

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 — *технический редактор*

И. А. Аникин (Санкт-Петербург)
В. Ф. Антонив (Москва)
Х. Ш. Давудов (Москва)
А. С. Киселев (Санкт-Петербург)
В. С. Козлов (Москва)
О. И. Коноплев (Санкт-Петербург)
С. М. Куян (Москва)
В. И. Линьков (Санкт-Петербург)
Г. С. Мальцева (Санкт-Петербург)
Я. А. Накатис (Санкт-Петербург)
Н. Н. Науменко (Санкт-Петербург)
Е. В. Осипенко (Москва)
И. В. Плешков (Москва)
В. М. Свистушкин (Москва)
Ю. Е. Степанова (Санкт-Петербург)
Э. А. Цветков (Санкт-Петербург)
А. С. Юнусов (Москва)
С. В. Яблонский (Москва)

№ 4 (53) 2011 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абабий И. И. (Кишинев, Молдавия)	Калинин М. А. (Архангельск)	Пискунов С. З. (Курск)
Абдулкеримов Х. Т. (Екатеринбург)	Клемент П. (Брюссель, Бельгия)	Портенко Г. М. (Тверь)
Алиметов Х. А. (Казань)	Клочихин А. Л. (Ярославль)	Портнов В. Г. (Ленинградская обл.)
Анютин Р. Г. (Москва)	Кофанов Р. В. (Челябинск)	Проскурин А. И. (Астрахань)
Арефьева Н. А. (Уфа)	Кочеровец В. И. (Москва)	Рымша М. А. (Новосибирск)
Бабияк В. И. (С.-Петербург)	Кошель В. И. (Ставрополь)	Семенов Ф. В. (Краснодар)
Богомилский М. Р. (Москва)	Кравчук А. П. (Ижевск)	Сергеев М. М. (Краснодар)
Бойко Н. В. (Ростов)	Кржечковская Г. К. (Ставрополь)	Сергеев С. В. (Пенза)
Борзов Е. В. (Иваново)	Кротов Ю. А. (Омск)	Староха А. В. (Томск)
Бурмистрова В. П. (Москва)	Крюков А. И. (Москва)	Таварткиладзе Г. А. (Москва)
Быкова В. П. (Москва)	Кунельская Н. Л. (Москва)	Тальшинский А. М. (Баку, Азербайджан)
Вахрушев С. Г. (Красноярск)	Лиленко С. В. (С.-Петербург)	Тарасова Г. Д. (Москва)
Вишняков В. В. (Москва)	Лопатин А. С. (Москва)	Тимен Г. Е. (Киев, Украина)
Виницкий М. Е. (Ростов)	Мельников Ю. Д. (Череповец)	Тулбаев Р. К. (Астана, Казахстан)
Волик А. К. (Краснодар)	Макарина-Кибак Л. Е. (Минск, Беларусь)	Фанта И. В. (Санкт-Петербург)
Волков А. Г. (Ростов)	Мареев О. В. (Саратов)	Фейгин Г. А. (Бишкек, Киргизия)
Гаджимирзаев Г. А. (Махачкала)	Матела И. И. (Москва)	Хакимов А. М. (Ташкент, Узбекистан)
Гарашенко Т. И. (Москва)	Мингалиев Н. В. (Новокузнецк)	Ханамирян Р. М. (Ереван, Армения)
Георгиади Г. А. (Владикавказ)	Назарочкин Ю. В. (Астрахань)	Храбриков А. Н. (Киров)
Говорун М. И. (С.-Петербург)	Носуля Е. В. (Москва)	Храппо Н. С. (Самара)
Григорьев Г. М. (Екатеринбург)	Николаев М. П. (Москва)	Хоров О. Г. (Продно, Белоруссия)
Гусейнов Н. М. (Баку, Азербайджан)	Овчинников Ю. М. (Москва)	Худиев А. М. (Баку, Азербайджан)
Гюсан А. О. (Черкесск)	Орлова О. С. (Москва)	Чайко В. К. (Петропавловск-Камчатский)
Джапаридзе Ш. В. (Тбилиси, Грузия)	Павленко С. А. (Кемерово)	Шантуров А. Г. (Иркутск)
Егоров В. И. (Москва)	Пальчун В. Т. (Москва)	Шахов В. Ю. (Нижний Новгород)
Енин И. П. (Ставрополь)	Пассали Д. (Сиена, Италия)	Шахова Е. Г. (Волгоград)
Еремина Н. В. (Самара)	Панин В. И. (Рязань)	Шукурян А. К. (Ереван)
Забиров Р. А. (Оренбург)	Панкова В. Б. (Москва)	Шульга И. А. (Оренбург)
Заболотный Д. И. (Киев, Украина)	Пашкова А. В. (Москва)	
Зеленкин Е. М. (Москва)	Пацинин А. Н. (С.-Петербург)	
Иванченко Г. Ф. (Москва)	Петрова Л. Г. (Минск, Белоруссия)	
Извин А. И. (Тюмень)	Пискунов Г. З. (Москва)	

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 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.

© СПб НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва.

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

Адрес редакции:

190013, Россия, С.-Петербург,

ул. Бронницкая, д. 9,

Тел./факс: (812) 316–29–32

E-mail: tulkin19@mail.ru, tulkin@nregistr.ru

Компьютерная верстка: Т. М. Каргапольцева

Подписано в печать 07.06.2011 г.

Формат: 60x90¹/₈, объем 20 усл. печ. л.

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

Отпечатано с готовых диапозитивов

в тип. ООО «Политехника-сервис»

С.-Петербург, ул. Инженерная, д. 6.

Лицензия ПЛД № 69 291 от 19.10.1998 г.

Зак. тип. 2355



УДК: 616.28-008.5 + 616.28-008.14

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ РАВНОВЕСИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Х. Т. Абдулкеримов¹, К. И. Карташова¹, Р. С. Давыдов¹, О. О. Машинец¹,
Н.С. Николаев²

THE STATE OF THE EQUILIBRIUM FUNCTION IN PATIENTS WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS

Kh. T. Abdulkerimov, K. I. Kartashova, R. S. Davydov, O. O. Mashinets,
N. S. Nikolaev

¹ ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития
РФ, г. Екатеринбург

(Ректор — Засл. врач РФ, проф. С. М. Кутепов)

² Городская клиническая больница № 40, г. Екатеринбург

(Главный врач — А. И. Прудков)

Использование метода функциональной компьютерной стабилотрии и объективизация состояния статокINETической системы позволяет выявлять субклинические проявления нестабильности в вестибулярных рецепторах у пациентов с различными формами сенсоневральной тугоухости.

При нарушениях слуховой функции у большинства пациентов также выявляется и нарушение функции равновесия. Использование данной методики позволяет отслеживать динамическое течение процесса до начала лечения, во время проводимой терапии и после нее.

Ключевые слова: функциональная компьютерная стабилотрия, функция равновесия, сенсоневральная тугоухость.

Библиография: 6 источников.

Using the functional computer stabilometry and objectification of statokinetic system state, detects subclinical manifestation of instability in the vestibular receptors in patients with different forms of sensorineural hearing loss.

Aditory disfunction in most patients also reveals dysfunction of equilibrium. Using this technique allows tracking for a dynamic process before treatment, during therapy and after it.

Key words: functional computer stabilometry, equilibrium function, sensorineural hearing loss.

Bibliography: 6 sources.

Проблема сенсоневральной тугоухости и глухоты являются предметом не только клинической, но и социальной медицины, поскольку слух является одной из важнейших функций организма, обеспечивающих развитие человека и его коммуникативную адаптацию в обществе. Более 13 млн. человек в России страдают сенсоневральной тугоухостью.

Неразрывная анатомо-топографическая взаимосвязь слухового и вестибулярного аппаратов объясняется нахождением двух этих частей кохлеовестибулярной системы в едином анатомическом образовании — костном лабиринте внутреннего уха. Вестибулометрическое обследование больных с полиэтиологической сенсоневральной тугоухостью по данным разных авторов [1], свидетельствует о вовлечении вестибулярного анализатора в патологический процесс в 76–95 % случаев, что, несомненно, отрицательно отражается на состоянии системы равновесия.

Функцию равновесия тела определяет способность человека сохранять устойчивое вертикальное положение в состоянии покоя, при ходьбе и при выполнении различных двигательных



При анализе результатов терапии СНТ с помощью различных методик, было выявлено достоверное улучшение показателей вестибулярной функции ($p < 0,05$) у пациентов всех групп исследования.

