

I S S N 1810-4800



РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY

Медицинский научно-практический журнал

Основан в 2002 году

(Выходит один раз в два месяца)

*Решением Президиума ВАК издание включено в перечень
рецензируемых журналов, входящих в бюллетень ВАК*

Для физических лиц индекс 41225 в каталоге «Пресса России»

Для юридических лиц индекс 41223 в каталоге «Пресса России»

Совместное издание

Федеральное государственное учреждение

«Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

Федеральное государственное учреждение «Санкт-Петербургский

научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи

Минздравсоцразвития России»

Российское общество оториноларингологов



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. К. Янов — *главный редактор*
Н. А. Дайхес — *зам. главного редактора*
С. В. Рязанцев — *зам. главного редактора*
В. Н. Тулкин — *ответственный секретарь,
технический редактор*

И. А. Аникин (*Санкт-Петербург*)
В. Ф. Антонив (*Москва*)
Т. И. Гаращенко (*Москва*)
Х. Ш. Давудов (*Москва*)
А. С. Киселев (*Санкт-Петербург*)
О. И. Коноплев (*Санкт-Петербург*)
С. В. Лиленко (*Санкт-Петербург*)
Г. С. Мальцева (*Санкт-Петербург*)
И. И. Нажмудинов (*Москва*)
Я. А. Накатис (*Санкт-Петербург*)
Е. В. Осипенко (*Москва*)
А. В. Пашков (*Москва*)
А. Н. Пашинин (*Санкт-Петербург*)
В. М. Свистушкин (*Москва*)
Ю. Е. Степанова (*Санкт-Петербург*)
Э. А. Цветков (*Санкт-Петербург*)
А. С. Юнусов (*Москва*)
С. В. Яблонский (*Москва*)

№ 6 (55) 2011 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абабий И. И. (Кишинев, Молдова)	Заболотный Д. И. (Киев, Украина)	Панкова В. Б. (Москва)
Абдулкеримов Х. Т. (Екатеринбург)	Захарова Г. Ф. (Санкт-Петербург)	Петров А. П. (Якутск)
Алиметов Х. А. (Казань)	Иванов Н. И. (Сыктывкар)	Петрова Л. Г. (Минск, Беларусь)
Арефьева Н. А. (Уфа)	Игнатъева Е. Л. (Петрозаводск)	Пискунов С. З. (Курск)
Бабияк В. И. (Санкт-Петербург)	Извин А. И. (Тюмень)	Пискунов Г. З. (Москва)
Боджоков А. Р. (Майкоп)	Калинин М. А. (Архангельск)	Полякова С. Д. (Воронеж)
Беляев В. М. (Вологда)	Карпищенко С. А. (Санкт-Петербург)	Портенко Г. М. (Тверь)
Блоцкий А. А. (Благовещенск)	Карпова Е. П. (Москва)	Портнов В. Г. (Ленинградская обл.)
Бобошко М. Ю. (Санкт-Петербург)	Киселев А. Б. (Новосибирск)	Проскурин А. И. (Астрахань)
Богомильский М. Р. (Москва)	Козлов В. С. (Москва)	Пудов В. И. (Санкт-Петербург)
Бойко Н. В. (Ростов-на-Дону)	Кокорина В. Э. (Хабаровск)	Семенов Ф. В. (Краснодар)
Бойко С. Г. (Сыктывкар)	Коркмазов М. Ю. (Челябинск)	Сергеев М. М. (Краснодар)
Бойкова Н. Э. (Москва)	Кошель В. И. (Ставрополь)	Сергеев С. В. (Пенза)
Бокучава Т. А. (Мурманск)	Кравчук А. П. (Ижевск)	Староха А. В. (Томск)
Борзов Е. В. (Иваново)	Кржечковская Г. К. (Ставрополь)	Статюха В. С. (Уссурийск)
Бороноев С. А. (Улан-Удэ)	Кротов Ю. А. (Омск)	Субботина М. В. (Иркутск)
Быковский В. Н. (Псков)	Крюков А. И. (Москва)	Таварткиладзе Г. А. (Москва)
Вахрушев С. Г. (Красноярск)	Кунельская Н. Л. (Москва)	Тачиев Б. А. (Элиста)
Виницкий М. Е. (Ростов)	Лопатин А. С. (Москва)	Тимен Г. Е. (Киев, Украина)
Вишняков В. В. (Москва)	Макарина-Кибак Л. Е. (Минск, Беларусь)	Түлебаев Р. К. (Астана, Казахстан)
Волков А. Г. (Ростов-на-Дону)	Мареев О. В. (Саратов)	Уханова Е. А. (Великий Новгород)
Гаджимирзаев Г. А. (Махачкала)	Машкова Т. А. (Воронеж)	Фанта И. В. (Санкт-Петербург)
Гилифанов Е. А. (Владивосток)	Мингалев Н. В. (Кемерово)	Фридман В. Л. (Владимир)
Георгиади Г. А. (Владикавказ)	Михайлов Ю. Х. (Чебоксары)	Хакимов А. М. (Ташкент, Узбекистан)
Говорун М. И. (Санкт-Петербург)	Накатис Я. А. (Санкт-Петербург)	Хоров О. Г. (Гродно, Беларусь)
Гусейнов Н. М. (Баку, Азербайджан)	Насреддинов Т. Х. (Самарканд)	Храбриков А. Н. (Киров)
Гюсан А.О. (Черкесск)	Никонов Н. А. (Воронеж)	Храппо Н. С. (Самара)
Джамалудинов Ю. А. (Махачкала)	Носуля Е. В. (Москва)	Худиев А. М. (Баку, Азербайджан)
Джапаридзе Ш. В. (Тбилиси, Грузия)	Овчинников Ю. М. (Москва)	Шантуров А. Г. (Иркутск)
Егоров В. И. (Москва)	Овчинников А. Ю. (Москва)	Шахов В. Ю. (Нижний Новгород)
Енин И. П. (Ставрополь)	Отвагин И. В. (Смоленск)	Шахова Е. Г. (Волгоград)
Ерёмина Н. В. (Самара)	Пальчун В. Т. (Москва)	Шульга И. А. (Оренбург)
Жуков В. С. (Ярославль)	Панин В. И. (Рязань)	
Забиров Р. А. (Оренбург)		

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 учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России»

Издатель:

ООО «Регистр»

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

Компьютерная верстка: Т. М. Каргапольцева

Подписано в печать 12.12.2011 г.

Формат: 60x90¹/₈, объем 28,25 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. 2355

© СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития
России

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА
России, Москва



УДК: 616.284-002.2-089.87

**ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ
СРЕДНИМ ОТИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ САНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
НА СРЕДНЕМ УХЕ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ**

С. В. Астащенко, И. А. Аникин, Р. В. Карапетян

**THE CAUSES OF UNSATISFACTORY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT
OF PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA,
WHO UNDERWENT CANAL WALL DAWN PROCEDURE IN THE MIDDLE
EAR. A RETROSPECTIVE ANALYSIS**

S. V. Astashchenko, I. A. Anikin, R. V. Karapetian

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

В данной статье приведен анализ 100 медицинских карт стационарных пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших ранее санлирующую операцию на среднем ухе. По данным интраоперационных находок были выявлены основные причины неудовлетворительных результатов (как функциональных, так и морфологических) оперативного лечения этой категории пациентов.

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

Библиография: 22 источника.

This article analyzes 100 in-patient medical cards with chronic suppurative otitis media who underwent canal wall down procedure in the middle ear. On the base of intraoperative findings we revealed the main causes of unsatisfactory results (both functional and morphological) of these patient's surgical treatment.

Key words: chronic suppurative otitis media, canal wall down procedure, cholesteatoma, reoperation.

Bibliography: 22 sources.

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) по-прежнему остается одной из ведущих причин тугоухости высокой степени у лиц трудоспособного возраста, что определяет его социальную значимость [6]. Холестеатома среднего уха, по данным отечественных и зарубежных авторов, выявляется у 24–63% больных с ХГСО независимо от локализации перфорации барабанной перепонки [9, 11, 13, 14]. Наличие холестеатомы является абсолютным показанием к проведению оперативного вмешательства на среднем ухе [5]. Несмотря на развитие микрохирургической техники и успехи отохирургии, при распространении патологического процесса для тщательного и полного удаления патологических тканей (вросшего эпидермиса и холестеатомы) нередко приходится выполнять радикальную операцию на среднем ухе. Как известно, оперированное ухо после проведения радикальной операции продолжает беспокоить пациента [3, 19, 20]. Кроме выраженной тугоухости у пациентов, перенесших общеполостную операцию на ухе, сохраняются частые обострения воспалительного процесса, постоянные или периодические выделения из уха, шум, головные боли, вестибулярные расстройства, требующие комплексного терапевтического и хирургического лечения [2, 9, 10, 20].



Астащенко Светлана Витальевна – зав. взрослым хирургическим отделением Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, г. Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел. 8-812-316-25-01; e-mail: 3178442@mail.ru; **Аникин** Игорь Анатольевич – руководитель отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИЛОР, д-р мед. наук. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел. 8-812-575-94-47; **Карапетян** Рузанна Вазгеновна – очный аспирант отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИЛОР. 190013, г. Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел. 8-812-316-25-01; e-mail: k-ruzanka@mail.ru

УДК: 616.322-002.2-036.12:616.33-002-036.12-053.2

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Г. К. Ахмедова

CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL STUDY OF CHRONICAL TONSILLITIS WITH COMBINATION CHRONICAL GASTRODUODENITIS AT CHILDREN

G. K. Akhmedova

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан
(Ректор – проф. Ш. И. Каримов)

Изложены результаты клинического и микробиологического исследования 85 больных детей с хроническим тонзиллитом. У 42 детей диагностирован хронический тонзиллит на фоне хронического гастродуоденита (основная группа) и у 43 детей – хронический тонзиллит без сопутствующей гастропатологии (контрольная группа). В исследуемой группе больных 18 детей с *Helicobacter pylori*-позитивным хроническим гастродуоденитом и 24 ребенка с *Helicobacter pylori*-негативным хроническим гастродуоденитом. Результаты нашего исследования показали, что в группе детей с хроническим тонзиллитом в сочетании с хроническим гастродуоденитом частота обострений была выше, чем в контрольной группе детей, а также были более выражены местные признаки хронического тонзиллита в исследуемой группе детей. По результатам микробиологического исследования имеет место высокая обсемененность *Helicobacter pylori* небных миндалин в основной группе больных.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, хронический гастродуоденит, дети, *Helicobacter pylori*.

Библиография: 15 источников.

The results of clinical and microbiological study at 85 children with chronical tonsillitis. Chronical tonsillitis with combination chronical gastroduodenitis was at 42 children, chronical tonsillitis without combination gastropathology – at 43 children. In study group 18 children with Helicobacter pylori-accotiation gastroduodenitis. Our results showed, that in study group frequency meeting acute tonsillitis was above, than in control group. Local symptoms was many expressive in study group. Results of microbiological study showed frequent meeting Helicobacter pylori in tonsils at study group.

Key words: chronical tonsillitis, chronical gastroduodenitis, *Helicobacter pylori*.

Bibliography: 15 sources.

Хронический тонзиллит представляет собой одну из важнейших проблем не только в детской оториноларингологии, но и в педиатрии в целом. Это наиболее частая патология в структуре ЛОР-заболеваний детского возраста. Распространенность этого заболевания зависит от возраста: у детей 2–3 лет она невелика и не превышает 2%, у детей дошкольного возраста она составляет 5%, а в пубертатном возрасте и у подростков увеличивается до 14,4%. По данным А. М. Хакимова (1999), заболеваемость хроническим тонзиллитом в Республике Узбекистан составила 18% от общего числа всех заболеваний ЛОР-органов.

Хронические очаги воспаления изменяют иммунобиологическую реактивность детского организма и обуславливают развитие вторичных иммунопатологических состояний и иммун-



УДК: 616.321:616.42]-007.61-02-071.3

**СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ
НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ****А. Г. Волков, В. В. Киселев, Г. И. Кирий****SOMATOMETRIC PECULIARITIES IN THE CHILDREN SUFFERING
FROM PHARYNGEAL TONSIL HYPERTROPHY****A. G. Volkov, V. V. Kiselev, G. I. Kiriy**

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

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

Проведены параллели между степенью гипертрофии носоглоточной миндалины и соматометрическими показателями детей. Статистически доказана связь между иммунологическими показателями детей, соматическими типами, степенью увеличения носоглоточной миндалины и временем мукоцилиарного транспорта. Данная статья является попыткой подойти к проблеме аденоидов с точки зрения соматических типов.

Ключевые слова: соматотип у детей, аденоиды, мукоцилиарный транспорт.

Библиография: 8 источников.

Parallels have been drawn between the pharyngeal tonsil hypertrophy degree and the children's somatometric indexes. Statistics proves a definite connection between the children's immunological indexes, somatotypes, the pharyngeal tonsil enlargement stage, and the mucociliary transport time. This article is an attempt of treating the adenoid problem in terms of somatotypes.

Key words: children's somatotype, adenoids, mucociliary transport.

Bibliography: 8 sources.

Организм ребенка с самого рождения испытывает многочисленные неблагоприятные воздействия, модифицирующие его врожденные особенности и свойства. Наибольшее клиническое значение имеет модификация защитных свойств и систем организма под влиянием экзогенных факторов.

В настоящее время установлено, что в подавляющем большинстве частые ОРВБИ обусловлены транзиторными эндогенными (морфофункциональная незрелость, недоношенность, перинатальные нарушения, поздний старт общего и местного иммунитета, сопутствующие заболевания) и экзогенными (раннее начало посещения детских организованных коллективов, низкий уровень санитарной культуры в семье, неблагоприятные материально-бытовые условия, неблагополучная экологическая обстановка, пассивное курение, стресс) факторами риска, а особенно – их сочетанием [6, 8].

В формировании подобных синдромов решающая роль принадлежит иммунной системе детского организма. Важной частью системы иммунной защиты организма является иммунитет слизистых оболочек – мукозальный иммунитет. Морфологическими субстратами мукозального иммунитета являются структурные особенности строения слизистой оболочки носа и носоглотки, а также лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистой оболочкой (mucosa associated lymphoid tissue – МАЛТ) [2].

Лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистой оболочкой (МАЛТ), представлена в основном элементами лимфоэпителиального кольца глотки. МАЛТ обеспечивает как эффекторные реакции (секреторный IgA, цитокины), так и доставку антигенной информации к центральным органам иммунной защиты для формирования общего иммунного ответа и сохранения антигенной информации [6].

Такая двойственность функции МАЛТ является «слабым местом» периферического звена иммунной системы и создает предпосылки для формирования целого комплекса патофизиологических сдвигов. При нарушении целостности эпителия под воздействием повторных инфекций антигенная нагрузка на МАЛТ возрастает, что сопровождается перенапряжением,



УДК: 617.52-009.7-092

КЛИНИКО-ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЛИЦЕВОЙ БОЛИ**А. Г. Волков, И. В. Стагниева****CLINICAL PATHOPHYSIOLOGICAL PARALLELS FACIAL PAIN****A. G. Volkov, I. V. Stagnieva***ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет**Минздрава России»**(Зав. кафедрой болезней уха, горла и носа – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)*

В статье обсуждаются вопросы патогенеза лицевой боли. Рассмотрены различные механизмы формирования болевого ощущения. Приведены клинические примеры несоответствия выраженности болевого симптома с причиной и тяжестью течения патологического процесса.

Ключевые слова: лицевая боль, невралгия тройничного нерва.

Библиография: 41 источник.

The article discusses the pathogenesis of facial pain. The different mechanisms of pain sensation. We present clinical examples of non-compliance of pain symptoms with the cause and severity of the disease process.

Key words: facial pain, trigeminal neuralgia.

Bibliography: 41 sources.

Головная боль (ГБ) – самый распространенный болевой симптом и встречается у 25–40% населения. Диагностика головной боли строится на основе диагностических критериев, созданных Международной ассоциацией по изучению головной боли (1988, 2004) [2, 12]. Международная классификация состоит из 14 разделов.

1. Мигрень.
2. ГБ напряжения.
3. Кластерная (пучковая) ГБ.
4. Разнообразные ГБ, не связанные со структурными повреждениями.
5. ГБ, связанные с травмой головы.
6. ГБ, обусловленные сосудистыми расстройствами.
7. ГБ, обусловленные внутричерепными процессами несосудистой природы.
8. ГБ, связанные с употреблением различных химических соединений или их отменой.
9. ГБ, связанные с соматическими инфекционными заболеваниями.
10. ГБ, обусловленные нарушением гемостаза и метаболическими нарушениями.
11. ГБ или лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носа, околоносовых пазух, зубов, рта или других структур черепа и лица.
12. ГБ, связанные с психическими заболеваниями.
13. Краниальные цефалгии и центральные лицевые боли.
14. Неклассифицируемые ГБ.

Выделяют первичные ГБ, представляющие самостоятельную нозологическую форму (мигрень, ГБ напряжения), и вторичные (симптоматические) ГБ, обусловленные основным заболеванием – воспалительным процессом, опухолью и др.

Тщательный анализ характеристик ГБ и анамнеза, неврологическое и общее обследование помогают установить принадлежность ГБ к первичным или симптоматическим [23].

К важным клиническим маркерам симптоматических ГБ относят:

- впервые возникшую интенсивную головную боль;
- изменение характера и интенсивности боли и (или) ее толерантность к успешному раннему обезболиванию;
- сочетание головной боли и температуры;
- возникновение головной боли после физического напряжения;
- зависимость выраженности боли от положения головы и тела;



УДК: 616.211-002.193-056.3+617.711-002+616.248:615.37-053.2

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СУБЛИНГВАЛЬНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, КОНЪЮНКТИВИТОМ И АСТМОЙ

И. М. Гайдук¹, Д. С. Коростовцев², Н. Л. Шапорова¹, Д. В. Брейкин²

IMMUNE PATHWAYS OF SUBLINGUAL IMMUNOTHERAPY IN CHILDREN WITH ALLERGIC RHINITIS, CONJUNCTIVITIS AND ASTHMA

I. M. Gaiduk, D. S. Korostovtsev, N. L. Shaporova, D. V. Breykin

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

(И. о. ректора – проф. С. М. Яшин)

² ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская
академия Минздрава России»

(Ректор – проф. В. В. Леванович)

Цель: оценить динамику иммунологических показателей при проведении лечения сублингвальными аллергенами из пыльцы смеси деревьев – «Смесь весенняя ранняя».

Материалы и методы: исследование проведено на 100 больных в возрасте от 5 до 18 лет, страдающих поллинозом. Аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ) проводили в предсезонный период в течение 3 лет. Динамику цитокинов в сыворотке крови и в смывах из полости носа изучали до лечения и после 2-го и 3-го курса АСИТ.

Результаты: в процессе лечения выявлены повышение концентрации ИЛ-10, ИФН-γ и уменьшение содержания ИЛ-4 в сыворотке крови в процессе АСИТ. Значимой динамики цитокинов в смывах из полости не выявлено.

Ключевые слова: сублингвальная аллерген-специфическая иммунотерапия, аллергический ринит, бронхиальная астма, цитокины, дети.

Библиография: 14 источников.

Subject: to evaluate the dynamic of immunological parameters during sublingual immunotherapy with allergens mixture of tree pollen – “Early spring mixture”, Sevapharma, Czech Republic.

Materials and methods: the protocol was conducted on 100 patients aged 5 to 18 years with pollinosis. Allergen specific immunotherapy was provided during the period before pollinating season for 3 consecutive years. Cytokine changes were studied in serum and in nasal cavity lavages. Sample assessed before treatment and after having 2nd and 3rd courses SLIT complete.

Results: there was an increase of the concentrations of IL-10, IFN-γ and the decrease of IL-4 concentration in serum during the treatment. In nasal lavages there was no significant any cytokine concentration changes.

Keywords: sublingual allergen specific immunotherapy, allergic rhinitis, bronchial asthma, cytokines, children.

Bibliography: 14 sources.

Аллерген-специфическая иммунотерапия является высоко эффективным методом лечения IgE-опосредованных заболеваний, таких как аллергический ринит, конъюнктивит, бронхиальная астма при условии правильного отбора пациентов [7].

В большинстве стран мира, как и в России, наиболее часто АСИТ проводят подкожным методом, при котором могут иметь место системные реакции. Поэтому в последнее десятилетие возрос интерес к неинъекционным методам введения аллергенов. Наибольший интерес для амбулаторной практики представляет сублингвальный метод, отличающийся высоким профилем безопасности (слАСИТ) [13].

Несмотря на большие научные достижения последних лет, иммунологические механизмы развития толерантности к аллергенам слизистых оболочек в процессе слАСИТ до настоя-



УДК 616.22-006.52-085:615.27

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ 5-АМИНОЛЕВУЛИНОВОЙ КИСЛОТЫ

И. Г. Гусейнов, Х. Ш. Давудов, И. И. Нажмудинов, К. В. Акопян, И. О. Куликов

PHOTODYNAMIC THERAPY OF ADULT LARYNGEAL PAPILLOMATOSIS WITH 5-AMINOLAEVULANIC ACID

I. G. Guseynov, Kh. Sh. Davudov, I. I. Nazhmudinov, K. V. Akopyan, I. O. Kulikov

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Фотодинамическая терапия – это новый и многообещающий метод в лечении папилломатоза гортани. Нами разработана методика лечения папилломатоза гортани у взрослых путем двухэтапного лечения с удалением папиллом с помощью CO₂-лазера как первый этап лечения и последующей через 5 дней фотодинамической терапией с отечественным препаратом «Аласенс». За 2009 г. с применением нового метода пролечено 5 больных, безрецидивный период более года достигнут у 4 больных.

Ключевые слова: папилломатоз гортани, фотодинамическая терапия, 5-аминолевулиновая кислота.

Библиография: 9 источников.

Photodynamic therapy is a new and promising method in a field of laryngeal papillomathosis. In our center we elaborate a new method of treatment with two steps: as a first step we perform a papilloma excision with CO₂ laser under the general anesthesia and as a second step – a photodynamic therapy with Russian photosensitizer “Alasens”. In 2009 we use this method in 5 cases, 4 patients has no recurrences in 1 year.

Keywords: laryngeal papillomathosis, photodynamic therapy, 5-aminolevulinic acid.

Bibliography: 9 sources.

Фотодинамическая терапия – это новый и один из наиболее многообещающих методов в лечении заболеваний поражений головы и шеи. Сама идея фотодинамической терапии не нова. Еще в 1903 г. А. Jesionek и V. H. Tarpeinner [5] описали эту методику как способ лечения человеческих опухолей с использованием эозина в роли фотосенсибилизатора. К сожалению, метод не получил дальнейшего распространения.

Во второй половине XX века интерес к фотодинамической терапии вернулся. С этого момента появляются множественные работы об использовании фотодинамической терапии в различных областях медицины и описания все большего и большего количества фотосенсибилизаторов.

Как нам теперь известно, существуют три основных элемента фотодинамической терапии: кислород, фотосенсибилизатор и видимый свет [4]. Фотосенсибилизатор активируется светом и вступает в реакцию с молекулярным кислородом с продукцией синглетного кислорода. Эта форма кислорода высоко реактивна и за свою короткую жизнь диффузирует только на расстояние 0,01–0,02 мкм. Синглетный кислород работает двумя способами: убивает опухолевые клетки путем индукции апоптоза и некроза и путем повреждения микрососудов опухоли [3].

Основные преимущества ФДТ перед химио- и лучевой терапией – это 100%-ная специфичность, отсутствие нежелательных системных эффектов и возможность повторного использования в той же анатомической области в случае рецидива заболевания. Все эти свойства основаны на способности опухолевых клеток аккумулировать фотосенсибилизатор лучше, чем нормальная ткань и свойстве фотосенсибилизаторов не накапливаться в клеточном ядре, что способствует более или менее быстрой утилизации и с использованием стандартных путей. Эти две опции дают нам возможность использовать ФДТ в области предраковых и злокачественных заболеваний [2, 9].



