interventions from 2010 till 2012 in Research Institute of Ear, Nose, Throat and Speech. They were divided into 2 groups: 1st one – 40 patients with otosclerosis and adhesive process in tympanic cavity; 2nd group – 40 patients with otosclerosis. Average data of air conduction and bone-air interval before surgery in patients of the 1st and 2nd groups were approximately the same (air conduction 57,3 to 61,3 dB, bone-air interval 39,1–43,6 dB). Results of surgical treatment (stapedectomy) in the long-term follow-up period after the surgery were statistically significantly worse in patients with combined otosclerosis and adhesive process in the tympanic cavity, than in patients with otosclerosis.

Key words: otosclerosis, adhesive otitis.

Bibliography: 10 sources.

Отосклероз остается одной из ведущих причин снижения слуха у пациентов трудоспособного возраста [3]. Отохирурги все чаще стали сталкиваться с сочетанием отосклероза и адгезивного отита [2]. Н. Zangemeister, I. Padovan указывали на существование «смешанных форм», морфологически представляющих сочетание отосклероза и адгезивного среднего отита. По их мнению, указанные клинические формы являются проявлением только адгезивного среднего отита, завершившегося процессом кальцификации аннулярной связки и фиксации стремени [10]. Л. Н. Петрова и К. Б. Радугин «смешанные формы» объясняют одновременным наличием у больных отосклерозом спаечного процесса в среднем ухе, развившегося после перенесенного воспаления [4, 6].

Статистические данные о распространенности клинического отосклероза касаются главным образом его тимпанальной формы, сопровождающейся кондуктивной или смешанной тугоухостью, субъективным ушным шумом и, редко, нарушением функции вестибулярного аппарата [7]. Клинический отосклероз выявляется у 0,1–1% населения земного шара [5]. Его эпидемиологическая распространенность, по данным J. Perez-Lazaro, составляет 5,67 пациента на 100 тыс. жителей [9].

Единственным эффективным способом улучшения слуха при отосклерозе на сегодняшний день является проведение оперативного вмешательства [1, 8].

Цель исследования. Выявление влияния сочетания отосклероза с адгезивным процессом в барабанной полости на результаты хирургического лечения пациентов в ближайшие и отдаленные сроки.

Материалы и методы исследования. В клиническое исследование вошли истории болезни 80 пациентов (женщин – 67, мужчин – 13) с диагнозом отосклероз, поступивших в Санкт-Петербургский НИИ ЛОР для проведения планового хирургического лечения за период 2010–2012 гг. Средний возраст пациентов составил 38,4 года. Длительность заболевания с момента появления первых симптомов составила в среднем 10,6 года.

Пациенты были разделены нами на две группы.

Первая группа – основная, в которую вошло 40 пациентов (женщин – 32, мужчин – 8). Критерием

включения в группу являлось выявление при ревизии барабанной полости сочетания фиксации подножной пластинки стремени с рубцово-адгезивным процессом в барабанной полости.

Вторая – группа сравнения, в которую мы включили 40 пациентов (женщин – 28, мужчин – 12). Критериями включения в группу являлись наличие фиксации подножной пластинки стремени и отсутствие рубцово-адгезивного процесса в барабанной полости.

Всем пациентам было проведено полное общеклиническое и оториноларингологическое обследование: сбор жалоб и анамнеза, отоскопия, отомикроскопия, тональная пороговая аудиометрия до и после хирургического лечения (в раннем послеоперационном периоде на 10–14-й день, через 6 месяцев и через 1 год), импедансометрия, анализ интраоперационных находок.

Все пациенты обеих групп в одинаковом процентном соотношении жаловались на постепенное снижение слуха на одно или оба уха, шум в одном или в обоих ушах разной частотности. Снижение слуха больные связывали с изменением гормонального фона организма (заболеваниями щитовидной и паращитовидных желез, беременностью, с гормональными изменениями в менопаузе), наследственностью (синдром Вандер-Хуве–Клейна–Варденбурга).

Обращает на себя внимание то, что у большинства пациентов из первой группы (32 человека – 80%) в анамнезе жизни были указания на частые простудные заболевания (более 3–4 раз в год). Кроме того, у 26 (65%) пациентов основной группы в анамнезе была операция на перегородке носа и у 19 пациентов (47,5%) – аденомотомия (рис. 1).

У пациентов второй группы частота встречаемости простудных заболеваний не превышала одного-двух раз в год, но 30 (27,5%) пациентов из группы сравнения все же отмечали простудные заболевания более 3–4 раз в год. Жалобы на затруднение носового дыхания и указание на операции на носовой перегородке в анамнезе были отмечены лишь у 6 (15%) пациентов группы сравнения, аденомотомия была проведена 7 (17,5%) больным.

Данные отомикроскопии у пациентов 1-й и 2-й групп приведены в табл. 1.



УДК: 616.284-002.253

О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АДГЕЗИВНЫМ ОТИТОМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ПРОЛАПСОМ НАТЯНУТОЙ ЧАСТИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

А. А. Олимов

UP TO QUESTION OF THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ADHESIVE OTITIS

А. А. Olimov

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

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

В данной статье представлен опыт выполнения слухоулучшающих операций у пациентов с адгезивным отитом, сопровождающимся пролапсом натянутой части барабанной перепонки. В исследование включено 22 пациента, прооперированных в 2013 г. Средний возраст пациентов составил 19,5 года. Описана предоперационная подготовка пациента, включающая хирургическую санацию верхних дыхательных путей. У всех пациентов показатели слуха на предоперационном этапе соответствовали кондуктивной тугоухости 2-й степени. У большинства пациентов (более 80%) получен стойкий хороший анатомический результат и достигнут уровень социально-адекватного слуха. Описана методика проведения оперативного вмешательства.

Ключевые слова: адгезивный отит, тимпанопластика, ретракционный карман, натянутая часть барабанной перепонки.

Библиография: 9 источников.

This article presents the experience of the hearing improving operations in patients with adhesive otitis. The study included 22 patients who had surgery in 2013. The average age of the patients was 19.5 years. An algorithm for preoperative preparation of the patient, including surgical sanitation of the upper respiratory tract proposed. In all patients, rates of hearing on preoperative meet grade 2 conductive hearing loss. The majority of patients (> 80%) presents good anatomical results and an adequate level of social hearing. A technique for the operative treatment is described.

Key words: adhesive otitis, tympanoplasty, retraction pocket, pars tensa.

Bibliography: 9 sources.

Адгезивный средний отит характеризуется полным или частичным срастанием между втянутой, атрофичной натянутой частью барабанной перепонки и структурами барабанной полости. Некроз длинного отростка наковальни или суперструктур стремени может привести к мирингостapedопексии, данное состояние необходимо дифференцировать от ателектаза барабанной полости и обычного втяжения барабанной перепонки при тубоотите.

J. Sade в 1979 г. предложил классификацию адгезивного отита в зависимости от выраженности втяжения барабанной перепонки (ателектаза барабанной полости):

- стадия I характеризуется умеренным втягиванием барабанной перепонки;
- при стадии II втянутая барабанная перепонка вступает в контакт с наковальной или стремечком;
- стадия III характеризуется тем, что барабанная перепонка соприкасается с мысом медиальной стенки барабанной полости;
- при IV стадии барабанная перепонка выстилает медиальную стенку барабанной полости, окутывая слуховые косточки;

– в стадии V происходит спонтанная перфорация барабанной перепонки [6].

Позже, в 1993 г., Y. Nakano предложил свою классификацию, разделив адгезивные отиты на два типа: тип А – втяжение барабанной перепонки происходит равномерно всей поверхностью натянутой части, тип В – ретракционный карман образуется только в задних квадрантах, передние квадранты остаются интактными [4].

Гистологически стенка ретракционного кармана выражено атрофична, зачастую с отсутствием среднего слоя.

Принято считать, что адгезивный отит является результатом длительной дисфункции слуховой трубы или конечным результатом развития транссудативного (секреторного) отита в отсутствие лечения.

Цель работы. Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с адгезивным отитом, заключающимся в образовании ретракционного кармана в натянутой части барабанной перепонки.

Пациенты и методы. За первое полугодие 2013 г. в Санкт-Петербургском НИИ ЛОР было



УДК 616.323-007.61-053.2

СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О ПРОБЛЕМЕ ЛИМФОЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА

Р. Т. Очилов

NEW DATA ON THE PROBLEM LYMPH EPITHELIAL PHARYNGEAL RING

R. T. Ochilov

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

В статье представлены литературные данные о проблеме лимфоэпителиального глоточного кольца: анатомия, этиология и патогенез, хирургическая тактика оперативного вмешательства, осложнения в виде кровотечений и методы их остановки.

Ключевые слова: лимфоэпителиальное глоточное кольцо, система гемостаза, хирургия, кровотечения.

Библиография: 25 источников.

The article presents the published data on the issue lymph epithelial pharyngeal ring: anatomy, etiology and pathogenesis, surgical technique of surgery, complications such as bleeding and methods of stopping it.

Key words: lymph epithelial pharyngeal ring, hemostasis, surgery, bleeding.

Bibliography: 25 sources.

Лимфоэпителиальное глоточное кольцо и вся лимфоидная ткань организма (вилочковая железа, селезенка, костный мозг, лимфатические узлы и др.) определяют единую иммунную систему организма [17].

В настоящее время среди заболеваний ЛОР-органов у детей большую долю занимает воспаление лимфоэпителиального глоточного кольца, особенно патология глоточной миндалины. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо является первым комплексом защиты детского организма от влияния чужеродных веществ внешней среды [3, 20].

Гипертрофия лимфоэпителиального глоточного кольца наблюдается у детей в возрасте 2–15 лет. Важную роль играет при гипертрофии лимфоидной ткани глотки воспалительный процесс, который приводит к различным заболеваниям верхних дыхательных путей [2, 20].

Хроническая патология лимфоэпителиального глоточного кольца является одной из главных проблем в педиатрии. В детском возрасте заболевания верхних дыхательных путей в основном спровоцированы воспалением лимфоэпителиального глоточного кольца. У детей дошкольного и младшего школьного возраста патология глоточной миндалины составляет 74,3% в структуре заболеваний уха, горла, носа [19]. Страдают хронической формой аденоидита 50–75% детей в возрасте от 3 до 10 лет [1]. Гипертрофия глоточной миндалины у детей является причиной таких симптомов, как затруднение носового дыхания, снижение слуха, возникновение храпа. Дети с патологией лимфоэпителиального глоточного коль-

ца более подвержены частым простудным заболеваниям как верхних, так и нижних дыхательных путей [4, 19].

По данным некоторых авторов, миндалины, особенно глоточная и небная, сохраняют свои функции при гипертрофии и хроническом воспалении [12].

Большую роль в этиологии и патогенезе хронического аденоидита ряд авторов уделяют инфекционному фактору. Зарубежные авторы указывают на то, что глоточная миндалина активно подвергается воздействию как вирусных, так и бактериальных агентов [23]. Также некоторые авторы указывают на продукцию цитокинов аденоидными вегетациями в условиях воспаления верхних дыхательных путей. Этот факт свидетельствует о том, что в ответ на инфекционное, а также антигенное воздействие защитная функция слизистой оболочки реализуется без воспалительных реакций [8].

За последнее время этиологическим фактором выступают герпесвирусные инфекции и в первую очередь вирус Эпштейна–Барр и цитомегаловирус [13]. Так, в своей работе М. В. Дроздова с соавт. (2011) показала, что в этиологической структуре хронического лимфопролиферативного синдрома как в моно-, так и в микст-инфекции преобладали герпесвирусы: вирус Эпштейна–Барр (75%), цитомегаловирус (52%) [7]. В большинстве случаев установлено смешанное инфицирование данными патогенами.

В. Я. Кунельская с соавт. (2010) в своей работе показали участие грибковой флоры в этиологическом факторе аденоидита в детском возрасте,



УДК 616.28-008.4-036.8:616.831.4

ПСИХОНЕЙРОЭНДОКРИННЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

В. Н. Перевозчикова

PSYCHONEUROENDOCRINE PROFILE BY PATIENTS, SUFFERING FROM SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS

V. N. Perevozchikova

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. А. Артюшкин)

Целью данной работы явилось изучение качества жизни (КЖ) пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью (СНТ) и его взаимосвязи с уровнем экскреции 6-сульфатоксимелатонина (6-SOMT) – метаболита мелатонина. Пациентам проводились исследование уровня экскреции 6-SOMT в ночной моче и анкетирование с помощью опросника SF-36. Полученные данные свидетельствуют о снижении КЖ у пациентов с ОСНТ как в физической, так и в психологической сферах. Колебания экскреции 6-SOMT коррелируют с изменением субъективной оценки пациентами КЖ вне зависимости от степени тугоухости.

Ключевые слова: мелатонин, качество жизни, острая сенсоневральная тугоухость.

Библиография: 12 источников.

The objective of this work was to study the quality of life (QOL) of patients with sudden sensorineural hearing loss (SHL) and its relationship with 6 – sulfatoximelatonin (6-SOMT) – metabolite of melatonin level of excretion. Patient's level of excretion of 6-SOMT in the night urine was examined. They were also surveyed using a questionnaire SF-36. These data demonstrate that patients with sudden SHL have low QOL in both physical and psychological fields. Urinary 6-SOMT-level correlated with the change of subjective evaluation of the patient's QOL, regardless to the degree of hearing loss.

Key words: melatonin, quality of life, sudden sensorineural hearing loss.

Bibliography: 12 sources.

В настоящее время проблема снижения слуха приобретает все большую актуальность. Постоянный рост числа больных с сенсоневральной тугоухостью (СНТ) отмечен не только в России, но и, как свидетельствуют данные ВОЗ, во всех странах мира. Проблемы со слуховой функцией на сегодняшний день имеют около 4–6% населения Земли, причем доля СНТ среди данной патологии приближается к 70% [8].

Снижение слуха для подавляющего большинства пациентов является стрессовой ситуацией, которая может провоцировать различные пограничные нервно-психические расстройства. У слабослышащих отмечаются повышение тревожности и напряжения, аутичность, подозрительность, замкнутость, агрессивность, социальная изоляция и дезадаптация. При этом значительно снижается КЖ этих больных [5].

КЖ – интегральная характеристика, включающая в себя физические, психологические и социальные показатели. КЖ, непосредственно связанное со здоровьем, оценивает психическое состояние пациента, которое является следствием самого заболевания, симптомов, связанных с ним или его лечением, а также социальную активность, интеллектуальную деятельность, половую функцию, удовлетворение медицинской помощью, контактом с врачом и пр. [4].

Согласно новой парадигме клинической медицины улучшение КЖ пациента является либо главной, либо дополнительной целью лечения [9]. В связи с этим наряду со стандартными методами исследования в современной международной клинической практике для комплексной оценки состояния больного все чаще используют показатели КЖ. Изучение КЖ может быть использовано как для одномоментной оценки состояния пациента, так и для динамической оценки, например при определении эффективности лечения.

В настоящее время самым распространенным адаптированным для России опросником для исследования КЖ является MOS SF-36. Данный опросник позволяет оценить КЖ больных комплексно, учитывая как социальные, так и психологические нарушения. Он может служить критерием адекватности пациентов в целях дальнейшей психотерапевтической коррекции, так как в нем принимаются во внимание факторы, обуславливающие развитие психосоматических осложнений, стрессовых реакций, усугубляющих течение болезни [6].