Выводы

1. Функциональная компьютерная стабилметрия (КС) с биологической обратной связью является высокочувствительной диагностической методикой, которая позволяет выявлять субклинические проявления нестабильности в вестибулярных рецепторах.
2. У подавляющего большинства обследованных больных с сенсоневральной тугоухостью имеются расстройства функции равновесия.
3. КС позволяет оценить динамику течения процесса до лечения, во время проводимой терапии и после нее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулкеримов Х. Т. Автоматизированная стабилметрическая диагностика атаксий на основе современных компьютерных информационных технологий: автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб., 2003. 36 с.
2. Бабияк В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А. Нейрооториноларингология: Руководство для врачей. СПб.: Гиппократ, 2002. 84 с.
3. Карташова К. И. Применение динамической коррекции активности симпатической нервной системы у больных с сенсоневральной тугоухостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2010. 28 с.
4. Кубланов В. С. Электрофизический способ коррекции нарушений системы регуляции кровоснабжения головного мозга // Биомедицинская радиоэлектроника. — 1999. — № 4. — С. 12–15.
5. Патент 2386457 Российская Федерация, МКИ8 А61N 1/36. Электрофизический способ лечения нейросенсорной тугоухости / В.С. Кубланов.; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО УГМА Росздрава; опубл. 20.04.2010, Бюл. № 11 (Пч.). — 1 с.
6. Слива С.С. Отечественная компьютерная стабилметрия: технический уровень, функциональные возможности и области применения // Медицинская техника — 2005. — № 6. — С. 2–5.

Абдулкеримов Хийир Тагирович — докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Уральской ГМА. 620028 г. Екатеринбург ул. Репина дом 3, тел 8(343)2669714 e-mail: abdulkerimov@mail.ru; **Карташова** Ксения Игоревна — к.м.н. ассистент каф. оториноларингологии Уральской ГМА. 620028 г. Екатеринбург ул. Репина дом 3, тел: 89122562623, e-mail: kartashovaki@mail.ru; **Давыдов** Роман Сергеевич — к.м.н. ассистент каф. оториноларингологии Уральской ГМА. 620028 г. Екатеринбург ул. Репина дом 3, тел: 8(343)2400476, e-mail: roman.s.davydoff@gmail.com; **Машинет** Ольга Олеговна — аспирант каф. оториноларингологии Уральской ГМА. 620028 г. Екатеринбург ул. Репина дом 3, тел: 8(343)2400476, e-mail: omashinets@mail.ru; **Николаев** Николай Сергеевич — врач оториноларинголог городской клинической больницы № 40. г. Екатеринбург ул. Волгоградская, 189. тел: 8(343)2400476, e-mail: NikolaevNS@ugmk-clinic.ru

УДК 616.211-002.2:616.211-083:616.21-08:615.726

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ И МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Л. Ф. Азнабаева, Н. А. Арефьева, Э. Р. Шарипова

MODERN APPROACHES TO SURGICAL AND MEDICAL TREATMENT OF RECURRENT PURULENT RHINOSINUSITIS.

L. F. Aznabaeva, N. A. Arefyeva, E. R. Sharipova

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития, г. Уфа
(Ректор — проф. В. Н. Павлов)

На основании проведенного исследования доказана связь рецидивирующих гнойных риносинуситов с недостаточностью цитокина интерлейкина-1 β . Выявлены клинические маркеры недостаточности интерлейкина-1 β — отсутствие температурной реакции, отсутствие лейкоцитоза при наличии гнойного воспаления в синусах.



Авторами показано, что системная (внутривенная) заместительная цитокиновая терапия рекомбинантным интерлейкином-1 β -беталейкином в 2 раза снижает число рецидивов гнойного риносинусита в отдаленные сроки (5 лет).

Ключевые слова: рецидивирующий гнойный риносинусит, интерлейкин-1, беталейкин.

Библиография: 11 источников.

On the basis of studies have established that recurrent purulent rhinosinusitis with deficiency cytokine interleukin-1 clinical markers of disease. Showed clinical markers interleukin-1 β deficiency — the lack of temperature reaction, the absence of leukocytosis in the presence of purulent inflammation in the sinuses.

The authors have shown that systemic (intravenous) replacement therapy with recombinant cytokine interleukin-1 β -Betaleukin a factor of 2 reduces the number of relapses of purulent rhinosinusitis in long-term period (5 years).

Key words: recurrent purulent rhinosinusitis, interleukin-1, Betaleukin.

Bibliography: 11 sources.

Гнойные риносинуситы (ГРС) наиболее частая патология в практике оториноларинголога как в стационаре, так и в амбулаторном звене.

Классически при наличии гнойного содержимого в околоносовых синусах проводится его дренирование различными хирургическими методами в сочетании с антибактериальной терапией [7]. Широкое внедрение функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух позволило в целом ряде случаев выявлять и успешно устранять анатомические аномалии полости носа, нарушающие дренажную функцию соустьев, однако число рецидивирующих гнойных синуситов не снижается.

Антибиотики также не решают проблему рецидивирования гнойного синусита и у больного, даже с нормальной архитектоникой полости носа, болезнь повторяется. В последнее время отмечается тенденция к увеличению заболеваемости рецидивирующими и хроническими формами риносинуситов [2, 4].

Необходимо отметить, что с позиции иммунологии, длительно существующий воспалительный процесс (в том числе хронический гнойный риносинусит) по мнению ряда авторов [6], свидетельствует о несостоятельности врожденного иммунного ответа в связи со структурными и/или функциональными дефектами в иммунной системе. Знание этих механизмов позволяет пересмотреть сложившиеся подходы к лечению хронических воспалительных заболеваний. С этих позиций, наряду с воздействием на патоген и сам воспалительный процесс, в программе лечения должны учитываться структурные и функциональные нарушения в иммунной системе с последующей коррекцией этих нарушений.

Таким образом, несмотря на имеющиеся значительные успехи в лечении гнойных риносинуситов, число этих больных неуклонно растет, причем увеличивается доля лиц с нетипичным (затяжным и рецидивирующим течением).

Изучение механизмов формирования нетипичного течения ГРС с позиции патогена не находит убедительных объяснений, иммунологические исследования раскрывают некоторые стороны патогенеза ГРС, однако причины рецидивов ГРС их прогнозирование требуют дополнительного научного обоснования.

Цель исследования

Изучение особенностей цитокиновой регуляции в процессе формирования гнойного риносинусита с нетипичным (затяжным и рецидивирующим) течением и разработка метода ее коррекции.

Пациенты и методы

Обследовано 62 больных гнойным риносинуситом с нетипичным течением: из них 31 человек — больные с затяжным течением острого гнойного риносинусита, 31 человек — больные с рецидивами гнойного риносинусита, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении Республиканской клинической больницы им. Г. Г. Куватова г. Уфы.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза, объективную оценку ЛОР-статуса, эндоскопию полости носа, компьютерную томографию ОНП в коронарной и аксиальной проекциях с сагиттальной реконструкцией (по показаниям).



Выводы. Рецидивирующий гнойный риносинусит, протекающий без острофазных признаков воспаления (повышение температуры тела, слабость, недомогание, лейкоцитоз), требует, при отсутствии противопоказаний, назначения системной цитокиновой терапии рекомбинантным интерлейкином-1 β — беталейкином.

Внутривенное (системное) введение беталейкина позволяет сохранить длительную ремиссию (до 5 лет) у больных рецидивирующим гнойным риносинуситом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Продукция провоспалительных цитокинов клетками крови (in vitro) и очага воспаления (in vivo) у больных хроническим гнойным риносинуситом при различных способах лечения беталейкином / Л. Ф. Азнабаева [и др.] // Медицинская иммунология. — 2000. — Т. 2. — № 2. — С. 207.
2. Арефьева Н. А. Иммунология, иммунопатология и проблемы иммунотерапии в ринологии Уфа: БГМУ 1997. 120с.
3. Кетлинский С. А., Симбирцев А. С. Цитокины. СПб.: Фолиант, 2008. 549 с.
4. Лавренова Г. В., Симбирцев А. С., Тараканова Е. Н. Определение уровней цитокинов сыворотки крови у больных риносинуситом. Мат. XVII съезда оториноларингологов России. СПб.: РИА-АМИ. — 2006. 299 с.
5. Лебедев К. А., Понякина И. Д. Иммунная недостаточность (выявление и лечение). М.: Медицинская книга, 2003. 443 с.
6. Руководство по клинической иммунологии, аллергологии, иммуногенетике и иммунофармакологии (для врачей общеклинической практики) / А. А. Михайленко [и др.] М.: Триада, 2005. Т. 2. 559 с.
7. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. М.: Миклош, 2002. 390 с.
8. Под ред. Плужникова М. С. Консервативные и хирургические методы в ринологии. СПб.: Диалог, 2005, 440с.
9. Рязанцев С. В., Науменко Н. Н., Захарова Г. П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: метод. рек. СПб., 2006. 44 с.
10. Фрейдлин И. С. Цитокины в клинике. Современные проблемы аллергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии. Сб. тр. 2-го нац. конгресса РААКИ. М.1998. С. 104–112.
11. Eisenberg S., Evans R., Arend W. et al. Primary structure and functional expression from complementary DNA of a human interleukin -1 receptor antagonist / S. Eisenberg [et al] Nature 1990. 343 (6256). P. 341–346.