УДК:616.285-089.844:616.288.1-007.271:616.281-001

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ВИБРОТРАВМЫ ВНУТРЕННЕГО УХА ПРИ ОДНОМОМЕНТНОМ УСТРАНЕНИИ АТРЕЗИИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА С ТИМПАНОПЛАСТИКОЙ И ОССИКУЛОПЛАСТИКОЙ

Х. М. Диаб, И. А. Аникин, С. А. Еремин

SURGICAL TECHNIQUE IN CASES WITH CONGENITAL ATRESIA OF THE MEATUS ACUSTICUS EXTERNAL TO PREVENT SENSONEURAL HEARING LOSS

H. M. Diab, I. A. Anikin, S. A. Eremin

ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава соцразвития РФ»

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

После устранения атрезии наружного слухового прохода, по данным различных авторов, сенсоневральная тугоухость (СНТ) может развиваться в 11–17% случаев. В статье изложен способ профилактики вибротравмы внутреннего уха при одномоментном устранении атрезии наружного слухового прохода с тимпано- и оссикулопластикой. Данный метод включает заушный разрез, расширенную антромастOIDотомию, разъединение цепи слуховых косточек в области наковальни – стремennого сустава, полное удаление атретической пластинки, тимпанопластику и оссикулопластику, за счет фиксации наковальни – стремennого сочленения – стеклоиономерным цементом.

Ключевые слова: аномалия развития среднего уха, врожденная атрезия наружного слухового прохода, хирургическое лечение.

Библиография: 13 источников.

Congenital oral atresia is one of the most common ear malformations. Sensoneural hearing loss can occur in 11–17% after surgical management of the atresia of the meatus acusticus external. The surgical technique in cases with atresia of the meatus acusticus external were employed to improve results and prevent sensoneural hearing loss of the surgical treatment of the middle ear malformations. This method begins with drilling the mastoid to allow identification of the sinodural angle, which is then followed anteriorly to the antrum. The atretic plate is then carefully removed after the disarticulation of the incus-stapes joint, ossiculoplasty with glass ionomer cement and tympanoplasty.

Key words: middle ear malformation, congenital oral atesia, surgical treatment, disarticulation of the incus-stapes joint, glass ionomer cement.

Bibliography: 13 sources.

Врожденные пороки развития височной кости сохраняют значимое место в структуре заболеваний ЛОР-органов и составляют один-два случая на 10 000 человек [12].

Разработаны различные способы хирургического лечения врожденных аномалий развития среднего уха, сочетающихся с атрезией наружного слухового прохода. Однако при оперативном лечении существует довольно высокая опасность интраоперационных и послеоперационных осложнений. В связи с этим данная патология продолжает оставаться сложной задачей для хирурга – оториноларинголога. По данным различных авторов, после устранения атрезии наружного слухового прохода сенсоневральная тугоухость (СНТ) может развиваться в 11–17% случаев [6].

В хирургической практике наиболее распространен трансмастOIDальный доступ к барабанной полости [5, 6].

Ряд авторов предлагают использовать передний доступ – по ходу проекции несформированного канала наружного слухового прохода с ориентиром на верхнечелюстной сустав [1, 3, 7–11].



УДК: 616.284-004.6-07:616.28-008.1

ПОКАЗАТЕЛИ АКУСТИЧЕСКОЙ ИМПЕДАНСОМЕТРИИ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ

А. М. Еловиков¹, С. В. Лиленко²

INDICATORS OF THE ACOUSTIC IMPEDANCEMETRY IN OTOSCLEROSIS PATIENTS

А. М. Elovikov, S. V. Lilenko

¹ ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера
Росздрава»

(Ректор – проф. И. П. Корюкина)

² ФБГУ «Санкт-Петербургский НИИЛОР Минздравсоцразвития России»
(Директор – засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Проведен анализ показателей акустической импедансометрии 278 больных с отосклерозом в возрасте от 18 до 66 лет. У 99,28% пациентов зарегистрированы тимпанограммы типа А и As. У 98,92% больных отосклерозом выявлен инвертированный ипсилатеральный акустический рефлекс. Признаками отосклероза по акустической импедансометрии являются нормальные тимпанограммы, а также инвертированный акустический рефлекс.

Ключевые слова: отосклероз, кондуктивная тугоухость, тимпанометрия, стapedиальный рефлекс, инвертированный акустический рефлекс, акустическая импедансометрия.

Библиография: 8 источников.

The analysis of acoustic impedancemetry data in 278 patients with otosclerosis aged from 18 to 66 was carried out. In 99,28 % patients types A and As tympanograms were registered. In 98,92 % patients with otosclerosis inverted ipsilateral acoustic reflex was revealed. Normal types of tympanograms and inverted ipsilateral acoustic reflex could be considered as signs of otosclerosis on acoustic impedancemetry.

Key words: otosclerosis, conductive hearing loss, tympanometry, stapedial reflex, inverted acoustic reflex, acoustic impedancemetry.

Bibliography: 8 sources.

Акустическая импедансометрия обладает большими возможностями для диагностики патологии среднего уха. При отосклерозе, как правило, отмечается нормальная функция слуховой трубы и определяются тимпанограммы типа А и As [1, 2, 4, 5]. На начальных стадиях отосклероза характерно уменьшение амплитуды акустического рефлекса. В дальнейшем при костной фиксации стремечка сокращения стременной мышцы, возникающие в ответ на действие стимулирующего звука, не в состоянии преодолеть неподвижность стремени, и акустический рефлекс исчезает [1, 2, 4, 5]. Согласно результатам исследования большинства авторов [1, 4–8] у больных с отосклерозом акустический рефлекс не регистрируется. В то же время у больных отосклерозом при больших интенсивностях звукового стимула 110–120 дБ иногда регистрируют измененный акустический рефлекс. При этом чаще всего отмечают двухфазный или обратный по фазе рефлекс [4]. На большинстве импедансометров регистрируется перевернутое акустическое отражение или инвертированный акустический эффект. Данный рефлекс возникает при гомолатеральной звуковой стимуляции, при контралатеральной стимуляции акустический рефлекс отсутствует полностью [1, 2, 4–8]. При отосклерозе инверсия ипсилатерального акустического рефлекса встречается у 46–100% больных отосклерозом при стимуляции на 110 дБ с 500, 1000 и частоты на 2000 Гц [5–8]. Обнаружение инвертированного ипсилатерального акустического рефлекса и нормальная тимпанограмма позволяют дифференцировать отосклероз от других патологий, которые приводят к фиксации цепи слуховых косточек среднего уха. Это может использоваться как диагностический тест [1, 2, 6].

Цель исследования. Выявление и анализ показателей акустической импедансометрии у больных отосклерозом.



4. Основы аудиологии и слухопротезирования /В. Г. Базаров [и др.] – М.: Медицина, 1984. – 256 с.
5. Inverted acoustic reflex: an analysis of its morphological characteristics in different physiological and pathological situations / L.A. Vallejo [et al.] // Acta. Otorinolaringol. Esp. – 2009. – N 4 (60). – P. 238–252.
6. Inverted acoustic reflex in patients with otosclerosis /E. Ried [et al.]// Acta Otorrinolaringol. Esp. – 2000. – N 6 (51). – P. 463–467.
7. Lopez Gonzalez M.A., Garcia Lopez M.C., Rodriguez Munoz M.L.Evaluation of the morphology of stapedial reflex in otosclerosis. Provoked otosclerotic stapedial reflex // Acta Otorrinolaringol. Esp. – 2002, N 1 (53). – P. 5–10.
8. The reversed ipsilateral acoustic reflex: clinical features and kinetic analysis /A. Ciardo [et al.]// Acta Otolaryngol. – 2003. – N 1 (123). – P. 65–70.

Еловиков Алексей Михайлович – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. оториноларингологии Пермской ГМА им. акад. Е. А. Вагнера. 614000, Пермь, ул. Куйбышева 39; тел.: 8-342-236-28-87, моб.: 8- 919-458-23-05, e-mail: aleks.elovikov@yandex.ru; **Лиленко** Сергей Васильевич – д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотрудник отдела патофизиологии уха, зав. лабораторией вестибулологии Санкт-Петербургского НИИЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-921-358-11-76.

УДК: 616.28-008.1-07: 616.61-002.3-053.2

КЛИНИКО-АУДИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

А. Р. Забирова

CLINICAL AND AUDIOLOGICAL CRITERIA OF EARLY DIAGNOSIS OF HEARING DISORDERS IN CHILDREN WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

A. R. Zabirowa

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия

Минздравсоцразвития»

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

Проведено исследование слуха у 80 детей, больных хроническим пиелонефритом. Сенсоневральная тугоухость установлена у 31 (39%) больных, из них только 10 пациентов жаловались на снижение слуха. Для ранней диагностики нарушений слуха у детей, больных хроническим пиелонефритом в комплекс методов обследования пациентов обязательно включение методов исследования слуха.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит у детей, сенсоневральная тугоухость, методы исследования слуха.

Библиография: 10 источников.

Hearing examination of 80 children with chronic pyelonephritis has been carried out. Sensorineural hearing disorder has been revealed in 31 (39%) patients. Only 10 of them complained of diminished hearing. To diagnose hearing disorders in children with chronic pyelonephritis it is necessary to use methods of hearing examination together with other ones.

Key words: chronic pyelonephritis in children, sensorineural hearing disorders, methods of hearing examination.

Bibliography: 10 sources.

В последние годы количество детей с нарушениями слуха во всем мире и в том числе в России непрерывно увеличивается [2].

Среди лиц с нарушениями слуха в настоящее время преобладают пациенты с сенсоневральной тугоухостью (СНТ), удельный вес которых в общей структуре тугоухости составляет 70–85% [1, 4, 6, 7, 9, 10].



УДК: 616.28-008.55:615.47

КЛИНИКО-СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Е. М. Илларионова, И. В. Отвагин, Н. П. Грибова

CLINICO-STABILOMETRICAL ANALYSIS AND THERAPY OF VERTIGO

Е. М. Illarionova, I. V. Otvagin, N. P. Gribova

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения и социального развития РФ

(Ректор – проф. И. В. Отвагин)

Проведен анализ клинических и стабилOMETрических показателей до и после лечения у пациентов с центральным и периферическим головокружением. Представлены современные данные о лечении системного головокружения. С помощью метода стабилOMETрии дана оценка использования комплексного подхода, включающего медикаментозные методы и вестибулярные физические упражнения с комплексом упражнений на стабилOMETрической платформе по принципу биологической обратной связи, у пациентов с центральным и периферическим головокружением. Установлено, что использование специальных стабилOMETрических тестов позволяет объективно оценить изменение состояния равновесия у больных с системным головокружением до и после проводимой терапии.

Ключевые слова: системное головокружение, лечение, компьютерная стабилOMETрия.

Библиография: 10 источников.

The analysis clinical and stabilometrical indicators before and after treatment at patients with the central and peripheral vertigo is carried out. Modern data about treatment of vertigo is presented. By means of stabilometry the estimation of use of the complex approach including medicinal methods and vestibular physical exercises with a complex of exercises on stabilometry platform by a principle of biological feedback, at patients with the central and peripheral vertigo is given. It has been established that use special stabilometrical tests allows estimating objectively change of an equilibrium state at patients with vertigo before and after spent therapy.

Key words: vertigo, therapy, computer stabilometry methods.

Bibliography: 10 sources.

На данный момент головокружение является одной из самых частых патологий, ассоциированных с трудностями интерпретации и объективной оценки. Распространенность данного феномена в популяции настолько велика, что представляется необходимым поиск надежной диагностики этой сложной многокомпонентной патологии [1, 2, 5].

Доказано, что основу обследования пациентов с головокружением должны составлять клинические методы, включающие исследования глазодвигательных, нистагмических реакций и специальные пробы, позволяющие заложить фундамент дальнейшей верификации диагноза с помощью дополнительных, требующих соответствующей подготовки и оборудования методов диагностики головокружения [2, 3, 6].

Современная клиническая медицина должна опираться на достижения точных наук. В первую очередь это касается вопросов диагностики и терапии заболеваний. Современная стратегия лечения требует максимально точного контроля эффективности как от приема отдельных препаратов и использования индивидуальных терапевтических схем, так и объективизации эффективности нефармакологических методов лечения. В мировой клинической практике стабилOMETрические исследования являются одними из современных диагностических методов, но могут быть приняты за основу принятия решений об эффективности лечения у больных с вестибулярной патологией [8–10].

Современный алгоритм терапии головокружения включает два этапа: первый – купирование острого приступа, лечение специфических заболеваний, таких как доброкачественное



УДК: 616.22-006:612.083.3

МИКРООРГАНИЗМЫ В ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК**Е. В. Ильинская^{1, 2}, Ю. Е. Степанова², Е. Е. Корень², А. Ю. Юрков², В. А. Косенко²****MICROORGANISMS IN TUMOR-LIKE SWELLINGS OF VOCAL FOLDS****E. V. Iljinskaya, Y. E. Stepanova, E. E. Koren, A. Y. Yurkov, V. A. Kosenko**¹ ФБГУ «НИИ гриппа Минздравсоцразвития РФ»

(Директор – акад. РАМН, проф. О. И. Киселев)

² ФБГУ «СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития РФ»

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

Электронно-микроскопическое исследование шести опухолеподобных образований голосовых складок выявило присутствие бактерий во всех образованиях и наличие вирусных частиц в вакуолях фибробластов у двух больных. Бактерии обнаружены на поверхности эпителия, в межклеточном пространстве, цитоплазме эпителиальных клеток, основном веществе соединительной ткани и фибробластах; выявлены делящиеся формы.

Ключевые слова: голосовые складки, опухолеподобные образования, бактерии.

Библиография: 13 источников.

The electron microscopic observation has revealed presence of bacteria of the six tumor-like swellings of vocal folds and presence of virus particles in vacuoles of fibroblasts at two patients. The bacteria are found on a surface of an epithelium, in intercellular space, in cytoplasm of epithelial cells, in the basic material of the lamina propria and in fibroblasts; the divided forms are revealed.

Key words: vocal folds, tumor-like swellings, bacteria.

Bibliography: 13 sources.

Носительство условно-патогенных и патогенных микроорганизмов выявляется более чем у 40% человеческой популяции [1]. Термин «бактерионосительство» подразумевает нахождение патогенного или условно-патогенного микроорганизма на кожных покровах или слизистых оболочках открытых полостей, не сопровождающееся его дальнейшим проникновением во внутреннюю среду макроорганизма или развитием клинической симптоматики. Возможность носительства показана для целого ряда кокков, дифтерийной палочки и др. [1, 5]. Доказано, что «бессимптомное носительство» условно-патогенной и патогенной флоры свидетельствует о нарушении механизмов защиты организма и является маркером вторичной иммунной недостаточности [6]. Кроме носительства определяется еще и явление персистенции бактерий и вирусов в тканях организма, протекающее в течение некоторого времени без клинических проявлений. Эти два явления безусловно способны быть постоянным источником для развития инфекционного процесса. Что касается полости рта, то наиболее изученными с точки зрения взаимоотношений микроорганизмов и ткани являются миндалины. На слизистой оболочке миндалин выявлено как бессимптомное носительство условно-патогенной и патогенной микрофлоры [6], так и наличие микробов в тканях миндалин [3, 7].

Сведений о выявлении микроорганизмов в слизистой оболочке опухолеподобных образований голосовых складок в доступной литературе обнаружить не удалось.

Цель исследования. Электронно-микроскопическое исследование наличия, локализации и взаимоотношения микроорганизмов с клетками слизистой оболочки шести опухолеподобных образований голосовых складок.

Пациенты и методы исследования. Материалом для электронно-микроскопического исследования послужили шесть различных новообразований голосовых складок от 5 больных:

- отечный полип голосовой складки (больной С.);
- фиброзный полип голосовой складки (больной П.);
- жесткий узелок голосовой складки (больной Ф.);



УДК: 616.28-002.14-053.2 (470.55)

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ ТУГОУХОСТИ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. С. Кириллов, М. Ю. Коркмазов

ETHIOLOGICAL ASPECTS OF DEAFNESS AMONG CHILDREN IN CHELYABINSK REGION

E. S. Kirillov, M. Y. Korkmazov

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава»
(Зав. каф. оториноларингологии – д-р мед. наук М. Ю. Коркмазов)

Авторами проведен анализ современной отечественной и зарубежной литературы по частоте мутаций в гене коннексина-26. Сформулированы цель и задачи данного исследования, проведено обследование 400 детей с нейросенсорной тугоухостью (НСТ) в Челябинской области. В ходе исследования были выявлены наиболее частые причины развития нейросенсорной тугоухости у детей.

Ключевые слова: нейросенсорная тугоухость, коннексин-26, детское население.

Библиография: 7 названий.

The purpose and objectives were formulated on the bases of Russian and foreign literature. The study of neurosensoric deafness (NSD) among 400 children in Chelyabinsk region was performed. The most frequent causes of neurosensoric deafness were identified.

Key words: neurosensoric deafness, connexin-26, children.

Bibliography: 7 sources.

Число больных с нарушениями слуха в Российской Федерации превышает 13 млн человек, и из них более 1 млн – это дети. По среднестатистическим данным на 1000 новорожденных один ребенок рождается с тотальной глухотой. Кроме того, в течение первых 2–3 лет жизни теряют слух еще два-три ребенка. Первые годы жизни ребенка во многих аспектах являются критическими для развития речи, познавательных и социально-эмоциональных навыков, что обуславливает первостепенную значимость раннего выявления нарушений слуха. Позднее выявление нарушений слуха у детей первого года жизни ведет к развитию глухонемой и, как следствие, их инвалидизации. Увеличение числа детей, имеющих снижение слуха, вызывает необходимость поиска новых средств и методов решения проблемы тугоухости [2, 4].

Учитывая концепцию Всемирной организации здравоохранения, делающую акцент на профилактику частых заболеваний, приводящих к частичной или полной инвалидности, возникает необходимость в проведении исследований, направленных на изучение этиологических и патогенетических факторов тугоухости, и оценке ее распространенности [4, 5].

Изменения в гене коннексина 26 являются причиной 50% случаев тяжелой врожденной тугоухости. Около 75% всех случаев наследственной тугоухости относятся к рецессивной несиндромальной тугоухости. Четкая взаимосвязь наследственной глухоты и мутационных изменений в генах-коннексинов 26, 30 и 31 показывают высокую информативность молекулярно-генетических методов, которые позволяют установить диагноз наследственной глухоты, определить носительство тех или иных мутаций в генах GJB2, GJB3 и GJB6 и переходить при медико-генетическом консультировании от вероятностных оценок риска заболевания к однозначным [3, 6].

Увеличение числа детей, имеющих наследственную природу снижения слуха, вызывает необходимость поиска новых средств и методов решения проблемы тугоухости. Создавшееся положение определяет актуальность медико-генетических методов исследования детей с нарушением слуха, которые являются основой для проведения наиболее рациональных профилактических и реабилитационных мероприятий [3, 7].

Цель исследования. Разработка системы диагностики и профилактики наследственных форм нейросенсорной тугоухости на основе использования современных методик диагностики.



ЛИТЕРАТУРА

1. Барашков Н. А. Молекулярно-генетическое изучение наследственной несиндромальной сенсоневральной глухоты в Республике Саха (Якутия): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2007. – 23 с.
2. Богомилский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология: т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
3. Богомилский М. Р., Поварова М. В. Состояние слуха у детей с задержкой речевого развития // Вестн. оториноларингологии. – 2006. – № 4. – С. 6–8.
4. Конигсмарк Б. В., Горлин Р. Д. Генетические и метаболические нарушения слуха. – М.: Медицина, 1980. – 424 с.
5. Маркова Т. Г. Клинико-генетический анализ врожденной и доречевой тугоухости: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 43 с.
6. Пальчун В. Т. Оториноларингология: нац. руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 960 с.
7. Таварткиладзе Г. А. Генетический скрининг нарушений слуха у новорожденных, сочетанный с аудиологическим скринингом // Вестн. оториноларингологии. – 2010. – № 3. – С. 15–18.

Кириллов Евгений Сергеевич – очный аспирант кафедры оториноларингологии Челябинской ГМА. 454092. Челябинск, ул. Воровского, д. 64; **Коркмазов Мусос Юсуфович** – д-р мед. наук, зав. каф. оториноларингологии Челябинской ГМА. 454092, Челябинск, ул. Воровского, д. 64; тел.: 8-922-715-66-83.

УДК:616.832-004.2-02:6(6.28)-008.55-072

НАРУШЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

**И. М. Кириченко¹, Н. А. Дайхес¹, Н. С. Алексеева², А. В. Переседова²,
С. В. Яблонский¹, Н. Ш. Арзуманян²**

VESTIBULAR DISTURBANCES IN MULTIPLE SCLEROSIS

**I. M. Kirichenko, N. A. Dayhes, N. S. Alekseeva, A. V. Peresedova,
S. V. Yablonskiy, N. Sh. Arzumanyan**

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

² ГУ НЦ Неврологии РАМН, Москва
(Директор – член-кор. РАМН З. А. Суслина)

В статье рассматривается проблема диагностики вестибулярной дисфункции демиелинизирующего генеза у больных рассеянным склерозом (РС). Обследовано 72 пациента с установленным диагнозом РС. Группу контроля составили 18 здоровых лиц. Всем пациентам проведены отоневрологическое обследование, регистрация спонтанного и экспериментального калорического нистагма методом компьютерной электронистагмографии (КЭНГ). Выявленные особенности вестибулярных нарушений при РС позволили сделать заключение о центральном поражении вестибулярного анализатора субтенториального и супратенториального уровня. Очаговое поражение ствола головного мозга выявлено у 48 из 72 больных РС и является значимым в формировании вестибулярных нарушений демиелинизирующего генеза.

Ключевые слова: рассеянный склероз, компьютерная электронистагмография, калорическая проба.

Библиография: 10 источников.

The problem of diagnostics of vestibular disturbances at patients with multiple sclerosis is investigated in this scientific article. We have examined 72 patients with multiple sclerosis (MS). The group of the control consisted 18 healthy person. All the patients have been examined on otoneurologic inspection, electronystagmography (ENG), caloric tests, magnetic resonance imaging (MRI). The peculiarities of



vestibular disturbance found in the study suggest a predominance of central vestibular syndrome with both subtentorial and supratentorial traits. In cases 48 patients had pathologically changed in MRI demyelination lesion in the brainstem. Demyelination lesion in the brainstem pathologically influences vestibular function at patients with multiple sclerosis.

Key words: multiple sclerosis, electronystagmography, caloric tests.

Bibliography: 10 sources.

Проблема рассеянного склероза (РС) среди заболеваний центральной нервной системы (ЦНС) за последнее десятилетие приобрела особое значение. Это связано с увеличением количества больных РС, расширением возрастных рамок с тенденцией к омоложению заболевания.

С учетом прогрессирующего течения более половины больных РС через 10 лет от начала заболевания имеют трудности в самостоятельном выполнении своей работы, через 15 лет 50% имеют трудности в передвижении, а при длительности болезни 20 лет и более – проблемы в самообслуживании. У 15 % больных с самого начала заболевание имеет неуклонно прогрессирующий характер течения, что приводит к полной ранней инвалидности [4].

Расстройства равновесия и головокружение – наиболее частые симптомы у больных РС, что обусловлено поражением центральных отделов вестибулярного анализатора [1, 2].

По данным литературы, частота вестибулярных нарушений при дебюте РС составляет 7–18% и по мере развития заболевания может достигать 50–68% [8, 9]. Обычно это связывается с активностью демиелинизирующего процесса [10].