Одна из наиболее динамически развивающихся областей изучения аффективных расстройств – психонейроэндокринология, в частности изучение взаимоотношений между гормональными и психическими нарушениями, выяснение много-



ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В. Н. Мелатонин. Роль в организме, применение в клинике. – СПб: Система, 2007. – 40 с.
2. Арушанян Э. Б., Бейер Э. В. Гормон мозговой железы эпифиза мелатонин – универсальный естественный адаптоген // Успехи физиологических наук 2012. – Т. 43, № 3. – С. 82–100.
3. Беспятовых А. Ю., Бурлакова О. В., Голиченков В. А. Мелатонин как антиоксидант: основные функции и свойства // Успехи современной биологии. – 2010. – Т. 130, № 5. – С. 487–496.
4. Гельцер Б. И., Фрисман М. В. Современные подходы к оценке качества жизни кардиологических больных // Кардиология. – 2002. – № 9. – С. 4–9.
5. Геюшова С. И. Характер влияния нейросенсорной тугоухости на трудоспособность и качество жизни работников нефтяной промышленности // Рос. оторинолар. – 2012. – № 5 (60). – С. 42–45.
6. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / Г. В. Бурковский [и др.]. – СПб.: Санкт-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева, 1998. – 57 с.
7. Кветная Т. В., Князькин И. В., Кветной И. М. Мелатонин – нейроиммуноэндокринный маркер возрастной патологии. – СПб.: Деан, 2005. – 144 с.
8. Морозова С. В. Нейросенсорная тугоухость: основные принципы диагностики и лечения // Рос. мед. журн. 2001. – Т. 9, № 15; – С. 15–18.
9. Новик А. А., Ионова Т. И. Исследование качества жизни в медицине: учеб. пособие для вузов / Под ред. Ю. Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 184–192.
10. Определение мелатонина в биологических жидкостях / А. Ю. Молчанов [и др.] // Клин. лаб. диагностика 2011. – № 6. – С. 3–7.
11. Пальцев М. А., Кветной И. М. Руководство по нейроиммуноэндокринологии. – М.: Медицина, 2006. – 382 с.
12. Evaluation of the antioxidant activity of melatonin in vitro / K. A. Marshall [et al.] // Free Radic Biol Med. – 1996. – N 21(3). – P. 307–315.

Перевозчикова Вера Николаевна – аспирант каф. оториноларингологии Северо-Западного ГМУ им. И. И. Мечникова. Россия. 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, тел.: (812)543-94-13, e-mail: verashka2@rambler.ru

УДК 616.22-007.271-072.1-089.844:615.849.19

МЕТОД ЛАЗЕРНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАРИНГОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ

Ю. Ю. Подкопаева

THE METHOD OF LASER ENDOSCOPIC LARYNGOPLASTY IN THE TREATMENT CHRONIC STENOSIS OF THE LARYNX

J. J. Podkopaeva

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

Предложен способ лечения хронических стенозов гортани паралитической и комбинированной этиологии путем эндоскопической подслизистой хордаритеноидотомии с применением диодного лазера. Представлены результаты лечения 10 пациентов с данной патологией. Предлагаемая методика может быть использована в клинической практике.

Ключевые слова: двусторонний хронический паралитический стеноз гортани, хордаритеноидотомия, диодный лазер.

Библиография: 16 источников.

The method of chronic paralytic and combined laryngeal stenosis treatment which involves endoscopic submucous chordarytenoidotomy with the use of dyod laser was put forward. Treatment results of 10 patients is demonstrated. The suggested method could be proposed in clinical practice.

Key words: bilateral chronic paralytic laryngeal stenosis, chordarytenoidotomy, dyod laser.

Bibliography: 16 sources.



УДК 616.322+616.322-002+616.346.2-002+616-036.11.004.12

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИЙ НЕБНЫХ МИНДАЛИН У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ И БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

В. И. Подсвиров

COMPARISONS IN CHARACTERISTICS OF TONSILS IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED TONSILLITIS AND ACUTE APPENDICITIS

V. I. Podsvirov

ГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия
(Начальник каф. отоларингологии – проф. В. В. Дворянчиков)

Функция небных миндалин при острой хирургической патологии органов брюшной полости (острого аппендицита) является одним из необходимых методов оценки иммунной системы организма. Развитие иммунодефицитного состояния при данной патологии может быть одним из пусковых механизмов развития хронического декомпенсированного тонзиллита.

Ключевые слова: хронический декомпенсированный тонзиллит, острый аппендицит, исследование функции небных миндалин, иммунодефицитное состояние.

Библиография: 4 источника.

Function of tonsils in patients with acute surgical pathology of abdominal cavity (acute appendicitis) is important method of assessment of immune status. Development of immunodeficiency in this pathology can be one of trigger mechanisms of development chronic decompensated tonsillitis.

Key words: chronic decompensated tonsillitis, acute appendicitis, functions of tonsils, immunodeficiency state.

Bibliography: 4 sources.

Среди заболеваний всех ЛОР-органов тонзиллярная патология на протяжении многих лет занимает лидирующее место. Патология небных миндалин в настоящее время рассматривается как комплексная медико-биологическая проблема. Несмотря на развитие медицинской науки, патологию небных миндалин не удается победить окончательно, так как этиология и патогенез тонзиллярной патологии недостаточно исследованы и в некоторых моментах дискуссионны. В частности, недостаточно выяснена связь между клинической картиной больных с патологией небных миндалин и иммунологическим статусом. Так как иммунологическая активность лимфоидной ткани не всегда совпадает с диагнозом, выставленным по клиническим признакам, и вопрос о тактике оперативного лечения в зависимости от стадии развития хронического тонзиллита не полностью изучен, так как нет четких критериев оценки иммунодефицитного состояния при данной патологии.

Лимфоидная ткань имеется и в таком органе, как аппендикс. Острый аппендицит среди хирургической патологии органов брюшной полости, несомненно, занимает лидирующее место, и окончательно победить такое «грозное» заболевание с его возможными осложнениями не удастся полностью – вероятнее всего, по причине отсутствия абсолютно точных представлений

об этиологии и патогенезе развития этого заболевания. Вопреки расхожему мнению, аппендикс не является бесполезным и рудиментарным органом. Зачастую его называют «внутренней миндалиной живота». Как миндалины защищают легкие, так аппендикс защищает кишечник, в нем сосредоточена лимфоидная ткань. Именно по этой причине многие страны в мире, где была практика удаления аппендикса в «профилактических» целях, вынуждены были отказаться от нее. Однако, боясь развития грозных жизнеугрожающих осложнений, тактика оперативного лечения острого аппендицита намного прозрачнее, нежели хронического тонзиллита. Лимфоидная ткань в червеобразном отростке, как и лимфоидная ткань в небных миндалинах относятся к периферическим органам иммунной системы и принимают участие в формировании клеточного и гуморального иммунитета. Так как клеточный и гуморальный иммунитет, иммунологическая толерантность и иммунологическая гиперчувствительность, иммунологическая память не действуют автономно, они взаимосвязаны, то данные патологии могут являться как причиной, так и следствием приобретенной иммунологической недостаточности. Поэтому оценка иммунной системы является оправданной для более точного понимания патогенеза развития данных заболеваний.



3. Клиническая иммунология в хирургии / В. И. Стручков [и др.]. – Ташкент, 1987. – 270 с.
4. Солдатов И. Б. Классификация и принципы лечения хронического тонзиллита: метод. рекомендации. – М., 1979. – 10 с.

Подсви́ров Виктор Иванович – клинический ординатор клиники оториноларингологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, д. 6, тел.: 8-921-386-48-28, e-mail: vikt-podsvirov@yandex.ru

УДК 616.28-008.14:616-057:616.12/.13-008.64

ВЛИЯНИЕ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

М. Н. Попов

VASCULAR FACTOR IN DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL NEUROTOUCH RELATIVE DEAFNESS

М. N. Popov

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Самара, Россия

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

В статье представлены данные исследования церебральной гемодинамики у больных нейросенсорной тугоухостью профессионального генеза. Выявленные нарушения в сосудах головного мозга у больных нейросенсорной тугоухостью профессионального генеза свидетельствуют о целесообразности исследования мозгового кровообращения при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий

Ключевые слова: нейросенсорная тугоухость, профессиональные болезни, мозговое кровообращение.

Библиография: 4 источника.

In article researches of cerebral haemo dynamics at patients with neurotouch relative deafness of professional genesis are submitted data. The revealed violations in brain vessels at patients with neurotouch relative deafness of professional genesis testifies to expediency of research of brain blood circulation, when carrying out diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: neurotouch relative deafness, professional diseases, brain blood circulation.

Bibliography: 4 sources.

Повреждение слуха как профессиональная болезнь впервые описано в 1700 году итальянским врачом Бернардино Рамаццини. Профессиональная нейросенсорная тугоухость является одной из старейших проблем медицины труда и остается чрезвычайно актуальной до настоящего времени. На протяжении многих лет динамика показателей первичных случаев не имеет тенденции к снижению. Такое положение связано, прежде всего, с тем, что в настоящее время остается значительное число отраслей экономики, работники которых трудятся в условиях воздействия шума, превышающего предельно-допустимые уровни.

Механизм возникновения и развития слуховых нарушений, обусловленных действием шума, до настоящего времени окончательно не изучен. Известно, что человеческое ухо не имеет естественной защиты от интенсивного шума, который воздействует на клетки и нервы слухового анализатора [1].

Существуют различные мнения о морфологических изменениях внутреннего уха при действии шума. Одни авторы считают ведущей причиной морфологических нарушений избыточную акустическую энергию, другие – нервно-трофические механизмы, третьи – сосудистые нарушения [1, 2].

В последние годы придается большое значение исследованию взаимосвязи состояния мозгового кровотока и функции слухового анализатора. Известно, что механизм ишемии периферического отдела слухового и вестибулярного анализаторов заключается в нарушении кровообращения в бассейне лабиринтной артерии вследствие вертебрально-базилярной недостаточности. По определению экспертов ВОЗ, вертебрально-базилярная недостаточность – это обратимое нарушение функций мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения областей, питаемых позвоночными и основной артериями. При этом недостаточность



2. Косарев В. В., Ерёмина Н. В. Нарушения слуха профессионального генеза: учеб. пособие. – Самара, 2007. – 94 с.
3. Панкова В. Б. Профессиональные заболевания органа слуха. Оториноларингология: национальное руководство. – М., 2007. – С. 848–856.
4. Шидловская Т. В., Шидловская Т. А., Косаковский А. Л. Диагностика и лечение сенсоневральной тугоухости. – Киев, 2008. – 430 с.

Попов Михаил Николаевич – очный аспирант каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова Самарского ГМУ. Россия, 443079, г. Самара, пр. Карла Маркса, д. 165Б, клиники медуниверситета; тел.: 8-9272-911-927, e-mail: mixa063@bk.ru

УДК 616.22-007.271

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ПОДГОЛОСОВОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ

Е. Е. Пособило, Г. В. Портнов, В. А. Голланд

IDIOPATHIC CICATRICIAL SUBGLOTTIC STENOSIS OF LARYNX

Е. Е. Posobilo, G. V. Portnov, V. A. Golland

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

В статье приведен клинический случай идиопатического рубцового стеноза подголосового отдела гортани. Представлен литературный обзор по этиологии рубцовых стенозов подголосового отдела гортани. Авторы приходят к выводу, что предпосылками развития рубцового стеноза подголосового пространства в данном клиническом случае явились рефлюкс-синдром и местная травма при травматическом проведении фиброзофагогастроуденоскопии.

Ключевые слова: идиопатический рубцовый стеноз.

Библиография: 10 источников.

The paper presents a clinical case of idiopathic cicatricial subglottic stenosis of larynx. Presented a literature review of the etiology of cicatricial subglottic stenosis of larynx. The authors conclude that the prerequisite for the development of cicatricial subglottic stenosis in this clinical case was reflux syndrome and local trauma after fibroezofagogaastroduodenoscopy.

Key words: idiopathic cicatricial stenosis.

Bibliography: 10 references.

Причин для развития рубцовых стенозов гортани с развитием медицины становится все больше. В основе данной болезни лежит развитие рубцовой ткани в просвете гортани, которое постепенно суживает просвет дыхательных путей. Под стенозом понимают уменьшение или полное закрытие просвета гортани и (или) трахеи, которое нарушает поступление воздуха в трахею и легкие, приводит к нарушению газообмена и развитию дыхательной недостаточности [1]. Так, по данным Е. А. Кирасировой (2013), стеноз гортани и трахеи составляет 7,7% общего числа оториноларингологических больных [1]. Основными классификационными критериями рубцовых стенозов гортани, по мнению А. А. Татур, С. И. Леонович и соавт., являются этиологический фактор, анатомическая форма, локализация, протяженность и степень сужения, а также сочетание с трахеопищеводной фистулой, трахеомалацией и трахеостомой. По этиоло-

гии данные авторы выделяют: постинтубационный, посттрахеотомический, посттравматический, идиопатический рубцовые стенозы [2]. Частота развития рубцового стеноза гортани и трахеи при проведении реанимационных мероприятий, сопровождающихся искусственной вентиляцией легких и трахеостомией, составляет, по данным различных авторов, от 0,2 до 25% [1]. По оценкам Р. Ф. Свидер, А. А. Pashkova и соавт. (2013), от 1 до 22% гортанно-трахеальных стенозов обычно развиваются в результате интубации трахеи или трахеостомии [9]. J. Lukáš, J. Votruba и соавт. (2011) подчеркивают, что длительная искусственная вентиляция легких через трахеостомическую трубку (> 30 дней) в два раза повышает риск стеноза (относительный риск ОР = 2,04, $p = 0,002$) [10]. По данным Яицкого Н. А., Герасина В. А. и соавт. [4], наиболее часто рубцовый стеноз трахеи ятрогенного, постинтубационного или посттрахеостомического происхожде-



УДК 616.216-002+771.534.531

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СОСТОЯНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПАЦИЕНТОВ

С. И. Пужаев

APPLICATION OF BONE DENSITOMETRY TO DIAGNOSE THE STATE OF THE PARANASAL SINUSES PATIENTS

S. I. Puzhaev

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,

г. Ростов-на-Дону, Россия

(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

Диагностика заболеваний ОНП – сложный итерационный процесс, при котором врач проводит предварительную диагностику, используя свой опыт и медицинские анализы. Рост числа ЛОР-заболеваний, инерционность и ошибочность как в диагностике заболеваний пациентов лечебных учреждений, так и при принятии решения по их излечению порождают актуальную необходимость в разработке системных принципов синтеза интегральных информационно-вычислительных телекоммуникационных комплексов обслуживания медицинских учреждений. Методы исследований, используемые в работе, – методы цифровой обработки изображений, основные положения порядковой логики, статистической обработки эмпирических данных, теории принятия решений, программные и языковые средства современной компьютерной технологии, методы линейного программирования.

Ключевые слова: денситометрия, острый синусит, гистограмма.

Библиография: 11 источников.

Diagnosis of ONP is a complex iterative process where the doctor conducts preliminary diagnosis, using their experience and medical analyses. Increase in the number of ENT diseases, inertia and fallacy in the diagnosis of patients and hospitals while deciding on their recovery, raises the urgent need to develop a system of principles of integrated computer telecommunication systems maintenance of health facilities. Research methods used in the work-methods of digital image processing, ordinal logic, statistical processing of empirical data, decision theory, software and language features of modern computer-related technologies, methods of linear programming.

Key words: densitometry, acute sinusitis, the histogram.

Bibliography: 11 sources.

В последние десятилетия отмечается рост числа заболеваний носа и околоносовых пазух (ОНП), которые в структуре заболеваний верхних дыхательных путей играют ведущую роль [4]. Воспалительные заболевания ОНП занимают первое место по обращаемости в поликлинику, а также среди больных, находящихся на лечении в ЛОР-отделениях, в особенности в регионе Северного Кавказа. Воспалительные заболевания носа и ОНП являются самой распространенной патологией верхних дыхательных путей, число их постоянно увеличивается, несмотря на появление новых методов диагностики и лечения заболеваний [9].

В Российской Федерации различной формой синусита каждый год болеет более 10 миллионов человек. Согласно данным эпидемиологов за последние десять лет заболеваемость синуситом выросла в 3–4 раза. Данный показатель является сниженным из-за того, что учитываются только манифестированные формы. Заболеваемость хроническими риносинуситами возросла в 3 раза за два последних десятилетия.