Азнабаева Лилия Фаритовна — докт. мед. наук, профессор кафедры оториноларингологии Башкирского ГМУ. 450000 г. Уфа, ул. Ленина д. 3, тел. 8-472-72-63-23; **Арефьева** НинаАлексеевна — докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой оториноларингологии Башкирского ГМУ. 450000 г. Уфа, ул. Ленина д. 3, тел. 83472-22-82-63; **Шарипова** Эльмира Рашитовна — канд. мед. наук, ассистент кафедры оториноларингологии Башкирского ГМУ. 450000 г. Уфа, ул. Ленина д. 3, тел. 8 917-412-1-312. э\п: perpi14@rambler.ru

УДК 616.211-089.844

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В РИНОХИРУРГИИ

А. В. Акимов¹, Р. А. Забиров¹, Р. Р. Рахматуллин², М. В. Григорьева¹

PROSPECTS OF APPLICATION BIOPLASTIC MATHERIALS IN RHINOSURGERY

A. V. Akimov, R. A. Zabirov, R. R. Rachmatullin, M. V. Grigoreva

¹ ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

² ГОУ ВПО «Оренбургский государственный университет»

(Ректор —проф. В. П. Ковалевский)

В статье представлены перспективы применения биопластических материалов для пластики дефектов слизистой оболочки полости носа при выполнении эндоскопических операций.

Ключевые слова: биопластические материалы, хронический ринит, слизистая оболочка носа, хирургическое лечение.



Библиография: 9 источников.

It was presented in the article prospects of use bioplastic materials for plastic of defects mucosa nasal cavity during carrying out of endoscopic operations.

Key words: bioplastic materials, chronic rhinitis, mucosa nasal cavity, surgical treatment.

Bibliography: 9 sources.

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух в структуре ЛОР-патологии занимают ведущее место [4,6]. Экологическое неблагополучие, снижение реактивности организма, аллергизация за счет увеличения ингалируемых аллергенов способствует росту болезней носа и околоносовых пазух, удельный вес которых ежегодно увеличивается на 1–2 % [6]. Рост количества пациентов обусловлен не только за счет увеличения заболеваемости, но и за счет больных, нуждающихся в повторных операциях в полости носа.

В настоящее время в лечении данного контингента больных применяются различные методы консервативного и хирургического лечения. В последние годы результаты традиционных методов хирургического лечения не удовлетворяют ни больных, ни врачей и тем более запросы современного здравоохранения. Основной концепцией современного лечебного процесса является высокая эффективность лечения и сокращение времени пребывания больных в стационаре за счет использования в клинической практике высоких технологий.

При выполнении оперативного лечения могут возникать ситуации, связанные с особенностью заживления операционной раны или объемом удаляемых тканей, при которых возникают дефекты слизистой оболочки полости носа. К ним относятся перфорации носовой перегородки и обширные дефекты слизистой оболочки оболочки при резекции носовых раковин, ведущие к выраженным рубцовым изменениям.

Оперативное лечение дефектов слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух представляется сложной и не в полной мере решенной проблемой оториноларингологии, требующей разработки новых способов оперативных вмешательств с использованием методов эндоскопической ринохирургии и применением адекватных пластических материалов. В последнее десятилетие в оториноларингологии при лечении патологии носа и околоносовых пазух все большее значение приобретают методы эндоскопической ринохирургии, отличающиеся малой инвазивностью, функциональностью и высокой эффективностью. При выполнении данного вида операций часто возникает необходимость в пластике дефектов слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. Для улучшения процессов заживления операционных ран в полости носа и околоносовых пазухах и пластики дефектов слизистой оболочки полости носа сегодня требуются пластические материалы с повышенными регенеративными свойствами, улучшающие процессы заживления и восстановления функции оперированного органа.

В качестве трансплантатов с усиленной регенерацией могут применяться: культура аллофибробластов [2, 3], биосинтетические материалы — OrCel — matrix, Apligraf, NYAFF [7,8,9].

Особого внимания заслуживают работы по применению пластических материалов на основе полимерного носителя органической природы, коллагена, с культурой клеточных элементов аллофибробластов [2,3]. Авторы осуществляли забор фибробластов из дермы плодов человека после предварительного тестирования на антитела и возбудители гепатита, ВИЧ-инфекции и сифилиса. Используя технологию культивирования клеток на специальных средах, получили первичную культуру фибробластов человека с плотностью посева $20 \times 10 \text{ см}^2$, затем культура клеток прививалась на коллагеновую матрицу, которая в свою очередь наносилась на тонкую силиконовую пленку, получая таким образом, биоклеточный трансплантат.

Из зарубежных аналогов интересны следующие биопластические материалы:

1. Пластический материал Integra состоит из двух слоев: внутренний, прилегающий к ране, построен из коллагенового матрикса и покрыт слоем хондроитин-6-сульфата. Можно сказать, внутренний слой является примитивным подобием базальной мембраны, которая тоже состоит из коллагеновых волокон, покрытых протеогликанами. Внешняя сторона Integra изготовлена из синтетического полисилоксанового полимера.

2. OrCel — matrix, производимый Ortec International Inc. В данном пластическом материале коллагеновые волокна ориентированы в губчатом порядке, в ячейках которых располагаются



рургических вмешательствах в полости носа и околоносовых пазухах и пластике дефектов носовой перегородки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Забиров Р. А. Новые медицинские технологии в оториноларингологии. Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины. Сб. тр. Оренбургской гос. мед. академии. Оренбург, 2005. Т. XXXI. С. 368–372.
2. Метод культивирования трансплантата из аллофибробластов человека /В. Т. Пальчун [и др.] // Вестн. оторинолар.: Мат. III Рос. науч.-практ. конф. «Наука и практика в оториноларингологии». М.: 2004. С. 56–57.
3. Пальчун В. Т., Туманов В. П., Поматилов А. А. Возможность трансплантации клеток в реконструктивной оториноларингологии // Там же. С. 57.
4. Пискунов С. З., Пискунов Г. З. Клиническая ринология. М.: «Миклош», 2002. 390 с.
5. Рахматуллин Р. Р., Поздняков О. А. Биопластический материал. Патент № 2367476 // Б.И. 2009. № 26. С. 12.
6. Рязанцев С. В., Шкабарова Е. В. Неаллергические риниты, или к вопросу о классификации и лечении ринитов // Рос. оторинолар. — 2008. — № 2 (33). — С. 124–127.
7. Benedetti L. Biomaterials of hyaluronic acid // Wound Repair and Regeneration, 1999. — № 11. — P. 32–37.
8. Chen W. J. The functions of hyaluronan in wound repair. A review // Wound Repair and Regeneration, 1999. — № 7. — P. 78–89.
9. Navsaria H. A. Biological rationale for the application of hyaluronan in wound healing. New Frontiers in Medical Sciences: Redefining Hyalurona. Symposium Proceedings, Padua, Italy. 1999. P. 279.