Е. И. Гусев (1997) отмечал головокружение и спонтанный нистагм у больных РС в 50–70% случаев [4]. Зарубежные авторы приводят более высокий процент вестибулярных нарушений – от 45 до 90% случаев РС [6, 7].

При изучении вестибулярной функции у больных РС А. В. Переседова (2006) выявила преобладание центрального вестибулярного синдрома, а также специфические паттерны поструральной атаксии, характерные для определенных клинических форм при РС [5].

Однако вопрос о характерных симптомах демиелинизирующего поражения вестибулярного анализатора при РС остается открытым.

Цель исследования. Изучение особенностей нарушения вестибулярной функции у больных РС и сопоставление полученных данных с результатами магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Пациенты и методы исследования. Основную группу составили 72 пациента с установленным диагнозом рассеянного склероза, находящихся на лечении в НЦ неврологии РАМН. Из них 55 женщин и 17 мужчин. Средний возраст пациентов 35 ± 10 лет. Группу контроля составили 18 здоровых лиц, средний возраст $24 \pm 7,5$ года.

Всем исследуемым проведено отоневрологическое обследование. Регистрацию спонтанного и экспериментального калорического нистагма проводили методом компьютерной электро-нистагмографии (КЭНГ). Результаты обследования вестибулярного анализатора сопоставили с магнитно-резонансной томографией головного мозга (МРТ).

В 57 (79%) случаях течение заболевания было ремитирующим. В стадии обострения находились 17 (23,5%) больных, ремиссии – 40 (55,5%) больных. Вторично-прогрессирующее течение выявлено у 15 (21%) больных. Таким образом, более половины больных РС на момент обследования находились в состоянии ремиссии, что частично сглаживало симптоматику, выявляя скрытые характерные симптомы заболевания.

Результаты исследования. Достаточно частыми симптомами вестибулярной дисфункции являются головокружение и спонтанный нистагм, которые могут возникнуть при поражении любого отдела вестибулярного анализатора, начиная от рецептора и заканчивая корой головного мозга.

Головокружение выявлено у 76 % больных РС, у более половины пациентов оно было системным. В 10 (около 14%) случаях головокружение отмечено как единственный симптом при дебюте заболевания. Горизонтальный спонтанный нистагм визуально зафиксирован у 55 (76%) пациентов с РС. В 25 (35%) случаях он сочетался с вертикальным спонтанным нистагмом.



очагового демиелинизирующего поражения стволовых структур головного мозга на исследуемые показатели.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабиак В. И., Ланцов А. А., Базаров В. Г. Клиническая вестибулология: руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 1996. – 336 с.
2. Бабиак В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А. Нейрооториноларингология: руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 728 с.
3. Благовещенская Н. С. Отоневрологические симптомы и синдромы. – М.: Медицина, 1981. – 327 с.
4. Гусев Е. И., Демина Т. Л., Бойко А. Н. Рассеянный склероз. – М.: Нефть и газ, 1997. – 463 с.
5. Переседова А. В. Патологические механизмы формирования неврологических нарушений при рассеянном склерозе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 50 с.
6. Electronystagmography in the diagnosis of multiple sclerosis / G. Cianfrone [et al.] // Ann Otol Rhinol Laryngol. – 2006 Jul. – Vol. 115(7). – P. 518–527.
7. Grenman R. Involvement of the Audiovestibular System in Multiple Sclerosis // Acta Otolaryngol. Supplementum. – 1985. – P. 420.
8. Benign paroxysmal positioning vertigo in multiple sclerosis: diagnosis, pathophysiology and therapeutic techniques / E. M. Frohman [et al.] // Mult Scler. – 2003 Jun. – Vol. 9(3). – P. 250–255.
9. Clinical ocular-motor disturbances in multiple sclerosis / M. Józefowicz-Korczyńska [et al.] // Otolaryngol Pol. – 2009. Mar–Apr. – Vol. 63(2). – P. 126–130.
10. Miller A. E. Clinical features // Handbook of multiple sclerosis. Ed. S. D. Cook. 3rd ed. – Marcel Dekker, Inc. – 2001. – P. 213–232.

Дайхес Николай Аркадьевич – д-р мед. наук, проф., директор Научно-клинического центра оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: 8-499-720-41-17, e-mail: admin@otolar.ru; **Кириченко** Ирина Михайловна – канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник отдела экспериментальной аудиологии Научно-клинического центра оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: 8-916-543-90-86, e-mail: loririna@yandex.ru; **Яблонский** Сергей Владимирович – д-р мед. наук, проф., уч. секретарь Научно-клинического центра оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: 8-495- 978-61-30, e-mail: info@otolar.ru; **Алексеева** Наталия Степановна – д-р мед. наук, отоневролог, вед. науч. сотрудник НЦ неврологии РАМН. 125373, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80; тел.: 8-495-490-21-20, e-mail: center@neurology.ru; **Переседова** Анастасия Вячеславовна – д-р мед. наук, невролог, VI нейроинфекционное отделение НЦ неврологии РАМН. 125373, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80; тел.: 8-495-490-22-03, e-mail: a.v.peresedova@mail.ru; **Арзуманян** Нарине Шангетовна – невролог, аспирант, VI нейроинфекционное отделение НЦ неврологии РАМН; 125373, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80; т.: 8-495-490-22-03. e-mail: naraar@yandex.ru.

УДК: 616.28-006.488-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ТИМПАНАЛЬНЫХ ПАРААНГЛИОМ С СОХРАНЕНИЕМ ЗВУКОПРОВОДЯЩИХ СТРУКТУР СРЕДНЕГО УХА

В. Н. Колесников¹, Н. В. Бойко¹, Е. А. Писаренко²

SURGICAL REMOVAL OF TYMPANIC PARANGLIOMAS WITH SOUND-TRANSMITTING STRUCTURES OF THE MIDDLE EAR PRESERVATION

V. N. Kolesnikov, N. V. Boiko, E. A. Pisarenko

¹ ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

² Областной консультативно-диагностический центр, г. Ростов-на-Дону
(Гл. врач – канд. мед. наук Д. В. Бурцев)

Тимпанальная параангиома (ТП) – редко встречающаяся, в основном доброкачественная опухоль нейроэктодермального происхождения. Общепринятого алгоритма хирургического лечения этого новообразования в настоящее время не существует. В статье представлен опыт



хирургического лечения 3 больных с опухолями типов А и В (по U. Fisch, D. Mattox) эндоауральным доступом с сохранением целостности цепи слуховых косточек и барабанной перепонки. Данная методика позволила восстановить слух до возрастной нормы. В течение 1,5 лет наблюдения рецидива опухоли не выявлено.

Ключевые слова: тимпанальная параганглиома, гломусная опухоль, хирургическое лечение.

Библиография: 31 источник.

Tympanic paraganglioma (TP) is a low-frequency, principally benign tumor of a neuroectodermal origin. So far there is no generally accepted scheme for surgical therapy of this neoplasm. This article describes surgical therapy of 3 patients suffering from A and B type tumors (ac. to U. Fisch, D. Mattox) by way of endoaural approach with preservation of ossicular chain and tympanic membrane wholeness. The said methods enabled to recover hearing up to the age norm. No recurrent tumor could be revealed during 1.5 years of further observation.

Key words: tympanic paraganglioma, glomus tumor, surgical therapy.

Bibliography: 31 sources.

Параганглиомы (хемодектомы, гломусные опухоли) – в основном доброкачественные опухоли нейроэктодермального происхождения. Источником роста хемодектом является специализированная ткань с регуляторными функциями, сосредоточенная в параганглиях. Параганглии – это часть диффузной нейроэндокринной системы, они расположены в тесном контакте с нервами и сосудами головы и шеи: в области бифуркации сонной артерии, луковичи яремной вены, по ходу блуждающего нерва, в барабанной полости. Соответственно области первичного роста параганглиомы называются каротидными, югулярными, вагальными и тимпанальными. Термин *тимпаноюгулярная параганглиома* применяется в случаях, когда опухоль, первично возникшая в области яремной вены, прорастает в барабанную полость или когда невозможно определить место первичного роста большого новообразования. Наиболее общим термином для вышеперечисленных форм параганглиом является *параганглиома латерального основания черепа* [3].

Параганглиомы – редко встречающиеся опухоли. Они могут быть мультицентричными, двусторонними, с синхронным или метакронным ростом. Эти опухоли характеризуются высокой степенью васкуляризации, инфильтративным, местнодеструктивным, медленным ростом. Удвоение размеров опухоли происходит в среднем за 4,2 года [9].

В ряде случаев (2–13%) параганглиомы проявляют признаки озлокачествления. Летальность в этой группе больных составляет 15% [20], внутричерепной рост – в 14,6 – 20% случаев [11]. D. B. Charman et al. [8], проанализировав симптомы доброкачественных и злокачественных параганглиом, пришли к выводу, что болевой синдром, быстрое увеличение опухоли на шее и молодой возраст позволяют клинически заподозрить малигнизацию. Однако гистологически обнаружить признаки злокачественного роста очень трудно. Этот диагноз устанавливают клинически при появлении региональных (в шейные лимфоузлы) или отдаленных (в легкие, тела позвонков, поджелудочную железу, плевру, сердце, твердую мозговую оболочку, кожу) метастазов [7].

Клинические проявления тимпанальной параганглиомы (ТП) зависят от величины и распространения опухоли. Ранними симптомами являются пульсирующий ушной шум, усиливающийся при физической нагрузке, и снижение слуха [4]. В ряде случаев ТП активно продуцируют катехоламины [21], что клинически проявляется неконтролируемой гипертензией [27]. По мере роста опухоли появляется отоскопический признак – выпячивание барабанной перепонки, через которую просвечивает новообразование ярко-красного цвета. Постепенно ТП разрушает барабанную перепонку и выходит в наружный слуховой проход. Нарушение целостности барабанной перепонки приводит к возникновению вторичного гнойного воспаления в барабанной полости.

Дальнейшее развитие симптоматики заболевания зависит от величины опухоли и направления ее роста. Обычно ТП распространяется по пути наименьшего сопротивления: в слуховую трубу, клетки сосцевидного отростка, по преформированным путям, т. е., периваскулярно и периневрально [17]. Югулярная параганглиома по мере роста разрушает дно барабанной по-



28. Papaspyrou K., Mann W. J., Amedee R. G. Management of head and neck paragangliomas: review of 120 patients // Head Neck. – 2009. – Vol. 31, N 3. – P. 381–387.
29. Surgical management of glomus jugulare tumors: a proposal for approach selection based on tumor relationships with the facial nerve/ L. A. Borba [et al.] // J. Neurosurg. – 2010. – Vol. 112, N 1. – P. 88–98.
30. The jugulotympanic paragangliomas: 41 cases report / D. Q. Nguyen [et al.] // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord). – 2005. – Vol. 126, N 1. – P. 7–13.
31. Treatment of glomus jugulare tumors in patients with advanced age: planned limited surgical resection followed by staged gamma knife radiosurgery: a preliminary report / S.N. Willen [et al.] // Otol. Neurotol. – 2005. – Vol. 26, N 6. – P. 1229–1234.

Колесников Вадим Николаевич – канд. мед. наук, врач-оториноларинголог Областного консультативно-диагностического центра Ростовской области. 344010, Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, д. 127; тел.: 8-863-255-79-25, e-mail: vn_kolesnikov@mail.ru; **Бойко** Наталья Владимировна – д-р мед. наук, проф. каф. болезней уха, горла и носа Ростовского ГМУ. 344010, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29; тел.: 8-863-250-06-59, e-mail: nvboiko@gmail.com; **Писаренко** Елена Алексеевна – врач-рентгенолог Областного консультативно-диагностического центра. 344010, Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, д. 127; тел.: 8-863-255-79-25.

УДК: 616.28-008.64-089-053

АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ОТ НАЛИЧИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО СЛУХОВОГО ОПЫТА

А. В. Коршун, М. Ю. Коркмазов

THE ANALYSIS OF THE EFFICIENCY OF THE COCHLEAR IMPLANTATION DEPENDING ON THE PREOPERATIONAL ACOUSTICAL EXPERIENCE

A. V. Korshun, M. Y. Korkmazov

*ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»
(Зав. каф. оториноларингологии – д-р мед. наук М. Ю. Коркмазов)*

Эффективность кохлеарной имплантации зависит от многих факторов. Целью данной работы явилось исследование зависимости эффективности кохлеарной имплантации от наличия предоперационного слухового опыта у 73 детей после операции кохлеарной имплантации, потерявших слух до овладения речью. Установлено, что наличие предоперационного слухового опыта повышает эффективность кохлеарной имплантации у детей, оперированных в возрасте до 3 лет.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, дети, слухоречевая реабилитация.

Библиография: 7 источников.

Efficiency of cochlear implantation depends on many factors. The purpose of the work was research of the efficiency of the cochlear implantation depending on the preoperational acoustical experience in 73 children after operation of the cochlear implantation, lost hearing before mastering by speech. It is established, that presence of preoperational acoustical experience raises efficiency of cochlear implantation at children operated age till 3rd years.

Key words: cochlear implantation, children, auditory rehabilitation.

Bibliography: 7 sources.

Тугоухость является не только медицинской, но и социальной проблемой общества. Количество людей, страдающих тугоухостью, в мире ежегодно увеличивается. На современном этапе кохлеарная имплантация является одним из наиболее эффективных методов комплексной реабилитации глухих детей и детей с выраженной степенью тугоухости. Оказание специализированной медицинской помощи – раннее проведение кохлеарной имплантации –



УДК:616.211-009.86-008.4-073-08-039.73

ПЕРЕДНЯЯ АКТИВНАЯ РИНОМАНОМЕТРИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

А. П. Кочеткова, М. Ю. Коркмазов

EVALUATION OF NASAL BREATHING BY FRONTAL ACTIVE RHINOMANOMETRY DURING VASOMOTOR RHINITIS TREATMENT

A. P. Kochetkova, M. Y. Korkmazov

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава»
(Зав. каф. оториноларингологии – д-р мед. наук М. Ю. Коркмазов)

Проведено ультразвуковое консервативное лечение и комплексное обследование больных вазомоторным ринитом с оценкой показателей передней активной риноманометрии до и после терапии. В статье представлено обоснование применения передней активной риноманометрии, как объективного метода диагностики заболеваний полости носа, который может использоваться в клинической практике для оценки эффективности консервативного лечения пациентов с вазомоторным ринитом в ближайшем и отдаленном периодах.

Ключевые слова: передняя активная риноманометрия, консервативное лечение, вазомоторный ринит.

Библиография: 7 источников.

Ultrasound medical treatment with mixed examination of patients with vasomotor rhinitis was conducted. We evaluated frontal active rhinomanometry data before and after the therapy. In this work, the feasibility of frontal active rhinomanometry as a valid method for diagnosis of nasal diseases is substantiated. This method can be used in clinical practice to evaluate the effectiveness of the short- and long-term medical treatments of patients with vasomotor rhinitis.

Key words: frontal active rhinomanometry, medical treatment, vasomotor rhinitis.

Bibliography: 7 sources.

Высокий уровень распространенности заболеваний слизистой оболочки полости носа, которому подвержены практически все возрастные группы, привлекает внимание врачей-исследователей [5]. Из них наиболее распространенной формой является хронический вазомоторный ринит, в частности нейровегетативная форма, удельный вес которого достигает 21%. Способствует столь высокой частоте заболеваемости и ухудшение экологической обстановки с загрязнением окружающей среды, и бесконтрольное применение лекарственных препаратов, приводящих к снижению защитных сил организма, и многие другие факторы [1, 7]. По статистическим данным, в Челябинске и Челябинской обл. только за последние 5 лет число госпитализированных больных с хроническим вазомоторным ринитом на хирургическое лечение возрастает более чем на 4% в год. Несомненно, имея наиболее частые и постоянные симптомы в виде затрудненного носового дыхания, ринореи [5] и т. д., вазомоторный ринит существенно снижает качество жизни пациентов, ухудшает их психоэмоциональное благополучие, ограничивает психическую и социальную активность. Носовая резистентность имеет исключительно большое значение в физиологии дыхания. При дыхании через рот всегда наблюдается меньшее сопротивление току воздуха. В результате этого подавляется развитие положительного и отрицательного давления в грудной и брюшной полостях, что нередко приводит к нарушению функции сердечно-сосудистой системы [5, 7]. Кроме того, с течением времени вазомоторный ринит способствует развитию хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух, среднего уха, глотки и гортани [3]. Все это вместе взятое актуализирует проблему изучения вазомоторного ринита и требует дальнейших путей совершенствования диагностики и лечения.

Наиболее перспективными высокоинформационными методами диагностики и прослеживания динамики в отдаленном периоде являются передняя активная ринометрия и риномано-



УДК: 616.28-008.14-053.3:612.014.423

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОРОГОВ СЛЫШИМОСТИ У НЕКОТОРЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

М. Р. Лалаянц

HEARING THRESHOLD DYNAMICS DURING FIRST YEAR OF LIVE IN SOME CHILDREN

M. R. Lalayants

ФГУ «Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования
ФМБА РФ», Москва

(Директор – проф. Г. А. Таварткиладзе)

В данной статье описано понижение порогов слышимости по результатам регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов у 9 детей в течение первого года жизни. По данным ЛОР-осмотра и тимпанометрии у этих детей исключали нарушение слуха кондуктивного характера. Двое детей описанной группы были с синдромом Дауна, двое с низкой и один с экстремально низкой массой тела при рождении. Выявленные изменения можно объяснить maturационными изменениями в слуховой системе. Необходимо проведение дальнейших исследований для определения тактики ведения и реабилитации таких детей.

Ключевые слова: ранняя детская тугоухость, перинатальные осложнения, коротколатентные слуховые вызванные потенциалы.

Библиография: 20 источников.

We presented 9 children with decrease of auditory brainstem response (ABR) thresholds during first year of live. All of them had no conductive hearing impairment by ENT inspection and tympanometry. Two of them had Down syndrome, another two were born with low birth weight and one with extremal low birth weight. These findings may be explained by developmental and maturational changes in the auditory system and requires further investigations for exact definition of such children maintenance and rehabilitations.

Key words: Early hearing loss, perinatal complications, auditory brain-stem response

Bibliography: 20 sources.

Одной из важнейших задач детской сурдологии является раннее выявление детей с врожденной сенсоневральной тугоухостью и глухотой. Только ранняя диагностика нарушения слуха позволяет проводить своевременную реабилитацию, обеспечить полноценное развитие и социальную адаптацию детей с нарушением слуха в речевой среде.

Значительную роль на сегодняшний день в раннем выявлении детей с нарушением слуха играет универсальный аудиологический скрининг новорожденных, основанный на регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ), которая определяется практически у всех детей с нормальным слухом. Тем не менее регистрация ЗВОАЭ зависит от состояния среднего уха и наружного слухового прохода. Отрицательное давление в барабанной полости, послеродовые массы в наружном слуховом проходе и др. могут приводить к ложноположительным результатам аудиологического скрининга. Стабильное отсутствие регистрации ЗВОАЭ в первые 3 месяца жизни является показанием к проведению подробного аудиологического обследования и, прежде всего, регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) [7, 8, 2].

Известно, что слуховые вызванные потенциалы у новорожденных и детей раннего возраста отличаются от таковых у детей старшего возраста и взрослых. Исследования КСВП, проводимые для оценки слуховой функции у новорожденных, показали, что основные компоненты КСВП регистрируются у здоровых новорожденных, но отличаются от таковых у здоровых взрослых. Исследования возрастных изменений латентного периода (ЛП), амплитуд волн КСВП, выполненные еще в 1970-х гг., показали, что у здорового ребенка к моменту родов I



УДК: 616.323-007.61-089.87:612.13-053.2

**ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АДЕНОТОМИИ**
И. А. Леонова¹, Н. А. Верлов², М. М. Хомич¹, В. И. Линьков³, С. В. Ремизов³
INDICATORS OF HEMODYNAMICS IN CHILDREN IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD AFTER ADENOTOMY

I. A. Leonova, N. A. Verlov, М. М. Khomich, V. I. Linkov, S. V. Remizov

¹ *Институт перинатологии и педиатрии ФБГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова Минздрава России»
(Директор института – д-р мед. наук Д. О. Иванов)*

² *Учреждение Российской академии наук «Петербургский институт ядерной физики им. Б. П. Константинова»
(Директор – проф. В. М. Самсонов)*

³ *ГУЗ «Ленинградская областная детская клиническая больница», Санкт-Петербург
(Гл. врач – канд. мед. наук Е. В. Паршин)*

В статье приведены результаты собственных исследований по оценке показателей гемодинамики [частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД), скорости распространения пульсовой волны (СРПВ)] у детей в раннем послеоперационном периоде после аденотомии. Показана важность оценки СРПВ как показателя, информативно отражающего состояние сосудистого тонуса в ответ на действие операционной травмы и анестезии.

Ключевые слова: аденотомия, показатели гемодинамики, артериальное давление, частота сердечных сокращений, скорость пульсовой волны.

Библиография: 13 источников.

The article presents the results of our research dedicated to assessing the hemodynamic (heart rate, blood pressure, pulse wave velocity: PWV) in children during the early postoperative period after adenotomy. The importance of assessment of PWV as an informative indicator, reflecting the state of vascular tone in response to surgical trauma and anesthesia is shown.

Key words: adenotomy, hemodynamic parameters, blood pressure, heart rate, pulse wave velocity.

Bibliography: 13 sources.

Одной из наиболее частых причин нарушения носового дыхания в детском возрасте является гипертрофия глоточной миндалины. При отсутствии эффекта от консервативного лечения приходится прибегать к аденотомии. При стандартном выполнении операции в отдаленном периоде после аденотомии могут быть осложнения, среди которых чаще встречаются рецидивы аденоидных вегетаций, обусловленные различными причинами, из которых наиболее частыми являются неполное удаление аденоидов и аллергизация организма [9].

Выполнение аденотомии под контролем эндоскопа позволяет полностью визуализировать операционное поле, тщательно удалить из носоглотки лимфоидную ткань, не нанося лишней операционной травмы окружающим тканям, выявить и одномоментно откорректировать сопутствующую патологию окружающих структур (трубные валики, задние концы носовых раковин, боковые валики глотки и т. д.).

Для обезболивания проводимых манипуляций при выполнении аденотомии предпочтение отдается ингаляционной анестезии в силу хорошей управляемости, выраженного седативного эффекта, удовлетворительной переносимости и возможности избежать психического травмирования ребенка [4]. Преимущества использования малотравматичных оперативных вмешательств под общим обезболиванием у детей неоспоримы и позволяют значительно сократить пребывание больного в стационаре, уменьшить травматичность операции и, как следствие, способствовать быстрому выздоровлению.



УДК:616.212.4+616.432-006]053.2-072.1-089.87

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ЭНДОНАЗАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА У ДЕТЕЙ

О. А. Меркулов

ENDOSKOPICHESKY ENDONAZAL APPROACHES IN TREATMENT OF AN ADENOMA OF A HYPOPHYSIS AT CHILDREN

О. А. Merkulov

МУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница»

(Главный врач – засл. врач РФ, проф. И. Е. Колтунов)

В целях определения возможности и эффективности эндоскопических эндоназальных подходов в лечении аденомы гипофиза (АГ) у детей проведено исследование с участием 24 пациентов в возрасте от 1 месяца до 18 лет (средний возраст $13 \pm 2,2$ года). Всем детям проводилось хирургическое лечение с использованием эндоскопических эндоназальных методик. Дополнительная ориентация обеспечивалась навигационной системой Vector Vision Compact system.