Диагностика заболеваний ОНП связана с большим количеством трудностей. В периоды

обострения заболевания, пациенты относительно редко высказывают жалобы на головную боль, являющуюся главным симптомом синусита. Важно раннее выявление синусита в целях своевременного лечения и предотвращения развития возможных осложнений. Совершенствование методов диагностики патологии ОНП является одной из наиболее актуальных проблем современной оториноларингологии, так как тенденции к снижению числа больных данной патологией не отмечается.

В настоящее время проводится специальное исследование прозрачных объектов с помощью разных технических и аппаратных устройств. Диагностика патологических состояний ОНП и выбор тактики лечения опираются на клинический осмотр и данные, полученные с помощью рентгеновского исследования. Рентгеновское исследование – простой общедоступный метод диагностики заболеваний ОНП, который по настоящее время остается ведущим.

Интерпретация результатов рентгенографических исследований зависит от качества снимков и квалификации врача-рентгенолога [1, 2, 5].



УДК 616.22-007.271-089-036.865 616.22-008.5-08

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПАРАЛИТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ МЕТОДОМ АКУСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ГОЛОСА

Д. О. Рогова, О. И. Долгов

ASSESSMENT OF POSTOPERATIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC VOCAL PARALYSES BY THE METHOD OF ACOUSTIC ANALYSIS

D. O. Rogova, O. I. Dolgov

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. А. Карпищенко)

Работа посвящена проблеме оценки состояния голосовой функции у больных хроническими паралитическими стенозами гортани до и после хирургического лечения. Исследование голоса у данного контингента больных позволяет выбрать оптимальный объем хирургического вмешательства, выявить дополнительные преимущества и недостатки данного метода лечения, а также оценить качество жизни у таких пациентов. Представлены результаты исследования акустических характеристик голоса методом акустического анализа голоса с использованием лицензионной компьютерной программы Praat. Выбор метода исследования обусловлен тем, что акустический анализ голоса позволяет исследовать одновременно несколько физических параметров голоса и может быть использован для объективной оценки состояния голосового аппарата.

Ключевые слова: хронические паралитические стенозы гортани, методы оценки голоса, акустический анализ голоса, исследование функции внешнего дыхания.

Библиография: 23 источника.

The research is related to a problem of assessment of the status of voice function in patients with chronic vocal paralyses before and after surgical treatment. The voice survey in this case allows to choose optimal volume of surgical treatment, to identify strengths and weaknesses and assess the quality of life. There are our results of acoustic characteristics analysis which realized by computerized speech program Praat. 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: chronic vocal paralyses, methods of voice assessment, acoustic analysis of voice, study of the function of external respiration.

Bibliography: 23 sources.

Речь человека является основополагающей составляющей его социальной жизни. Помимо средства вербальной коммуникации, речь, по средствам голосовых характеристик (тембра, силы, интонации, эмоциональной окраски), несет в себе эстетическую функцию, формируя психологический портрет собеседника. Нарушение голосовой функции может в значительной степени влиять на качество жизни, особенно профессионалов голоса, публичных персон и лиц женского пола.

Выполняя оперативные вмешательства на внутренних структурах гортани, крайне важно не только добиться хорошего клинического результата (удаление новообразования, восстановления дыхательной функции), но и попытаться сохранить (а иногда улучшить) голосовую функцию настолько, насколько это возможно. К сожалению, не допустить ухудшения голоса, а тем более добиться его улучшения после проведения оперативных вмешательств на области голосовых

складок удается далеко не всегда. Это обстоятельство требует от хирурга индивидуального подхода к пациенту, объяснения сути оперативного вмешательства и обсуждения с ним возможных осложнений.

Пациенты, страдающие паралитическими стенозами гортани (ПСГ) и требующие выполнения оперативного вмешательства, направленного на увеличение просвета дыхательных путей, составляют особую группу больных. Как правило, при срединном параличе голосовая функция нарушается меньше, однако в значительной степени страдает дыхание. Учитывая то, что наиболее частой причиной повреждения возвратных нервов остаются операции на щитовидной железе, основную категорию больных с ПСГ составляют женщины среднего возраста, для которых сохранение голосовой функции является крайне важным фактором [18, 21]. Принимая во внимание тот факт, что дыхательная и фонационная функции гортани в полной мере могут обеспечиваться



16. Pia F., Pisani P., Aluffi P. CO(2) laser posterior ventriculocordectomy for the treatment of bilateral vocal cord paralysis // Eur. Arch. Otorhinolaryngo. – 1997. – Vol. 256, N 8, – P. 403–406.
17. Posterior cordectomy. Our experience / M. Landa [et al.] // Acta Otorrinolaringol Esp. – 2012. – Vol. 63, N 1. – P. 26–30.
18. Roh J. L., Yoon Y. H., Park C. I. Recurrent laryngeal nerve paralysis in patients with papillary thyroid carcinomas: evaluation and management of resulting vocal dysfunction // Am. J. Surg. – 2009. – Vol. 197, N 4. – P. 459–465.
19. Subtotal carbon dioxide laser arytenoidectomy for the treatment of bilateral vocal fold immobility: long-term results / I. Plouin-Gaudon [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2005. – Vol. 114, N 2. – P. 115–121.
20. Thornell WC. Intralaryngeal approach for arytenoidectomy in bilateral abductor vocal cord paralysis // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1948. – Vol. 47. – P. 505–508.
21. Single institutional analysis of trends over 45 years in etiology of vocal fold paralysis / S. Takano [et. al.] // Auris Nasus Larynx. – 2012. – Vol. 39, N 6. – P. 597–600.
22. Riffat F., Palme C. E., Veivers D. Endoscopic treatment of glottic stenosis: a report on the safety and efficacy of CO₂-laser // J. Laryngol. Otol. – 2012. – Vol. 126, N 5. – P. 503–505.

Рогова Дарья Олеговна – клинический ординатор каф. оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И. П. Павлова. Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8, тел.: 8-962-708-53-79, e-mail: rogoва_dasha@mail.ru;

Долгов Олег Игоревич – аспирант каф. оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; тел.: 8-921-845-03-51, e-mail: oidolgov@yandex.ru

УДК 616.28-002.2/.3-06:616.285-089.844

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ НЕОТИМПАНАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

С. В. Савин

METHOD OF NEOTYMPANIC MEMBRANE FORMATION AT EXTENSIVE PERFORATIONS

S. V. Savin

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

В работе представлен способ формирования неотимпанальной мембраны при обширных дефектах барабанной перепонки. По разработанной методике за период 2012–2013 гг. прооперировано 10 пациентов. Материалом для пластики использован аутологичный хондроперихондриальный трансплантат с хрящевым компонентом подковообразной формы.

Ключевые слова: обширный дефект барабанной перепонки, миринопластика.

Библиография: 4 источника.

The article described method of neotympanic membrane formation at extensive defects of tympanic membrane. For this purpose used autologous chondro-perichondrial composite graft, with horseshoe form of chondral part. By this method during 2012–2013 years were operated 10 patients.

Key words: extensive tympanic membrane perforation, myringoplasty.

Bibliography: 4 sources.

Несмотря на значительные успехи современной отохирургии в лечении хронических заболеваний среднего уха, вопрос достижения стойких морфологических и высоких функциональных результатов реконструктивных операций до настоящего времени остается актуальным [2].

При выполнении миринопластики обширных дефектов барабанной перепонки, по данным различных авторов, имеется достаточно большой процент низких морфофункциональных результатов операций, составляющий от 10,8 до 28,6% [1].



УДК 616.216.1-002-006.5-031.81-036.12-008.853.5

УЧАСТИЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ПОЛИПОЗНОГО СИНУСИТА

О. В. Семкина

THE INVOLVEMENT OF EOSINOPHILIC INFLAMMATION IN FORMATION OF NASAL POLYPOSIS

O. V. Semkina

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

Цель работы – изучение участия эозинофильного воспаления в формировании полипозного синусита, исследование влияния золотистого стафилококка на возникновение и течение полипозного синусита, освещение современных взглядов на патогенез, диагностику и лечение полипозного синусита.

Основные положения: полипозный синусит в большинстве своем ассоциирован с колонизацией золотистого стафилококка, высвобождающим энтеротоксин, который действует как суперантиген и индуцирует продукцию образования моноклонального IgE по аналогии с тяжелым эозинофильным воспалением.

Ключевые слова: хронический риносинусит, полипозный синусит, эозинофильное воспаление, золотистый стафилококк.

Библиография: 17 источников.

Objective: studying of participation of eosinophilic inflammation in formation of nasal polyposis, research of the influence of staphylococcus aureus on the occurrence and course of nasal polyposis, describe the current insights into the pathogenesis, diagnosis and treatment of nasal polyposis.

Key points: nasal polyposis associated with colonization of SA, which secretes enterotoxine that acts as superantigen and induces formation of monoclonal IgE by analogy with severe eosinophilic inflammation.

Key words: chronic rhinosinusitis, nasal polyposis, eosinophilic inflammation, staphylococcus aureus (SA)

Bibliography: 17 sources.

Еще в 70-е гг. XXI в. уже был замечен рост числа заболеваний носа и верхних дыхательных путей. Начиная с 60-х и в последующие годы, внимание привлекали аллергические процессы, происходящие в ЛОРорганах. Это было связано не только с тем, что изучать аллергию было модно. Появилась практическая необходимость изучать аллергические заболевания в связи с их ростом. Это служило стимулом изучения воспаления слизистой оболочки на более глубоком уровне: клеточном, молекулярном [2]. EPOS [10] отмечает рост распространенности риносинусита, в частности полипозного риносинусита, распространенность которого среди населения планеты увеличилась с 2 до 4% в течение последних десяти лет.

К сожалению, однозначно судить о причинах такого наглядного роста заболеваемости патологией ЛОРорганов, и полипозным синуситом (ПС) в частности, весьма трудно. В этом контексте одной из основных причин данной проблемы принято считать изменение условий окружающей среды со всем комплексом отрицательных факторов, воздействующих на человека.

Полипозный синусит чаще встречается среди взрослых, чем среди детей. Заболевание возни-

кает в наиболее трудоспособном возрасте – 25–35 лет. Мужчины страдают данной патологией в среднем в 2 раза чаще, чем женщины [3]. По данным отечественных авторов, диспансерное обследование 50 000 жителей Москвы с использованием передней и задней риноскопии показали, что полипы в полости носа выявляются у 1,02% обследованных. Пациенты с полипозным синуситом составляют 5% среди обращающихся в ЛОР-кабинеты поликлиник и 4% среди обращающихся к аллергологу [1]. Однако приведенные цифры касаются только клинически манифестирующих форм заболевания. Реальная распространенность ПС с учетом субклинических форм значительно выше. По данным популяционных исследований распространенность полипозного риносинусита варьирует от 1 до 4,3% [9].

Причины формирования назальных полипов до сих пор остаются предметом дискуссий. Некоторые обсуждают возможность генетической предрасположенности, однако для подтверждения данной теории недостаточно данных. Активация эпителиальных клеток может выступать главным источником медиаторов, индуцирующих приток клеток воспаления (большей частью эозинофилов) и пролиферацию и активацию



ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ СЛУХОВЫХ СИСТЕМ

С. Б. Сугарова

PATIENT QUALITY OF LIFE WITH IMPLANTABLE HEARING SYSTEMS

S. B. Sugarova

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

В последние десятилетия появилась возможность реабилитировать пациентов с тугоухостью с помощью имплантируемых слуховых аппаратов воздушной и костной проводимости. Большое количество публикаций посвящено влиянию имплантации на разборчивость речи, однако оценка качества жизни имплантируемых пациентов остается актуальной [1]. Настоящее исследование демонстрирует улучшение качества жизни пациентов после установки имплантируемых слуховых систем.

Ключевые слова: качество жизни, имплантируемый слуховой аппарат костной проводимости, имплантат среднего уха, имплантируемый слуховой аппарат воздушной проводимости.

Библиография: 20 источников.

In the last decades the bone anchored hearing aid (BAHA) and active middle ear implants have developed. A lot of publications are dedicated to the influence of the implantation on the speech perception, but the quality of life assessment is still actually [1]. Current study shows the quality of live improvement after BAHA and active middle ear implantation.

Key words: quality of life, bone anchored hearing aid, active middle ear implant, vibrant soundbridge.

Bibliography: 20 sources.

По определению Всемирной организации здравоохранения, качество жизни – это индивидуальное соотношение своего положения в социуме, в контексте культуры и систем ценностей этого общества, с целями, планами и возможностями данного индивидуума [5]. Качество жизни – сугубо субъективный показатель, складывающийся из состояния физического и психологического здоровья, положения в обществе и факторов окружающей среды.

По мнению ряда авторов, изучение качества жизни пациентов может помочь в определении тактики лечения и оценке реабилитации каждого конкретного больного [3].

Основными методами оценки качества жизни являются анкеты, состоящие из вопросов, направленных на выяснение клинических проявлений заболевания, психического и физического здоровья, уровня социальной адаптации. С. Ф. Багненко описывает в своей работе два типа шкал: общие и специфические для данного заболевания [2].

Самой популярной общей шкалой является шкала SF-36 (Short-form health survey), которая состоит из 36 универсальных для любой патологии вопросов. Шкала оценивает качество жизни по различным группам показателей: физическое состояние, болевой синдром, социальная роль, эмоциональное состояние и т. д.

Также среди наиболее распространенных общих опросников следует отметить: QWB (Quality

of Well-Being) Index, NHP (Nottingham Health Profile), EuroQOL index и др.

Использование оценки качества жизни имеет большое клиническое и научное значение, так как помогает в объективизации результатов лечения, позволяющих в ряде случаев пересмотреть лечебную тактику, объем оперативного вмешательства, сроки реабилитации [4, 5]. Очевидна при этом необходимость создания специфических опросников для определенных видов ЛОР-болезней, в частности для пациентов с ограниченными возможностями по слуху, так как адаптация к социальной жизни данной категории больных требует значительного психологического напряжения, что влечет к естественному снижению качества жизни.

Опросники ННИА (Hearing Handicap Inventory in Adults) и его производные (для пожилых, а также скрининговые версии) для пациентов, страдающих снижением слуха, завоевали признание как инструмент для количественной оценки полученных эмоциональных и социально-ситуационных последствий потери слуха [11, 12, 17]. Следует отметить, что авторы, занимающиеся изучением этого опросника, отмечают высокую надежность тестирования с помощью анкеты ННИА, что подтверждается статистическими исследованиями [7, 15, 18].

В современной литературе, особенно последние 5 лет, существует некоторое количество исследований качества жизни пациентов с имплантируемыми слуховыми аппаратами [6, 13].



УДК 616.283.1-089.843:616.289-001.5

КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДВУСТОРОННЕГО ПЕРЕЛОМА ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ

А. В. Третьякова

COCHLEAR IMPLANTATION IN PATIENT WITH BILATERAL TEMPORAL BONE FRACTURE

A. V. Tretyakova

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

В статье поднимается вопрос о проведении кохлеарной имплантации пациентам, ранее перенесшим черепно-мозговую травму. Данная проблема является актуальной и малоисследованной, хотя кохлеарная имплантация у пациентов с двусторонней сенсоневральной тугоухостью после черепно-мозговых травм может быть эффективным способом их реабилитации. Также представлен случай успешной кохлеарной имплантации пациента с двусторонним переломом височных костей.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, перелом височной кости, сенсоневральная тугоухость.

Библиография: 13 источников.

In article the problem of cochlear implantation in patients with craniocerebral trauma is risen. This problem is actual and the needs research. Cochlear implantation in these patients could be an effective method of their rehabilitation. A case of successful cochlear im-plantation in patient with bilateral temporal bone fractures is demonstrated.

Key words: cochlear implantation, temporal bone fractures, sensorineural hearing loss.

Bibliography: 13 sources.

Сенсоневральная тугоухость (СНТ) – это термин, включающий в себя патологию звуковоспринимающего отдела слухового анализатора, от рецепторного отдела (сенсорных клеток) до коркового представительства в височной доле коры головного мозга [4]; заболевание, которое нередко является вторичным отражением системной патологии и связано с поражением рецепторов улитки и слухового нерва [2].