Забиров Рамиль Ахметович — докт.мед.наук, профессор, зав.кафедрой оториноларингологии Оренбургской ГМА. 460000. г. Оренбург, ул. Советская 6, тел.8-3532-71-87-17; э/п Lor kafedra@mail.ru; **Акимов** Александр Владимирович — канд. мед. наук, асс. кафедры оториноларингологии Оренбургской ГМА. 460000 г. Оренбург, ул. Советская 6, тел.8-3532-71-87-17; э/п Lor kafedra@mail.ru; **Рахматуллин** Рамиль Рафаилевич — зав. научно-производственной лабораторией клеточных технологий Оренбургского государственного университета, канд. мед. наук. 400018, г. Оренбург, пр. Победы, 13, тел 8 (3532) 77-66-35. э/п ram 2525 @ mail. ru; **Григорьева** Марина Васильевна — заочный аспирант кафедры оториноларингологии Оренбургской ГМА. 460000 г. Оренбург, ул. Советская 6, тел.8-3532-71-87-17; э/п Lor kafedra @ mail.ru

УДК 616.284-002.2

ЯТРОГЕННАЯ ХОЛЕСТЕАТОМА КАК ПРИЧИНА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ТУБО-ТИМПАНАЛЬНОМ ОТИТЕ

**И. А. Аникин¹, М. В. Комаров¹, С. В. Асташенко¹, Ж. С. Неъматов¹,
Л. В. Полшкова²**

IATROGENIC CHOLESTEATOMA AS A CAUSE OF FAILURE OF TYMpanoplasty FOR CHRONIC PURULENT TUBO-TYMPANIC OTITIS

I. A. Anikin, M. V. Komarov, S. V. Astaschenko, J. S. Nematov, L. V. Polshkova

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

(Директор — Засл. врач РФ, проф. Ю.К. Янов)

² ООО «Клиника промышленной медицины Оренбурггазпром»

(Главный врач — С. М. Подлужный)

В работе представлен опыт проведения ревизионной тимпаноластики за период с 2006 г. по 2010 г. В исследуемую группу были включены 16 пациентов, первично оперированных по поводу мезотимпанита, у которых на этапе ревизионной тимпанотомии была выявлена ятрогенная холестеатома. У 13 пациентов из 16 не удалось сохранить цепь слуховых косточек интактной и была выполнена оссикюлопластика различного типа. 5 пациентам мы были вынуждены выполнить консервативно-щадящую радикальную операцию с тимпанопластикой. Минимальный



срок наблюдения составил 12 месяцев. В послеоперационном этапе отличные функциональные результаты были достигнуты у 9 пациентов, у 7 пациентов — хорошие. Проведен анализ распространения ятрогенной холестеатомы в структуре среднего уха.

Ключевые слова: ретимпанопластика, третичная холестеатома, ревизионная тимпанотомия.

Библиография: 62 источника

This article presents the experience of the performing of the retympanoplasty from 2006 to 2010. Study group included 16 patients primary operated because of mesotympanitis, who during the revision tympanotomy presented iatrogenic cholesteatoma. In 13 patients (out of 16) we were failed to maintain an intact ossicular chain and ossiculoplasty of various types was performed. In 5 patients we had to do canal wall down mastoidectomy with tympanoplasty. Minimum follow-up period was 12 months. In the postoperative stage, excellent functional results were achieved in 9 patients, in 7 patients — good. The analysis of the spread of iatrogenic cholesteatoma in middle ear structure was made.

Key words: retympanoplasty, iatrogenic cholesteatoma, revision tympanotomy.

Bibliography: 62 resources.

Хронический гнойный тубо-тимпанальный отит (мезотимпанит) — вариант хронического гнойного среднего отита, при котором воспалительный процесс поражает, в основном, слизистую оболочку средних и нижних отделов барабанной полости и тимпанального устья слуховой трубы [3, 7, 8, 11, 15].

На долю хронического мезотимпанита в структуре хронического гнойного среднего отита (ХГСО) приходится 58–72 % случаев у взрослого населения и 68–84 % — у детей [8, 11, 14, 15, 16, 18].

При мезотимпаните центром патологического процесса является слизистая оболочка мезогипотимпанума и тимпанальная диафрагма [5, 6, 14, 15, 18, 20]. Патологические изменения слизистой оболочки, в том числе и тимпаносклероз, способствуют снижению ее барьерных свойств, что может не способствовать миграции, но и быть проводником многослойного плоского ороговевающего эпителия барабанной перепонки и наружного слухового прохода в полость среднего уха [4].

Кариозная деструкция тех или иных участков оссикулярной цепи при мезотимпаните по данным литературы наблюдается в 30–57 % [20]. Наиболее часто отмечается кариес лентикулярного отростка или длинной ножки наковальни (39–56 % наблюдений), дефект рукоятки молоточка (18–26 %), реже — головки или дуги стремени (3–5 %) [21].

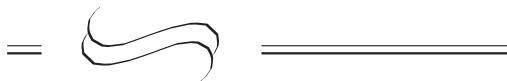
Рубцовая дегенерация слизистой оболочки способствует формированию слабо вентилируемых пространств в барабанной полости, вызывает ограничение подвижности оссикулярной цепи, содействует развитию блока адитуса и соустьев тимпанальной диафрагмы [2, 4, 5, 6, 16, 17, 19, 20].

По данным литературы холестеатома в среднем ухе выявляется у 24–63 % больных ХГСО при любой локализации перфорации барабанной перепонки [1, 9, 10, 13, 14]. Патоморфологическим проявлением холестеатомы является постепенно прогрессирующее деструктивное поражение височной кости, являющееся причиной многих осложнений вследствие эрозии прилегающих структур [10, 12].

Согласно современным представлениям выделяют врожденную и приобретенную холестеатому [21]. Так же выделяют третичную приобретенную холестеатому: посттравматическую и ятрогенную, возникшую после оперативных вмешательств на среднем ухе.

Патогенез ятрогенной холестеатомы очевиден — в результате хирургического вмешательства при не холестеатомных процессах — тимпанопластики или установки тимпановентиляционной трубки, эпидермис попадает в полости среднего уха в результате травмы барабанной перепонки и запускает развитие холестеатомы.

Считается, что нормальный слизистый эпителий среднего уха является препятствием для врастания чешуйчатого эпидермиса [6, 15, 20]. В результате воспаления происходит возрастание пролиферативной активности эпителия среднего уха с формированием молодой грануляционной ткани, в результате чего барьерные свойства слизееобразующего эпителия снижаются [4]. Это может способствовать врастанию чешуйчатого эпидермиса в полости среднего уха.



УДК: 616.285-089.844

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ МИРИНГОПЛАСТИКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПЕРЕДНЕГО МЕАТОТИМПАНАЛЬНОГО УГЛА

М. И. Аникин

CHOICE OF OPERATIVE ACCESS AT MYRINGOPLASTY IN DEPENDENCE FROM FEATURES OF CLINICAL ANATOMY FORWARD MEATOTYMPANIC ANGLE

M. I. Anickin

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Минздравсоцраз-
вития»РФ

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

В работе представлена сравнительная оценка заушного и эндаурального подходов к барабанной перепонке при мирингопластике в зависимости от клинической анатомии наружного слухового прохода и визуализации переднего меатотимпанального угла. Анатомическое исследование проведено на 50 височных костях. Оперативное лечение произведено у 120 пациентов, страдающих хроническим перфоративным средним отитом, и сравнена его эффективность в зависимости от выбора оперативного доступа.

Ключевые слова: мирингопластика, наружный слуховой проход, хронический перфоративный средний отит, операции.

Библиография: 12 источников.

In work the comparative estimation of retroauricular and endauricular approaches to an eardrum is presented at myringoplasty depending on clinical anatomy of external acoustical meatus and visualization forward meatotympanic angle. Anatomic research is spent on 50 temporal bones. Operative treatment is made at 120 patients, suffering chronic perforative otitis media, and its efficiency depending on a choice of operative access is compared.

Key words: myringoplasty, external acoustical meatus, chronic perforative otitis media, operation.

Bibliography: 12 sources.

Для устранения дефектов барабанной перепонки применяют мирингопластику, которая может являться заключительным этапом тимпаноластики [2, 6, 7, 8, 9, 11]. Укладка трансплантата (фасции височной мышцы, твердой мозговой оболочки, пластинки ультратонкого хряща) между слоями остатков барабанной перепонки после ее деэпидермизации наиболее трудна в ее передних отделах, вследствие узкого переднего тимпаномеатального угла и его плохой обзорности. Недостаточность обзора и свободы манипуляций в этой области обуславливает частые погрешности в подготовке воспринимающего ложа при мирингопластике. В послеоперационном периоде это может привести к неудовлетворительным морфологическим и функциональным результатам: развитию холестеатомы в барабанной полости, латерализации передних отделов тимпанальной мембраны, формированию ее перфорации [1, 3, 4, 5, 10, 12]. Поэтому отохирургу до операции необходимо оценить сложность проведения манипуляций в передних отделах слухового прохода и прогнозировать результат миринголастики.

Цель исследования: клинико-анатомическая оценка заушного и эндаурального подходов к барабанной перепонке при мирингопластике.

Материал, пациенты и методы исследования. Проведено гистотопографическое исследование и морфометрия наружного слухового прохода 50 височных костей. Производились горизонтальные продольные срезы наружного слухового прохода на следующих уровнях: верхний край барабанной перепонки, верхняя стенка наружного слухового прохода в области перешейки, короткий отросток молоточка, уровень umbo барабанной перепонки, нижняя стенка наружного слухового прохода, нижний край барабанной перепонки. На приготовленных гистотопограм-



УДК:616.284-002.2-089

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ НА СРЕДНЕМ УХЕ, В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

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

REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE CHRONIC PURULENT AVERAGE OTITIS, TRANSFERRED RADICAL OPERATION ON A MIDDLE EAR, IN MODERN CONDITIONS

S. V. Astaschenko, I. A. Anikin, V. E. Kuzovcov, R. V. Karapetyan

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

(Директор — Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов).