В результате исследования установлено, что эндоскопический эндоназальный подход с формированием комбинированного трансфеноидального (трансетмоидального) коридора является высокоэффективным и достаточно безопасным методом лечения детей с АГ: при анализе ближайших результатов оперативных вмешательств регресс-гормональных нарушений (гиперпитуитаризма) был отмечен у 19 (79,2%) пациентов, а улучшение зрительной функции достигнуто у 22 (91,6%) оперированных пациентов. Дополнительное применение навигационного оборудования позволило более точно управлять операционным инструментарием в узких анатомических пространствах и более тщательно воздействовать на патологию, что в конечном итоге выражалось в более консервативном варианте хирургического вмешательства.

Ключевые слова: аденома гипофиза, эндоназальные эндоскопические подходы, комбинированный трансфеноидальный (трансетмоидальный) коридор, компьютерно-ассистированная навигация.

Библиография: 10 источников.

On purpose possibility and efficiency definition endoscopic endonazal approaches at children is conducted in treatment AG research with participation of 24 patients at the age from 1 month till 18 years (middle age $13 \pm 2,2$ year). To all children surgical treatment with use endoscopic endonazal techniques was spent. Additional orientation was provided with navigating system Vector Vision Compact system.

As a result of research it is established that endoscopic endonazal the approach with formation combined transsfenoidalno/transetmoidalno a corridor is highly effective and safe enough method of treatment of children with AG: at the analysis of the nearest results of operative interventions recourse of hormonal infringements (hyperpituitarism) has been noted at 19 (79,2 %) patients, and improvement of visual function is reached at 22 (91,6 %) the operated patients. Additional application of the navigating equipment has allowed to operate more precisely operational toolkit in narrow anatomic spaces and more carefully to influence a pathology that finally was expressed in more conservative variant of surgical intervention.

Key words: hypophysis adenoma, endoscopic endonazal the approaches, combined transsfenoidalnyj/transetmoidalnyj a corridor, the computer-assisted navigation.

Bibliography: 10 sources.

Хирургия гипофиза является особой субспециальностью нейрохирургии, требующей исключительных знаний патофизиологии гипофиза и блестящего владения основными хирургическими приемами, позволяющими сделать правильный выбор времени и момента.

В настоящий период успешное лечение многих гипофизарных синдромов возможно с применением медикаментозных, хирургических, радиотерапевтических методик в различных



УДК 616.216.1-002+616.992.28

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ,
АССОЦИИРОВАННЫХ С ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ****О. В. Морозова****PECULIARITIES IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT
OF SINUSITIS ASSOCIATED WITH FUNGOUS INFECTION****O. V. Morozova**

ГОУ ВПО «Казанская медицинская академия»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. В. Н. Красножен)

Обследовано 39 пациентов с хроническим риносинуситом, ассоциированным с грибковой инфекцией, в возрасте от 20 до 65 лет. Обследование включало выявление факторов риска, эндоскопию полости носа, РКТ околоносовых пазух, бактериологическое, микологическое и иммунологическое исследование. В комплекс лечебных мер включена иммуномодулирующая терапия препаратом Беталейкин. Грибы рода *Candida* выявлены у 74,4% пациентов, *Aspergillus spp* – 23,1%, *Risopus* – 2,6%. Выявлены нарушения Т-клеточного и фагоцитарного звена иммунитета. В группе пациентов, получавших Беталейкин, клинические и иммунологические показатели были лучше.

Ключевые слова: грибковый синусит, факторы риска, Беталейкин.

Библиография: 13 источников.

A group of patients (n = 39) with age of 20–65 y. o. with chronic sinusitis associated with fungous infection were examined. In the diagnostic program were included: risk factors evaluation, nasal cavity endoscopy, CT-scan of sinuses, bacteriologic and mycology cultural tests, immunologic tests. Along with other treatment measures immunomodulating therapy with Betaleucine was used. Fungi of Candida genus were in 74.4%, Aspergillus spp in 23.1%, Risopus in 2.6% of patients. Also disorders of T-cell and phagocyte components of immune system were identified. In the group of patients getting Betaleucine clinical symptoms and immune system test results were found better.

Key words: fungal sinusitis, risk factors, Betaleucine

Bibliography: 13 sources.

Участие грибов в хроническом воспалении околоносовых пазух широко освещается в научной литературе в последние десятилетия. Многие авторы отмечают также возрастание роли грибковой флоры как фактора, осложняющего течение бактериального воспаления. Это – так называемые «вторичные» микозы, когда грибковой инфекции предшествуют воспалительные заболевания полости носа и околоносовых синусов [4, 6, 7, 9, 11]. В этиологии вторичного грибкового риносинусита ведущая роль принадлежит дрожжеподобным грибам рода *Candida* и плесневым – *Aspergillus spp*, *Penicillium spp*. Н. А. Арефьева, У. Д. Гусева, Р. Х. Кудакеева [1] при исследовании микробного пейзажа носа и глотки у больных риносинуситом отметили присутствие грибов рода *Candida* в патогенной концентрации у 16,4%, плесневых микромицет – у 3,1% пациентов.

Известно, что условно-патогенные и сапрофитирующие микроорганизмы проявляют свой патогенный потенциал при условии иммунокомпрометированности организма, поскольку при адекватно реагирующей иммунной системе размножение их сдерживается неспецифическими и специфическими факторами защиты [3, 10]. Кроме общих факторов, предрасполагающих к развитию грибковой инфекции, к которым относят, прежде всего, иммунодефицитные состояния [2, 8, 12, 13], существенную роль играют нерациональная антибактериальная терапия, сахарный диабет, перенесенные хирургические вмешательства в полости носа и околоносовых пазухах, длительная тампонада полости носа, пролонгированная интубация [3, 5, 9], что требует профилактических мероприятий у пациентов группы риска. Ранняя диагностика присоединившегося грибкового поражения и своевременное проведение адекватных лечебных ме-



8. Редько Д. Д., Шляга И. Л. Факторы риска развития хронического грибкового и грибково-бактериального синусита // Вестн оториноларингологии. – 2007. – № 5. – С. 183.
9. Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В. Грибковые инфекции: руководство для врачей. – М: Бином-пресс, 2003. – С. 220–440.
10. Тихомирова И. А., Рязанцев С. В. Дифференцированные схемы лечения заболеваний ЛОР-органов у детей с применением бактериальных лизатов // Рос. оториноларингология. – 2009. – № 1 (38). – С. 188–193.
11. Primary and secondary fungal infections of the paranasal sinuses: clinical features and treatment outcomes / D. H. Han, [et al.] // Acta Otolaryngol Suppl 2007; Oct; (558): 78–82.
12. Taxy J. B. Paranasal Fungal Sinusitis: Contribution of Histopathology to Diagnosis. A Report of 60 Cases and Literature Review // Am. J. Surg. Pathol. – 2006; 30: 713–720.
13. The role of ubiquitous airborne fungi in chronic rhinosinusitis / J. U. Ponikau [et al.] // Clin Rev Allergy Immunol. 2006; Jun; 30(3): 187–94.

Морозова Ольга Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии Казанской медицинской академии. 470012, Казань, ул. Муштары, д. 11; тел.: 8-917-391-53-46, e-mail: omorozova-s@mail.ru

УДК:616.22-006.6-089.844:661.882

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОРТАНИ ИМПЛАНТАТАМИ НА ОСНОВЕ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

**М. Р. Мухамедов¹, Е. Л. Чойнзонов¹, В. Э. Гюнтер², В. Ю. Павлов³, Д. Е. Кульбакин¹,
А. А. Мядзель⁴, О. В. Черемисина¹, Н. В. Васильев¹, С. В. Симонов³**

SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH MALIGNANT LARYNGEAL NEOPLASMAS USING IMPLANTS FROM SUPERELASTIC TITANIUM NICKELIDE ALLOYS.

**M. R. Muhamedov, E. L. Choinzonov, V. E. Gunter, V. Yu. Pavlov, D. E. Kulbakin,
A. A. Myadzel, O. V. Cheremisina, N. V. Vasiljev, S. V. Simonov**

¹ НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

(Директор – член-кор. РАМН, проф. Е. Л. Чойнзонов)

² НИИ медицинских материалов при СФТИ ТГУ, г. Томск

(Директор – акад. РАМН, проф. В. Э. Гюнтер)

³ Томский филиал ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии
ФМБА России»

(Директор – проф. А. В. Староха)

⁴ ГУЗ Красноярский КООД, г. Красноярск

(Главный врач – канд. мед. наук А. И. Модестов)

Проведен анализ разработанных методик органосохраняющего хирургического лечения с применением эндопротезов из никелида титана у больных раком гортани. С 1998 по 2010 г. под наблюдением находились 260 больных (T2-3 N0-1M0). Данная методика включала в себя удаление опухоли гортани вместе с фрагментом щитовидного хряща с последующим замещением образовавшегося дефекта имплантатом из пористого никелида титана и ушиванием операционной раны наглухо. В целях создания стойкой бесканюльной трахеостомы у больных, перенесших удаление гортани, выполнялось эндопротезирование трахеи материалом из никелида титана или использовалась сверхэластичная нить из никелида титана. Получение хороших функциональных результатов и уменьшение числа осложнений после подобных хирургических



вмешательств позволяют рекомендовать данную методику для лечения больных местно-распространенным раком гортани и формирования стойкой трахеостомы.

Ключевые слова: рак гортани, резекция гортани, эндопротезирование никелидом титана, формирование трахеостомы.

Библиография: 19 источников.

The techniques for organ-preserving surgery using endoprotheses from titanium nickelide for laryngeal cancer patients were analyzed. Between 1998 and 2010 a total of 260 patients with stage T2-3 N0-1M0 laryngeal cancer were followed up. All patients underwent surgical removal of the tumor of the larynx together with thyroid cartilage fragment followed by defect replacement by the implant from porous titanium nickelide and complete wound closure. To create stable cannula-free tracheostoma in laryngoectomized patients, tracheal endoprosthesis using titanium nickelide alloy was carried out or super-elastic thread from titanium nickelide was used. Good functional results and reduced rate of complications after such surgeries allow us to recommend this technique for treatment of patients with locally-advanced laryngeal cancer.

Key words: laryngeal cancer, larynx resection, titanium nickelide endoprosthesis, tracheostoma formation.

Bibliography: 19 sources.

Несмотря на улучшение качества оториноларингологического скрининга, связанного с внедрением принципов эндоскопии в общеклиническую сеть, большее количество больных поступает на лечение в клинически развернутой картине заболевания, которое соответствует чаще III, IV стадии. Доля пациентов на начальных стадиях опухолевого процесса – 32%, в III и IV стадиях – 50,6% и 15% соответственно [1, 5, 13]. Отдаленные метастазы выявляются при первичной диагностике у 16,0% больных. При этом летальность на 1-м году составляет до 32–35%. В 2008 г. в России абсолютное число умерших от рака гортани составило 5273 человека. При анализе данных по больным раком гортани за 25 лет было выявлено, что 64% больных обратились к врачу в сроки до 1 месяца от начала заболевания. При этом ошибки в диагностике и лечении рака гортани были выявлены в 44,4% случаев, из них диагностические – 31,2%, лечебные – 13%. Такое состояние дел не может не сказываться на результатах лечения [6, 7, 12].

По данным В. С. Ушакова с соавт. (2008), из общего числа больных раком гортани, поступающих в специализированные учреждения, 55–60% получают лучевую терапию по радикальной программе в качестве самостоятельного метода лечения [12]. Комбинированное лечение получают лишь 20–25% больных, только хирургическое – 12–15% пациентов, а остальные 8–10% заболевших – химиолучевую терапию. Существующие методы лечения рака гортани зависят от стадии опухолевого процесса. В начальных стадиях – это преимущественно хирургический или лучевой. При местно-распространенных формах основным видом лечения остается комбинированный (лучевой + хирургический), где хирургическому методу придается решающая роль. На хирургическом этапе в основном производится полное удаление гортани. Соотношение удалений гортани к органосберегающим операциям в России составляет 15–18 к 2–3, что уже не может удовлетворять ни самих пациентов, ни специалистов, занимающихся данной проблемой [7, 8, 13]. Так, после удаления гортани к прежней работе возвращаются только 18% больных, к легкой – 21,5% и не работают – 60,5% больных. Учитывая, что основной половозрастной состав заболевших – мужчины трудоспособного возраста (45–60 лет), данная ситуация представляет значительную социально-экономическую проблему [4, 9, 11, 19]. Совершенствованию хирургического компонента комбинированного лечения при местно-распространенном раке гортани в последние десятилетия придается большое значение. В целом ряде случаев ларингэктомию заменяют экономными резекциями гортани. С этой целью широко применяются функционально-щадящие операции, разрабатываются новые варианты расширенных и атипичных резекций гортани, а также методики реконструкции органа после этих операций [10, 14, 16, 18]. Многосторонние аспекты хирургической реабилитации больных местно-распространенным раком гортани с соблюдением основных онкологических принципов заключаются в абластичном удалении опухоли и формировании из местных тканей механизмов, обеспечивающих восстановление функций оперированной гортани. Это значительно



11. Смирнов Н. М. Реабилитация больных раком гортани после резекции и ларингэктомии. Проблема реабилитации в оториноларингологии: тр. Всерос. конф. с междунар. участием. – Самара, 2003. – С. 463–464.
12. Ушаков В. С., Иванов С. В. Рак гортани: современные возможности и перспективы // Практик. онкология. – 2003. – Т. 4, № 1. – С. 56–60.
13. Чойнзонов Е. Л., Мухамедов М. Р., Балацкая Л. Н. Рак гортани. Современные аспекты лечения и реабилитации. – Томск: НТЛ, 2006. – 280 с.
14. Шахсуварян С. Б. Трахеостомия у больных с опухолями головы и шеи. – СПб.: Эскулап, 2004. – 116 с.
15. Babin E. Life after total laryngectomy // Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). – 2001; 122 (5): 303–9.
16. Godin D. A. Tracheal stenosis // J. La State Med. Soc. – 2000. – Vol. 152(6). – P. 276–280.
17. Kasperbauer J. L., Thomas J. E. Voice rehabilitation after near-total laryngectomy // Otolaryngol. Clin. North Am. – 2004. Jun; 37(3): 655–77.
18. Lefebvre J. L., Lartigau E. Preservation of form and function during management of cancer of the larynx and hypopharynx // World J. Surg. – 2003. Jul.
19. Stewart M. G., Chen A. Y., Stach C. B. Outcomes analyses of voice and quality of life in patients with laryngeal cancer // Arch. Otolaryng. Head Neck Surg. – 1998. – Vol. 124, N 2. – P. 143–148.

Мухамедов Марат Рафкатович – д-р мед. наук, вед. науч. сотрудник, зав. отделением опухолей головы и шеи НИИ онкологии СО РАМН. 634028, Томск, ул. Савиных, д. 12/1; e-mail: muhamedov@oncology.tomsk.ru ; **Чойнзонов** Евгений Лхаматирович – д-р мед. наук, член-кор. РАМН, проф., руководитель отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии СО РАМН. 634028, Томск, ул. Савиных, д. 12/1; **Понтер** Виктор Эдуардович – д-р физ.-техн. наук, проф., акад. РАТН, директор НИИ медицинских имплантатов и материалов с памятью формы. 634030, Томск, ул. 19-й Гвардейской дивизии, д. 17; **Кульбакин** Денис Евгеньевич – аспирант отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии СО РАМН. 634028, Томск, ул. Савиных, д. 12/1; **Черемисина** Ольга Владимировна – д-р мед. наук, вед. науч. сотрудник отделения эндоскопии НИИ онкологии СО РАМН. 634028, Томск, ул. Савиных, д. 12/1; **Васильев** Николай Вольгович – науч. сотрудник отделения патоморфологии НИИ онкологии СО РАМН. 634028, Томск, ул. Савиных, д. 12/1; **Мядзель** Алексей Александрович – зав. отделением опухолей головы и шеи, ГУЗ Красноярский краевой онкологический диспансер, Красноярск.

УДК: 616.216.002:615.837.3:301.085

ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БЕСПУНКЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ САНАЦИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ПОЛИСИНУСИТАХ

К. И. Нестерова, И. А. Нестеров

APPLICATION OF CRITERIA OF QUALITY OF LIFE FOR THE COMPARATIVE ANALYSIS BY WORKING OUT OF NEW METHODS OF TREATMENT IN RHINOLOGY

К. I. Nesterova, I. A. Nesterov

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»

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

ГУЗ «Омская областная клиническая больница»

(Гл. врач – К. Л. Полежаев)

Мы применили оценку качества жизни (КЖ) у 175 больных хроническими гнойными полисинуситами как критерий эффективности использования технологии ультразвуковой беспункционной санации околоносовых пазух (ОНП).

Нами был переведен на русский язык, валидизирован и апробирован опросник RSOM-31, дополнительно разработаны и апробированы 13 вопросов, относящихся к характеру местного лечения (НУЗ-терапия/пункция), проведены корреляционный анализ и сравнение результатов тестирования групп пациентов по специфическим и неспецифическим показателям. Доказано, что применение ультразвуковой технологии улучшает КЖ пациента. Изучение индекса местного лечения может быть использовано для сравнительного анализа при разработке новых методов в ринологии.



Ключевые слова: качество жизни, гнойный синусит, околоносовые пазухи, низкочастотный ультразвук.

Библиография: 3 источника.

Studying of quality of life patients should anticipate introduction of any new methods in wide clinical practice. We had been developed technology sanitation sinus paranasalis by means of energy of low-frequency ultrasound (LFUS) at their purulent pathology. We have applied an estimation of quality of life to comparison of outcomes of diseases, as criterion of efficiency of rendering of medical aid to these patients. By us have been developed and approved at 175 patients 13 additional to RSOM-31 the questions divided on 3 groups and concerning character of local treatment (LFUS therapy/puncture). Use of an index of local treatment is applicable for comparison of various technologies of sanitation sinus paranasalis and can be used for the comparative analysis by working out of new methods of treatment in rhinology on the basis of indicators of quality of life

Key words: quality of life, purulent sinusitis, energy of low-frequency ultrasound.

Bibliography: 3 sources.

В соответствии с новой парадигмой клинической медицины качество жизни (КЖ) пациента является либо главной, либо дополнительной целью лечения [1].

Оценка КЖ в настоящее время считается одним из важнейших параметров эффективности и переносимости лечения наряду с общепринятыми клинико-лабораторными показателями [1, 2]. Изучение КЖ пациентов должно предварять внедрение любых новых методов в широкую клиническую практику [1, 3].

Нами была разработана технология низкочастотной ультразвуковой (НУЗ) санации при гнойных заболеваниях околоносовых пазух (ОНП). Для консервативного лечения применялся метод синус-НУЗ, включающий в себя 2 этапа. На I – санационном – этапе НУЗ-кавитация обеспечивала механическую очистку и бактерицидный эффект, а свойство переменных акустических давлений способствовало раскрытию естественных соустьев пазух и удалению патологического отделяемого. На II – лечебном – этапе проводилась обработка слизистой оболочки полости носа антисептиком для предупреждения контаминации патогенной флорой из ОНП.

Учитывая значительную разнородность клинических проявлений и динамики их в процессе различных видов лечения у исследуемых категорий больных, новизну НУЗ-технологий в ринологии, для сравнения исходов заболеваний мы применили оценку КЖ как критерий эффективности оказания медицинской помощи этим пациентам.

Цель исследования. Изучение показателей качества жизни и разработанного индекса местного лечения для выбора варианта ведения пациентов с обострениями хронических гнойных заболеваний ОНП.

Материалы и методы исследования. В качестве инструмента для оценки КЖ использовали русскоязычную версию опросника RSOM-31 (RHINOSINUSITIS OUT-COME MEASURE) с разрешения автора – директора Ванкуверского центра эндоскопической хирургии синусов и основания черепа им. Св. Павла Amin R. Javer, MD. Опросник состоял из семи подшкал для носа, глаз, сна, уха, общего состояния, трудоспособности и эмоционального состояния и 2 шкал оценки величины и значимости отдельных симптомов. Показатель неблагополучия (сумма всех оценок) мог колебаться от 0 до 155 баллов. Чем выше значение показателя, тем хуже оценка по избранной шкале.

Перед апробацией опросник был переведен на русский язык, адаптирован, так как в России не существует национальных методик оценки КЖ. Перевод выполнен автором и двумя приглашенными специалистами для сравнения версий.

Кроме того, были разработаны и включены 13 дополнительных вопросов, разделенных по трем группам и относящихся к характеру местного лечения (пункция/НУЗ-терапия), которые оценивали, насколько болезненна, неприятна была сама процедура, ощущения после процедуры, общее самочувствие после процедуры и значимость метода местного лечения пазух для данного пациента. Индекс местного лечения мог колебаться от 0 до 65 баллов.

Культурная адаптация русскоязычной версии RSOM-31 проведена на 20 добровольцах – жителях села с промежуточной консультацией психолога Центра профессиональной ориентации г. Омска и коррекцией. Валидизация внешняя конструктивная.



УДК: 616.216.1-002.3-08

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ СИНУСИТОВ**Ю. С. Петрова, С. А. Юркин****OPTIMIZATION OF TREATMENT FOR PURULENT SINUSITIS****Yu. S. Petrova, S. A. Yurkin**

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России»
(Зав. каф. оториноларингологии с курсом детской оториноларингологии –
проф. Г. М. Портенко)

МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. В. В. Успенского, г. Тверь
(Главный врач – М. Е. Мирошкина)

Предложен метод активного дренирования околоносовых пазух (ОНП) при острых синуситах, сочетающий в себе эффективность, доступность, простоту, быстроту выполнения, хорошую переносимость пациентами, не требующий местной анестезии, и проведена сравнительная оценка его эффективности с таковой при использовании синус-катетера «ЯМИК», а также с другими методами лечения.

Ключевые слова: острый синусит, неинвазивное активное дренирование ОНП, мукоцилиарная транспортная система.

Библиография: 8 источников.

The research suggests the method of an active drainage of paranasal sinuses in acute sinusitis. This method has proved to be effective, affordable, easy to perform, being well tolerated by patients and demanding no local anesthesia. The effectiveness of this method has been compared with that of an antibacterial therapy without any active drainage of paranasal sinuses and the employment of sinus-catheter “YAMIK”, and also with other methods of treatment.

Key words: acute sinusitis, noninvasive active drainage of paranasal sinuses, mucociliary transport system.

Bibliography: 8 sources.

Синуситы относятся к самым распространенным заболеваниям ЛОР-органов. Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологическом стационаре 15–36% составляют люди, страдающие синуситами [7]. В Европе частота случаев острого синусита (ОС) среди взрослых составляет 1–5% в год [8]. В России, по имеющимся данным, ОС ежегодно страдают около 10 млн человек [5]. Острый бактериальный синусит является наиболее частым осложнением острых респираторных вирусных инфекций (0,5–2%). На первом месте по частоте поражения стоит верхнечелюстная пазуха (гайморит), затем решетчатая (этмоидит), лобная (фронтит), клиновидная (сфеноидит). Близость соустьев передних пазух нередко приводит к сочетанному поражению гайморовых, решетчатых и лобных пазух, но чаще встречается гайморит, ассоциированный с этмоидитом [2]. В России традиционным методом лечения ОС на протяжении многих десятилетий является пункция синуса [6]. Пункция гайморовой пазухи позволяет быстро облегчить состояние больного, однако эта манипуляция травматична, негативно воспринимается больным, не лишена осложнений. Существует мнение о возможности хронизации воспалительного процесса из-за возможности разрыва задней фонтанеллы и формирования порочного круга рециркуляции слизи при форсированном промывании гайморовой пазухи при пункции [1]. Прокол гайморовой пазухи приводит к надлому костной стенки и погружению мелких частей кости в просвет синуса, что способствует образованию локального воспаления и кистообразованию в зоне пункции [4]. В странах Западной Европы и США пункция практически не используется.