Причинами СНТ могут являться:

- генетические факторы;
- патология беременности, родов и периода новорожденности;
- вирусные инфекции (грипп, скарлатина, эпидемический паротит, корь, ветряная оспа и др.), в том числе нейроинфекции (менингоэнцефалит);
- применение ототоксических препаратов;
- сердечно-сосудистые заболевания;
- заболевания шейного отдела позвоночника;
- метаболические нарушения (хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет и др.);
- острые и хронические акустические травмы;
- механические травмы височных костей [3].

Классификация переломов височных костей. Современное состояние вопроса. Общепринятым является разделение переломов височных костей на продольные, поперечные и смешанные согласно направлению линии перелома в зависимости от оси пирамиды [11].

На основании исследований W. E. Morgan [9] при поперечных переломах височных костей происходит гибель волосковых клеток, ганглионарных клеток и других поддерживающих клеток внутреннего уха. Гистопатологическое исследование переломов височных костей показывает вариабельность повреждений, включающих полную деструкцию кортиева органа и *stria vascularis*, потерю волосковых и ганглионарных клеток, кровоизлияние в проток улитки и оксификацию лабиринта [12, 13].

Переломы височных костей, согласно данным D. Zanetti [6], встречаются в 22% от травм головы и часто являются причиной потери слуха [1, 8, 9]. При этом проведение кохлеарной имплантации (КИ) у пациентов, ранее перенесших черепно-мозговую травму (ЧМТ), по данным отечественной и зарубежной литературы, является актуальной и малоисследованной проблемой, хотя эффективность реабилитации таких пациентов высока [1, 5–7, 9]. Такие пациенты требуют более тщательного предоперационного обследования для выявления уровня потери слуха и определения возможности введения активного электрода кохлеарного импланта в улитку [3, 10]. В изученной литературе нет сведений о результатах слухоречевой реабилитации после КИ у данной группы пациентов. Таким образом, методики проведения КИ после ЧМТ являются существенной клинической проблемой, что и послужило причиной выполнения данной работы.



3. Кузовков В. Е., Пашинина О. А. Комбинированный доступ к среднему и внутреннему уху при проведении хирургического этапа кохлеарной имплантации // Рос. оторинолар. – 2010. – № 2. – С. 38–45.
4. Пальчун В. Т. Оториноларингология: нац. руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 960 с.
5. Bilateral cochlear implantation in a patient with bilateral temporal bone fractures / J. H. Chung [et al.] // Am. J. of Otolaryngology – Head and Neck Medicine and Surgery. – 2011. – Vol. 32, is. 3. – P. 256–258.
6. Binaural cochlear implantation after bilateral temporal bone fractures / D. Zanetti [et al.] // Intern. J. of Audiology. – 2010. – Early Online. – P. 1–6.
7. Cochlear implantation in patients with bilateral cochlear trauma / G. M. Serin [et al.] // American Journal of Otolaryngology – Head and Neck Medicine and Surgery. – 2010. – Vol. 31, is. 5. – P. 350–355.
8. Cochlear implantation in a patient with bilateral temporal bone fractures / J. P. Simons [et al.] // Otolaryngology – Head and Neck Surgery. – 2005. – P. 809–811.
9. Histopathology of temporal bone fractures: Implications for cochlear implantation / W. E. Morgan [et al.] // Laryngoscope. – 1994. – P. 426–432.
10. Successful cochlear implantation in a patient with bilateral progressive sensorineural hearing loss after traumatic subarachnoid hemorrhage and brain contusion / C. Fujimoto [et al.] // Ann Otol Rhinol Laryngol. – 2007. – Dec. – N 116 (12). – P. 897–901.
11. Temporal Bone Fractures / R. J. Wiet [et al.] // The American Journal of Otolaryngology. – 1985. – N 3. – P. 207–215.
12. Transverse fracture of the temporal bone: A clinical and histopathological study / J. M. Fredrickson [et al.] // Arch Otolaryngol. – 1963. – P. 770–784.
13. Ward P. H. The Histopathology of auditory and vestibular disorders in head trauma // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1969. – P. 227–238.

Третьякова Анна Васильевна – аспирант Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. Россия, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: +7-911-827-90-01, e-mail: anetta13.01@mail.ru

УДК 591.83+547.962.9+536.628.3

ДИСТАНТНАЯ ВАПОРИЗАЦИЯ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛУПРОВОДНИКОВОГО ЛАЗЕРА 970 нм В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

М. Ю. Улупов, Г. В. Портнов, В. А. Голланд

DISTANT BONE VAPORISATION USING 970 μm SEMICONDUCTOR LASER IN EXPERIMENT

M. U. Ulupov, G. V. Portnov, V. A. Golland

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

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

Применение лазеров для вапоризации (абляции) кости в травматологии, офтальмологии и оториноларингологии получает все большее распространение с открытием и изучением эффектов воздействия разных длин волн на костную ткань. В литературе описаны в основном методики контактной лазерной вапоризации кости, дистантное же воздействие описано только для лазеров эрбиевый, гольмиевый, СО₂. В нашем исследовании в эксперименте на реберной кости свиньи был апробирован полупроводниковый лазер 970 нм в дистантном режиме, получены оптимальные для каждой мощности (10, 20, 30, 40, 50 Вт) длины импульсов, выявлены определенные особенности дистантной вапоризации кости лазером с данной длиной волны, которые могут быть учтены при применении его в оториноларингологии.

Ключевые слова: лазерная вапоризация кости, лазерная остеоперфорация, 0,97 мкм, 970 нм, лазерная абляция кости.

Библиография: 8 источников.

With the discovery and studying of the different wavelengths laser radiation effects on the bone tissue using of lasers for bone vaporisation (ablation) in traumatology, ophthalmology and otorhinolaryngology is becoming more common. In literature contact laser vaporisation methods are more frequently reported, but distant method is described only for erbium, holmium, carbon dioxide lasers. In our study, in an experiment on

the rib bones of pigs semiconductor laser 970 μm was tested in the distant mode: optimal pulse lengths for each wattage (10, 20, 30, 40, 50 W) were obtained, certain characteristics of distant laser bone vaporization, which can be applied in otorhinolaryngology, were identified.

Key words: laser bone vaporization, laser osteoperforation, 0,97 microns, 970 μm , laser bone ablation.

Bibliography: 8 sources.

В современной медицине применение хирургических лазеров получает все большее распространение. Применение хирургического лазера в том или ином разделе медицины продиктовано его биологическими эффектами, которые зависят от длины волны лазера, а также способа подведения лазерного излучения, мощности излучения и режима (импульсный или постоянный) работы лазера.

В зависимости от длины волны пучка монохроматического света, излучаемого лазером, глубина проникновения может меняться от нескольких микрон до нескольких сантиметров. Интенсивность света на определенной глубине при распространении его в биологической среде согласно закону Бугера–Ламберта–Бера зависит от интенсивности входящего пучка, толщины слоя вещества, через которое проходит свет, коэффициента поглощения и длины волны. Таким образом, в зависимости от пиков поглощения элементов биологической ткани целесообразно использование лазера с определенными волновыми характеристиками. При этом, например, для тканевых хромофоров, таких как меланин и гемоглобин, поглощение излучения тем интенсивнее, чем короче длина волны.

Одной из областей применения хирургического лазера является абляция (вапоризация) кости, в том числе в целях остеоперфорации. В изученной нами литературе встречается относительно небольшое количество данных о применении хирургических лазеров на костной ткани.

Так, мы нашли данные о применении лазерной вapoризации кости (остеоперфорации) в офтальмологии, в частности для проведения трансканаликулярной дакриоцисториностомии. Группа авторов в исследовании на кости охлажденной бараньей лопатки, выполняя остеоперфорацию при оценке различных режимов как контактного, так и дистантного воздействия гольмиевым лазером с длиной волны 2080 нм пришли к выводу, что оптимальным для создания в кости перфорации диаметром 6 мм является следующий режим: контактное воздействие при мощности 10 Вт, с движением волокна по заданному диаметру отверстия необходимой величины. Авторы утверждают, что при данном способе происходит наименьшее повреждение окружающих тканей и считают данный режим целесообразным для трансканаликулярной дакриоцисториностомии [3]. В своем исследовании авторы приводят данные об успешном применении лазерной вapoризации кости гольмиевым лазером.

При воздействии на кость лазеров, у которых максимум поглощения соответствует воде биологических тканей, образуется повреждение поверхности, в которой выделяют несколько стандартных зон от центра к периферии: зона абляции – кратер, где отсутствует вещество кости, зона вapoризации – зона, где происходит испарение органической составляющей кости, а остающиеся минеральные вещества выглядят в виде белесоватого налета; далее следует зона обугливания – фотокарбонизации, за ней зона фотокоагуляции – термического некроза – и зона фотогипертермии, где происходят вapoризация мембран, денатурация белков.

Группа авторов приводит сравнительный анализ эффектов лазерной абляции кости черепа морских свинок при помощи различных лазеров (Nd:YAG с $\lambda = 1,064$ мкм, Ho:YSGG с $\lambda = 2,10$ мкм, Er:YAG с $\lambda = 2,94$ мкм в импульсных режимах и Nd:YAG с $\lambda = 1,064$ мкм и CO₂ с $\lambda = 10,6$ мкм в режимах постоянного воздействия) [7]. При помощи микроскопии была выявлена и оценена зона повреждения кости, которая для применяемых в импульсных режимах лазеров составила от 10 до 15 мкм для эрбиевого и неодимового лазеров, от 20 до 90 мкм для гольмиевого лазера и от 60 до 135 мкм для используемых в режиме постоянного воздействия углекислого и неодимового лазеров. Таким образом, в среднем при постоянном режиме воздействия и с увеличением длины волны происходит увеличение зоны бокового повреждения вокруг зоны абляции.

Схожие данные получены в совместном исследовании других клиницистов и физиков: проводится сравнение воздействия на кость стенки трупной верхнечелюстной пазухи и септальный хрящ Er:YAG и CO₂-лазеров при максимальной переданной энергии до 6 Дж. Так, зона термического повреждения, смежная с зоной абляции, для кости составила 5 против 67 мкм для эрбиевого и углекислого лазеров соответственно, для хряща – 2 против 21 мкм, что, по мнению авторов, говорит в пользу перспективности применения эрбиевого лазера в оториноларингологии за счет меньшего бокового термического повреждения [6]. А в другом исследовании E. Stein, T. Sedlacek, Richard L. Fabian, Norman S. Nishioka, исследуя термическое повреждение при воздействии эрбиевого лазера на костную ткань лицевого черепа и пазух кроликов, приходят к выводу, что лазерная хирургия может стать важным дополнением к функциональной эндоскопической хирургии синусов [4].



УДК 616.155.392-089.843-089.168.1-06:616.216.1-002-053.2-093

МИКРОБИОЛОГИЯ СИНУСИТА У РЕЦИПИЕНТОВ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Е. С. Утимешева

MICROBIOLOGY OF SINUSITIS IN BONE MARROW TRANSPLANT RECIPIENTS

E. S. Utimisheva

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

(Зав. каф. гематологии, трансфузиологии и трансплантологии ФПО – проф. Б. В. Афанасьев;
зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В статье рассмотрены некоторые особенности диагностики и возбудители синусита у гематологических пациентов после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

Ключевые слова: синусит, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, микробиология.

Библиография: 23 источника.

The article discusses some features of the diagnosis and agents of sinusitis in patients after hematopoietic stem cell transplantation.

Key words: sinusitis, hematopoietic stem cells transplantation, microbiology.

Bibliography: 23 sources.

Аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК) является эффективным методом лечения при нарушениях кроветворной системы и некоторых онкологических заболеваниях. В мире ежегодно проводится примерно 60 000 ТГСК [21].

Реципиенты гемопоэтических стволовых клеток находятся в состоянии глубокой иммуносупрессии, которая осложняется режимом кондиционирования, реакцией трансплантат против хозяина и длительной иммуносупрессивной терапией. [7, 9, 14, 22]. Несмотря на многоплановые профилактические мероприятия, инфекционные осложнения в посттрансплантационном периоде остаются актуальной проблемой, а также причиной неудач в лечении пациентов после аллоТГСК. Синусит как инфекционное осложнение у реципиентов ТГСК возникает весьма часто и составляет, по данным различных авторов, от 11 до 38% [6, 7, 13, 16, 17, 19–23].

Основные симптомы синусита у пациентов с нормальным состоянием иммунной системы хорошо известны и включают выделения из носа, снижение обоняния, заложенность носа, стекание слизи или гноя по задней стенке глотки, кашель, боли в проекции околоносовых пазух (ОНП), головная боль. Однако пациенты с нейтропенией могут иметь только лихорадку, а типичные симптомы поражения ОНП отсутствовать. Хотя воспаление ОНП обычно не считается основной причиной лихорадки у иммунокомпрометированных больных, именно повышение температуры тела часто может быть единственным признаком синусита [7, 9, 17].

Компьютерная томография (КТ) является наиболее точным методом диагностики воспалительных изменений ОНП. Этот метод позволяет также достоверно установить наличие деструкции костных структур, что расценивается как грозное осложнение синусита и является показанием к хирургическому лечению. Однако не всегда можно выполнить данное исследование у реципиентов аллоТГСК. Это часто связано с тяжелым состоянием больных, наличием технических проблем. В этих случаях приходится прибегать к простому рентгенологическому исследованию, информативность которого значительно ниже КТ.

Как известно, наиболее частыми возбудителями острого риносинусита как у взрослых, так и у детей с нормальным состоянием иммунной системы являются грамположительные бактерии: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis* [1, 2–5, 8]. По данным литературы реципиенты аллоТГСК имеют высокий риск возникновения оппортунистических инфекций [9, 14, 18, 21] и чаще инфицированы грамотрицательными бактериями (*Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* и др.) [9], поэтому выявление этиологического агента и определение чувствительности к антибиотикам позволят оптимально назначить эффективную терапию. Поражение ОНП может иметь серьезные последствия у иммунокомпрометированных пациентов, и наиболее опасным из них является острый инвазивный грибковый синусит. [21] По данным различных источников, из всех случаев синусита после аллоТГСК от 0,5 до 3,8%



ПРИМЕНЕНИЕ ЭМГ-МОНИТОРИНГА ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ОТОХИРУРГИИ

Н. Н. Хамгущеева

APPLICATION EMG-MONITORING OF THE FACIAL NERVE IN OTOLOGIC SURGERIES

N. N. Khamgushkeeva

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

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

Повреждение лицевого нерва во время операции является одним из серьезных осложнений хирургического метода лечения, приводящее к парезу или параличу мимических мышц соответствующей половины лица, которые вызывают физический и психологический дискомфорт и могут значительно снижать качество жизни пациентов. В данное проспективное исследование были включены 110 операций на ушах с применением ЭМГ-мониторинга лицевого нерва. События интраоперационного мониторинга были классифицированы как механические или электрические. Наиболее распространенным методом идентификации лицевого нерва стала электрическая стимуляция (96%). В 58 случаях (53%) первый М-ответ был вызван при пороге возбуждения менее чем 1 мА ($0,5 \pm 0,2$ мА), что указывает на возможный дефект костной стенки канала лицевого нерва (дегисценция) или на наличие тонкой костной пластинки его канала. Интраоперационный мониторинг подтвердил aberrantный ход лицевого нерва через височную кость в 8 случаях. Таким образом, применение мониторинга лицевого нерва в отоларингологии является полезным дополнением для его идентификации и снижения риска его травмирования.

Ключевые слова: лицевой нерв, аномалия развития уха, электромиография (ЭМГ), интраоперационный мониторинг, дефект стенки костного канала, отоларингология.

Библиография: 20 источников.