В статье проанализированы результаты реопераций 88 пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших ранее санирующую (радикальную) операцию на среднем ухе. Предложен алгоритм хирургической реабилитации пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших радикальную операцию на среднем ухе.

Ключевые слова: радикальная операция, хронический гнойный средний отит, реконструктивная слухоулучшающая операция, имплантируемые слуховые аппараты, кохлеарная имплантация.

Библиография: 23 источника.

The article analyzes the results of reoperations 88 patients with chronic purulent otitis media, underwent earlier sanifying (radical) surgery on the middle ear. An algorithm of surgical rehabilitation of patients with chronic purulent otitis media who had undergone radical surgery for middle ear.

Key words: radical surgery, chronic purulent otitis media, hearing improving reconstructive surgery, implantable hearing aids, cochlear implants.

Bibliography: 23 sources.

Состояние больных с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО), перенесших общеполостную (радикальную) операцию, именуемое как «болезнь оперированного уха» (БОУ), характеризуется как общими проявлениями (головные боли, вестибулярные нарушения) так и местными симптомами (снижение слуха на оперированном ухе, возобновление гноетечения из уха, появление болей в ухе и околоушной области, периодический или постоянный шум в ухе) [1, 2, 3, 4, 6, 19, 21].

Реабилитация этих больных до настоящего времени остается сложной проблемой, связанной не только с необходимостью ликвидации воспалительного процесса в трепанационной полости среднего уха, но и с перспективами улучшения или восстановления слуха на оперированном ухе. Основным методом реабилитации больных с «болезнью оперированного уха», отвечающим поставленным целям, является реконструктивная слухоулучшающая операция (РСО) или, по классификациям зарубежных авторов, тимпанопластика в «старых» операционных полостях [1, 2, 4]. В настоящее время, наибольшую популярность среди отохирургов, получил II тип реконструктивных слухоулучшающих операций, заключающийся в создании вентилируемой через слуховую трубу малой барабанной полости на уровне канала лицевого нерва, проведении оссикюлопластики частичным или полным оссикюлярным протезом (в зависимости от сохранности суперструктур стремени), воссоздании неотимпанальной мембраны и создании условий для самоочищения мастоидальной части трепанационной полости через наружный слуховой проход [2, 3]. Это, как правило, приводит к прекращению гноетечения из уха, не требуя в дальнейшем проведения мастоидопластики, и позволяет улучшить слух у 71–75% пациентов. В последние годы появилось большое количество модификаций РСО II типа, сводящихся в основном к следующему:



11. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.
12. A middle ear implant, the Symphonix Vibrant Soundbridge: Retrospective study of the first 125 patients implanted in France / O. Sterkers [et al.] // Otol. Neurotol. 2003. — Vol. 24, N3. — P. 427–436.
13. A multicenter study of the Vibrant Soundbridge middle ear implant: early clinical results and experience / B. Fraysse [et al.] // Otol. Neurotol. 2001. — Vol. 22, N6. — P. 952–961. — ISSN 1531–7129.
14. Cochlear implantation and management of chronic suppurative otitis media: single stage procedure? / S. Basavaraj [et al.] // Eur Arch Otorhinolaryngol. — 2005. — Vol. 262, №10/ P. 852–855.
15. Cochlear implantation in the presence of chronic suppurative otitis media / P.R. Axon [et al.] // J Laryngol Otol. — 1997. — Vol. 111, №3. — P. 228–232.
16. Coupling the Vibrant Soundbridge to cochlea round window: auditory results in patient with mixed hearing loss / A. M. Beltrame [et al.] // Otol. Neurotol. 2009. — Vol. 30, N2. — P. 194–201.
17. Craig M., Lavy J. How I do it/short communication: the middle temporal artery flap for coverage of an exposed cochlear implant cable in the mastoid cavity // Cochlear Implants Int. — 2006. — Vol. 7, № 4. — P. 214–218.
18. El-Kashlan H.K., Arts H.A., Telian S.A. External auditory canal closure in cochlear implant surgery // Otol Neurotol. — 2003. — Vol. 24, №3. — P. 404–408.
19. Faramarzi A., Motasaddi-Zarandy M., Khorsandi M.T. Intraoperative findings in revision chronic otitis media surgery // Arch. Iran. Med. 2008. — Vol. 11, N2. — P. 196–199.
20. Incesulu A., Kocaturk S., Vural M. Cochlear implantation in chronic otitis media // J Laryngol Otol. — 2004. — Vol. 118, №1. — P. 3–7.
21. Kaylie D.M., Gardner E.K., Jackson C.G. Revision chronic ear surgery // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2006. — Vol. 134, N 3. — P. 443–450.
22. Leung R., Briggs R.J. Indications for and Outcomes of Mastoid Obliteration in Cochlear Implantation // Otol Neurotol. — 2007. — Vol. 28, № 3. — P. 330–334.
23. Pfiffner F., Caversaccio M.D., Kompis M. Audiological results with Baha in conductive and mixed hearing loss / Adv Otorhinolaryngol. 2011. — Vol. 71. — P. 73–83.

Астащенко Светлана Витальевна — канд. мед. наук заведующая хирургическим отделением Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 1900013, г. Санкт-Петербург, ул. Бронницкая дом 9. Тел.: 8(812) 316-25-01. E-mail: 3178442@mail.ru; **Аникин** Игорь Анатольевич — докт. мед. наук, профессор, руководитель отдела патофизиологии и реконструктивной хирургии уха Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 1900013, г. Санкт-Петербург, ул. Бронницкая дом 9. Тел.: 8(812) 316-25-01; **Кузовков** Владислав Евгеньевич — канд. мед. наук, науч. сотр. Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 1900013, г. Санкт-Петербург, ул. Бронницкая дом 9. Тел.: 8(812) 317-84-42. E-mail: 3178442@mail.ru; **Карапетян** Рузанна Вазгеновна — аспирант Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 1900013, г. Санкт-Петербург, ул. Бронницкая дом 9. Тел.: 8(812) 316-25-01, E-mail: k-ruzanka@mail.ru.

УДК: 616.28-008. 1-76 616.286-072.1

СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

**И. П. Бердникова, М. Ю. Бобошко, Т. А. Журавлева, С. А. Карпищенко,
Н. В. Мальцева**

REABILITATION WITH HEARING AIDS AND DYSFUNCTION OF HEARING TUBE

**I. P. Berdnicova, M. Yu. Boboshko, T. A. Zhuravleva, S. A. Karpicshenko,
N. V. Maltceva**

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

(Зав. каф. оториноларингологии — докт. мед. наук С. А. Карпищенко)

Методом импедансометрии и эндоскопии обследована слуховая труба больных, использующих слуховые аппараты. Для повышения эффективности слухопротезирования показана необходимость таких исследований и при дисфункции слуховой трубы проведение лечебных мероприятий.

Ключевые слова: импедансометрия, эндоскопия, слуховая труба, слуховые аппараты

Библиография: 9 источников.



There was investigated a function of hearing tube of patients using hearing aids by methods of impedance audiometry and endoscopic examination. Such investigations and treatment in case of tube dysfunction are necessary for improvement of rehabilitation with hearing aids.

Key words: *impedance audiometry, endoscopic examination, hearing tube, hearing aids*

Bibliography: *9 sources*

В настоящее время компенсация слуховой функции у лиц с сенсоневральной тугоухостью возможна только при использовании слуховых аппаратов (СА). Однако даже при квалифицированном подборе и настройке слухового аппарата, обеспечивающих хорошую разборчивость речи, ношение СА часто сопровождается целым комплексом дискомфортных ощущений. Так, при длительном использовании слухового аппарата больные часто жалуются на появление ощущения давления и заложенности уха, не только протезируемого, но и противоположного. Также нежелательным следствием слухопротезирования, когда наружный слуховой проход obturated ушным вкладышем или корпусом внутриушного аппарата, является окклюзионный эффект, приводящий к усилению собственного голоса пациента, возникновению эха и ухудшению разборчивости речи [3].

Существует целый комплекс мероприятий для уменьшения этих негативных явлений.