На XVII съезде оториноларингологов России в 2006 г. решено использовать пункционный метод только при синуситах тяжелой степени. Для синуситов средней степени тяжести принят следующий алгоритм лечения:



УДК 616.289.3: 611.068

**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПИРАМИДЫ
ВИСОЧНОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА****М. М. Полунин, М. Р. Богомильский****THE SPECIALITIES OF SURGICAL ANATOMY OF THE PYRAMID OF
TEMPORAL BONE OF CHILDREN AT THE EARLY AGE****М. М. Polunin, M. R. Bogomilsky***ГОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России», Москва**(Зав. каф. оториноларингологии педиатрического факультета – засл. деятель науки РФ,
член-кор. РАМН, проф. М. Р. Богомильский)*

Авторы провели топографо-анатомические измерения пирамиды височной кости детей раннего возраста. На основании полученных данных можно заключить, что пирамида височной кости у детей раннего возраста имеет определенные существенные отличия в сравнении с другими возрастными группами.

Ключевые слова: височная кость, пирамида, ранний детский возраст.

Библиография: 7 источников.

We made the staged dissection with specimens of the pyramid of temporal bone of children at the early age to get a new data. Step-by-step sawing was made in the different planes to get more perfect review. During the dissection we did measuring. Our data differ from the same in adults.

Key words: pyramid of temporal bone, early age.

Bibliography: 7 sources.

В связи с бурным развитием медицинских технологий, в частности микрооперационной техники, в настоящее время стало возможным расширить рамки функциональной отохирургии. Возрастает количество различных типов слухоулучшающих операций, в том числе и с установкой кохлеарных имплантов, проводятся операции по восстановлению целостности лицевого нерва. Наблюдается явная тенденция к тому, что ушные операции проводятся чаще, но в меньшем щадящем объеме, усложняются хирургические методы. Расширяются показания к слухосохраняющим операциям при ограниченном распространении холестеатомы у пациентов с хроническим средним отитом. В то же время не уменьшается и количество saniрующих вмешательств при осложнениях острых средних гнойных отитов с распространением воспалительного процесса на пирамиду, в том числе и в детском возрасте [1, 6].

Патологические процессы пирамиды височной кости в большинстве случаев развиваются вследствие перехода инфекции со стороны среднего уха, в связи с чем лечение неразрывно связано в первую очередь с элиминацией источника воспаления, но в ряде случаев воспалительный процесс во внутреннем ухе развивается вследствие распространения патологических явлений со стороны мозговых оболочек через внутренний слуховой проход. Существуют лабиринтиты, развивающиеся гематогенным путем, встречается врожденная холестеатома пирамиды височной кости.

В настоящее время существуют различные способы операций на пирамиде, но ни один из них не является безопасным и хорошо разработанным. В большинстве случаев требуется вынужденное частичное или полное разрушение структур внутреннего уха (улитка, полукружные каналы, канал лицевого нерва), что в свою очередь может вести в той или иной степени к инвалидизации пациента [7].

Все еще остаются большой проблемой осложнения и последствия хирургических вмешательств на пирамиде височной кости. Перед каждой такой операцией отохирургу необходимо не только тщательно изучить рентгенологические данные больного, но и знать возрастные особенности строения пирамиды [6].



УДК 616-056.3-053.2

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩИМ И ИНТЕРМИТТИРУЮЩИМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РИНИТАМИ

Н. В. Попова, М. Ю. Коркмазов

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL INDICES BESIDE PATIENTS WITH PERSISTENT AND INTERMITTENT ALLERGIC RHINITIS

N. V. Popova, M. Y. Korkmazov

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»
(Зав. каф. оториноларингологии – д-р мед. наук М. Ю. Коркмазов)

Клинико-эпидемиологический анализ аллергических ринитов в детской популяции Челябинской обл. выявил следующие тенденции: 87% аллергических ринитов регистрируется у городских жителей; в структуре данной патологии преобладает персистирующий аллергический ринит; в детском возрасте мальчики страдают аллергическими ринитами почти в 2 раза чаще, чем девочки; средний возраст начала заболевания для персистирующего аллергического ринита составляет 6,4 года, интермиттирующего – 8,9 года.

Ключевые слова: аллергический ринит, дети.

Библиография: 6 источников.

The clinic-epidemiological analysis of allergic rhinitis in children population of the Chelyabinsk region showed that 87% of allergic rhinitis were registered at city dwellers. The persistent allergic rhinitis dominates in structure of the allergic rhinitis. The boys suffered in 2 times more often.

Key words: allergic rhinitis, children.

Bibliography: 6 sources.

Аллергический ринит – одно из наиболее широко распространенных заболеваний человека, связанное с различными ограничениями в физических, психологических и социальных аспектах жизни, являющееся причиной существенного снижения качества жизни, нарушений сна и в тяжелых случаях создающее проблемы в обучении и профессиональной карьере больного. Частота аллергического ринита в различных индустриальных странах составляет от 4 до 41% [3]. Отмечается неумолимый рост заболеваемости аллергического ринита по всему миру. Например, если в Германии в 1968 г. только у 4% населения выявлялся аллергический ринит, то в 2000 г. им страдало уже около 30% [1]. Эпидемиологические исследования показывают, что заболеваемость аллергическим ринитом за прошедшее столетие выросла в десятки раз. Распространенность интермиттирующего аллергического ринита в Швейцарии в 1926 г. была менее 1%, однако этот показатель увеличился до 4,4% в 1958 году, до 9,6% – в 1985 г. и до 13,5% – в 1993 г. [1]. Исследования, проведенные в России, свидетельствуют о том, что заболеваемость аллергическим ринитом возросла в 4–6 раз и пик ее приходится на молодой возраст – 18–24 года [5]. Распространенность аллергического ринита наиболее высока в регионах с экологически неблагоприятной обстановкой, обусловленной антропогенным воздействием на окружающую среду, и зависит как от характера аллергенного окружения, так и от климатогеографических особенностей региона. Аллергический ринит развивается, как правило, в детстве. Больше чем 75–80% пациентов имели первые симптомы заболевания до 25 лет. Наивысшее число вновь заболевших – между 6 и 15 годами. У детей аллергический ринит в возрасте 5–8 лет составляет от 9 до 42%, и распространенность его увеличивается [5]. Ряд наблюдений показал, что интермиттирующий аллергический ринит чаще встречается в больших городах, чем в сельской местности. Многие исследователи связывают эти различия с возрастающим загрязнением воздуха в городах выхлопными газами автомобилей. Вдыхание загрязненного промышленными отходами и выхлопными газами воздуха вызывает тяжелые



УДК:616.322-002.3-089.87-008.815

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОАГУЛЯЦИОННОЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Е. И. Саливончик, В. И. Садовский

THE EFFICIENCY OF COAGULATION TONSILLECTOMY IN THE PREVENTION OF POSTOPERATING BLEEDING

E. I. Salivonchyk, V. I. Sadowski

Гомельская областная клиническая больница, Республика Беларусь

(Главный врач – А. И. Касин)

Использование коагуляционной тонзилэктомии (КоТЭ) позволяет: снизить частоту возникновения интра- и послеоперационных кровотечений с $12,2 \pm 0,07\%$ в контрольной группе до $1,3 \pm 0,01\%$ в основной группе ($p = 0,003$) и уровень кровопотери со $166,1 \pm 39,3$ мл до $20,9 \pm 18,9$ мл в основной группе ($p = 0,0001$); достоверно снизить частоту кровотечений у пациентов с хроническим декомпенсированным тонзиллитом (ХДТ), осложненным паратонзиллярным абсцессом (ПТА) и его рецидивами с $13,5\%$ в контрольной группе до 0% в основной группе, благодаря чему можно рекомендовать данный вид тонзилэктомии как метод выбора.

Ключевые слова: коагуляционная тонзилэктомия, хронический декомпенсированный тонзиллит, частота кровотечений.

Библиография: 7 источников.

The application of the coagulation tonsillectomy allows to decrease the rate of the interoperating and postoperating bleeding from $12,2 \pm 0,07\%$ in the control group to $1,3 \pm 0,01\%$ on the test group, $p = 0,003$, and the volume of the bleeding from $166,1 \pm 39,3$ ml to $20,9 \pm 18,9$ ml in the test group, $p = 0,0001$. The application of the coagulation tonsillectomy allows to decrease the rate of the bleeding in the group with PTA from $13,5\%$ in the control group to 0% in the test group, it allows to recommend this method of the tonsillectomy as the method of the choose.

Key words: coagulation tonsillectomy, chronic tonsillitis, bleeding.

Bibliography: 7 sources.

Проблема лечения хронического декомпенсированного тонзиллита (ХДТ) и его осложнений до настоящего времени остается актуальной и имеет важное социальное значение. ХДТ – очаговая инфекция, элиминация которой является необходимой частью стратегии сохранения здоровья человека в целом и кардинальным лечением имеющихся сопряженных заболеваний [2, 3].

Несмотря на значительное многообразие методов лечения ХДТ-тактика правильного выбора последних до конца не определена [1]. С одной стороны, современные представления о роли небных миндалин (НМ) в организме подчеркивают необходимость щадящего к ним отношения и ограничения показаний к тонзиллэктомии (ТЭ). С другой стороны, существующие методы консервативного лечения не обеспечивают продолжительной санации НМ и могут рассматриваться лишь в качестве паллиативного метода [5, 6]. Следовательно, единственно эффективным (радикальным) методом лечения ХДТ является ТЭ – тотальное удаление НМ.

Выполнение ТЭ «классическим» методом сопровождается рядом особенностей. Во-первых, местная анестезия является недостаточно адекватной. Во-вторых, в ряде случаев невозможно тотальное удаление НМ. В-третьих, приходится прибегать к использованию острых инструментов (ложка, распаторы, ножницы), что, в свою очередь, приводит к развитию различных интра- и послеоперационных осложнений, в том числе и самому грозному – массивному – кровотечению во время операции, которое зачастую рецидивирует и в послеоперационном периоде. Перечисленные моменты влияют на психоэмоциональную сферу непосредственного участника операции – пациента, вызывают негативные психосоматические реакции, которые, в свою очередь, соответственно влияют на течение послеоперационного периода. Память о ТЭ, перенесенной под местной анестезией по «классической» методике, остается, как правило, на всю жизнь [1–3, 5].



УДК: 616.322-002.2:572.7:615-837.3

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ**В. И. Самбулов, Н. М. Захарова, Е. В. Филатова, Н. В. Лукань, С. Н. Шатохина****MORPHOLOGICAL MARK OF EFFICIENCY OF APPLICATION OF LOW-FREQUENCY ULTRASONIC INFLUENCE IN TREATMENT PATIENTS OF A CHRONIC TONSILLITIS****V. I. Sambulov, N. M. Zaharova, E. V. Filatova, N. V. Lukan, S. N. Shatohina***ГУ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», г. Москва**(Директор – засл. деятель науки РФ, член-кор. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)*

Изучены показатели цитологического исследования у больных хроническим тонзиллитом. Было выявлено, что хроническое воспаление небных миндалин приводит к дистрофическим и некротическим изменениям в многослойном плоском неороговевающем эпителии (МПНЭ), покрывающем их. Воздействие низкочастотного ультразвука аппарата «Тонзиллор» усиливает гуморальный и клеточный иммунитет, в очаге воспаления ускоряет процессы репарации. Ультрафонофорез раствора люголя или геля виферон, применяемых контактным методом, способствуют более быстрой регенерации МПНЭ небных миндалин.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, низкочастотный ультразвук, цитоскелет клетки, цитоморфологическая картина.

Библиография: 15 источников.

Indicators of cytologic research at patients of a chronic tonsillitis are studied. It has been revealed that the chronic inflammation of palatal almonds leads to dystrophic and necrotic changes in multilayered flat neorogovevayuschy epithelium (MFNE), covering them. Influence of low-frequency ultrasound of device «Tonsillor» strengthens humoral and cellular immunity, in the inflammation center accelerates reparation processes. Phonophoresis a solution of Ljugolja or gel Viferon applied by a contact method, promote faster regeneration MFNE of palatal almonds.

Key words: a chronic tonsillitis, low-frequency ultrasound, a cage cytoskeleton, a cytomorphological picture.

Bibliography: 15 sources.

Хронический тонзиллит представляет собой активный с периодическими обострениями хронический воспалительный очаг инфекции в небных миндалинах с общей инфекционно-аллергической реакцией [6, 7].

В его формировании важная роль принадлежит взаимодействию микро- и макроорганизмов, местной и общей реактивности последних. При хроническом тонзиллите в патологический процесс непременно вовлекается нервный аппарат миндалин и, прежде всего, его афферентное звено, обеспечивающее рецепцию миндалин и их нервно-рефлекторные связи. Усиление симпатического влияния характеризуется спазмом приносящих артериол. Длительный спазм сосудов неизбежно приводит к дистрофическим изменениям в ткани миндалин [1, 5, 8].

По данным отечественных и зарубежных авторов, распространенность данного заболевания среди населения колеблется в широких пределах: у взрослых составляет от 5–6 до 37% [7, 12].

При хроническом тонзиллите одним из информативных лабораторных методов традиционно считается цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности пораженных миндалин [3, 5, 9].

Цель исследования. Морфологическая оценка эффективности воздействия ультразвуковой кавитации небных миндалин в сочетании ультрафонофореза контактным методом с различными лекарственными средствами в лечении больных хроническим тонзиллитом.



УДК 616.216.1-002:616.832-004.2

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО СИНУСИТА У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

А. В. Теплов¹, А. Б. Киселев²

CLINICAL SYMPTOMS OF ACUTE SINUSITIS IN PATIENTS WITH MULTIPLY SCLEROSIS

A. V. Teplov, A. B. Kiselev

¹ ГУЗ «Областной клинический госпиталь ветеранов войн», г. Кемерово

(Начальник – канд. мед. наук И. А. Шибанова)

² ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. М. А. Рымша)

В статье обсуждается анализ клинических симптомов острого синусита у больных рассеянным склерозом. В сравнительном исследовании показано, что острое воспаление околоносовых пазух на фоне рассеянного склероза способствует нарастанию неврологического дефицита, проявляется скудным оториноларингологическим синдромом, достоверно чаще встречаются катаральные формы воспаления, в патологический процесс вовлекаются сразу несколько околоносовых пазух, корреляция между морфологической формой синусита и степенью тяжести отсутствует.

Ключевые слова: острый синусит, рассеянный склероз.

Библиография: 9 источников.

Clinical symptoms of acute sinusitis in patients with multiply sclerosis were analyzed. Comparative research demonstrated, that clinical symptoms of acute sinusitis in patients with multiply sclerosis contributed to increase of neurological deficiency, accompanied by poor ENT-syndrome, the most cases were determined as catarrhal forms of sinusitis, sinusitis located in more than two sinuses. It was no observed the correlation between the morphologic sinusitis form and present state of patient.

Key words: acute sinusitis, multiple sclerosis.

Bibliography: 9 sources.

Гнойно-воспалительные заболевания околоносовых пазух (ОНП) занимают одно из ведущих мест в структуре ЛОР-заболеваний. Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15 до 36% составляют люди, страдающие синуситами [3]. Острый синусит – заболевание, широко распространенное, его клиника хорошо изучена. Однако в ряде случаев острое воспаление ОНП развивается на фоне иной длительно текущей соматической патологии, которая оказывает влияние на клинические проявления острого синусита, чем существенно затрудняет своевременную диагностику воспаления ОНП. В свою очередь, острый синусит может вызывать ухудшение течения фонового заболевания [6]. Эта проблема актуальна для больных рассеянным склерозом (РС), у которых была выявлена достаточно высокая заболеваемость синуситами.

Рассеянный склероз – хроническое прогрессирующее заболевание ЦНС, проявляющееся рассеянной неврологической симптоматикой. РС – одно из самых драматичных заболеваний нервной системы. Поражает болезнь чаще всего людей молодого возраста, носит хронический характер и довольно быстро приводит больного к инвалидности [8]. Триггер РС до настоящего времени остается неизвестным. Общепринятым считается мнение: РС – мультифакториальное заболевание [2, 4]. Существует точка зрения, что инфекционные заболевания могут стимулировать развитие обострений РС. В частности, имеет место повышенное внимание к роли стафилококков и стрептококков в патогенезе РС. Это связано с открытием способности некоторых антигенов этих бактерий выступать в качестве «суперантигенов», стимулирующих неспецифическим образом все аутоиммунные реакции, в том числе повышающих активность клеточных клонов, специфичных к антигенам миелина. Описаны случаи, когда синусит на месяц предшествовал обострению РС [1, 7, 9].



УДК 616.323-007.61-036.12:575.191

АДДИТИВНЫЙ ВКЛАД ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ЗАМЕН ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ- α В ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ХРОНИЧЕСКОМУ АДЕНОИДИТУ**Н. В. Терскова¹, С. Г. Вахрушев¹, Н. А. Шнайдер², М. С. Пилюгина²****THE ADDITIVE CONTRIBUTION OF SINGLE NUCLEOTIDE REPLACEMENTS OF A TUMORS- α NECROSIS FACTOR GENE TO CHRONIC ADENOIDITIS PREDISPOSITION****N. V. Terskova¹, S. G. Vakhrushev¹, N. A. Shnyder², M. S. Pilyugina²***ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»**(¹ Зав. каф. ЛОР-болезней с курсом постдипломного образования – проф. С. Г. Вахрушев)**(² Зав. каф. медицинской генетики и клинической нейрофизиологии Института постдипломного образования – проф. Н. А. Шнайдер)*

Воспалительный процесс – важная патогенетическая характеристика хронического аденоидита (ХА). Авторы статьи высказывают гипотезу, что различные индивидуумы с воспалительным ответом на инициацию микробиологическими триггерами слизистой оболочки и лимфоидной ткани глоточной миндалины могут различаться персонифицированной адекватностью течения заболевания. В литературе уже описаны генетические полиморфизмы фактора некроза опухолей- α (TNF- α) при иных воспалительных заболеваниях, которые убедительно продемонстрировали взаимосвязь данных мутантных полиморфных вариантов гена TNF- α с клинической картиной (степенью тяжести, рецидивированием, затяжным течением) заболеваний. Понимание этого факта побуждает практикующих оториноларингологов шире подойти к изучению полиморфизма гена TNF- α с клинических позиций как к реальному инструменту персонализированной медицины – бурно развивающемуся современному направлению клинической генетики.

Ключевые слова: хронический аденоидит, ген, TNF- α , генетический полиморфизм, персонализированная медицина.

Библиография: 85 источников.

Inflammatory process is an important pathogenetic characteristic of chronic adenoiditis. The authors of the article put forward a hypothesis that various individuals with the inflammatory response to the influence of microbiological triggers on a mucous membrane and lymphoid tissue of pharyngeal tonsil can differ in terms of a personified adequacy of the course of the disease. Genetic polymorphisms of tumors- α necrosis factor (TNF- α) have already been described in medical literature and it has been convincingly shown that there is an interrelation between these mutant polymorph variants of TNF- α gene and the clinical picture (severity level, relapses, protracted course) of the disease. The understanding of this fact prompts practicing otorhinolaryngologists to take a wider approach to studying of the TNF- α gene polymorphism from the clinical positions and to see it as a real tool of the personalized medicine – a vigorously developing modern branch of clinical genetics.

Key words: chronic adenoiditis, gene, TNF

Bibliography: 85 sources.

В отношении эпидемиологии, этиологии и патогенеза ХА в последнее десятилетие найдено много очевидных и важных фактов. Однако проблема распространенности данного заболевания среди детей до сих пор не решена. Роль микрофлоры в инициации ХА безапелляционна, но отношения между патогенными агентами и иммунной системой являются взаимозависимыми [5]. Поэтому выраженность воспалительной реакции в значительной мере определяется возможностями макроорганизма противостоять воздействию на него патогенной микрофлоры.



83. Williams S. J., Hayward N. K. The impact of the Human Genome Project on medical genetics // Trends Mol. Med. – 2001. – Vol. 7. – P. 229–231.
84. Yaspo M. L. Taking a functional genomics approach in molecular medicine // Trends Mol. Med. – 2001. – Vol. 7. – P. 494–502.
85. Yee L. J., Tang J., Herrera J. Tumor necrosis factor gene polymorphisms in patients with cirrhosis from chronic hepatitis C virus infection // Genes Immun. – 2000. – Vol. 1, N 6. – P. 386–390.

Терскова Наталья Викторовна – канд. мед. наук, ассистент кафедры оториноларингологии Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: 8(391)-220-16-25, e-mail: terskovanatasha@mail.ru; **Вахрушев** Сергей Геннадиевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. оториноларингологии Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: 8(391)-220-16-25, e-mail: vsg20061@yandex.ru; **Шнайдер** Наталья Алексеевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. медицинской генетики и клинической нейрофизиологии Института постдипломного образования Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: 8(391)-220-98-71, e-mail: NASchnaider@yandex.ru; **Пилогина** Марина Сергеевна – мл. науч. сотрудник лаборатории медицинской генетики Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: 8(391)-220-98-71, e-mail: Pilya.ru@mail.ru

УДК 616.323-007.61-036.12-053.2-036

АКТИВНОСТЬ НАД(Ф)-ЗАВИСИМЫХ ДЕГИДРОГЕНАЗ В ЛИМФОЦИТАХ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ГОМЕОСТАЗА

Н. В. Терскова¹, А. А. Савченко^{2, 3}, С. Г. Вахрушев¹, А. С. Смбалян¹

NAD(P)-DEPENDENT DEHYDROGENASES ACTIVITY IN BLOOD LYMPHOCYTES OF CHILDREN WITH CHRONIC ADENOIDITIS IN HOMEOSTASIS MAINTENANCE

N. V. Terskova¹, A. A. Savchenko^{2, 3}, S. G. Vakhrushev¹, A. S. Smbatyan¹

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

(¹ Зав. каф. ЛОР-болезней с курсом постдипломного образования –
проф. С. Г. Вахрушев;

² зав. каф. физиологии им. проф. А. Т. Пшоники – проф. А. А. Савченко)

³ Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера Сибирского
отделения РАМН, г. Красноярск

(Директор – засл. деятель науки РФ, член-кор. РАМН, проф. В. Т. Манчук)

Изучены уровни активности НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах у детей с хроническим аденоидитом. Авторами установлены общие и специфические особенности метаболизма лимфоцитов у детей с хроническим аденоидитом в период ремиссии заболевания в зависимости от периода онтогенетического развития иммунной системы. Проведено сравнение аналогичных параметров в группе здоровых детей. Результаты работы позволяют сделать выводы о недостаточности энергетических процессов при формировании данной нозологии.

Ключевые слова: хронический аденоидит, лимфоцитарный иммунитет, активность НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ.

**Библиография:** 15 источников.

The study of NAD(P)-dependent dehydrogenases activity levels in lymphocytes of children with chronic adenoiditis has revealed the general and specific features of lymphocytes' metabolism in the stage of disease remission depending on the ontogenetic development period of the immune system. A comparison of the similar characteristics has been made in a group of healthy children. The results of the study allow us to draw a conclusion about the insufficiency of energy and plastic processes in the formation of the given nosology.

Key words: chronic adenoiditis, lymphocytic immunity, NAD(P)-dependent dehydrogenases activity.

Bibliography: 15 sources.

Предметом изучения детских оториноларингологов традиционно является воспалительный процесс при хроническом аденоидите (ХА) у детей. ХА – полиэтиологичное заболевание, в основе которого лежит нарушение физиологических иммунных процессов глоточной миндалины [4]. Предметом изучения иммунологии являются в первую очередь клеточный иммунитет и связанные с ним процессы и реакции, которые совместно осуществляют объединенную защитную реакцию, называемую воспалением.