Surgical damage of the facial nerve is one of the serious complication, which leading to paresis or paralysis of the mimic muscles corresponding side of the face, which causes physical and psychologically uncomfortable and can significantly reduce patient's life quality. This prospective study included 110 operations on the ears with the use of EMG monitoring of the facial nerve. Intraoperative monitoring events were classified as mechanical or electrical. The most common use of monitoring was localization of the facial nerve by electrical stimulation (96%). In 58 cases (53%), the first M-response was threshold of excitation at less than 1 mA ($0,5 \pm 0,2$ mA), indicating a possible defect in the bone wall of the facial nerve canal (dehiscence) or the presence little bony covering. Intraoperative monitoring confirmed an aberrant facial nerve course through the temporal bone in eight cases. Thus, monitoring use of the facial nerve in otological surgeries is a useful adjunct to identify it and reduce the risk of serious injury.

Key words: facial nerve, middle and inner ear malformations, electromyography (EMG), intraoperative monitoring, facial nerve dehiscence, otological surgeries.

Bibliography: 20 sources.

По данным большинства авторов, применение интраоперационного мониторинга лицевого нерва уменьшает риск его травмирования [1, 2, 10, 11, 15, 19]. В хирургии невриномы слухового нерва и других опухолей мостомозжечкового угла интраоперационный электромиографический (ЭМГ) мониторинг лицевого нерва уже давно принят в качестве стандарта лечения [5, 7, 11], однако следует отметить, что данная методика в отоларингологии используется гораздо реже [7], несмотря на распространенность и последствия ятрогенного повреждения лицевого нерва [8, 16]. При первичных операциях на ушах риск его травмирования составляет от 0,6 до 3,7% в зависимости от опыта хирурга и объема операции [14, 16]. А при повторных оперативных вмеша-

тельствах показатель повреждения лицевого нерва выше и находится в пределах от 4 до 10% [20]. Его травмирование 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), тем самым снижая качество жизни пациентов [3].

Лицевой нерв находится под угрозой ятрогенного повреждения из-за анатомической близости к структурам наружного, среднего и внутреннего уха [3] и становится более уязвим при наличии дефектов стенки костного канала лицевого нерва (дегисценций) и при различных вариаци-



12. John T., Calhoun D., Cunningham III. Cochlear implantation in the congenitally malformed ear // *Operative Techniques in Otolaryngology*. – 2010. – Vol. 21. – P. 243–247.
13. Major and minor temporal bone abnormalities in children with and without congenital sensorineural hearing loss / J. E. McClay [et al.] // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* – 2002. – Vol. 128. – P. 664–671.
14. Nilssen E. L., Wormald P. J. Facial nerve palsy in mastoid surgery // *J. Laryngol. Otol.* – 1997. – Vol. 111. – P. 113–116.
15. Noss R., Lalwani A., Yingling C. Facial nerve monitoring in middle ear and mastoid surgery // *Laryngoscope*. – 2001. – Vol. 111. – P. 831–836.
16. Schuring A. Iatrogenic facial nerve injury // *Am. J. Otol.* – 1988. – Vol. 9. – P. 432–433.
17. Selesnick S. H., Lynn-Macrae A. G. The incidence of facial nerve dehiscence at surgery for cholesteatoma // *Otol. Neurotol.* – 2001. – Vol. 22. – P. 129–132.
18. Systematic facial nerve monitoring in middle ear and mastoid surgeries: “Surgical dehiscence” and “electrical dehiscence” / Y. Choung [et al.] // *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. – 2006. – Vol. 135. – N. 6. – P. 872–876.
19. Thomas J. H., Samuel C. L. Technique and Pitfalls of Facial nerve monitoring. *Operative techniques in otolaryngology // Head and neck surgery*. – 2001. – Vol. 12, N 3 (sept.). – P. 157–161.
20. Wiet R. J. Iatrogenic facial paralysis // *Otolaryngol. Clin. North. Am.* – 1982. – Vol. 15. – P. 773–780.

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

УДК 616.211-002:616.441-008.63

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СИМПТОМОВ РИНИТА У ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н. М. Черных

THE SUBJECTIVE ASSESSMENT OF SYMPTOMS OF RHINITIS IN PATIENTS WITH THYROID PATHOLOGY

N. M. Chernich

*ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Иркутск, Россия
(Главный врач клиник – проф. Г. М. Гайдаров)*

Статья посвящена субъективной оценке ринологических симптомов у пациентов с дисфункцией щитовидной железы. Гормоны щитовидной железы играют важную роль в реализации обоняния, носового дыхания. Существуют особенности клинических проявлений ринита, вызванного дисфункцией щитовидной железы.

Ключевые слова: ринит, дисфункция щитовидной железы, обоняние, носовое дыхание.

Библиография: 13 источников.

Article is dedicated to the assessment of rhinologic symptoms in patients with thyroid dysfunction. The thyroid hormones play a significant role in olfaction and nasal breathing. There are the clinical peculiarities of rhinitis in patients with thyroid dysfunction.

Key words: rhinitis, thyroid dysfunction, olfaction, nasal breathing.

Bibliography: 13 sources.

Проблема диагностики и лечения заболеваний верхних дыхательных путей у пациентов с эндокринной патологией, в частности дисфункцией щитовидной железы, является одной из наименее изученных разделов современной оториноларингологии. На фоне повсеместно растущей распространенности эндокринных заболеваний наблюдается увеличение частоты стойких нарушений со стороны ЛОР-органов, которые оказывают отягочающее влияние на качество жизни таких больных, создают предпосылки к формированию

разнообразных осложнений. Актуальность этих вопросов особенно велика в йоддефицитных регионах с измененным микроэлементным составом окружающей среды, к которым относится, в частности, Иркутская область [4, 5].

Существование связи между изменением функционального состояния щитовидной железы и слизистой оболочки (СО) полости носа впервые было отмечено F. J. Novak (1921), который считал, что возникающие в таких случаях признаки вазомоторного ринита являются симптомом микседе-



4. Дефицит йода — угроза здоровью и развитию детей России: ДЗ9 Нац. доклад / Колл. авт. — М., 2006. — 124 с.
5. Карчевский А. Н. Взаимосвязь йоддефицитных состояний и дисбаланса микроэлементов у школьников, проживающих в условиях техногенной нагрузки // Бюл. СО РАМН. — 2003. — № 1 (107). — С. 16–19.
6. Шипачев В. Г. О зобе в Сибири. — Иркутск: Иркутский университет, 1930. — 61 с.
7. Beard M. D., Mackay-Sim A. Loss of sense of smell in adult, hypothyroid mice // Brain Res. — 1987. — N 433 (2). — P. 181–189.
8. Defects of taste and smell in patients with hypothyroidism / R. J. McConnell [et al.] // Am. J. Med. — 1975. — N 59 (3). — P. 354–364.
9. Hollender A. R. Hypometabolism in relation to Ear, Nose and Throat Disorders // Arch. of otolaryngology. — 1956. — N 63(2). — P. 135–141.
10. Hubert L. A clinical Study of Endocrine Disturbance in Rhinological and Laryngological Cases (Abstract) // Laryngoscope. — 1924. — N 34 (7). — P. 591–592.
11. Novak F. J. Hyperesthetic rhinitis and myxedema // Annals of otology, rhinology and laryngology. — 1927. — N 36 (3). — P. 829–836.
12. Odor detection performance in hypothyroid and euthyroid rats / G. M. Brosvic [et al.] // Physiol. Behav. — 1996. — N 59 (1). — P. 117–121.
13. Walsh T. E. Vasomotor rhinitis // Laryngoscope. — 1950. — N 60 (4). — P. 360–367.

Черных Наталья Михайловна — канд. мед. наук, зав. оториноларингологическим отделением Клиники Иркутского государственного медицинского университета. Россия, 664025, г. Иркутск, ул. Свердлова, д. 14; тел.: 8-902-578-30-79, e-mail: muratova_lor@mail.ru

УДК 616.212.4-006.443

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НК/Т-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ НАЗАЛЬНОГО ТИПА

П. Л. Чумаков

CLINICAL SUPERVISION OF THE NK/T-CELLULAR LYMPHOMA OF NASAL TYPE

P. L. Chumakov

ГБУЗ «Московский научно-практический Центр оториноларингологии им. Л. И. Свержевского»
Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия
(Директор — проф. А. И. Крюков)

Цель работы: представить клинический разбор пациента с диагностированной НК/Т-клеточной лимфомой назального типа. Материалы и методы: нами проанализирована медицинская документация пациента с диагностированной НК/Т-клеточной лимфомой назального типа. Выводы: при развитии прогрессирующей перфорации перегородки носа и развитии выраженных деструктивных изменений внутриносовых и смежных структур после перенесенных эндоназальных хирургических вмешательств, необходимо проводить дифференциальный диагноз со скрыто протекающими специфическими заболеваниями (гранулематоз Вегенера, лепра, сифилис, туберкулез, лейшманиоз и дирофиляриоз). При отрицательном результате необходимо обратить пристальное внимание на развитие возможных онкологических заболеваний, в том числе гематологических (НК/Т-лимфома), с проведением тщательного и неоднократного обследования у специалистов.

Ключевые слова: НК/Т-клеточная лимфома, хронический синусит, случай из практики.

Библиография: 11 источников.

Work purpose: to present clinical analysis of the patient, from the diagnosed NK/t-cellular lymphoma of nasal type. Materials and methods: we analysed medical documentation of the patient, from the diagnosed NK/t-cellular lymphoma of nasal type. Conclusions: at development of progressing perforation of a partition of a nose and development of the expressed destructive changes of intra nasal and adjacent structures, after the transferred endonazalny surgical interventions, it is necessary to carry out the differential diagnosis with it is hidden by proceeding specific diseases (Wegeners disease, a leprosy, syphilis, tuberculosis ect.). At negative result it is necessary to pay close attention to development of possible oncological diseases including hematologic (NK/T-a lymphoma) with carrying out careful and numerous inspection at experts.

Key words: NK/T-cell lymphoma, chronic sinusitis, a case from the practice.

Bibliography: 11 sources.



КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ И СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСТЛИНГВАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АСИММЕТРИЕЙ СЛУХА

Я. Л. Щербакова

COCHLEAR IMPLANTATION AND HEARING AIDS OF POSTLINGUAL PATIENTS WITH ASYMMETRIC HEARING LOSS

Y. L. Shcherbakova

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

Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия

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

Данная статья посвящена актуальной теме современной отиатрии – реабилитации пациентов с асимметричным снижением слуха.

При хорошем «остаточном слухе» на неимплантируемом ухе, целесообразным является ношение оптимально подобранного и адекватно настроенного слухового аппарата. Одновременное протезирование кохлеарным имплантом и слуховым аппаратом улучшает разборчивость речи, особенно в шуме, способность к локализации звука, и тем самым повышается эффективность реабилитации пациентов после КИ.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, слухопротезирование, асимметричное снижение слуха, «остаточный слух», тиннитус.

Библиография: 17 источников.

This article is devoted to an actual theme of a modern otology – rehabilitation of patients with asymmetric hearing loss.

Carrying optimally chosen and adequately adjusted hearing aids is expedient in patients with significant residual hearing on not implanted ear. Simultaneous prosthetics by a cochlear implant and the hearing aid improves legibility of speech, especially in noise, ability to sound localization and by that increases efficiency of a rehabilitation of patients after CI.

Key words: cochlear implantation, hearing aids, asymmetric hearing loss, residual hearing, tinnitus.

Bibliography: 17 sources.

Снижение слуха на современном этапе развития общества является актуальной и социально значимой проблемой, волнующей не только ведущих специалистов в данной области, но и общество в целом, что предопределило поиск эффективных средств реабилитации данной группы пациентов. Наиболее эффективным способом коррекции тяжелых нарушений слуховой функции считается метод кохлеарной имплантации (КИ).

КИ – это хирургический метод реабилитации больных с нарушениями слуха периферического типа, способный полностью заместить функцию органа чувств [2, 3, 7, 10].

Как отмечают отечественные и зарубежные специалисты, наиболее перспективной группой для КИ являются постлингвальные пациенты (позднооглохшие), потерявшие слух уже после овладения речью. Правильная организация реабилитации этой группы позволяет достичь высоких результатов за непродолжительное время в связи с тем, что данные пациенты владеют языковой системой, обладают сформированными центральными механизмами анализа речевой информации, механизмами порождения и образования речи [6]. Постлингвальная глухота подразделяется на несколько возрастных групп:

взрослые (18 лет и старше), «позднее» детство (7–18 лет) и раннее детство (3–7 лет) [12].

В России основной критерий отбора пациентов для КИ – это крайне выраженная двусторонняя потеря слуха с порогами восприятия, соответствующими IV степени тугоухости или глухоте [4, 9]. Как известно, степень тугоухости высчитывается как среднее значение порогов звукового восприятия на частотах 500, 1000, 2000 и 4000 Гц. При крайне выраженном снижении слуха пороги слышимости повышаются от 90 до 120 дБ с обеих сторон, при тотальной глухоте – от 120 дБ и более. Относительно часто бывают случаи, когда имеется невыраженное асимметричное снижение слуха при среднем значении порогов восприятия на речевых частотах с одной стороны свыше 90 дБ и с так называемым «остаточным слухом» на противоположной (до 90 дБ) во всем частотном диапазоне [8, 14, 16].

Обследование пациентов с бинауральным асимметричным снижением слуха (соответствующим III и IV степеням тугоухости соответственно), использующих оптимально подобранные и адекватно настроенные слуховые аппараты, выявило проблемы неудовлетворительной разборчивости речи, но с наличием способности к ло-



Список статей, опубликованных в журнале «Российская оториноларингология» в 2013 г.

60-я науч.-практ. конф. «Молодые ученые – российской оториноларингологии»

Н. С. Храппо. К рассуждениям об интеллекте. № 1

Г. Р. Азизов, А. В. Шапорова, А. Н. Титенко, М. И. Грицук, Д. С. Клячко. Регистрация стапедального рефлекса при имитировании интраоперационного изменения давления в среднем ухе. № 1

Д. И. Аникина. Значение цифровой объемной томографии в выявлении и хирургическом удалении инородных тел придаточных пазух носа. № 1

Е. М. Арнаутова. Применение аутоканей для профилактики осложнений стапедопластики. № 1

И. Г. Арустамян, О. Н. Сопко. Оценка степени влияния патологии верхних дыхательных путей на качество жизни. № 1

А. М. Ашуров. Хронология риносинуситов в ташкенте и его регионах. № 1

С. В. Баранская, Н. С. Казанчева. Опыт применения контактной лазерной техники в хирургическом лечении ринофимы. № 1

А. Ю. Берест, А. С. Красненко. Влияние регулярного использования аудиоплееров с наушниками на слуховую функцию лиц молодого возраста. № 1

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). № 1

А. В. Бицаева, И. А. Коршунова, А. И. Чернолев. Социально-экономические и поведенческие особенности больных с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух. № 1

Е. В. Болознева, О. Н. Сопко. Наш способ тотальной мирингопластики. № 1

В. Г. Бородулин. О блокаде верхнечелюстного нерва и крылонебного узла через большое небное отверстие. № 1

А. Е. Вертоголов. Комплексное лечение вазомоторного ринита у беременных

В. В. Виноградов, С. С. Решульский, М. Г. Давыдова, К. Г. Джафаров. Особенности шейной лимфодиссекции в комплексном лечении метастатического рака гортани и гортаноглотки. № 1

Е. К. Гевлич. Ятрогенные верхнечелюстные синуситы. № 1

Н. Я. Горностаев, К. А. Шиленков. Метод остановки носового кровотечения с помощью баллонной тампонады. № 1

В. В. Горохов, А. В. Крендикова. Способ реконструкции дефекта завитка и мочки ушной раковины. № 1

М. В. Григорьева. Применение биопластического материала «Гиаматрикс» в хирургическом лечении перфораций перегородки носа. № 1

О. В. Гринчик. Будни сурдологической службы в Калининградской области. № 1

О. И. Долгов. Латерофиксация голосовой складки как способ лечения паралитического стеноза гортани. № 1

Н. В. Дубинская. Метаболизм кальция при сенсоневральной тугоухости. № 1

Е. В. Жилинская. Временная разрешающая способность как мера оценки функционального состояния центральных отделов слухового анализатора. № 1