Эффект окклюзии, возникающий вследствие герметичной закупорки слухового прохода, в ряде случаев можно уменьшить или полностью убрать созданием в индивидуальном вкладыше вентильных каналов или используя открытое протезирование, но это возможно, если снижение слуха не превышает III степень тугоухости. Использование вентильных каналов различной длины, формы и диаметра не только уменьшают ощущение заложенности уха, но и корректируют амплитудно-частотные характеристики (АЧХ) слуховых аппаратов, улучшают разборчивость речи [1]. Однако не всегда эти мероприятия снимают дискомфортные ощущения пациентов и их негативное отношение к слухопротезированию. Перечисленные жалобы характерны для дисфункции слуховой трубы.

Целью работы явилось исследование состояния слуховой трубы у больных, пользующихся слуховыми аппаратами.

Пациенты и методы обследования. Состояние функции слуховой трубы можно оценить методом импедансометрии. При дисфункции слуховой трубы обычно регистрируется тимпанограмма тип «С» — по форме нормальная тимпанограмма, но со смещением максимума податливости в сторону отрицательных значений внутрибарабанного давления. Однако даже при нормальном давлении в барабанной полости ношение слухового аппарата может привести к ощущению дискомфорта, поэтому необходимо провести дополнительные нагрузочные тесты с последующим повторением импедансометрии. При хорошей функции слуховой трубы после проведения пробы Тойнби (глотание с зажатым носом), как правило, отмечается смещение тимпанограммы в сторону отрицательных давлений. После пробы Вальсальвы (усиленный выдох с плотно закрытым ртом и носом) регистрируется смещение тимпанограммы в сторону положительного давления, которое после серии глотательных движений постепенно уменьшается. При отрицательных или сомнительных результатах этих тестов проба Тойнби проводится на фоне повышенного давления в слуховом проходе, а проба Вальсальвы — на фоне пониженного давления. Это приводит к более выраженным сдвигам величины внутрибарабанного давления, по которым можно судить о степени проходимости слуховой трубы. При наличии перфорации барабанной перепонки функциональное состояние слуховых труб оценивалось методом выравнивания давления [7]. В результате таких исследований отчетливые признаки тубарной дисфункции были выявлены нами только у 8 % больных, пришедших для подбора слухового аппарата. После слухопротезирования уже 25 % пациентов стали жаловаться на выраженные ощущения дискомфорта, связанные с длительным ношением слухового аппарата. Неприятные ощущения заключались в том, что после нескольких часов ношения аппарата появлялась заложенность ушей, как при полете в самолете, с резким ухудшением разборчивости речи. Пациенты пытались избавиться от этих ощущений, совершая глотательные движения и самопродувание ушей, но эффект был кратковременным. Время возникновения дискомфорта составляло у разных пациентов от двух до шести часов непрерывного ношения аппарата.



ЛИТЕРАТУРА

1. Альтман Я. А., Таврткиладзе Г. А. Руководство по аудиологии. — М.: ДМК Пресс, 2003. 359 с.
2. Бобошко М. Ю., Лопотко А. И. Слуховая труба. СПб.: СпецЛит, 2003. 360 с.
3. Дисфункции слуховой трубы при электроакустической коррекции слуха / И. П. Бердникова [и др.] // Рос. оторинолар. — 2003. — №3(6). — С. 23–26.
4. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия / Г. З. Пискунов [и др.] М.: Коллекция «Совершенно секретно», 2003. 208 с.
5. Карпищенко С. А., Журавлева Т. А. Возможности эндоскопии в диагностике и лечении тубарных дисфункций. Мат. 3-го национального конгресса аудиологов 7-го международного симпозиума, 2009. С. 97–98.
6. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 560 с.
7. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха. М.: Медицина, 1988. 288 с.
8. Jaumann M. P., Steiner W., Berg M. Endoscopy of the pharyngeal eustachian tube // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. Suppl. — 1980. — Vol. 89, Pt. 2. — P. 54–55.
9. Yamashita K., Miyazaki T. Diagnostic significance of endoscopy of the eustachian tube. //Auris Nasus Larynx. — 1985. — Vol. 12, Suppl 1. — P. S55–57.

Бердникова Ирина Петровна — ст. н. с. лаборатории слуха и речи НИЦ СПб ГМУ им. И. П. Павлова, 197022 Санкт Петербург, ул. Льва Толстого 6/8, тел. 8-921-966-74-52, 8-812-234-05-76. audiolog@inbox.ru; **Бобошко** Мария Юрьевна — зав. лабораторией слуха и речи НИЦ СПб ГМУ им. И. П. Павлова, 197022 Санкт Петербург, ул. Льва Толстого 6/8. тел. 8-921-99957-35 audiolog@inbox.ru; **Журавлева** Татьяна Аркадьевна — ассистент кафедры оториноларингологии СПб ГМУ им. И. П. Павлова, 197022 Санкт Петербург, ул. Льва Толстого 6/8. тел. 8-921-897-37-62 audiolog@inbox.ru; **Карпищенко** Сергей Анатольевич — докт. мед. наук, зав. кафедрой оториноларингологии СПб ГМУ им. И. П. Павлова, 197022 Санкт Петербург, ул. Льва Толстого 6/8, тел. 8-911-717-62-26 audiolog@inbox.ru; **Мальцева** Наталия Васильевна — ст. н. с. лаборатории слуха и речи НИЦ СПб ГМУ им. И. П. Павлова, 197022 Санкт Петербург, ул. Льва Толстого 6/8, тел. 8-812-234-05-76 audiolog@inbox.ru

УДК: 616.28-008.1-053.9-08:616.28-76

ВОЗРАСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЛУХА И ОСОБЕННОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

М. Ю. Бобошко¹, Л. Е. Голованова², Н. Ю. Тахтаева², М. В. Ефимова¹

AGE IMPAIRMENTS OF HEARING AND PECULIARITIES OF THEIR CORRECTION

M. Yu. Boboshko, L. E. Golovanova, N. Yu. Takhtaeva, M. V. Efimova

¹ Лаборатория слуха и речи НИЦ СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
(И. о. ректора — проф. С. М. Яшин)

² СПб ГУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр»
(Главный врач — В. Ю. Сернов)

Обследовано 39 лиц от 60 до 93 лет, проживающих в социальном доме Санкт-Петербурга. В 100 % случаев выявлена двусторонняя тугоухость, в 48,7 % — социально значимая. Лишь 15,8 % пациентов, нуждающихся в слухопротезировании, пользовались слуховыми аппаратами. Отмечена необходимость совершенствования методов электроакустической коррекции слуха.

Ключевые слова: пресбиакузис, электроакустическая коррекция слуха

Библиография: 15 источников

There were investigated 39 people from 60 to 93 years old from Social House in St-Petersburg. 100 % of them turned out to be hard of hearing bilaterally, 48,7 % — socially important hard of hearing. Only 15,8 % of hearing-impaired patients, who needed hearing aids used them. There were noted the necessity for development of electroacoustical hearing correction methods.

Keywords: presbiacusis, electroacoustical hearing correction

Bibliography: 15 sources



ЛИТЕРАТУРА

1. Гуненков А. В. Подходы к реабилитации пациентов, начинающих пользоваться слуховыми аппаратами // Вестн. оторинолар. — 2004. — №4. — С. 52–53.
2. Гуненков А. В. Возрастные изменения слуха (пресбиакусис). Современные подходы к старой проблеме // Там же. — 2007. — № 3. — С. 33–35.
3. Лопотко А. И. Особенности возрастной инволюции слуховой функции человека: автореф. дис. ... докт. мед. наук: Л., 1980. — 43 с.
4. Лопотко А. И., Плужников М. С., Атамуратов М. А. Старческая тугоухость. Ашхабад: Ылым, 1986. 300 с.
5. Особенности слухопротезирования лиц пожилого возраста / М. Ю. Бобошко [и др.] // Folia Otorhinolaryngologicae. — 2009. — Vol. 15, № 1. — P. 53–59.
6. Отвагин И. В. Эпидемиологические аспекты нарушения слуха у лиц трудоспособного возраста Центрального федерального округа // Вестн. оторинолар. — 2004. — № 5. — С. 33–35.
7. Agrawal Y., Platz E. A., Niparko J. K. Prevalence of hearing loss and differences by demographic characteristics among US adults // Intern. Med. — 2008. — Vol. 164, N 14. — P. 1522–1530.
8. Familial aggregation of age-related hearing loss in an epidemiological study of older adults / L. A. Raynor [et al.] // Am. J. Audiol. — 2009. — Vol. 18, N 2. — P. 114–118.
9. Genetic analysis of presbycusis by arrayed primer extension / J. C. Ballay [et al.] // Ann. Clin. Lab. Sci. — 2008. — Vol. 38, N 4. — P. 352–360.
10. Gratton M. A., Vazquez A. E. Age-related hearing loss: current research // Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. — 2003. — Vol. 11, N 5. — P. 367–371.
11. Jennings C. R., Jones N. S. Presbycusis // J. Laryngol. Otol. — 2001. — Vol. 115, N 3. — P. 171–178.
12. F. Molecular bases of hearing loss in multisystemic mitochondrial cytopathy Scaglia [et al.] // Genet. Med. — 2006. — Vol. 8, N 12. — P. 641–652.
13. Seidman M. D., Ahmad N., Bai U. Molecular mechanisms of age-related hearing loss // Ageing Res. Rev. — 2002. — Vol. 1, N 3. — P. 331–343.
14. Sousa C. S., Larsson E. J., Ching T. H. Risk factors for presbycusis in a socio-economic middle-class sample // Braz. J. Otorhinolaryngol. — 2009. — Vol. 75, N 4. — P. 530–536.
15. Willott J. F., Chisolm T. H., Lister J. J. Modulation of presbycusis: current status and future directions // Audiol. Neurotol. — 2001. — Vol. 6, N 5. — P. 231–249.