Для терапевтической ЛОР-тактики необходимо корректное понимание понятия иммунодефицита при ХА. С одной стороны, отрицанием иммунодефицитного состояния при ХА можно считать то обстоятельство, что, во-первых, иммунный ответ при ХА всегда начинается в патологической ситуации, но всегда является стремлением к норме и ангажируется особенностями развития иммунной системы в онтогенезе у детей [9], а во-вторых, воздействие патологического фактора при ХА не выходит за пределы биологических защитных возможностей иммунной системы организма. С другой стороны, наоборот, клиническое состояние пациента [тяжесть заболевания: интоксикационный синдром, рецидивирующее и (или) затяжное прогрессирующее течение, наличие осложнений] при ХА с подтверждением наличия инфекционного синдрома предопределяет констатацию иммунодефицита. Инфекционный синдром – это рекуррентные и (или) оппортунистические инфекции у пациентов вне очагов эпидемических инфекций [9]. Поскольку преимущественная локализация проявлений инфекционного синдрома – это система органов дыхания, желудочно-кишечный тракт, кожный покров, оториноларингологу обязательно следует учитывать данную топику при верификации иммунодефицита при ХА. Поэтому при тяжелом системном патогенном воздействии в условиях развития ХА в иммунной системе могут развиваться дисфункции, в том числе иммунодефицит (вторичный).

Оценка традиционного иммунного статуса при ХА рутинными методами не всегда дает однозначный ответ о наличии и (или) выраженности иммунодефицита, что в отдельных случаях приводит к некорректному назначению иммунотропных средств [3]. Связано это с тем, что изменения в популяционном и субпопуляционном составе лимфоцитов и концентрации общих иммуноглобулинов проявляются при наиболее выраженных поломках со стороны иммунной системы. В то же время наиболее ранние признаки нарушений следует, очевидно, искать на уровне клетки, где начинается формирование ответной реакции на внешние воздействия, что, в свою очередь, позволяет составить представление о метаболической стратегии иммунного ответа, избранной организмом.

Оставляя вне поля нашего рассмотрения доклиническую (молекулярно-генетическую) диагностику риска развития ХА, например в отягощенных семьях, и вопросы первично дефектной иммунной системы, следует рассмотреть ХА не как болезнь иммунной системы, а как участие лимфоидной ткани глоточной миндалины в развитии патологического процесса. При этом в общем патогенезе ХА можно и нужно выделять компонент иммунопатогенеза, который нуждается в специальной диагностике, в специальной терапевтической коррекции – тактической и медикаментозной. Эти особенности касаются активности никотинамидадениндинуклеотид- и никотинамидадениндинуклеотидфосфат-зависимых (НАД- и НАДФ-) дегидрогеназ в лимфоцитах крови при развитии ХА в общем рассмотрении вопроса.

НАД- и НАДФ-зависимые дегидрогеназы – ферменты, которые относятся к классу оксидоредуктаз и катализируют окисление одного вещества (донора электронов и протонов),



3. Донозологическая диагностика нарушений иммунной системы / Р. В. Петров [и др.] // Иммунология. – 1995. – № 2. – С. 4–5.
4. Карпова Е. П., Тулупов Д. А. Хронический аденоидит у детей: пособие для врачей. – М.: РМАПО, 2009. – 52 с.
5. Рослый И. М., Абрамов С. В., Покровский В. И. Ферментемия – адаптивный механизм или маркер цитолиза? // Вестн. РАМН. – 2002. – № 8. – С. 3–9.
6. Савченко А. А., Сунцова Л. Н. Высокочувствительное определение активности дегидрогеназ в лимфоцитах периферической крови человека биоломинесцентным методом // Лаборатор. дело. – 1989. – № 11. – С. 23–25.
7. Савченко А. А. Биоломинесцентное определение активности НАД- и НАДФ-зависимых глутаматдегидрогеназ лимфоцитов // Лаб. дело. – 1991. – № 11. – С. 22–25.
8. Стефани Д. В., Вельтищев Ю. Е. Клиническая иммунология и иммунопатология детского возраста. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1996. – 384 с.
9. Хаитов Р. М., Игнатъева Г. А., Сидорович И. Г. Иммунология. – М.: Медицина, 2002. – 536 с.
10. Хейфец Л. Б., Абалакин В. А. Разделение форменных элементов крови человека в градиенте плотности верографин-фиколл // Лаборатор. дело. – 1973. – № 10. – С. 579–581.
11. Berger S. J., Manory I., Sudar D. C. Induction of the pyridine nucleotide synthesis pathways in mitogen-stimulated human T-lymphocytes // Exp. Cell. Res. – 1987. – Vol. 169, N 1. – P. 149–157.
12. Calder P. C. Glutamine and the immune system // Clin. Nutr. – 1994. – Vol. 13, N 1. – P. 2–8.
13. Fitzpatrick L., Jenkins H. A., Butler M. Glucose and glutamine metabolism of a murine B-lymphocytes hybridoma grow in bath culture // Appl. Biochem. Biotechnol. – 1993. – Vol. 43, N 2. – P. 93–116.
14. Roth E. Immune and cell modulation by amino acids // Clin Nutr. – 2007. – Vol. 26, N 5. – P. 535–54.
15. Roth S., Droge W. Glutathione reverses the inhibition of T cell responses by superoptimal numbers of “Nonprofessional” antigen presenting cells // Cell. Immunol. – 1994. – Vol. 155, N 1. – P. 183–194.

Терскова Наталья Викторовна – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: 8(391)-220-16-25, e-mail: terskovanatasha@mail.ru; **Савченко** Андрей Анатольевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. физиологии им. проф. А. Т. Пшоники Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1 «З»; тел.: 8(391)-228-36-40, e-mail: aasavchenko@yandex.ru; **Вахрушев** Сергей Геннадиевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. оториноларингологии Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1. тел.: 8(391)-220-16-25, e-mail: vsg20061@yandex.ru; **Смбатян** Армине Смбатовна – клинический ординатор каф. оториноларингологии Красноярского ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1. тел.: 8(391)-220-16-25, e-mail: amar-88@mail.ru

УДК: 616.322-002.2: 616-053.2

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛЕНИЯХ НЕБНЫХ, ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИН В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Б. В. Тюрин

VARIATIONS IN FUNCTIONAL STATE OF VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM AT CHRONIC NON-SPECIFIC INFLAMED OF PALATINE TONSILS AND PHARYNGEAL TONSIL IN CHILDHOOD

B. V. Tyurin

ГУЗ «Тамбовская областная детская больница»
(Главный врач – засл. врач РФ А. И. Петров)

Обследованы дети с хроническим неспецифическим тонзиллитом и хроническим аденоидитом. Состояние вегетативной нервной системы исследовалось методом кардиоинтервалографии. Выявлены нарушения статуса вегетативной нервной системы. В исследуемой группе превалировала дистония, $n = 31$ (симпатикотония и парасимпатикотония). У детей с эйтоническим исходным вегетативным тонусом ($n = 11$) вегетативная реактивность была неста-



бильной. Зарегистрирована симпатикотоническая либо гиперсимпатикотоническая ($n = 8$) и асимпатикотоническая ($n = 3$) реактивность. Для комплексного обследования детей, страдающих хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями глотки, рекомендовано исследование функционального состояния вегетативной нервной системы посредством кардиоинтервалографии.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, хронический аденоидит, вегетативная дистония, дети.

Библиография: 10 источников.

Children with chronic nonspecific tonsillitis and chronic adenoiditis were examined. Status of the vegetative nervous system was tested by the method of cardiointervalgraphy. The status violations of the autonomic nervous system were discovered in this group. Dysautonomia prevailed (sympathicotonia and parasympathicotonia ($n = 31$)). Vegetative reactivity was not stable for children with initial eutonic vegetative tonus ($n = 11$). Sympathicotonia or hypersympathicotonia ($n = 8$) and asympathicotonia ($n = 3$) were registered. The functional state test of the vegetative nervous system by cardiointervalgraphy method is recommended for complex examination of children with chronic nonspecific inflammatory diseases of the throat.

Key words: chronic tonsillitis, chronic adenoiditis, dysautonomia, children.

Bibliography: 10 sources.

Функциональная связь иммунной и вегетативной нервной системами признается всеми авторами, но не принимается во внимание при лечении заболеваний [2]. Неудовлетворенность результатами лечения воспалительных заболеваний глотки диктует необходимость поиска новой тактики. Вегетативная нервная система активно участвует в воспалительных и репаративно-гиперпластических процессах и во многом определяет их динамику. Неадекватная вегетативная реактивность, включающая защитные механизмы, может формировать синдром патологической адаптации [1, 7]. Патологическая адаптация при воспалительных заболеваниях глотки может проявиться гиперплазией лимфаденоидной ткани [7], способствовать переходу воспаления в хронический процесс [6]. И. Б. Солдатов [9], указывал на необходимость изучения нервного аппарата лимфаденоидного кольца глотки. Нейрогистологические исследования И. Б. Солдатова показали: глоточная миндалина содержит мякотные и безмякотные нервные волокна, причем последние численно преобладают, хотя и мякотные волокна представлены в значительном количестве. Пучки нервных волокон встречаются в глубине лимфоидной ткани в подэпителиальном слое, где они образуют довольно сложные нервные сплетения. В лимфоидной и соединительной тканях аденоидных разрастаний, среди разнообразных по структуре нервных окончаний, И. Б. Солдатов обнаружил постоянно встречающиеся рецепторы, снабженные множественными крупнопластинчатыми ретикулярами. Т. И. Шустова с соавт. указывает на адренергическую иннервацию нервных окончаний в лимфаденоидной ткани [7, 10].

Таким образом, воспаление в полости глотки может нарушать нормальное функционирование не только сегментарной вегетативной системы, но и надсегментарных вегетативных образований, приводя к вегетативной дисфункции. Для детского возраста важны определение и отражение в диагнозе общей характеристики вегетативной нервной системы [1].

Вегетативная реактивность характеризует направленность и степень изменения показателей, отражающих состояние вегетативной нервной системы в момент перехода из одного состояния в другое. Вегетативное обеспечение деятельности отражает возможность поддержания оптимального уровня функционирования вегетативной нервной системы при различных ситуациях нагрузочного характера. Определение исходного тонуса, реактивности и обеспечения деятельности позволяет с большей полнотой судить о состоянии вегетативной нервной системы – важнейшего звена реактивности организма в целом [3]. Проведение кардиоинтервалографии в клиноортостатической пробе позволяет судить не только об исходном вегетативном тонусе, но и о вегетативной реактивности и вегетативном обеспечении деятельности. Сопоставление признаков, отражающих состояние вегетативной нервной системы и выявляемых при использовании вопросников, диагностических таблиц и проб, с параметрами кардиоинтервалографии (КИГ) убеждает: КИГ – достоверный информативный метод исследования



9. Солдатов И. Б. Нервный аппарат миндалин в норме и патологии. – Куйбышев, 1962. – С. 115, 116, 124.
10. Шустова Т. И., Самошкин М. Б. Адренергическая иннервация носовых полипов и глоточной миндалины у детей // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – № 3. – С. 36–38.

Тюрин Борис Валентинович – врач-оториноларинголог Тамбовской областной детской больницы. 392002, Тамбов, ул. В. Подбельского, д. 49; e-mail to: turin.b@mail.ru

УДК: 616-002.31; 616-08-035

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ И ШЕЙНЫМ ЛИМФАДЕНИТОМ

Д. Р. Фернандо^{1, 2}, Ю. В. Назарочкин^{1, 2}, А. И. Проскурин¹, Б. А. Гринберг³

ALGORITHM OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS BY PARATONZILLAR ABSCESS AND NECK LYMPHADENITIS

D. R. Fernando, Y. V. Nazarochkin, A. I. Proskurin, B. A. Greenberg

¹ ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»

(Ректор – засл. врач РФ, проф. Х. М. Галимзянов)

² ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

³ ГУЗ «Александро-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань

(Гл. врач – канд. мед. наук В. Г. Акишкин)

Проведено клиническое наблюдение с участием 89 больных паратонзиллярным абсцессом, осложненным острым неспецифическим шейным лимфаденитом, включавшее в себя комплекс инструментальных и лабораторных методов исследования и инновационных способов антибактериальной терапии. В результате исследования был разработан алгоритм диагностики и лечения, позволяющий сократить сроки определения лечебной тактики и снизить риск септических осложнений. Предложенный алгоритм основан на объективных критериях (данных ультразвукового сканирования, тонкоигольной аспирационной биопсии, концентраций сывороточных интерлейкинов).

Ключевые слова: паратонзиллярный абсцесс, лимфаденит, ультразвуковое исследование, эндолимфонулярное введение.

Библиография: 15 источников.

Is carried out clinical observation with the participation by 89 of patients with paratonsillar abscess, complicated by acute unspecific neck lymphadenitis, that included the complex of the instrument and laboratory methods of study and innovation methods of antibacterial therapy. As a result of the study was developed an algorithm of diagnostics and treatment, which makes it possible to reduce the periods of the determination of therapeutic tactics and to decrease the risk of septic complications. The algorithm proposed is based on objective criteria (data of ultrasonic scanning, aspiration biopsy, the determination of the concentrations of serum interleukins).

Key words: paratonsillar abscess, lymphadenitis, ultrasonic study, endolymphonodular introduction.

Bibliography: 15 sources.

Оптимизация лечения гнойно-воспалительных заболеваний глотки, составляющих до 28,6% всех заболеваний ЛОР-органов, по сей день остается актуальной проблемой [1–5, 7, 9, 10]. Среди неотложной оториноларингологической патологии паратонзиллярный абсцесс



12. Definition for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/ SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians: Society of Critical Care Medicine / R. C. Bone [et al.] // Chest. – 1992. – N 101 (6). – P. 1644–55.
13. Leung A.K.C., Dele Davies H. Cervical lymphadenitis: Etiology, diagnosis, and management // Current Infectious Disease Reports. – 2009. – Vol. 11. – N 3. – P. 183–189.
14. Peritonsillar Abscess / N. Mehta [et al.]. – 2009. <http://emedicine.medscape.com/article/764188-overview>
15. Shah U. K. Tonsillitis and Peritonsillar Abscess. – 2009 <http://emedicine.medscape.com>

Фернандо Дина Ранджитовна – ассистент кафедры оториноларингологии и офтальмологии Астраханской ГМА, ст. науч. сотрудник Астраханского филиала Научно-клинического центра оториноларингологии. 414056, Астрахань, ул. Татищева, д. 2, корп. 4; тел.: 8-967-33-55-072, e-mail: dinafernando@mail.ru; **Назарочкин** Юрий Валерьянович – д-р мед. наук, зав. каф. оториноларингологии и офтальмологии Астраханской ГМА, директор Астраханского филиала Научно-клинического центра оториноларингологии. 414056, Астрахань, ул. Татищева, д. 2, корп. 4; тел.: (8512) 25-33-08; **Проскурин** Александр Иванович – засл. врач РФ, канд. мед. наук, проф., доцент каф. оториноларингологии и офтальмологии АГМА. 414056, Астрахань, ул. Татищева, д. 2, корп. 4; тел.: (8-512) 25-67-32; **Гринберг** Борис Александрович – канд. мед. наук, зам. гл. врача Александро-Марининской областной клинической больницы по функциональной диагностике. 414056, Астрахань, ул. Татищева, д. 2.

УДК:616-089.844:616.285-089.844:611.74

МИРИНГОПЛАСТИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ПЕРИКАРДА ОВЦЫ

А. М. Хакимов, Р. И. Исроилов, А. Ж. Ботиров

USING XENOGRAFT FROM SHEEP PERICARDIUM IN MYRINGOPLASTY

А. М. Hakimov, R. I. Isroilov, A. J. Botirov

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан
(Ректор – проф. Ш. И. Каримов)

До настоящего времени нет единого мнения в вопросе о том, какие ткани целесообразнее использовать для пластики барабанной перепонки. Мы решили изучить применение ксенотрансплантата из перикарда овцы при мирингопластике у кроликов в эксперименте и у больных с хроническим сухим мезотимпанитом. Экспериментально-морфологические исследования с применением ксенотрансплантата проведены у 28 кроликов. В эксперименте положительный результат получен у 25 (89,3%) кроликов. Кроме того, обследованы 77 больных с сухой перфорацией барабанной перепонки. Для сравнения результатов исследования этим больным была проведена операция мирингопластика: 54 больным с применением ксенотрансплантата из перикарда овцы, 23 больным с применением фасции височной мышцы. Надежное приживление ксенотрансплантата из перикарда овцы после операции наблюдалось у 48 (88,9%) пациентов, а при применении фасции височной мышцы – у 20 (86,9%) больных.

Ключевые слова: ксенотрансплантат, мирингопластика, фасция височной мышцы, лоскут.

Библиография: 12 источников.

There is still no consensus on what tissue is better to use for eardrum plasty. We decided to explore the use of sheep pericardium xenograft in myringoplasty of rabbits in the experiment and in patients with chronic dry mesotympanitis. In 28 rabbits experimental and morphological studies carried out by using xenograft. In 25 (89,3%) rabbits positive results were obtained experimentally. We have examined 77 patients with dry perforation of the eardrum. Myringoplasty operations were performed to compare the study results in 54 patients by using pericardial xenograft of sheep and in 23 patients by using temporal muscle fascia. Applied sheep pericardium xenografts resulted to engraftment in 48 (88,9%) cases, while temporalis muscle fascia xenografts engrafted in 20 (86,9%) cases.



Key words: *xenograft, myringoplasty, temporalis muscle fascia, flap.*

Bibliography: 12 sources.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в реконструктивной хирургии среднего уха за последние два-три десятилетия, проблема хирургического восстановления целостности барабанной перепонки по-прежнему остается актуальной. Не менее важной является и проблема выбора эффективного пластического материала для формирования неотимпанальной мембраны.

Большинство отохирургов отдает предпочтение аутофасции височной мышцы, которая является близкой по природе барабанной перепонке и удобной в использовании [6, 11]. Однако она, как и все мягкотканые трансплантаты, нередко атрофируется, из-за чего возникает рецидив перфорации, или превращается в дряблый рубец, что значительно снижает функциональный эффект операции [3]. По этой причине в последние годы стали применять более жесткие, как правило, многослойные трансплантаты, которые обеспечивают достижение лучших морфологических результатов.

Однако в силу использования нескольких разнородных тканей сформированная неотимпанальная мембрана по своим физическим и акустическим свойствам отличается от естественной, что неизбежно отражается на функциональном результате мирингопластики.

Таким образом, современное состояние проблемы реконструктивной хирургии среднего уха, в частности пластики дефектов барабанной перепонки, диктует настоятельную необходимость как дальнейшего поиска более адекватных трансплантатов, так и совершенствования способов хирургических вмешательств.

Достижения реконструктивной хирургии и консервации тканей нашли свое выражение в применении лоскутов-гомотрансплантатов главным образом из соединительной ткани [1] (перикард, аортальный клапан, твердая мозговая оболочка, склера, роговая оболочка глаза и др.). Наиболее популярна консервированная твердая мозговая оболочка, которая обладает малой антигенностью, хорошей реваскуляризацией, устойчивостью к инфекциям и быстро вступает во взаимодействие с воспринимающим ложем [4, 9].

Так, В. И. Родин и соавт. [5], используя консервированную твердую мозговую оболочку, добились закрытия дефекта барабанной перепонки у 93% больных, но, по мнению М. Tos [8] твердая мозговая оболочка достаточно ригидный, плотный и толстый материал, и в этом один из ее основных недостатков. Также при мирингопластике применялись аллотрансплантаты: твердые мозговые оболочки взрослого и плода [7], барабанные перепонки взрослого и плода. Аллотрансплантаты могут быть передатчиками таких опасных инфекций, как СПИД, гепатит, сифилис, а также генетических заболеваний.

Многолетний клинический опыт использования перечисленных трансплантатов при хирургических вмешательствах на среднем ухе выявил ряд недостатков: отторжение пластического материала, рецидив перфорации в неотимпанальной мембране, необходимость дополнительных операций для забора трансплантата, что негативно отражается на анатомических и функциональных результатах хирургического лечения больных. Поэтому в современной отохирургии разработка новых высокоэффективных трансплантатов для пластики дефектов барабанной перепонки является актуальной проблемой.

В последнее время при мирингопластике многие зарубежные авторы применяют ксенотрансплантаты [10, 12]. В нашей республике Р. О. Мухамадиев создал ксенотрансплантат [2] из перикарда овец (а. с. № 002-03/145 от 28.03.2003), который использовал экстрасклерально при различной патологии органа зрения. Ксенотрансплантат привлекает к себе внимание доступностью и практически неограниченным запасом пластического материала.

Целью исследования. Клинико-экспериментальное обоснование эффективности применения ксенотрансплантата из перикарда овцы при мирингопластике.

Материал и методы исследования. Экспериментально-морфологические исследования проведены на 28 кроликах с применением ксенотрансплантата из перикарда овцы при сухом мезотимпаните на правом ухе (основная группа). Контрольную группу составили эти же кролики (левое ухо), у которых смоделирован сухой мезотимпанит. Морфологические особенно-



5. Родин В. И., Боечко С. К., Ткач Ю. Н. Пластика барабанной перепонки с применением твердой мозговой оболочки эмбриона // Вестн. оториноларингологии. – 1990. – № 3. – С. 60–62.
6. Семенов Ф. В., Волик А. К. К вопросу о тактике хирургического лечения больных хроническим гнойным отитом при различных формах патологического процесса в среднем ухе // Вестн. оториноларингологии. – 1998. – № 5. – С. 15–17.
7. Ситников В. П., Бизунков А. Б., Хусам Э. Р. Динамика акустических свойств двухслойного трансплантата в различные сроки после мирингопластики // Вестн. оториноларингологии. – 1998. – № 3. – С. 21–22.
8. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха. В 4 т. Т. 1. Подходы: мирингопластика, оссикулопластика и тимпанопластика / Пер. с англ., под ред. А. В. Старохи. – Томск, 2004. – С. 88–127.
9. Цурикова Т. В., Болгов Д. Ф., Бугаева Т. Э. Аллобрефотимпанопластика при хроническом среднем отите у детей // Вестн. оториноларингологии. – 2004. – № 3. – С. 27–28.
10. Gérard J. M., Gersdorff M. The Tutopatch graft for transcanal myringoplasty // B-ENT. 2006. – N 2(4). – P. 177–179. Department of Oto-Rhino-Laryngology, University Hospital Saint-Luc, Brussels.
11. Indorewala S. Dimensional stability of free fascia grafts: clinical application / S. Indorewala // Laryngoscope. – 2005. – Vol. 115, N 2. – P. 278–282.
12. Tos M., Everberg G., Henrichsen J. Autologous tissue seal in myringoplasty // Laryngoscope. – 1987. – Vol. 97, N 3. – P. 370–371.

Хакимов Абдумалик Махмудович – д-р мед. наук, проф. каф. болезней уха, горла и носа Ташкентской медицинской академии. 700109, Ташкент, ул. Фаробий, д. 2; тел.: +9-98971044828; **Исроилов** Ражаббой Исроилович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. нормальной и патологической физиологии и патологической анатомии Ташкентской медицинской академии. 700109, Ташкент, ул. Фаробий, д. 2. тел.: +998974410302, e-mail: www.rajab@mail.ru; **Ботиров** Абдурашул Жумаевич – стажер-соискатель-исследователь кафедры болезней уха, горла и носа Ташкентской медицинской академии. 700109, Ташкент, ул. Фаробий, д. 2. тел.: +998971581145, e-mail: joachffamed@mail.ru

УДК 616.322-002-08:616.94-022.7

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАФИЛОКОККОВОГО БАКТЕРИОФАГА В ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

**З. П. Худоногова, А. Н. Евстропов, Н. Г. Васильева,
М. А. Рымша, И. В. Подволоцкая, М. В. Шоларь**

EFFICIENCY OF USAGE STAPHYLOCOCCAL BACTERIOPHAGE IN TOPICAL THERAPY OF CHRONIC TONSILLITIS

**Z. P. Hudonogova, A. N. Evstropov, N. G. Vasileva,
M. A. Rymsha, I. V. Podvolotskaya, M. V. Sholar**

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»
(Зав. каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии – проф. А. Н. Евстропов;
зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. М. А. Рымша)

В статье представлены результаты обследования и лечения студентов с компенсированной формой хронического тонзиллита стафилококковым бактериофагом. S. aureus выделен у 92,5% пациентов. Выявлена высокая чувствительность культур золотистого стафилококка к стафилококковому бактериофагу (97,4%). У всех пациентов с хроническим тонзиллитом в результате монотерапии и комбинированного лечения с использованием фага наблюдались клиническое улучшение и уменьшение высеваемости S. aureus со слизистой оболочки миндалин.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, стафилококк, стафилококковый бактериофаг.