А. Н. Жумабаева. Дисфункция ринотубарного комплекса, возникающая при применении устройства для промывания носа «Долфин» у пациентов с острым риносинуситом. № 1

В. Н. Зеленкова. Эффективность различных методик стапедопластики с лазерной ассистенцией у больных отосклерозом. № 1

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. № 1

И. В. Кастыро. Вариабельность сегмента ST и острый постоперационный болевой синдром у пациентов после септопластики. № 1

И. В. Кастыро, А. С. Гришина. Изменение частоты сердечных сокращений на фоне различной анальгезии после септопластики. № 1

А. Н. Климов. Принципы реабилитации больных канюленосителей с осложнениями после трахеостомии. № 1

А. А. Ковалев. Гликемический статус больных хроническим гнойным средним отитом. № 1

Ю. Н. Козак-Волошаненко. Особенности гемодинамических и биохимических изменений у рабочих машиностроительного производства с нормальным слухом и сенсоневральной тугоухостью. № 1

А. С. Коношков, О. Е. Верещагина, Р. А. Блоцкий. Посттравматические риниты. № 1

А. В. Крендикова, В. В. Горохов. Новый способ пластики наружного слухового прохода. № 1

Д. М. Кузьмин, Д. Ю. Демиденко. Хирургическая коррекция слуха, дополненная местной стероидной терапией. № 1



- О. А. Куликова.** Особенности кристаллизации физиологического раствора *in vitro* в средах, моделирующих носовое отделяемое гнойного и аллергического характера. № 1
- А. В. Куренков.** Ранняя диагностика сенсоневральных нарушений слуха у больных с артериальной гипертензией. № 1
- А. А. Курусъ.** Состояние верхнечелюстной пазухи у пациентов с диагнозом «перелом скуловой кости». № 1
- И. А. Кутузова.** Сравнительный анализ аудиологических результатов различных хирургических подходов к лечению хронического гнойного среднего отита с холестеатомой у детей. № 1
- М. А. Лаптиева, Е. В. Клищенко.** Структурная дифференциация больных, страдающих хроническим полипозным риносинуситом. № 1
- С. В. Левин, С. Б. Сугарова, Е. А. Левина, А. С. Лиленко.** Удаленное интраоперационное тестирование при проведении кохлеарной имплантации. № 1
- Л. С. Лёшина.** Алгоритм обследования и лечения больных ринохепатитом и синдромом обструктивного апноэ сна. № 1
- А. С. Лиленко, С. Б. Сугарова, Г. Р. Азизов.** Новый метод фиксации кохлеарного импланта. Опыт применения. № 1
- Р. Ф. Мамедов.** Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике стеноза гортани и трахеи. № 1
- О. Э. Мицкевич.** Исследование состава микробиоты носоглотки методами детектирования микроорганизмов по химическим маркерам в сравнении с бактериологическим исследованием. № 1
- Ю. С. Муллаярова.** О дифференциальной диагностике ринитов у беременных. № 1
- Ж. С. Неъматов, М. В. Комаров, И. Ф. Мустивый.** Качество жизни пациентов с неудовлетворительными результатами тимпанопластики по закрытому типу. № 1
- Л. Г. Петрук.** Показатели реоэнцефалографии во взаимосвязи с жалобами больных с акутравмой. № 1
- Г. А. Полев.** Топографо-анатомическое обоснование осложнений эндоскопической хирургии околоносовых пазух. № 1
- М. Н. Попов.** Сравнительная оценка заболеваемости профессиональной нейросенсорной тугоухостью в Самарском регионе. № 1
- С. С. Решульский, В. В. Виноградов.** Опыт применения ауто-, алло- и ксенотрансплантатов для реконструкции верхних дыхательных путей. № 1
- Д. О. Рогова, Ю. С. Муллаярова.** Оценка голосовой функции у лиц голосо-речевых профессий методом акустического анализа. № 1
- И. И. Ромашевская.** Особенности репаративных процессов в плоских костях черепа во время трансплантации в них деминерализованных костных трансплантатов при инфицировании полости носа (в эксперименте). № 1
- С. Х. Саидов.** Повышение эффективности лечения хронических секреторных средних отитов у детей. № 1
- И. А. Скиданова.** Тактика лечения изолированных сфеноидитов. № 1
- А. Е. Смирнов, В. В. Бырихина, К. Г. Джафаров.** Влияние способа респираторной поддержки при ларингэктомии на онкологические результаты лечения больных раком гортани. № 1
- С. М. Соколова, К. А. Беличева, Ю. С. Кибалова, Н. В. Мороз.** Оценка речевой разборчивости у детей с глубокими формами тугоухости. № 1
- О. А. Спиранская.** Сравнительный анализ эффективности различных способов удаления инородных тел нижних дыхательных путей у детей. № 1
- Е. Ю. Струнина.** Результаты комплексного исследования слуховой и вестибулярной функций у пациентов с патологией магистральных сосудов шеи. № 1
- Ю. В. Тюкин.** Использование пористого политетрафторэтилена для замещения костных дефектов околоносовых пазух. № 1
- М. Ю. Улупов, Г. В. Портнов.** Лазерная термомодификация хряща с использованием полупроводникового лазера 1,47 мкм в эксперименте. № 1
- Е. С. Уtimiшева, М. Ю. Аверьянова, Н. В. Станчева.** Особенности течения синуситов у детей и подростков после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. № 1
- Н. Н. Хамгушкеева.** Стимуляционная игольчатая электромиография лицевого нерва при аномалии развития среднего и внутреннего уха. № 1
- Н. Ж. Хушвакова, Г. Б. Давронова.** Оценка эффективности лазерного облучения при комплексном лечении хронического тонзиллита. № 1
- М. В. Швецова.** Лечение острой сенсоневральной тугоухости методом транстубарного введения лекарственных препаратов в барабанную полость. № 1
- А. Ю. Шидловский.** Высокочастотная аудиометрия во взаимосвязи с жалобами в ранней диагностике сенсоневральной тугоухости у больных с начальными проявлениями вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности. № 1
- И. В. Шустова.** Комплексный подход к проблеме одонтогенных синуситов. № 1

Научные статьи

- В. М. Аксенов, В. И. Попадюк, Л. Ф. Задаева, Б. Х. Юсупов.** Эндоназальное внутрикожное применение дипропана в комплексном лечении полипозного синусита. № 3
- И. М. Алибеков, Х. Т. Абдулкеримов, Т. С. Чернядьева, А. А. Чесноков, Д. Г. Гуз.** Опыт амбулаторного применения малоинвазивных методов хирургического лечения полипозного риносинусита в условиях Северного региона. № 2



- И. М. Алибеков, Д. Г. Гуз, А. Г. Худин, В. А. Москалев. Управляемая гипотония в эндоскопической риносинусхирургии в амбулаторных условиях. № 4
- И. М. Алибеков, А. Г. Худин, Д. Г. Гуз. Применение лазерных технологий в лечении опухолевых заболеваний ЛОР-органов в амбулаторных условиях. № 3
- И. А. Аникин, Т. А. Бокучава, Л. В. Полшкова. Пути распространения холестеатомы при туботимпанальной форме хронического гнойного среднего отита. № 5
- Т. В. Антонив, Н. И. Казанова. Исследование воздействия препарата натрия тетрадецилсульфата (Sodium tetradecyl sulfate) на экспериментальной модели. № 6
- Ш. М. Ахмедов, Е. З. Кочарян, И. Т. Мухамедов, В. С. Корвяков, В. Д. Меланьин, М. В. Лекишвили, И. Л. Жидков, А. С. Зелянин, В. В. Филиппов, Н. В. Ситниченко, С. О. Ясаков. Эффективность краниопластики трансплантатами различного происхождения по данным гистологического исследования (экспериментальное исследование). № 5
- Е. В. Безрукова, В. Г. Конусова, Е. В. Воробейчиков. Повышение эффективности антибактериальной терапии острого гнойного риносинусита. № 3
- Е. В. Безрукова, Н. М. Хмельницкая. Выявление зависимости между морфологическими изменениями в полипозной ткани и концентрацией некоторых цитокинов в носовом секрете. № 5
- Н. Ю. Белова, А. Г. Ермакова, Е. А. Огородникова, В. В. Люблинская, С. П. Пак, Н. Г. Охарева, И. В. Королева. Использование компьютерного тренажера «Учись слушать» для развития слухоречевого восприятия детей с нарушениями слуха и речи в условиях образовательного учреждения. № 3
- Р. А. Блоцкий, С. А. Карпищенко. Острый травматический ринит, его исходы и методы их лечения. № 6
- Т. А. Бокучава, И. А. Аникин. Анатомо-топографическое обоснование трансмастоидального ретрофациального подхода к тимпанальному синусу. № 6
- Л. Г. Буйнов, А. В. Соловьев. Психофизиологическая адаптация человека к укачиванию. № 6
- О. Е. Верещагина, А. С. Коношков. Мукоцеле решетчатого лабиринта. № 2
- Г. А. Гаджимирзаев, А. Х. Асиятилов, Ю. А. Джамалудинов, Р. Г. Гаджимирзаева, А. Н. Чудинов, М. А. Азизов, Э. Г. Гамзатова. Диагностика и хирургическое лечение срединных кист и свищей шеи. № 2
- Г. А. Гаджимирзаев, А. Н. Чудинов, А. Г. Жахбаров, Р. Г. Гаджимирзаева. Варианты хирургического вмешательства при распространенных формах юношеской ангиофибромы носоглотки. № 3
- Е. А. Гилифанов, В. А. Невзорова. Показатели функционального статуса полости носа, околоносовых пазух и глотки у лиц, длительно курящих табак. № 2
- Е. А. Гилифанов, В. А. Невзорова. Показатели состояния гортани, уха у лиц с длительным стажем табачной зависимости. № 3
- Е. А. Гилифанов, В. А. Невзорова. Показатели функционального статуса уха и гортани у пациентов при обострении хронической обструктивной болезни легких. № 4
- Е. А. Гилифанов, В. А. Невзорова, Л. Б. Ардеева, В. А. Кудрявцева, Т. В. Тилик, Е. В. Самойленко, Е. Ю. Минакова, С. В. Климов, Д. В. Павлуш. Показатели функционального статуса полости носа, околоносовых пазух и глотки в период ремиссии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. № 5
- Е. А. Гилифанов, В. А. Невзорова, Л. Б. Ардеева, Д. Г. Павлуш, М. Д. Галенко, М. В. Шереметев. Показатели функционального статуса полости носа, околоносовых пазух и глотки у пациентов при обострении хронической обструктивной болезни легких. № 6
- Е. А. Гилифанов, В. А. Невзорова. Показатели функционального статуса уха и гортани у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в стадии ремиссии. № 6
- Л. А. Головкина, Ю. К. Янов, С. И. Алексеенко, Г. П. Цурикова, М. В. Пиневская. Оптимизация диагностики и лечения рецидивирующих средних отитов у детей. № 6
- В. В. Гофман, Л. С. Бакулина. Почему применение антисептиков и антибиотиков не дает желаемого эффекта при лечении больных хроническим компенсированным тонзиллитом? № 2
- В. В. Гофман, В. В. Дворянчиков. Бактериологические и иммунологические показатели у больных хроническим тонзиллитом в современных условиях. № 6
- М. Г. Давыдова, В. В. Остроградский, С. С. Решульский, А. С. Мукминов. Опыт лечения рецидивирующего папилломатоза гортани. № 3
- М. О. Данилевич, А. С. Киселев, И. В. Яковенко. Ликворея при тяжелой черепно-лицевой травме. № 4
- Х. М. Диаб, И. А. Аникин, Д. С. Кондратчиков, Н. Н. Хамгушкеева. Особенности хирургического лечения мальформаций среднего уха. № 5
- В. В. Дискаленко, Ю. К. Янов, О. Н. Сопко, Е. В. Болотнева. О выборе адекватных методов оперативных вмешательств при отосклерозе. № 3
- В. В. Дискаленко, Ю. К. Янов, О. Н. Сопко, Е. В. Болотнева. Клинико-аудиологическая диагностика тяжелых форм тугоухости при отосклерозе. № 2
- В. В. Дискаленко, Г. Н. Урюпова, О. Н. Сопко. Результаты операций на нервах барабанной полости при тяжелых формах болезни Меньера. № 4
- М. В. Дроздова, Р. Т. Очилов, Е. В. Тырнова, С. А. Артюшкин. Нарушения в системе гемостаза при плановых операциях у детей с хронической патологией лимфоэпителиального глоточного кольца. № 6
- В. И. Евдокимов. Анализ наукометрических показателей информационного потока сферы отечественной отоларингологии. № 2
- Ф. Д. Евчев, В. В. Гаевский. Интраоперационная визуализация границ опухолевого поражения у больных раком гортани T1-2. № 3



- Ф. Д. Евчев, М. А. Зайцева. Значение комплексной диагностики новообразований фаринго-парафарингеальной области. № 4
- В. И. Егоров, А. В. Козаренко. Об улучшении результатов миринго- и тимпаноластики. № 3
- Л. Н. Елизарова, В. И. Гринчук. Об этиологии и профилактике ринхопатии. № 5
- Л. Н. Елизарова, В. И. Гринчук. Влияние обструктивных изменений в полости носа на аэродинамику дыхания у больных ринхопатией. № 5
- Л. Н. Елизарова, В. И. Гринчук, Г. Л. Юренев. Кислородное обеспечение у больных ринхопатией. № 6
- Л. Н. Елизарова, В. И. Гринчук, А. П. Ракша. Функциональное и анатомическое состояние глотки у больных ринхопатией. № 6
- Н. В. Еремина, Н. Ю. Леньшина. Опыт выявления хронического аденоидита и эффективность объемного промывания носа и носоглотки в детских организационных коллективах. № 6
- Н. В. Еремина, Е. Ю. Струнина. Оценка эффективности лечения кохлеовестибулярных расстройств, обусловленных гемодинамическими нарушениями в позвоночных артериях, с использованием гравитационной терапии и без нее. № 6
- В. А. Зайцев, Е. Г. Шахова, Е. В. Пелих. Эпидемиология хронического полипозного риносинусита в Волгоградском регионе. № 5
- И. А. Игнатова, Р. А. Яскевич, С. Н. Шилов, Л. И. Покидышева. Показатели качества жизни у слабослышащих мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям. № 6
- В. П. Казаковцев. Оценка показателей хронической заболеваемости болезнями органов дыхания трудоспособного населения Российской Федерации. № 3
- В. П. Казаковцев, О. М. Куликова, Я. Ю. Анохина. Разработка рекомендаций по снижению заболеваемости населения г. Омска хроническими отитами. № 6
- Т. А. Капустина, О. В. Парилова, Т. И. Кин. Характеристика состояния иммунной системы у больных с хронической патологией носа и его придаточных пазух, ассоциированной с хламидийной инфекцией. № 3
- Т. А. Капустина, Е. В. Белова, А. Н. Маркина. Инфицированность хламидиями слизистой оболочки верхних дыхательных путей у школьников. № 4
- Р. В. Карапетян, И. А. Аникин, С. В. Астащенко, М. И. Аникин, Т. А. Бокучава. Хирургическое лечение хронического гнойного эпиаантрального отита с холестеатомой. № 4
- Р. В. Карапетян, М. И. Аникин, Т. А. Бокучава. Выбор тактики хирургического лечения пациентов с хроническим эпиаантральным средним отитом с холестеатомой в зависимости от распространенности патологического процесса. № 2
- С. А. Карпищенко, М. А. Рябова, М. Ю. Улупов, Н. Л. Петров. Фотодинамическая терапия в паллиативном и радикальном лечении рака ЛОР-органов. № 4
- С. А. Карпищенко, А. А. Зубарева, М. А. Шавгулидзе. Клинико-лучевая характеристика разных клинических форм хронического полипозного риносинусита. № 5
- С. А. Карпищенко, Л. В. Колотилов, М. А. Рябова, В. Е. Павлов. Достижение безопасности анестезиологического обеспечения эндоскопических вмешательств на гортани. № 5
- Ю. А. Карюк, Е. А. Кирасирова, Т. С. Боронджиян. Роль зонографии в диагностике острой и хронической патологии околоносовых пазух. № 3
- Ю. А. Карюк, Е. А. Кирасирова. Особенности диагностики и лечения патологии полости носа и околоносовых пазух в декретированных группах населения. № 2
- С. М. Карькаева, Р. А. Забиров. Пластика биотрансплантатом посттравматического разрыва барабанной перепонки. № 5
- К. Э. Клименко, А. И. Крюков. Характеристика особенностей применения эндоскопа с изменяемым углом обзора при операциях на лобной пазухе. Постмортальное исследование. № 3
- Д. С. Клячко, Ю. К. Янов, В. И. Пудов, Г. Р. Азизов. Влияние субъективного уровня максимально комфортной громкости и порога стапедального рефлекса на разборчивость речи у пациентов после кохлеарной имплантации. № 2
- А. А. Ковалев, А. Г. Волков. Диагностика нарушений углеводного обмена у больных хроническим гнойным средним отитом. № 6
- Н. А. Конаков, Н. В. Ерёмина. Повышение эффективности хирургического лечения хронического гнойного среднего отита с помощью тимпанодиализа в послеоперационном периоде у населения Крайнего Севера. № 4
- Е. Е. Корень, Ю. Е. Степанова, М. В. Мохотаева, В. М. Бахилин. Результаты акустического исследования голоса больных с функциональными и органическими дисфониями. № 3
- И. В. Королева. Научно-методологические основы реабилитации рано оглохших детей после кохлеарной имплантации. Часть 2. Макро- и микроструктурные компоненты организации реабилитации. № 4
- И. В. Королева, Е. А. Огородникова, С. П. Пак, С. В. Левин, А. А. Балякова, А. В. Шапорова. Методические подходы к оценке динамики развития процессов слухоречевого восприятия у детей с кохлеарными имплантами. № 3
- И. В. Королева, А. В. Шапорова, В. Е. Кузовков. Разработка критериев и методов оценки эффективности кохлеарной имплантации у детей. № 6
- В. В. Косарев, Н. В. Еремина, Н. Е. Лаврентьева, М. Н. Попов. Аллергическая патология верхних дыхательных путей от воздействия профессиональных сенсибилизаторов. № 5
- А. А. Кривопапов, С. Г. Вахрушев, О. В. Болдырева. Опыт применения функциональной эндоскопической риносинусохирургии в лечении больных с интракраниальными осложнениями воспалительных заболеваний околоносовых пазух. № 3