Бобошко Мария Юрьевна — д.м.н., зав. лабораторией слуха и речи НИЦ СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 191022 Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8, тел. сл. 812- 234 05 76, тел. дом. 812-273 33 39, тел. моб.: 8 (921) 999 57 35, e-mail: boboshkom@gmail.com ; **Голованова Лариса Евгеньевна** — к. м. н., зав. сурдологическим отделением Городского гериатрического медико-социального центра, 190103. Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, 148, тел. сл. 812-251 60 11, тел. моб. 8 -921- 940 45 43, e-mail: geriatric@mail.ru; **Тахтаева Наталья Юрьевна** — врач сурдолог-оториноларинголог Городского гериатрического медико-социального центра, 190103 Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, 148, тел. сл. 812-251 60 11, тел. моб. 8-921-994 75 80, e-mail: ntakhtaeva@hotmail.com; **Ефимова Мария Вячеславовна** — очный аспирант лаборатории слуха и речи НИЦ СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 191022 Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8, тел. сл. (812) 234 05 76, тел. моб.: 8(921) 930 65 38, e-mail: efimova_maria@bk.ru

УДК: 616.216-089.844

ПЛАСТИКА СТЕНОК ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ГОМОТРАНСПЛАНТАТАМИ ИЗ ДЕМИНЕРАЛИЗОВАННОЙ КОСТИ

А. Р. Боджоков

PARANASAL SINUSES WALLS PLASTICS WITH DEMINERALIZED BONE HOMOPLASTIC GRAFTS

А. R. Bojokov

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России»

(Ректор — Засл. врач РФ, проф. В. Н. Чернышев)

Нами были оперированы 310 больных, из них 173 мужчины и 137 женщин в возрасте 7–72 лет. У 140 больных имелась патология верхнечелюстной пазухи (у 98 — кисты и воспалительные процессы, у 15 — переломы верхней стенки пазухи с развитием энцефалита, у 10 — инородные



тела, у 17 — ороантральные свищи. Включены 162 больных — с патологией лобных пазух (фронтиты с осложнениями, рецидивы заболевания после экстраназальных вмешательств — у 66, доброкачественные опухоли (остеоомы, гемангиомы) и грибковые поражения — 41; у 8 больных патология клиновидных пазух (кисты — у 3, у 5 — посттравматическая назальная ликворрея). У всех больных для восполнения посттравматических и операционных дефектов были применены деминерализованные костные трансплантаты по оригинальным методикам. Ввиду хороших отдаленных результатов вмешательств рекомендовано использовать данный вид универсального гомоматериала для пластики.

Ключевые слова: стенки околоносовых пазух, деминерализованные костные трансплантаты, костные дефекты, пластика.

Библиография: 8 источников.

Operated were 310 persons including 173 male and 137 female patients aged between 7 and 72. 140 of these had suffered from maxillary sinus pathology (98 cysts and inflammatory processes, 15 sinus roof ruptures, 10 debride, and 17 oroantral fistulas). Included were 162 patients suffering from frontal sinus pathology (complicated frontal sinusitis, after-extranasal interference in 66 cases, benign tumors (osteomas, hemangiomas) and mycotic lesions in 41 cases; sphenoid sinus pathology in 8 cases (3 cases of cysts, 5 cases of post-traumatic nasal liquorrhea). To fill post-traumatic and surgical defects, we in each case applied demineralized bone homoplastic grafts in accordance with our own methods. In view of positive remote results recommended is this given type of universal plastics homomaterial.

Key words: paranasal sinuses walls, demineralized bone grafts, bone defects, plastics.

Bibliography: 8 sources.

В последние годы для закрытия различных дефектов трубчатых костей, значительно реже — лицевого скелета, широкое распространение получили такие аллотрансплантаты, как деминерализованные костные трансплантаты (ДКТ), которые еще называют — «костный матрикс» [2, 3, 5]. Они обладают всеми необходимыми качествами для материала, применяемого в пластической хирургии: гибкость в сочетании с упругостью, пластичность, возможностью моделирования формы, отсутствием антигенных свойств и рядом других. Одним из важных свойств ДКТ является способность к стимуляции репаративных процессов в кости с последующим замещением формы, размера и объема трансплантированного фрагмента, с возможностью остеогенеза в ране и с патологическим отделяемым [4]. По мере роста новообразованной кости, размер трансплантированного фрагмента ДКТ должен уменьшаться, также как и размер костного дефекта.

При введении деминерализованной кости в костное ложе начинает формироваться эндохондральный остеогенез, что дает стимул для преобразования местных ячеек, как при остеиндукции, подобно аутогенным трансплантатам. Деминерализованный костный матрикс, считают авторы, стимулирует хемотаксис и преобразование мезенхимальных ячеек в хондробласты, которые сопровождают окостенение [8].

В отличие от не деминерализованных трансплантатов, ДКТ с большим постоянством индуцируют остеогенез как в костном ложе, так и вне его. ДКТ обладают и стимулирующим действием, сокращая сроки заживления костных и мягкотканых ран. В последнем случае наибольший эффект достигается при использовании деминерализованной кости в размельченном виде. Лишенные минеральной основы ДКТ быстрее васкуляризируются в организме реципиента и замещаются новообразованной костной тканью [4] в течение некоторого времени.

Ю. В. Зотов и соавт. [7] также отмечали, что кроме указанных свойств, ДКТ обладают и стимулирующим действием, сокращая сроки заживления костных и мягкотканых ран. В настоящее время считается установленным, что индуктивная активность ДКТ обусловлена наличием в них специфического белка-индуктора, получившего название костного морфогенетического протеина. Исследования показали, что индуктор принадлежит к растворимым неколлагеновым белкам-гликопротеинам, играющим важную роль в механизмах иммунитета, в связывании различных биорегуляторов на поверхности клеток, в межклеточных взаимодействиях, в транспорте и циркуляции макромолекул. Его молекулярная масса у человека около 18000 дальтон. Полагают, что морфогенетический белок тесно связан с другими низкомолеку-



УДК: 616.234-089.844

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА, СФОРМИРОВАННОГО НАЛОЖЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ШВА

М. Н. Васюков

MORPHOLOGICAL EVALUATION OF THE TRACHEOBRONCHIAL ANASTOMOSIS FORMED BY THE SUPERPOSITION OF DIFFERENT TYPES OF MICROSURGICAL SUTURE

Vasyukov M. N.

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрав соиразви-
тия

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

На изолированных трахеобронхиальных комплексах моделировалась операция по типу циркулярной резекции бифуркации трахеи. Формирование трахеобронхиального анастомоза осуществлялось путем использования различных видов микрохирургического шва: узлового, П-образного, непрерывного. На основании фотоснимков и гистотопограмм участков анастомоза даны характеристики каждого вида шва, отражены их преимущества и недостатки.

Ключевые слова: бифуркация трахеи, трахеобронхиальный анастомоз, микрохирургические швы.

Библиография: 12 источников.

Complexes in isolated tracheobronchial simulated operation of the type of circular resection of the bifurcation of the trachea. The formation of the tracheobronchial anastomosis was carried out by using different types of microsurgical suture: a node, U-shaped and continuous. Based on photographs and gistotopogramm sites of anastomosis are the characteristics of each type of joint, reflected their advantages and disadvantages.

Keywords: bifurcation of the trachea, tracheobronchial anastomosis, microsurgical sutures.

Bibliography: 12 sources.