Библиография: 12 источников.

The results of examination and treatment of the students with the diagnosis of compensated form of chronic tonsillitis with the use of staphylococcal bacteriophage are presented in the article. S.aureus were revealed in 92,5% patients. High sensitivity of the cultures of S.aureus to staphylococcal bacteriophage was revealed (97,4%). As a result of monotherapy or the combined treatment with the use of staphylococcal bacteriophage all the patients with the diagnosis of "chronic tonsillitis" underwent well and the intensity of growth of S.aureus decreased with mucous tonsilla.



Key words: *chronic tonsillitis, staphylococcus, staphylococcal bacteriophage.*

Bibliography: 12 sources.

Хронический тонзиллит занимает одну из ведущих позиций среди воспалительных патологий верхних дыхательных путей. Особенно актуальна данная проблема у детей и лиц молодого возраста. В настоящее время заболеваемость хроническим тонзиллитом имеет тенденцию к росту. Особенную значимость данной проблеме придают возможность и частота развития местных осложнений и сопряженных заболеваний, приводящих к поражению органов-мишеней [6, 9, 11]. Небные миндалины участвуют в формировании иммунных реакций на местном и системном уровнях, поэтому в лечении компенсированной формы хронического тонзиллита оправдано стремление к разработке новых подходов к сохранению защитных свойств лимфоидной ткани глотки консервативными методами [1–3, 5, 12]. Одним из путей консервативной терапии хронического тонзиллита является воздействие на пиогенные кокки с помощью фаготерапии.

Бактериофаги не оказывают побочных негативных эффектов, присущих антибиотикам и многим группам антисептиков. Они обладают строгой видо- и типоспецифичностью, не нарушающей характеристики естественного микробиоценоза. При этом данная группа препаратов с успехом сочетается с традиционными антибактериальными препаратами, усиливая этиотропный эффект, что позволяет использовать фаготерапию в составе комплексного лечения типовых воспалительных процессов. Очевидна обоснованность применения бактериофагов для санации очагов инфекции у «здоровых» бактерионосителей. Выпускаемая на сегодняшний день в России номенклатура бактериофагов достаточно широка. Производятся моно- и комплексные фаги, тропные к большому числу возбудителей бактериальных инфекций, в том числе и к пиогенным коккам [4, 7, 8].

Цель исследования. Оценка эффективности использования стафилококкового бактериофага в лечении компенсированной формы хронического тонзиллита.

Пациенты и методы. Нами обследовано 40 студентов Новосибирского государственного медицинского университета в возрасте 19–23 лет с диагнозом хронический тонзиллит (компенсированная и декомпенсированная формы). На первом этапе исследования определяли особенности микробиоценоза глотки при данной патологии. На втором этапе выделена группа из 27 человек: 21 девушка, 6 юношей с компенсированной формой хронического тонзиллита. Этим пациентам проведен комплекс лечебных мероприятий с учетом результатов клинического обследования: монотерапия с применением стафилококкового бактериофага и комбинированное лечение на аппарате «Тонзиллор» с последующей фаготерапией.

Клиническое обследование проводили в ЛОР-кабинете медико-консультативного центра НГМУ до лечения и после окончания фаготерапии через 10 и 30 дней. Диагноз заболевания и форму хронического тонзиллита устанавливали на основании жалоб, анамнестических данных и объективного исследования наличия местных признаков хронического тонзиллита: гиперемии и валикообразного утолщения краев небных дужек, рубцовых спаек между миндалинами и небными дужками, разрыхленных или рубцово-измененных и уплотненных миндалин, казеозно-гнойных пробок или жидкого гноя в лакунах миндалин, регионарного лимфаденита. Отмечались хронические болезни дыхательных путей, аллергические и другие заболевания.

Бактериологическое исследование проведено в соответствии с Приказом № 535 от 22.04.1985 г. МЗ СССР [10]. Материал забирали стерильным ватным тампоном со слизистой оболочки миндалин и засеивали на желточно-солевой питательный агар (ЖСА). Характер и степень роста *S. aureus* оценивали по следующим критериям:

- I степень – очень скудный рост – до 10 колоний;
- II степень – скудный рост – 10–25 колоний;
- III степень – умеренный рост – не менее 50 колоний;
- IV степень – обильный рост несчитываемых колоний.

Для более точной количественной оценки роста стафилококков использовали метод серийных разведений, результат выражали в КОЕ/мл. Идентификацию выделенных культур проводили по морфологическим, культуральным, биохимическим и патогенным свойствам бак-



УДК: 616.28-002.14-073.43-053.5 (575.14)

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХА И ГЕН-ДИАГНОСТИКИ
СРЕДИ ТУГОУХИХ ДЕТЕЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ИНТЕРНАТОВ
г. САМАРКАНДА**

Н. Ж. Хушвакова, Н. О. Хамракулова

**THE RESULTS OF HEARING OBSERVATIONS AND GENE DIAGNOSTICS
AMONG DEAF CHILDREN FROM SPECIALIZED INTERNATS
OF SAMARKAND CITY**

N. J. Khushvakova, N. O. Khamrakulova

*Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
(Ректор – проф. А. М. Шамсиев)*

Важными социальными задачами являются установление детей с врожденной тугоухостью и их ранняя реабилитация. Своевременная диагностика нарушений слуха у детей и направление их в специализированные детские ясли и сады явились бы залогом успешной социальной реабилитации слабослышащих детей. В результате проведенного комплексного лечения (нейромедин + инстенон), терапия дала положительный эффект в виде значительного улучшения остроты слуха, разборчивости речи, уменьшения шума в ушах у 87% пациентов. У больных детей, у которых в гене GJB2 диагностирована мутация, не было никакого эффекта после лечения, и им была показана кохлеарная имплантация. Результаты проведенного исследования показали, что патологические мутации гена Cx26 чаще всего способствуют формированию стабильной двусторонней симметричной сенсоневральной тугоухости, которую можно диагностировать уже в первые месяцы жизни.

Ключевые слова: Cx26 нейросенсорная тугоухость, ПЦР-диагностика, GJB2, лечение.

Библиография: 4 источника.

The main objective is to determine children with congenital hearing loss and the early rehabilitation, diagnostics of the hearing disorders in children and to send them to the specialized nurseries and orchards would be the key to successful social rehabilitation of children with hearing disorders. As a result of a comprehensive treatment with the use of neiromedin+instenon it has been taken positive effect: such as a significant improvement of hearing function, intelligibility, decreasing noise in the ear in 87% of patients. During the gene diagnostic in the sick children who had mutation of GJB2-gene after the prescribed treatment it has not been determined any improvements and we performed them cochlear implantation. The results of carried out treatment showed that pathological mutations of Cx26-gene most often contribute to forming of the stable bilateral symmetric sensorineural hearing loss which could be diagnosed even in the first months of life.

Key words: Cx26, neurosensor hearing loss, PCR-diagnostics, GJB2, treatment.

Bibliography: 4 sources.

В связи с ростом частоты тугоухости среди населения все большую актуальность приобретает необходимость повышения специальной реабилитации лиц с нарушением слуха, прежде всего поражением звуковоспринимающего аппарата. Систематическое изучение эпидемиологии тугоухости позволит осуществлять раннюю диагностику нарушений слуха. Ранняя диагностика нарушений слуха и вовремя оказанная помощь могли бы предупредить развитие тугоухости у подавляющего большинства детей и обеспечить им возможность получить полноценное академическое образование. Сказанное свидетельствует о том, что приведенные данные могут быть использованы в качестве нового подхода для повышения эффективности профилактики нарушений слуха [2].

Всемирной Федерацией глухих была провозглашена цель специальной реабилитации и интеграции глухих в мир слышащих, и этому в настоящее время посвящена деятельность многих медицинских и общественных организаций стран мира [3].



ный эффект в виде значительного улучшения остроты слуха, разборчивости речи, уменьшения шума в ухе отмечался у 87% пациентов.

Таким образом, положительным эффектом от лечения считали, когда пороги по воздушной проводимости понижались на 15 дБ, улучшалась разборчивость речи, а шум в ушах уменьшался или исчезал совсем. Хорошим эффектом от лечения считали, когда пороги на речевые частоты понижались более чем на 20 дБ, изменялась степень потери слуха.

Выводы

1. Ранняя диагностика нарушений слуха у детей и направление их в специализированные детские ясли и сады являются залогом успешной социальной реабилитации слабослышащих детей.

2. У больных детей, у которых в ген-диагностике обнаружена в гене GJB2 мутация, не было никакого эффекта после лечения, и им была показана кохлеарная имплантация. Генетическое обследование при подтверждении наличия патологических мутаций в гене GJB2 позволяет сократить время принятия решения о проведении кохлеарной имплантации.

3. В результате проведенного комплексного лечения «нейромедин + инстенон» получен положительный эффект в виде значительного улучшения остроты слуха, разборчивости речи, уменьшения шума в ушах у 87% пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диаб Х. М., Кузовков Б. Е., Пашинина О. А. Особенности хирургической тактики кохлеарной имплантации у пациентов с аномалиями развития внутреннего уха: материалы XVIII съезда оториноларингологов России. – СПб. – Т. 2. – С. 62–65.
2. Иванов В. Н., Литвак М. М. Динамика изменений слуха при антибиотиковом ототоксикозе: материалы XVIII съезда оториноларингологов России. – СПб. – Т. 2. – С. 77–80.
3. Маркова Т. Г. Наследственные формы тугоухости и медико-генетическое консультирование // Мед. генетика. – 2004. Т. 3, № 2. – С. 63–69.
4. Willems P. J. Genetic causes of hearing loss // The New England Journal of Medicine – 2000. – Vol. 342, N 15. – P. 1101–1109.

Хушвакова Нилуфар Журакуловна – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. оториноларингологии и стоматологии Самаркандского государственного медицинского института. 703017, Республика Узбекистан, Самарканд, ул. Менделеева, пр. 1, дом. 7; тел.: +9-986-62-19-32-27, e-mail: nilumedlor@mail.ru; **Хамракулова** Наргиза Орзуевна – ассистент кафедры оториноларингологии и стоматологии Самаркандского ГМИ. 703015, Республика Узбекистан, Самарканд, ул. Рудаки, д. 214; тел.: +9-986-62-62-67-78, e-mail: nargizaXAMRAKULOVA82@mail.ru.

УДК: 616.211-002.2 : 616.216.1-002

БЕЛОК ТЕПЛОВОГО ШОКА HSP-70 И АУТОАНТИТЕЛА К НЕМУ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ РИНОСИНУСИТЕ

Н. Н. Цыбиков, Е. В. Егорова, В. И. Пересторонин

HEAT SHOCK PROTEIN HSP-70 AND AUTOANTIBODIES TO IT AS CHRONIC PURULENT RHINOSINUSITIS

N. N. Tsybikov, E. V. Egorova, V. I. Perestoronin

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава», г. Чита
(Ректор – засл. врач РФ, д-р мед. наук, проф. А. В. Говорин)

Исследовали содержание белка теплового шока HSP-70, аутоантител (aAm) классов IgG и sIgA к нему в сыворотке крови и назальном секрете у здоровых и больных хроническим гнойным риносинуситом (ХГРС). Обнаружено, что концентрация HSP-70 увеличивается как в сыворот-



ке крови, так и в назальном секрете пациентов. Уровень аАт класса IgG к HSP-70 в сыворотке крови возрастает, а аАт класса sIgA в назальном секрете остается прежним при ХГРС.

Ключевые слова: белок теплового шока, аутоантитела, хронический гнойный риносинусит.

Библиография: 7 источников.

We investigated the content of the heat shock protein HSP-70, autoantibodies (aAB) IgG & sIgA to him in serum and nasal secretions in healthy subjects and patients with chronic purulent rhinosinusitis (HPRS). It was found that concentration of HSP-70 increases both in serum and nasal secretions of patients. The level of IgG to HSP70 in the serum increases, sIgA in nasal secretions remain on the same level as CPRS.

Key words: heat shock protein, autoantibodies, chronic purulent rhinosinusitis.

Bibliography: 7 sources.

Общепризнано, что основной причиной высокой частоты хронического гнойного риносинусита (ХГРС) является иммунная недостаточность как на системном, так и местном уровне [1, 2, 7].

При этом длительная антибактериальная терапия сопровождается повышением резистентности микроорганизмов и хронизацией воспалительного процесса [4, 6]. Исходя из сказанного очевидно, что раскрытие новых звеньев механизма ХГРС представляется актуальным, так как открывает перспективы новых путей патогенетической терапии этого заболевания. Известно, что белок теплового шока не может не экспрессироваться на слизистой носа и микроорганизмах при ХГРС. HSP-70 не только обладает защитными свойствами, но и способен запускать новые звенья патогенеза ХГРС и, являясь высокоиммуногенным в силу эволюционной стабильности, индуцировать выработку аутоантител (аАт) [5]. Однако до сих пор роль HSP-70 при ХГРС остается неизвестной, что и составило предмет нашего исследования.

Цель работы. Оценка уровня HSP-70, аутоантител (аАт) классов IgG и sIgA к нему в сыворотке крови и назальном секрете у здоровых и больных ХГРС.

Для достижения поставленной цели последовательно решались следующие задачи.

1. Параллельно исследовать уровень HSP-70 в сыворотке крови и назальном секрете у здоровых лиц и больных ХГРС.

2. Изучить концентрацию аАт классов IgG в сыворотке крови и sIgA к HSP-70 в назальном секрете у здоровых и больных ХГРС.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 20 больных ХГРС в возрасте от 18 до 55 лет. Для данного исследования мы отобрали больных с давностью заболевания от 5 до 20 лет с частыми рецидивами от 2 до 5 раз в год. Контрольная группа состояла из 20 здоровых лиц без сопутствующей и ЛОР патологии.

Материалом для иммунологического исследования служили сыворотка крови и назальный секрет здоровых и больных ХГРС. Для получения смывов из полости носа пациенту в каждый общий носовой ход на 10 мин вводили сухой ватный тампон, который после извлечения переносили в пробирку, содержащую 1 мл 0,9%-ного раствора натрия хлорида. Через 30 мин тампоны тщательно отжимали и полученный смыв использовали для определения HSP-70, аутоантител (аАт) классов IgG и sIgA к нему [4]. Концентрацию HSP-70 в сыворотке крови определяли моноклональными антителами методом ИФА (Assay Designs, USA, Michigan). Уровень аАт класса IgG в сыворотке крови и sIgA в назальном секрете определяли оригинальным методом. Лунки полистероловых планшетов сенсibilизировали HSP-70 (Вектор-Бест, г. Новосибирск) в количестве 100 мкг в объеме 200 мкл забуференного физиологического раствора. После 30-минутной инкубации при комнатной температуре планшет трижды отмывали дистиллированной водой, затем вводили 200 мкл исследуемой сыворотки, разведенной в соотношении 1 : 100 забуференным физиологическим раствором, и после инкубации вновь трижды отмывали лунки планшетов. Аутоантитела к HSP-70 выявляли анти-IgG-человеческими антителами по стандартной методике. Полученные результаты выражали в единицах оптической плотности.

Статистическая обработка данных осуществлена при помощи пакета программ «Biostat» и Microsoft Excel 2003 (Microsoft Office 2003 for Windows XP Professional). При сравнении по-



УДК: 616.323-007.61+616.28-008.14 (053.9)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ АДЕНОИДОВ И ТУГОУХОСТИ У ПАЦИЕНТКИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

В. В. Виноградов, Т. А. Галкина, С. С. Решульский, М. А. Лабазанова

CLINICAL CASE MIX OF THE ADENOIDS AND HEARING LOSS IN PATIENTS OF ADVANCED AGE.

V. V. Vinogradov, T. A. Galkina, S. S. Reshulsky, M. A. Labazanova

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

Аденоидные вегетации или аденоиды – это часто встречающаяся патология в детском возрасте. Бурный рост лимфоидной ткани в глотке и носоглотке характерен для детей после 2–2,5 года, в 14–15 лет у большинства подростков аденоиды уменьшаются в размерах и подвергаются обратному развитию. Тем не менее встречаются и описаны случаи лимфоидной гиперплазии носоглотки у лиц среднего и пожилого возраста. Гипертрофия носоглоточной миндалины вызывает застойную гиперемия в окружающих мягких тканях – слизистой оболочке носовых раковин, мягком небе, задних небных дужках и даже в придаточных пазухах носа, сдавливает и (или) obturiрует устья слуховых труб. В статье приведен пример пациентки пожилого возраста с гипертрофией носоглоточной миндалины и развившимися на этом фоне осложнениями.

Ключевые слова: аденоидные вегетации, сенсоневральная тугоухость, экссудативный отит, эндоскопическая хирургия.

Библиография: 3 источника.

Adenoid vegetations or adenoids is a frequent pathology in children. The rapid growth of lymphoid tissue in the pharynx and nasopharynx is typical for children after 2–2,5 years, 14–15 years, most teenagers adenoids shrink and are subject to regression. Nevertheless, there are also described cases of nasopharyngeal lymphoid hyperplasia in patients of middle and old age. Hypertrophy of the nasopharyngeal tonsil causing congestive hyperemia in the surrounding soft tissues – mucous membrane of the nasal turbinate, soft palate, posterior palatal bow and even in the paranasal sinuses, compress and obturate mouth ear tubes. The article is an example of elderly patients with hypertrophy of the nasopharyngeal tonsil and developed on this background complications.

Key words: adenoid vegetations, sensorineural hearing loss, exudative otitis media, endoscopic surgery.

Bibliography: 3 sources.

Аденоидные вегетации, или аденоиды, это часто встречающаяся патология в детском возрасте. Свое развитие аденоиды начинают во второй половине внутриутробной жизни плода, формируются к концу первого года жизни. Бурный рост лимфоидной ткани в глотке и носоглотке характерен для детей после 2–2,5 года. К 10 годам этот рост приостанавливается, и в 14–15 лет у большинства подростков аденоиды уменьшаются в размерах и подвергаются обратному развитию. У детей старше 16 и у взрослых аденоидная ткань в носоглотке, как правило, отсутствует [1].

Тем не менее встречаются и описаны случаи лимфоидной гиперплазии носоглотки у лиц среднего и пожилого возраста. При этом чаще под маской аденоидов прогрессируют лимфо-пролиферативные заболевания [3].

Известно, что гипертрофия носоглоточной миндалины вызывает застойную гиперемия в окружающих мягких тканях – слизистой оболочке носовых раковин, мягком небе, задних



СВЕТЛОЙ ПАМЯТИ СЕМЕНА НИКОЛАЕВИЧА ХЕЧИНАШВИЛИ ПОСВЯЩАЕТСЯ

«На 91-м году жизни тихо, мирно скончался один из основоположников советской школы оториноларингологии, последний из могилкан советской и грузинской медицины – Симон Хечинашвили. Прими усопшего, Господь, в твои небесные селенья...»

Так кратко было сообщено в Интернете о завершении жизненного пути (21 июня 2010 года – прим. редакции) корифея мировой медицинской науки академика Академии медицинских наук СССР, академика Академии наук Грузии, члена Немецкой академии естественных наук (Леопольдины), почетного доктора Берлинского университета имени Гумбольдта, почетного члена научных обществ оториноларингологов Чехословакии, Польши, Болгарии и Германии Семена Николаевича Хечинашвили.



Биографическая справка

Семен Николаевич Хечинашвили родился 26 ноября 1919 г. в городе Кутаиси (Грузия). Отец – Хечинашвили Николай Семенович (1887–1946). Мать – Хечинашвили Ольга Игнатьевна (1898–1948). Супруга – Микеладзе Лали Давидовна (1932 г. рожд.). Сын – Хечинашвили Деви Семенович (1958 г. рожд.). Дочь – Хечинашвили Майя Семеновна (1960 г. рожд.).

В 1941 г. окончил Тбилисский медицинский институт. Работал ординатором оториноларингологического отделения Республиканской центральной клинической больницы в Тбилиси (1941–1944), ассистентом (1944–1945), доцентом (1946–1948), профессором (1949–1951) кафедры оториноларингологии Тбилисского института усовершенствования врачей. В 1943 году защитил кандидатскую диссертацию, в 1949 г. – докторскую. С 1951 г. до конца своих дней заведовал кафедрой оториноларингологии Тбилисского института усовершенствования врачей (ныне – Тбилисская медицинская академия). С 1942 по 1951 г. по совместительству работал в Институте физиологии имени И. С. Бериташвили АН Грузинской ССР.

С 1971 по 1980 г. был ректором Тбилисского института усовершенствования врачей.

Разработал новые модификации слухоулучшающих операций у больных отосклерозом, участвовал в разработке методов объективной аудиометрии путем регистрации слуховых вызванных потенциалов, новых методов операции на гортани при ее опухолях. Предложил новые эндоларингеальные операции с использованием углекислотного лазера, микрохирургические операции у больных отосклерозом с использованием аргонного лазера, у больных хроническим перфоративным отитом (мирингопластики и тимпанопластики). Разработал и внедрил в клиническую практику операции с использованием аргонного лазера, новые способы остановки носового кровотечения, а также эндоназальные операции.

Автор около двухсот научных работ, в том числе монографий «Вестибулярная функция» (1953), «Вопросы теории и практики слуховосстановительной хирургии» (1963), «Вопросы аудиологии» (1978), «Слуховые вызванные потенциалы человека» (1983). Соавтор двух руководств по оториноларингологии (1963, 1989).

В 1963 году удостоен Ленинской премии.



В 1961 г. избран членом-корреспондентом, в 1980 г. – действительным членом Академии медицинских наук СССР, в 1996 г. – действительным членом Академии наук Грузии.

Член Немецкой академии естественных наук (Леопольдины) (1976), почетный доктор Берлинского университета имени Гумбольдта, почетный член научных обществ оториноларингологов Чехословакии, Польши, Болгарии и ГДР (1978), лауреат премии имени И. С. Бериташвили АН Грузии (1984).

В Большой советской энциклопедии, наиболее фундаментальном и уважаемом издании Советского Союза, где мало о ком написано при жизни, значится следующее:

«Хечинашвили Семен Николаевич (р. 26.11.1919, Кутаиси), советский оториноларинголог, член-корреспондент АМН СССР (Академия медицинских наук СССР) (1963). Член КПСС с 1947. В 1941 окончил Тбилисский медицинский институт; работал под руководством И. С. Бериташвили. С 1952 заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Тбилисского института усовершенствования врачей. Основные труды посвящены исследованию подкорковых и корковых вестибулярных механизмов, хирургическому лечению опухолей гортани и микрохирургии уха. Предложил оригинальную методику экспериментального изучения функции небных миндалин. Ленинская премия (1964) за совершенствование и внедрение в практику слухоулучшающих операций при отосклерозе. Депутат Верховного Совета СССР 7-го и 8-го созывов. Награжден орденом Ленина, орденом Трудового Красного Знамени и медалями».

В личности С. Н. Хечинашвили гармонично сочетались талант ученого, организатора науки, учителя, но самое главное – замечательного человека, душевного, эрудированного. Человека, глубоко интеллигентного и широко образованного, свободно владеющего несколькими иностранными языками.