- А. А. Кривопапов, С. Г. Вахрушев. Система специализированной оториноларингологической помощи в Красноярском крае. № 4
- С. Ю. Кротов, Ю. А. Кротов, И. Н. Путалова. Регионарная лимфотропная терапия острого среднего отита с использованием низкочастотного ультразвука. № 3
- А. И. Крюков, М. В. Тардов, А. О. Секерина. Хроническое затруднение носового дыхания: влияние степени назальной обструкции на мозговой кровоток. № 3
- А. И. Крюков, Г. Ю. Царапкин, М. Е. Артемьев. Клинический подход в выборе тактики ведения больных с перфорацией перегородки носа. № 4
- А. И. Крюков, В. А. Артемьева-Карелова. Реологические свойства назального секрета. Методы направленного воздействия. № 6
- В. Е. Кузовков, Г. Р. Азизов, С. М. Петров, Л. В. Юрченко, А. Н. Науменко, И. Т. Секлетова. Оценка динамики давления газов в среднем ухе во время операции при эндотрахеальном наркозе и влияние миорелаксантов на регистрацию стремени рефлекса. № 4
- В. Е. Кузовков, С. М. Мегрелишвили, Я. Л. Щербакова. Шум в ушах: этиология и патогенез. № 4
- А. О. Кузнецов, И. В. Наумова, А. В. Пашков, Е. А. Григорьева, Е. Е. Савельева. Изменение межэлектродного сопротивления различных систем кохлеарной имплантации в течение первого года слухоречевой реабилитации. № 3
- Н. Л. Кунельская, Г. Ю. Царапкин, О. В. Марголин, М. Е. Артемьев, М. Ю. Поляева, С. А. Васильев. Оценка уровня Д-димера при хирургическом закрытии стойких дефектов перегородки носа. № 4
- М. О. Кустов, П. В. Начаров, Л. Л. Клячко. Иммунологическая характеристика больных бактериальным наружным диффузным отитом. № 2
- А. В. Кутина. Хронический сфеноидит, неврологическая симптоматика, современный подход к диагностике и лечению. № 2
- Л. А. Лазарева, С. А. Сайдулаев, Р. В. Резников. Диагностический алгоритм и лечебная тактика при нозокомиальных риносинуситах в отделении реанимации и интенсивной терапии крупного многопрофильного стационара. № 3
- Л. А. Лазарева, Е. В. Байкина, Ю. В. Лазарева. Комплексная оценка состояния периферического и центрального отделов слухового анализатора у больных с хронической функциональной и органической патологией голоса. № 5
- В. А. Ляпин, В. П. Казаковцев. Гигиеническая оценка влияния экологических факторов на формирование хронической патологии верхних дыхательных путей населения промышленного центра. № 2
- В. А. Ляпин, В. П. Казаковцев. Заболеваемость хроническими болезнями верхних дыхательных путей взрослого населения промышленного центра по данным ретроспективного анализа. № 2
- М. Г. Маджидов, Ю. А. Джамалудинов, А. К. Гаджиева, А. С. Ахмедов. Клинико-эпидемиологические аспекты рака органов головы и шеи у населения Республики Дагестан. № 4
- К. А. Матвеев. Анатомо-физиологические особенности дисфункции слуховой трубы при врожденной расщелине неба. № 6
- Х. Г. Махачева, Н. А. Дайхес, Л. М. Асхабова. Оценка обеспеченности, доступности, качества и эффективности оказания оториноларингологической медицинской помощи детям и подросткам в Республике Дагестан по данным социологического опроса. № 3
- Х. Г. Махачева, Л. М. Асхабова. Эффективность лечения оториноларингологических больных в Республике Дагестан на различных этапах оказания медицинской помощи. № 5
- Х. Г. Махачева, Л. М. Асхабова. Результаты проведения комплексного аудиологического и генетического скрининга новорожденных в республике дагестан. № 6
- Т. А. Машкова, М. С. Олышанский, Ю. М. Овсянников, А. Б. Мальцев. Возможности и перспективы селективной внутриартериальной химиотерапии в комплексном лечении распространенных форм рака гортани. № 3
- В. А. Медведев. Методы хирургического лечения ринолордоза при комбинированных деформациях носа. № 4
- В. А. Медведев. Хирургическая коррекция ринодеформации в виде горба и опущения кончика носа. № 5
- И. В. Мрочко, А. А. Корнеев. Медико-социальные факторы реабилитации больных рецидивирующим респираторным папилломатозом гортани. № 3
- И. В. Мрочко, А. А. Корнеев. Практический опыт изучения качества жизни больных хроническими стенозирующими заболеваниями гортани. № 4
- А. Н. Науменко, В. А. Везезгов, Н. Н. Науменко, О. И. Коноплёв. Способ эндоназального эндоскопического удаления юношеской ангиофибromы основания черепа. № 4
- А. А. Нугуманов. Папилломы наружного уха. № 3
- А. А. Нугуманов. К хирургическому лечению хронического гнойного среднего отита. № 4
- Е. В. Осипенко, К. Б. Султонова. Высокоскоростная съемка гортани как метод оценки вибраторных характеристик голосовых складок. № 4
- А. А. Паневин, С. А. Иванов, П. В. Попрядухин, П. А. Андоскин, С. Г. Журавский. Хитозан потенцирует отток сичность амикацина в условиях физиологически адекватной нагрузки слухового анализатора. № 6
- В. Б. Панкова, В. А. Капцов, Е. Л. Синева, И. Н. Федина, Г. А. Таварткиладзе, Г. Р. Мухамедова. Об оценке новых регламентов при периодических медицинских осмотрах работников «шумовых» профессий. № 4
- М. А. Панякина, О. А. Меркулов. Навигационная поддержка в лечении больных хроническим риносинуситом: расширение хирургических горизонтов. № 2



- О. В. Парилова, Т. А. Капустина, Е. В. Белова. Клинические особенности острого верхнечелюстного синусита, ассоциированного с хламидийной инфекцией. № 3
- А. В. Пашков, А. С. Самкова, А. О. Кузнецов, И. В. Наумова. Сравнение методик регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов с использованием частотно-специфических chirp-стимулов и тональных посылок у нормально слышащих лиц и пациентов с кондуктивной тугоухостью. № 6
- Г. А. Полев, Н. А. Дайхес. Применение оптики с изменяемым углом обзора в эндоскопической хирургии околоносовых пазух. № 2
- Ю. С. Преображенская, М. В. Дроздова, П. В. Начаров, Л. М. Ковалева. Особенности этиопатогенеза экссудативного среднего отита у детей на современном этапе. № 5
- Н. А. Расулова, Х. Н. Абдуллаев. Уровень половых гормонов у девушек подростков с хроническим гнойным синуситом. № 5
- В. Ф. Семенов. Отоэндоскопическая оценка отдаленных результатов тимпаноластики, выполненной с использованием обогащенной тромбоцитами плазмы. № 3
- Ф. В. Семенов, С. А. Бабичев, О. А. Качанова, К. М. Фидарова. Экспериментальное обоснование использования препаратов, содержащих наночастицы серебра, в местной эмпирической терапии заболеваний ЛОР-органов, вызванных *p. Aeruginosa* и *Acinetobacter sp.* № 5
- Д. Ю. Семенюк, С. А. Артющкин, Л. Э. Тимчук, А. Н. Мироненко, В. Г. Конусова, А. С. Симбирцев. Иммуногенетические и иммунологические маркеры в иммуно-патогенезе хронического риносинусита. № 4
- Д. Ю. Семенюк, С. А. Артющкин, В. Г. Конусова, А. С. Симбирцев, А. Н. Мироненко, Л. Э. Тимчук. Результаты изучения функции нейтрофильных гранулоцитов у пациентов с хроническим риносинуситом. Часть I. № 6
- С. В. Сергеев, Е. С. Григорькина, В. В. Смогунов, А. В. Кузьмин, Н. А. Волкова. Математическая модель возрастных параметров хирургической анатомии верхнечелюстной пазухи. № 6
- В. В. Соколов, В. А. Чаукина, А. Б. Киселев. Оценка зависимости назальной обструкции от центрально регулируемых нейрогуморальных изменений в организме беременных женщин. № 3
- А. В. Соловьев, Л. А. Глазников, Л. А. Сорокина. Возможности компьютерной стабиллографии для отбора лиц в профессии, связанной с действием знакопеременных ускорений. № 6
- Н. В. Терскова, А. И. Николаева, С. Г. Вахрушев, А. С. Сибатян. Эпидемиологическая и клиническая характеристика хронических болезней миндалин и аденоидов (на примере г. Красноярск). № 3
- Г. Э. Тимен, А. Н. Голод. Показатели дифференциальных порогов силы звука по люшеру у детей со смешанной тугоухостью при негнойных и гнойных заболеваниях среднего уха с выпотом. № 2
- Е. В. Тырнова, Г. М. Алёшина, В. Н. Кокряков. Изучение экспрессии гена бета-дефенсина-1 человека в слизистой оболочке верхних дыхательных путей. № 3
- Е. В. Тырнова, Г. М. Алёшина, Ю. К. Янов, В. Н. Кокряков. Изучение экспрессии гена бета-дефенсина-2 человека в слизистой оболочке верхних дыхательных путей. № 5
- Е. В. Тырнова, Г. М. Алёшина, В. Н. Кокряков. Изучение экспрессии гена бета-дефенсина-1 человека в слизистой оболочке носоглотки. № 4
- Е. В. Тырнова, Г. М. Алёшина, Ю. К. Янов, В. Н. Кокряков. Изучение экспрессии гена бета-дефенсина-2 человека в слизистой оболочке носоглотки. № 6
- И. В. Фанта. Особенности заболеваний ЛОР-органов у городского населения Санкт-Петербурга на современном этапе. № 4
- С. В. Филимонов, В. Г. Бородулин. Проводниковое обезболивание и лечебные блокады в отоларингологической практике. № 6
- Н. Н. Хамгушкева, Х. М. Диаб, И. А. Аникин. Микро-топографическая особенность барабанно-сосцевидного сегмента канала лицевого нерва в отоларингологии. № 4
- Н. Н. Хамгушкева, И. А. Аникин, Х. М. Диаб. Применение стимуляционной игольчатой электромиографии в диагностике повреждения лицевого нерва. № 6
- Т. И. Чанцева, Е. В. Хрусталева, Е. В. Песковацкова. Применение озон/NO -ультразвукового метода у больных кистозным гайморитом. № 3
- О. В. Черемисина, Е. Л. Чойнзонов, О. В. Панкова, К. Ю. Меньшиков. Хронический гиперпластический ларингит как критерий формирования группы риска по раку гортани. № 2
- Е. Л. Чойнзонов, Л. Н. Балацкая, Е. А. Красавина. Оценка качества жизни больных раком гортани на этапах голосовой реабилитации после органосохраняющих операций. № 5
- Е. В. Шабалдина, А. В. Шабалдин, В. А. Михайленко, А. А. Колобов, С. В. Рязанцев, А. С. Симбирцев. Особенности динамики цитокинов назального секрета при локальном воздействии иммуномодулятора гамма-d-глутамил-l-триптофана (бестим) на слизистую оболочку носа детей раннего и дошкольного возраста с гипертрофией миндалин лимфоидного глоточного кольца. № 2
- Е. Г. Шахова, В. А. Зайцев, О. Р. Бакумова, С. Е. Козловская, Е. В. Пелих. Крупные остеомы верхнечелюстных синусов. № 5
- Н. А. Шварцман. Некоторые теоретические предпосылки и возможности хирургического лечения хронической вторичной нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости. № 3
- Т. А. Шидловская, Л. Г. Петрук. Временные показатели длиннолатентных слуховых вызванных потенциалов у больных с акустравмой. № 3
- Т. А. Шидловская, Е. Ю. Куренева, Т. В. Шевцова, Шемли Мохамед. Временные характеристики коротколатентных слуховых вызванных потенциалов у больных с функциональными нарушениями голоса с учетом выраженности проявлений дисфункции голосового аппарата. № 4



- А. Ю. Шидловский.** Показатели электроэнцефалографии на ранних стадиях развития сенсоневральной тугоухости в сочетании с вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточностью. № 6
- А. В. Широкая, В. М. Свистушкин, С. Н. Шатохина, В. Н. Шабалин.** Оценка эффективности лечения больных полипозным риносинуситом и прогноз его течения. № 2
- Т. И. Шустова, С. В. Рязанцев, Ю. К. Ревской.** О физиологических терминах в оториноларингологии. № 3
- Я. Л. Щербакова, В. Е. Кузовков, С. М. Мегрелишвили, А. В. Шапорова.** Методы оценки эффективности терапии у пациентов с тиннитусом. № 6
- Н. В. Щербик, Е. Н. Кологривова, А. В. Староха, А. В. Климов, Р. Ш. Юнусов.** Роль нарушений мукозальной иммунной защиты в развитии экссудативного среднего отита на фоне хронического аденоидита в детском возрасте. № 3
- А. С. Юнусов, А. И. Сайдулаева.** Хирургическое лечение врожденной атрезии хоан с сопутствующей патологией полости носа (синехии полости носа, ИНП) у детей. № 5
- А. Ю. Юрков, А. Е. Усков.** Количественная оценка голоса у пациентов с хроническими двусторонними паралитическими стенозами гортани. № 2
- Ю. К. Янов, Х. М. Диаб, А. С. Лиленко.** Синтопия эндолимфатического мешка. № 4
- Ю. К. Янов, С. В. Лиленко, С. Б. Сугарова.** Компьютерная электроокулография в оценке вестибулярной функции у пациентов до и после кохлеарной имплантации и вибропластики. № 4