Нам хочется привести воспоминания о С. Н. Хечинашвили профессора кафедр медфакультета Кыргызско-Российского Славянского университета и Кыргызского госмединститута переподготовки и повышения квалификации Георгия Ароновича Фейгина, из его книги «Портрет оториноларинголога: размышления, проблемы, решения».

«Съезд проходил в ленинградском дворце “Пятилетки”. В нем, помимо громадного зала для пленарных заседаний, было еще несколько залов для секционных заседаний. На этом съезде я впервые увидел многих знаменитых отоларингологов того времени. Всех я сейчас перечислить не могу, но некоторые имена остались в памяти. Среди них незабываемое впечатление на меня произвели Б. С. Преображенский, Я. С. Темкин, А. И. Фельдман, И. И. Потапов, С. Н. Хечинашвили, А. Г. Лихачев, Е. Н. Мануйлов, А. Р. Ханамиров, А. Х. Миньковский, Ю. Б. Преображенский, Н. А. Преображенский, А. И. Пачес, В. К. Трутнев, Е. С. Огольцова, О. К. Потякина-Федорова и др.

Очень интересный доклад о патологии вестибулярного аппарата был сделан английским отоларингологом Коуторном, который переводил Симон Николаевич Хечинашвили. Его знание языков и талант переводчика мне и другим доставили истинное удовольствие. Им мы восторгались и на другом Всесоюзном съезде отоларингологов, который проходил в 1975 г. в Тбилиси. На нем С. Н. Хечинашвили был переводчиком доклада Мишеля Портмана – француз из Бордо, который сделал сообщение о 157 операциях на внутреннем слуховом проходе».

Труды ученого открыли новые пути в науке и практике. Высказанные им идеи и положения остаются актуальными не только в наши дни, они будут интересны всегда. Изучение наследия С. Н. Хечинашвили актуально и современно. Семен Николаевич был человеком широкого научного кругозора

Выступления С. Н. Хечинашвили на съездах и конференциях всегда поражали глубиной мысли и последовательностью проводимых исследований. Особенно запомнилась конференция, организованная им в 1983 г. в Тбилиси с участием видных специалистов Европы и США. Эта конференция оставила неизгладимое впечатление у всех присутствующих на ней.





С. Н. Хечинашвили присущи – прекрасный исследователь глубины непознанных явлений в физиологии и патофизиологии слухового анализатора.

Большие заслуги С. Н. Хечинашвили и в области разработки новых операций при отосклерозе, которые улучшают слух, так как консервативные методы лечения этого заболевания во всем мире не давали положительных результатов.

Общеизвестно значение слуха для человека. Потеря слуха – трагедия для него. Она заставляет бросать любимую работу, менять профессию, иногда делает человека инвалидом. Одной из частых причин глухоты является отосклероз. Годами совершенствовались слухоулучшающие операции за рубежом и в бывшем Советском Союзе, но они оставались недостаточно эффективными.

Видные ученые отоларингологии С. Н. Хечинашвили (Тбилиси), А. И. Коломийченко (Киев), Н. А. Преображенский, К. Л. Хиллов (Санкт-Петербург), В. Ф. Никитина (Москва), Л. Н. Петрова (Ленинград) успешно совершенствовали методику оперативного лечения отосклероза, которую предложил американский ученый С. Розен. Это был настоящий триумф отоларингологии XX века. Операция возвращала слух более 70% больных, который оставался стабильным и в отдаленном периоде, а все ученые были удостоены звания лауреата Ленинской премии.

На V Всесоюзном съезде оториноларингологов в Ленинграде (1958) С. Розен в знак благодарности за усовершенствование его метода лечения больных отосклерозом подарил А. И. Коломийченко, С. М. Хечинашвили, М. А. Преображенскому золотые значки с инициалами и стремением из платины, а В. Ф. Никитиной – золотые сережки с инициалами и стремением.

С. Н. Хечинашвили был творцом новых знаний в оториноларингологии вообще и в аудиологии в особенности.

Он был незаурядной личностью, привлекающей исследователей к решению новых неизведанных направлений в электрофизиологии.

Нам кажется уместным привести воспоминания и размышления С. Н. Хечинашвили в связи с 70-летием журнала «Вестник оториноларингологии» (№ 5, 2006 г.)

«Я вспоминаю, что стал читателем «Вестника оториноларингологии» вскоре после того, как стал работать в клинике, которой тогда руководил видный представитель петербургской школы оториноларингологов проф. Николай Михайлович Асписов. Н. М. Асписов познакомил меня с академиком АМН СССР Борисом Сергеевичем Преображенским, который тогда был главным редактором журнала «Вестник оториноларингологии». Встреча с Б. С. Преображенским произвела большое впечатление на меня, и в течение многих лет после этого я с исключительным уважением вспоминал этого выдающегося руководителя нашей дисциплины.

Вторая, еще более важная для меня встреча состоялась также по инициативе Н. М. Асписова, с физиологом, имеющим очень высокий авторитет в международном масштабе, академиком АН СССР Иваном Соломоновичем Бериташвили. Задолго до того И. С. Бериташвили изучал в лаборатории Р. Магнуса и И. Деклейна нервный механизм вестибулярных рефлексов. И он сохранил интерес к дальнейшему изучению вестибулярной функции. Этот план был осуществлен в институте физиологии АН Грузинской ССР, который носит имя И. С. Бериташвили. Он пригласил меня участвовать в проведении наблюдений. Вскоре наступили годы первых орбитальных полетов, которые вызвали большой интерес к исследованию вестибулярной функции. И я имел возможность познакомиться с некоторыми выдающимися руководителями космической программы. Результаты моих исследований были опубликованы в монографии и в различных журналах, в том числе в «Вестнике оториноларингологии». Эти исследования проводились в течение десятилетия, после чего я решил работать только в клинике. Тогда меня интересовали главным образом слухоулучшающие операции и новые методы исследования слуха у человека с использованием методов вычислительной техники. В эти годы у меня сложились деловые и дружеские отношения с выдающимися представителями нашей дисциплины, ездил вместе с ними в зарубежные научные командировки, отчеты о которых всегда публиковались в «Вестнике оториноларингологии». Большим событием для меня было строительство нового здания клиники и ее оснащение новым оборудованием. И еще более важным был приход



в нашу клинику талантливых молодых специалистов.

...Хотелось бы, чтобы в будущем в “Вестнике оториноларингологии” чаще печатались статьи обзорного характера, отражающие прогресс в других медицинских дисциплинах и результаты фундаментальных научных исследований, которые могут определять создание новых методов диагностики и лечения нейросенсорной тугоухости у человека с помощью генетических методов. Потому что речь идет о создании альтернативы не только для современных (не очень эффективных) методов лечения нейросенсорной тугоухости, но, возможно, также и для кохлеарной имплантации».

Эти слова, написанные С. Н. Хечинашвили в 87-летнем возрасте, свидетельствуют, что до конца своих дней он переживал за будущее оториноларингологической науки, гордился созданным им коллективом.

С. Н. Хечинашвили и коллектив, которыми он руководил, всегда поддерживали дружественные связи с профильными институтами Киева, Москвы, Санкт-Петербурга, с оториноларингологическими отделениями и лабораториями научно-исследовательских институтов, кафедрами оториноларингологии медицинских учреждений бывшего СССР и зарубежных стран.

Посетив созданный в Киевском институте отоларингологии музей, академики АМН СССР С. Н. Хечинашвили и Н. А. Преображенский, которые хорошо знали А. И. Коломийченка и получили вместе с ним Ленинскую премию, выразили большое удовлетворение в связи с тем, что «руководство института и его прекрасный коллектив берегут память о выдающемся деятеле советской оториноларингологии».

Семен Николаевич был неутомимым, опытным проводником научных идей в практику. Его научная и практическая деятельность была оценена грузинским народом.

С. Н. Хечинашвили в 1986 г. был удостоен звания почетного гражданина Грузии. А о вере в доктора Хечинашвили свидетельствуют слова одного из героев в романе классика советской литературы Нодара Думбадзе «Закон вечности»: «Двадцать лет он не слышал меня и вдруг теперь услышит? Глухой твой бог, батюшка, глухой! Сидит где-то там, на облаках, и пыжится! Спустился бы лучше вниз да сходил бы в клинику Хечинашвили, авось и вылечили бы старика!..»

С. Н. Хечинашвили были органически свойственны высокая нравственность, одаренность, гражданственность, верность народу и личное обаяние. Он был не только талантливым ученым, но и высокоинтеллектуальным, разносторонне образованным человеком, исследователем и организатором, патриотом, замечательным педагогом.

Оториноларингология потеряла выдающегося талантливого ученого.

Все сотрудники нашего института скорбят в связи с тяжелой утратой. Пусть же Ваша грузинская земля, Семен Николаевич, будет для Вас легким пухом.



Администрация и сотрудники ГУ «Институт отоларингологии
им. проф. А. И. Коломийченка НАМН Украины»,
Украинское научное медицинское общество врачей-отоларингологов,
редколлегия и редакция «Журнала ушных, носовых и горловых болезней»



ПАМЯТИ СЕМЕНА НИКОЛАЕВИЧА ХЕЧИНАШВИЛИ

Научная и клиническая оториноларингология Грузии, научная и клиническая оториноларингология всего мира в 2010 г. простилась с Семеном Николаевичем Хечинашвили – виднейшим представителем элитарного медицинского общества, глубокообразованной личностью, эрудитом, энциклопедистом. Совмещая уникальную одаренность и самоотверженный труд, Семен Хечинашвили создал целую эпоху в теоретической и практической оториноларингологии. Великий ученый, бесподобный врач и общественный деятель, прекрасный лектор, неутомимый учитель был образцом для многих. Его блистательные монографии и научные труды признаны специалистами всего мира. Семен Хечинашвили безмерную активность проявлял до последних дней своей жизни.

Семен Хечинашвили был лауреатом Государственной Ленинской премии, лауреатом премии имени Бериташвили Академии наук Грузии, действительным членом Национальной академии наук Грузии, действительным членом Российской медицинской академии наук, членом Немецкой академии естествознания Леопольдино, президентом Ассоциации оториноларингологов Грузии. Был действительным членом Академии медицинских наук Советского Союза, ректором Тбилисского института усовершенствования врачей, депутатом Верховного Совета Советского Союза, почетным гражданином Тбилиси. Был активным участником глобальных демократических движений медиков: «Врачи мира против ядерной войны» и «Врачи мира без границ».

По инициативе Семена Николаевича в Тбилиси построено замечательное здание оториноларингологической клиники, которая с самого начала именовалась как «Клиника Хечинашвили». Сейчас эта клиника уже официально носит его имя.

К Семену Николаевичу регулярно приезжали пациенты из других стран – Армении, Азербайджана, Украины, России, Средней Азии... Успешно совмещал клиническую и научную деятельность. Всегда ориентированный на Запад, он имел тесные контакты со специалистами многих стран мира. Он сам и его сотрудники часто посещали научные и клинические центры за рубежом, проводили совместные исследования, участвовали в работе симпозиумов, конгрессов, съездов, конференций. Сам Семен Хечинашвили в разное время долго работал в известных клиниках Англии, США, Германии. На симпозиумах и конгрессах он, как правило, выполнял функцию председателя, при том всегда прекрасно. В свою очередь, уже с раннего периода 70-х годов в Тбилиси постоянно гостили ученые и врачи из Германии, Венгрии, Болгарии, США... В ту пору такие визиты были редкостью. Выполненные в Тбилиси научные труды регулярно печатались в международной периодике. На основании накопленного материала защищались диссертации. Несколько ведущих специалистов Германии для своих докторских диссертаций использовали экспериментальные материалы, полученные ими в Тбилиси под руководством Семена Николаевича. В соавторстве с немецкими коллегами грузинские аудиологи опубликовали около 125 научных трудов. Учитывая высокий международный авторитет и продуктивность научных контактов с немецкими коллегами, известная немецкая фирма по слуховым аппаратам Kind-Hörgeräte первый в постсоветском пространстве и один из первых в восточной Европе филиал основала именно в Тбилиси, при этом в Грузии по сравнению с другими странами, включая Германию, цены на аппараты установила низкие.

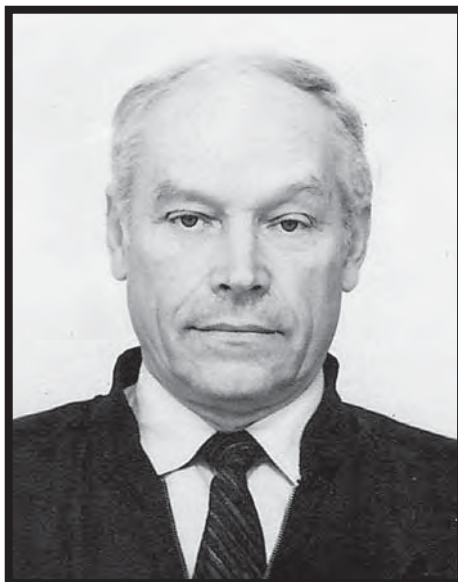
Наряду с грузинским языком Семен Хечинашвили блестяще владел русским, английским, немецким, французским. При его непосредственном участии в основанном им Тбилисском центре аудиологии выполнено сотни научных трудов, притом больше 200 статей на английском и немецком языках. Многие из них опубликованы в авторитетных журналах с высоким импакт-фактором, в таких как: *Minerva Otorinolaryngologica*, *Nature (London)*, *British Journal of Audiology*, *Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, *Scandinavian Audiology*, *Audiology*, *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, *Acta Otolaryngologica (Stockholm)*, *American Journal of Otology*, *Physiology of Behaviour*, *HNO*, *HNO-Praxis*, *ORL*, *Audiologische Akustik*, *Otolaryngologica (Prague)*, *European Archives of ORL*, *Head and Neck Surgery*, *Laryngo-Rhino-Otology*, *Ear and Hearing*, *Hearing Research*. Такое количество работ в международной научной периодике является предметом гордости даже для крупных научных организаций и тем более для немногочисленных коллективов, к которым относится Тбилисский центр аудиологии.

Светлая память о Семене Николаевиче Хечинашвили навсегда сохранится в сердцах его друзей, коллег, всех тех, кто знал и любил его.

Член-корреспондент Национальной академии наук Грузии,
д-р мед. наук проф. **Зураб Кеванишвили**



28 ноября 2011 года на 76 году жизни после тяжелой продолжительной болезни скончался Ветеран Великой Отечественной войны, житель блокадного Ленинграда, доцент кафедры оториноларингологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии



Лев Васильевич ЕГОРОВ

Лев Васильевич прошел славный жизненный путь. После окончания в 1960 г. Ленинградского педиатрического института работал в г. Сольвычегодск Архангельской области. С 1963 г. жизнь Льва Васильевича неразрывно связана с Педиатрической академией, где он прошел путь от аспиранта кафедры до доцента. В 1966 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Клинико-аудиологические исследования у детей в норме и при различных формах поражения периферического и центрального отделов органа слуха». Прекрасный хирург, последователь школы Д. М. Рутенбурга, Лев Васильевич активно внедрял в работу клиники слухоулучшающие операции у детей.

Лев Васильевич был прекрасным наставником молодого поколения докторов, верным соратником и другом.

Его общественная работа по достоинству оценена руководителями института и Академии. Лев Васильевич – Ударник Коммунистического труда, награжден знаком «Победитель социалистического соревнования», имеет благодарности Президента Российской Федерации и Министерства Здравоохранения России, благодарность общества «Знание» и Грамоту общества «Знание», ветеран Труда, награжден медалью «50-летие Победы».

Скорбим в связи с кончиной Л. В. Егорова, выражаем глубокие соболезнования родным и близким.

Коллектив кафедры и клиники оториноларингологии
Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии
Редакция журнала «Российская оториноларингология»
Санкт-Петербургское городское общество оториноларингологов



К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал «Российская оториноларингология»

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

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

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

I. 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

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

(Директор — засл. врач РФ, 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. Статья должна быть предоставлена в электронном виде — 3,5" дискета, компакт-диск (CD) или передана по Internet (e-mail, ftp://).

3. Каждая статья должна быть представлена в виде одного файла (Microsoft Word). Дискета, 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 A4 (210×297 см) с полями 2,5 см, объемом (без списка литературы) не менее 4–6 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 (фото 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 3-х 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].

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 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., Тёмкин Я. С., Лихачёв 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 оториноларингологии и логопатологии. — 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 / Чугаева В. И.; 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 / Тернет Э. В. (США); заявитель Спеис Системз / Лорал, инк.; пат. поверенный Егорова Г. Б. — № 2000108705/28; заявл. 07.04.00; опубл. 10.03.01, Бюл. № 7(1 ч.); приоритет 09.04.99, № 09/289, 037 (США). — 5 с.

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

Уважаемые коллеги! Редакция имеет право сокращать статьи.

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

При нарушении указанных правил редакция не принимает статьи к рассмотрению.

Контактный тел./факс редакции: 8(812) 316-29-32

СОДЕРЖАНИЕ

Научные статьи

С. В. Астащенко, И. А. Аникин, Р. В. Карапетян

Причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших санлирующие вмешательства на среднем ухе. Ретроспективный анализ. 3

Г. К. Ахмедова

Клинико-микробиологические исследования хронического тонзиллита у детей с хроническим гастродуоденитом 11

А. Г. Волков, В. В. Киселев, Г. И. Кирий

Соматометрические особенности у детей с гипертрофией носоглоточной миндалины . . . 17

А. Г. Волков, И. В. Стагниева

Клинико-патофизиологические параллели лицевой боли 21

И. М. Гайдук, Д. С. Коростовцев, Н. Л. Шапорова, Д. В. Брейкин

Иммунологические механизмы сублингвальной специфической иммунотерапии у детей с аллергическим ринитом, конъюнктивитом и астмой 28

И. Г. Гусейнов, Х. Ш. Давудов, И. И. Нажмудинов, К. В. Акопян, И. О. Куликов

Фотодинамическая терапия папилломатоза гортани с применением 5-аминолевулиновой кислоты 32

Х. М. Диаб, И. А. Аникин, С. А. Еремин

Способ профилактики вибротравмы внутреннего уха при одномоментном устранении атрезии наружного слухового прохода с тимпанопластикой и оссикулопластикой 36

А. М. Еловигов, С. В. Лиленко

Показатели акустической импедансометрии при отосклерозе 40

А. Р. Забирова

Клинико-аудиологические критерии ранней диагностики нарушений слуха у детей больных хроническим пиелонефритом 44

Е. М. Илларионова, И. В. Отвагин, Н. П. Грибова

Клинико-стабилометрический анализ и лечение системного головокружения 48

Е. В. Ильинская, Ю. Е. Степанова, Е. Е. Корень, А. Ю. Юрков, В. А. Косенко

Микроорганизмы в опухолеподобных образованиях голосовых складок 53

Е. С. Кириллов, М. Ю. Коркмазов

Этиологические аспекты детской тугоухости в Челябинской области 60

**И. М. Кириченко, Н. А. Дайхес, Н. С. Алексеева, А. В. Переседова,
С. В. Яблонский, Н. Ш. Арзуманян**

Нарушение вестибулярной функции у больных рассеянным склерозом 63

В. Н. Колесников, Н. В. Бойко, Е. А. Писаренко Хирургическое удаление тимпанальных параганглиом с сохранением звукопроводящих структур среднего уха	69
А. В. Коршун, М. Ю. Коркмазов Анализ зависимости эффективности кохлеарной имплантации от наличия предоперационного слухового опыта	77
А. П. Кочеткова, М. Ю. Коркмазов Передняя активная риноманометрия для оценки носового дыхания при консервативном лечении вазомоторного ринита	81
М. Р. Лалаянц Динамика изменений порогов слышимости у некоторых детей первого года жизни	84
И. А. Леонова, Н. А. Верлов, М. М. Хомич, В. И. Линьков, С. В. Ремизов Показатели гемодинамики у детей в раннем послеоперационном периоде после аденотомии	89
О. А. Меркулов Эндоскопические эндоназальные подходы в лечении аденомы гипофиза у детей	94
О. В. Морозова Особенности диагностики и лечения синуситов, ассоциированных с грибковой инфекцией	101
М. Р. Мухамедов, Е. Л. Чойнзонов, В. Э. Гюнтер, В. Ю. Павлов, Д. Е. Кульбакин, А. А. Мядзель, О. В. Черемисина, Н. В. Васильев, С. В. Симонов Хирургическая реабилитация больных злокачественными новообразованиями гортани имплантатами на основе сверхэластичных материалов из никелида титана	105
К. И. Нестерова, И. А. Нестеров Влияние ультразвуковой безпункционной технологии санации околоносовых пазух на качество жизни пациентов при хронических гнойных полисинуситах	110
Ю. С. Петрова, С. А. Юркин Оптимизация лечения гнойных синуситов	115
М. М. Полунин, М. Р. Богомильский Особенности хирургической анатомии пирамиды височной кости у детей раннего возраста	119
Н. В. Попова, М. Ю. Коркмазов Сравнительный анализ клинико-эпидемиологических показателей у пациентов с персистирующим и интермиттирующим аллергическими ринитами	122
Е. И. Саливончик, В. И. Садовский Эффективность коагуляционной тонзиллэктомии в профилактике послеоперационных кровотечений	127
В. И. Самбулов, Н. М. Захарова, Е. В. Филатова, Н. В. Лукань, С. Н. Шатохина Морфологическая оценка эффективности применения низкочастотного ультразвукового воздействия в лечении больных хроническим тонзиллитом	131

А. В. Теплов, А. Б. Киселев Клинические особенности острого синусита у больных рассеянным склерозом	136
Н. В. Терскова, С. Г. Вахрушев, Н. А. Шнайдер, М. С. Пилюгина Аддитивный вклад однонуклеотидных замен гена фактора некроза опухолей- α в предрасположенность к хроническому аденоидиту	142
Н. В. Терскова, А. А. Савченко, С. Г. Вахрушев, А. С. Сибатян Активность НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах крови у детей с хроническим аденоидитом в обеспечении гомеостаза	153
Б. В. Тюрин Изменения функционального состояния вегетативной нервной системы при хронических неспецифических воспалениях небных, глоточной миндалины в детском возрасте	161
Д. Р. Фернандо, Ю. В. Назарочкин, А. И. Проскурин, Б. А. Гринберг Алгоритм диагностики и лечения больных паратонзиллярным абсцессом и шейным лимфаденитом	165
А. М. Хакимов, Р. И. Исроилов, А. Ж. Ботиров Миринопластика с применением ксенотрансплантата из перикарда овцы	169
З. П. Худоногова, А. Н. Евстропов, Н. Г. Васильева, М. А. Рымша, И. В. Подволоцкая, М. В. Шоларь Эффективность использования стафилококкового бактериофага в топической терапии хронического тонзиллита	175
Н. Ж. Хушвакова, Н. О. Хамракулова Результаты обследования слуха и ген диагностики среди тугоухих детей специализированных интернатов г. Самарканда	181
Н. Н. Цыбиков, Е. В. Егорова, В. И. Пересторонин Белок теплового шока HSP-70 и аутоантитела к нему при хроническом гнойном риносинусите	183
Из практики	
В. В. Виноградов, Т. А. Галкина, С. С. Решульский, М. А. Лабазанова Клинический случай сочетания аденоидов и тугоухости у пациентки пожилого возраста	187
Исторический раздел	
Светлой памяти Семёна Николаевича Хечинашвили посвящается	190
Памяти Семёна Николаевича Хечинашвили	194
Некролог	
Лев Васильевич Егоров	195

Информационный раздел

Приказ Минздравсоцразвития России №155н от 28 февраля 2011 г.

Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю
«оториноларингология» и «сурдология-оториноларингология» 196

V Межрегиональная научно-практическая конференция оториноларингологов Южного
и Северо-Кавказского Федерального округа 15–16 июня 2012 года в городе

Ростове-на-Дону 219

Конгресс, Италия. 220