Обзоры

- И. В. Андриянова, О. В. Перьянова.** Изучение микробных биопленок с позиции оториноларинголога. Обзор. № 4
- Н. В. Бойко, В. Н. Колесников.** Тимпанопластика в детском возрасте. № 2
- М. В. Григорьева.** Этиология и патогенез перфораций перегородки носа. № 4
- М. Ю. Егорова, В. С. Корвяков.** Метод лазеродеструкции вестибулярных рецепторов горизонтального полукружного канала у пациентов болезнью Меньера в историческом аспекте. № 5
- В. Е. Кузовков, С. М. Мегрелишвили, Я. Л. Щербакова.** Шум в ушах: методы его коррекции. Современное состояние вопроса. № 5
- В. Г. Песчаный.** Иммунология и квантовая терапия хронического тонзиллита: современный взгляд на проблему. № 5
- Ю. Ю. Подкопаева, А. А. Кривопапов.** Современные представления о диагностике и лечении хронических двусторонних паралитических стенозов гортани (литературный обзор). № 6
- С. В. Рязанцев, В. К. Артюшкина, П. В. Начаров, М. А. Лаптиева.** Современные аспекты системной кортикостероидной терапии у больных хроническим полипозным риносинуситом (обзор литературы). № 2
- Д. Ю. Семенюк, С. А. Артюшкин, Л. Э. Тимчук, А. С. Симбирцев.** Иммуногенетические и иммунологические маркеры в иммунопатогенезе хронического риносинусита. № 6
- Ю. Е. Степанова, Н. Н. Махоткина.** Принципы синдромопатогенетического подхода к назначению физиотерапии у пациентов с дисфониями (обзор). № 5

Исторический раздел

- А. С. Киселев.** Профессор К. Л. Хилов и его роль в авиационной и авиакосмической медицине. № 2
- С. В. Сергеев, Е. С. Григорькина.** Вехи истории ЛОР-отделения Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко: люди и время (к 105-летию юбилею отделения). № 5
- К. Л. Хилов.** Об использовании эманации радия в экспериментальной лабиринтологии. № 2
- Н. С. Храппо, А. П. Мирошниченко.** Героями не рождаются (к 90-летию со дня рождения академика РАМН Игоря Борисовича Солдатова). № 2

Из практики

- Г. А. Гаджимирзаев, Ю. А. Джамалудинов, А. М. Магомедов, С. П. Абдуллагабов, Р. Г. Гаджимирзаева, А. К. Караева, Г. М. Инчилов.** Случай последовательного формирования множественных абсцессов височной доли мозга отогенной природы с атипичным течением. № 3
- А. В. Гербергаген.** Заглочный абсцесс у взрослого, осложненный абсцедирующим шейным лимфаденитом, на фоне ВИЧ-инфекции. № 2
- Р. А. Забиров, А. В. Резниченко, А. А. Багаутдинов.** Заглочные абсцессы у взрослых и их хирургическое лечение. № 4
- С. А. Карпищенко, О. И. Долгов.** Случай успешного консервативного лечения постинтубационного стеноза подскладкового отдела гортани. № 4
- А. С. Киселев.** О лечении гранулирующего наружного отита. № 3
- Т. В. Остринская.** Гигантская доброкачественная опухоль корня языка (клиническое наблюдение). № 5
- М. А. Рябова, О. М. Колесникова, Л. В. Колотилев, В. Е. Павлов.** Наблюдение гигантской кисты надгортанника. № 6
- Ф. Ю. Сергеев, А. А. Кривопапов.** Об оказании специализированной оториноларингологической помощи пациентам с внутричерепными осложнениями в условиях северных территорий. № 6
- Д. А. Щербаков.** Удаление эктопированного зуба из полости носа в амбулаторных условиях. № 4



Школа фармакотерапии

Elena Schmidt. Инновационная технология производства индивидуальных ушных вкладышей. № 2

А. Д. Гусаков, А. Я. Желтов. Особенности хирургического лечения патологии лимфоидной ткани носоглотки у детей с экссудативным средним отитом. № 2

Е. П. Карпова, Д. А. Тулупов. О возможностях небулайзерной терапии в лечении острых риносинуситов у детей. № 4

С. Л. Коваленко. Влияние эреспала на продолжительность течения острого среднего отита и сроки восстановления слуха у детей. № 6

Г. В. Лавренова, А. Е. Вертоголов. Комплексное лечение вазомоторного ринита у беременных. № 2

Г. С. Мальцева, О. Н. Гринчук, Е. В. Ильинская. Возможности антибактериальной терапии при хроническом тонзиллите стрептококковой этиологии. № 3

Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, А. С. Кочнева. Папилломатоз гортани: современные возможности лечения. № 3

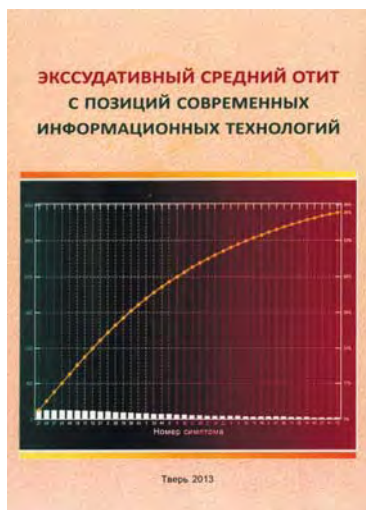
Г. Н. Никифорова, М. Г. Дедова, Е. А. Шевчик, А. В. Золотова. Оптимизация послеоперационного периода у больных после хирургической коррекции носового дыхания. № 5

С. Д. Полякова, Е. А. Некрасова. Эффективность комбинированного лечения острого среднего отита. № 2

Е. Ю. Радциг, Н. В. Ермилова, Л. В. Малыгина, Е. П. Селькова. Воспалительные заболевания ЛОР-органов как осложнение ОРВИ и гриппа у детей. № 5

О. В. Салий. Опыт использования различных материалов для тимпанопластики. № 5

Н. С. Храппо, А. П. Мирошниченко, Е. Ю. Струнина. Применение ушных капель «Данцил» в лечении больных с обострением хронического гнойного среднего отита. № 6



проф. Г. М. Портенко, д. м. н. Е. Г. Портенко,
А. А. Локтева, к. т. н. Г. П. Шматов

В монографии представлены на доказательной основе с помощью кластерного анализа информационно значимые симптомы современного течения острого гнойного среднего отита, трактуемого авторами как латентный неперфоративный гнойный средний отит, и опровергающие искусственное выделение экссудативного среднего отита (ЭСО), как отдельной клинической нозологии негнойных заболеваний уха. Авторы, на основании изучения современной литературы и своего клинического опыта, пришли к заключению, что ЭСО не что иное, как современное течение острого гнойного среднего отита и выделение его по наличию экссудата в среднем ухе не правомерно, так как экссудат – это признак воспаления и лечение должно проводиться как воспалительной патологии. К тому же не существует принципиальных отличий в лечении ЭСО и его последствий.

Монография адресована врачам-оториноларингологам, педиатрам, терапевтам.

Авторы: **Портенко** Геннадий Михайлович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный изобретатель СССР, Почетный работник науки и образования Тверской области, зав. кафедрой оториноларингологии Тверской государственной медицинской академии; **Портенко** Елена Геннадьевна – д-р мед. наук, отличник здравоохранения, доцент кафедры оториноларингологии ТГМА; **Локтева** Анна Александровна – врач ЛОР-отделения 1 городской клинической больницы г. Твери; **Шматов** Геннадий Павлович – канд. тех. наук, доцент кафедры информатики и прикладной математики Тверского государственного технического университета.

Монографию можно заказать по адресу:
170039, Тверь, ул. Паши Савельевой дом 37, корп.6, кв. 32 или
по e-mail: gennadijj-portenko@yandex.ru.
Стоимость монографии 100 руб.



СОДЕРЖАНИЕ

Л. В. Балакина, А. Н. Науменко Современные хирургические подходы в лечении остеом лобных пазух	3
С. В. Баранская, О. И. Долгов Вариант доступа к верхнечелюстной пазухе	8
В. Г. Бородулин Наш опыт блокады верхнечелюстного нерва и крылонебного узла небным доступом	12
М. А. Будковая Использование системной кортикостероидной терапии у пациентов с впервые выявленным полипозным риносинуситом	15
Е. Г. Варсян Реконструктивная хирургия при хроническом гнойном среднем отите с применением различных пластических материалов	24
У. Н. Вохидов Показатели цитокинов IL-2, IL-4, IL-8 в сыворотке крови при различных формах хронических полипозных риносинуситов	30
С. С. Гайдуков, А. Н. Науменко Критерии выбора способа пластики дефектов основания черепа у больных назальной ликвореей	33
Н. Р. Гогорева Тактика ведения больных с длительным канюленосительством	37
Д. С. Горин Современные представления о хирургическом лечении хронического синусита	41
Т. В. Готовяхина Причины нарушения голосовой функции после хирургического лечения заболеваний щитовидной железы	45
О. И. Долгов Опыт применения шовной латерофиксации голосовой складки и парциальной хордаритеноидэктомии у пациентки с паралитическим стенозом гортани	49
Н. В. Дубинская Исследование метаболизма кальция при сенсоневральной тугоухости	53
М. Ю. Егорова Лазерное воздействие на костную капсулу горизонтального полукружного канала импульсным ND:YAG-лазером Dornier (экспериментальное исследование)	56
С. А. Еремин Эффективность применения стеклоиономерного цемента для крепления стапедальных протезов при разрушениях длинного отростка наковальни	60
О. И. Иванов Влияние степени выраженности риносинусогенных головных болей на эмоциональный статус больных острыми синуситами	64
Г. Ф. Иоаннидес Оценка эффективности новой комплексной мультимедийной программы обучения в отохирургии	67



А. А. Казакова Новые возможности лечения пациентов с «комом в горле»	73
О. Э. Казакова, Е. В. Иконникова, И. В. Андриянова, И. А. Каширцева Микробные биопленки в оториноларингологии	79
И. В. Кастыро Сегмент ST и ринокардиальный рефлекс при септопластике	83
И. В. Кастыро, Д. А. Медянцева Интенсивность болевого синдрома после резекции перегородки носа в зависимости от площади операционного поля	86
П. В. Киреев, М. В. Швецова Использование метода транслингвальной стимуляции для уменьшения вестибулярной дисфункции у пациентов в ранние сроки после стапедопластики	89
Д. С. Клячко, В. Е. Гауфман Категоризация громкости и функция роста амплитуды электрически вызванных коротколатентных слуховых потенциалов у пациентов после кохлеарной имплантации	95
А. А. Ковалев О диагностике хронического гнойного среднего отита	99
Е. И. Ковалева О диагностике аденоидитов у детей	102
О. М. Колесникова, О. И. Долгов, Н. А. Еремина О дифференциальной диагностике паралитических рубцовых стенозов	104
О. М. Колесникова, Ю. С. Муллаярова, Н. Н. Рогачева Особенности риноцитограммы у беременных женщин	110
Д. С. Кондратчиков Возможности слухоречевой реабилитации пациентов с аномалиями окна преддверия	113
Е. М. Кондрашева Особенности поражения ЛОР-органов при различных стадиях сифилитического процесса	116
И. А. Коршунова, А. И. Чернолев Диагностика опухолевых процессов полости носа и околоносовых пазух	120
Д. М. Кузьмин Ранняя аэрация барабанной полости после поршневой стапедопластики	123
Л. М. Курмашова, О. Н. Сопко, Е. В. Болознева Клинические результаты миринопластики при острых травматических перфорациях	126
А. А. Курусь Выбор метода лучевой диагностики на разных этапах лечения пациентов с переломами средней зоны лица, сопровождаемыми повреждением стенок верхнечелюстной пазухи	128
А. В. Кутина Сравнение болевого синдрома после эндоскопических и радикальных операций на околоносовых пазухах в послеоперационном периоде	133
Е. В. Лесогорова Способ реабилитации голосовой функции у пациентов с хроническим отечно-полипозным ларингитом после хирургического вмешательства	135
А. С. Лиленко Сравнение отдаленных результатов дренирования эндолимфатического мешка с его шунтированием и без у пациентов с болезнью Меньера	140
Е. В. Логунова Клинико-лабораторное обоснование применения фотосенсибилизаторов второго поколения для антимикробной фотодинамической терапии больных с гнойно-воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей	144



А. И. Мачулин, Д. А. Рынков Анализ микробиологического пейзажа поверхности глоточной миндалины у детей с хроническим аденоидитом	149
А. Д. Морозов, М. М. Кумышева Определение тактики перооперационного лечения заболеваний полости носа	153
М. А. Неродо Роль макро- и микроэлементов в патогенезе параназальных синуситов	157
Л. Ю. Озерова Результаты хирургического лечения пациентов с отосклерозом, сочетающимся с адгезивным процессом в барабанной полости	160
А. А. Олимов О хирургическом лечении пациентов с адгезивным отитом, сопровождающимся пролапсом натянутой части барабанной перепонки	165
Р. Т. Очилов Современные данные о проблеме лимфоэпителиального глоточного кольца	169
В. Н. Перевозчикова Психонейроэндокринный профиль пациентов, страдающих острой сенсоневральной тугоухостью	172
Ю. Ю. Подкопаева Метод лазерной эндоскопической ларингопластики в лечении хронических стенозов гортани .	175
В. И. Подсвиров Сравнительная характеристика функций небных миндалин у больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом и больных острым аппендицитом	179
М. Н. Попов Влияние сосудистого фактора на развитие профессиональной нейросенсорной тугоухости	182
Е. Е. Пособило, Г. В. Портнов, В. А. Голланд Идиопатический рубцовый стеноз подголосового отдела гортани	184
С. И. Пужаев Применение денситометрии при диагностике состояний околоносовых пазух пациентов.	187
Д. О. Рогова, О. И. Долгов Оценка эффективности послеоперационной реабилитации больных хроническими паралитическими стенозами гортани методом акустического анализа голоса	191
С. В. Савин Способ формирования неотимпанальной мембраны при обширных дефектах барабанной перепонки	195
О. В. Семкина Участие эозинофильного воспаления в формировании полипозного синусита	198
С. Б. Сугарова Оценка качества жизни у пациентов после установки имплантируемых слуховых систем	202
А. В. Третьякова Кохлеарная имплантация у пациента после двустороннего перелома височных костей	207
М. Ю. Улупов, Г. В. Портнов, В. А. Голланд Дистантная вапоризация кости с использованием полупроводникового лазера 970 нм в эксперименте	210
Е. С. Уtimiшева Микробиология синусита у реципиентов гемопоэтических стволовых клеток	215
Н. Н. Хамгушкеева Применение эмг-мониторинга лицевого нерва в отохирургии	218



Н. М. Черных	
Субъективная оценка симптомов ринита у пациентов с тиреоидной патологией.	222
П. Л. Чумаков	
Клиническое наблюдение НК/Т-клеточной лимфомы назального типа	225
Я. Л. Щербакова	
Кохлеарная имплантация и слухопротезирование постлингвальных пациентов с асимметрией слуха	232
Список статей, опубликованных в журнале «Российская оториноларингология» в 2013 г.	236

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал «Российская оториноларингология»

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

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

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

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

Образец:

УДК: 616.28-072:616.283.1-089.843

Восприятие частоты стимулов при тестировании кандидатов на кохлеарную имплантацию

С. М. Петров

Perception frequency stimulus by test candidates of cochlear implants

S. M. Petrov

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Книги:

С одним автором

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

С двумя авторами

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

С тремя авторами

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

Авторов больше трех

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

Статьи из журналов:

С одним автором

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

С двумя авторами

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

Авторов больше трех

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

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

Статьи из сборников:

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

Тезисы докладов:

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

Авторефераты:

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

Методические рекомендации:

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

Патентные документы:

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

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

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

Уважаемые коллеги! Редакция имеет право сокращать статьи.

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

При нарушении указанных правил редакция не принимает статьи к рассмотрению.

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