Реконструктивно-восстановительные операции на бифуркации трахеи — наиболее сложный раздел хирургии дыхательных путей. Они главным образом выполняются при первичных и вторичных злокачественных опухолях, распространяющихся на бифуркацию, трахеобронхиальный угол, устья главных бронхов, нижнюю часть трахеи. В большинстве случаев выполняется пневмонэктомия с циркулярной резекцией бифуркации трахеи, ключевым моментом которой является формирование трахеобронхиального анастомоза [8]. Результаты трахеобронхопластических операций определяются многими факторами и в значительной мере выбором шовного материала, способом и видом шва [4].

Экспериментальные исследования [11] показали преимущество использования синтетических рассасывающихся материалов. М. Г. Сачек и соавт. [6] в зависимости от способа проведения нити подразделяли швы, применяемые в трахеобронхиальной хирургии, на две группы: одиночные (узловые, П-образные, механические) и непрерывные (обвивной, матрацный, выворачивающий). Выбор вида и техники наложения шва обусловлен степенью патологических изменений тканей, уровнем резекции и размерами удаляемого сегмента. На сегодняшний день между хирургами не существует единства как по вопросу выбора методики наложения вида шва, в частности захвата в шов слизистой оболочки, так и в выборе самого вида шва. При наложении анастомоза очень важно добиться хорошей адаптации слизистой оболочки анастомозируемых бронхов [10]. В. Г. Чешик считает методом выбора узловой шов через все слои стенки [10]. По мнению О. М. Авиловой [1] принципиальной деталью является использование непроникающих узловых швов. В. И. Маслов [3] указывает на то, что при пластике значительных трахеобронхиальных дефектов имеют ряд преимуществ П-образные швы. Они создают надеж-



Заключение

Таким образом, все виды наложенных швов позволяют добиться достаточно точного сопоставления стенок сшиваемых концов дыхательной трубки, в частности слизистой оболочки. Однако, наиболее приемлемым является наложение микрохирургических узловых швов, с помощью которых удалось добиться наиболее точного сопоставления всех слоев стенки трахеи и бронха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авилова О. М., М. М. Багиров Пластические операции на бифуркации трахеи // Грудная хирургия. — 1983. — № 3. — С. 60–64.
2. Бирюков Ю. В., Жаворонков Н. А., Черняев А. Л. Микрохирургический шов трахеи и бронхов // Грудная хирургия. — 1989. — № 2. — С. 55–59.
3. Маслов В.И. Расширенные пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи // Вестник хирургии. — 1982. — Т. 128. — № 1. — С. 25–30.
4. Реконструктивная хирургия трахеи и бронхов. Медицина и здравоохранение / М. Г. Сачек [и др.]. Серия. Хирургия. Обзорная информация. Выпуск 3. Москва 1987. 61 с.
5. Самойлов П. В. Способ наложения бронхиального анастомоза // Клиническая анатомия и экспериментальная хирургия. — 2002. — №2. — С. 268.
6. Сачек М. Г., Аничкин В. В., Криштопов Л. Е. Моделирование патологических процессов и оперативных вмешательств на трахеобронхиальном дереве собаки: метод. рек. М., 1983. 20 с.
7. Современные возможности трахео-бронхопластических операций в хирургии злокачественных опухолей / М. И. Давыдов [и др.] // Вестн. Московского онкологического общества. — 2006. — №2. — С. 1–8.
8. Циркулярная резекция бифуркации трахеи при различной легочной патологии, показания и результаты лечения / В. А. Порханов [и др.] // Кубанский научный медиц. вестн. — 2005. — № 1–2. — С. 78–93.
9. Циркулярная резекция бифуркации трахеи при различной легочной патологии / В. А. Порханов [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2007. — № 3. — С. 58–66.
10. Чешик В. Г. Общие вопросы обеспечения и техники пластических операций на бронхах и трахее // Здравоохранение Белоруссии. — 1967. — № 6. — С. 70–72.
11. A comparison of synthetic absorbable suture with synthetic nonabsorbable suture for construction of tracheal anastomoses / J. A. Gibbous [et.al.] // Chest. — 1981. — v. 79, № 3. — P. 340–342.
12. Rienzo G., Go T. and Macchiarini P. Simplified anastomotic technique for end-to-side bronchial reimplantation onto the trachea or contralateral main bronchus after complex tracheobronchial resections // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 2002. — 124. — P. 632–635.

Васюков Михаил Николаевич — заочный аспирант каф. оперативной хирургии и клинической анатомии ОрГМА, ординатор отделения грудной хирургии ООКОД. 460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6. Тел 8(3532)33-33-14, 89033600245. E-mail: mikl789@mail.ru.

УДК: 616.281-036.83-085

ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Т. Ю. Владимирова

INFLUENCE OF SEVERITY LEVEL OF FRUSTRATION ON THE PSYCHOLOGICAL STATUS AND INDICATOR QUALITY OF LIFE OF THE PATIENT WITH MENIERE'S DISEASE

T. Y. Vladimirova

ГОУ ВПО «СамГМУ Минздравсоцразвития России»
(Ректор — академик РАМН, проф. Г. П. Котельников)

Проведено изучение психологического статуса и качества жизни 202 пациентов, страдающих болезнью Меньера, и 83 лиц контрольной группы в Самарской области с применением анкет-опросников. В работе выявлено, что качество жизни при болезни Меньера снижено ($p < 0,05$) по



показателям физического и психологического компонентов здоровья. Психологический статус нарушен и коррелирует со степенью тяжести вестибулярных расстройств.

Ключевые слова: болезнь Меньера, психологический статус, качество жизни.

Библиография: 7 источников.

Studying of the psychological status and quality of life of 202 patients, Menera suffering by illness, and 83 persons of control group in the Samara region with application of questionnaires-questionnaires is spent. In work it is revealed that quality of life at illness of Menera is lowered ($p < 0,05$) on indicators of physical and psychological components of health. The psychological status is broken and correlates with severity level vestibular frustration.

Key words: Meniere's disease, life quality, psychological status.

Bibliography: 7 sources.

Кохлеовестибулярные расстройства представлены широким спектром разнообразных нарушений органического и функционального генеза, природа которых обусловлена особенностями заболевания, его локализацией, характером, степенью тяжести, а также нарушениями психологического статуса и коммуникативных функций [1, 6]. Нарушения слуха и равновесия приводят к изменению эмоционально-личностного состояния, мотивационных и психофизиологических показателей пациента, нередко психический фактор начинает играть доминирующую роль в развивающемся симптомокомплексе заболевания [2, 5]. В то же время, оценка степени выраженности психической и социальной дезадаптации пациента с кохлеовестибулярной дисфункцией тесно связана с показателем качества жизни, позволяющего пациенту наиболее полно отразить уровень своего физического, психологического, эмоционального и социального функционирования [3, 4, 7].

Нами изучены образ и качество жизни 202 пациентов с болезнью Меньера, проходивших лечение в клинике болезней уха, носа и горла имени академика И. Б. Солдатова Самарского государственного медицинского университета. Среди обследованных преобладали лица женского пола, составившие 138 (68,32 %) пациентов, мужчин — 64 (31,68 %). Одностороннее поражение диагностировано в 69,31 % наблюдений, заболевание носило двусторонний характер у 30,69 % больных. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 38 лет, средняя давность составила $9,61 \pm 0,84$ года. В соответствии со степенью выраженности вестибулярных нарушений нами выделены две группы больных: I — с лёгкой и средней степенью тяжести вестибулярных расстройств, IIА — с тяжёлой степенью тяжести вестибулярных расстройств, не имеющих инвалидности, IIБ — с тяжёлой степенью тяжести вестибулярных расстройств, имеющие инвалидность. Все исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, наличию сопутствующей патологии.

Изучение показателя качества жизни проводили при помощи неспецифического опросника SF-36]. Физический компонент здоровья (physical health) изучали по показателям шкал: «физическое функционирование» — PF, «ролевое функционирование» — RP, «интенсивность боли» — BP, «общее состояние здоровья» — GH. Психологический компонент здоровья (mental health) изучался по результатам шкал: «жизненная активность больного» — VT, «социальное функционирование» — SF, «ролевое функционирование» — RE, «психическое здоровье» — MH. Для изучения психологического статуса лиц с кохлеовестибулярной дисфункцией нами использовался опросник Спилберга-Ханина, позволяющий охарактеризовать уровень тревожности как преходящего клинического состояния (реактивная тревожность) и тревожности как устойчивой характерологической черты пациента (личностная тревожность).

Для сравнения качества жизни по изучаемым шкалам опросника SF-36 нами проведено обследование 83 практически здоровых добровольцев в возрасте от 20 до 59 лет (средний возраст $38,5 \pm 2,4$ года). Полученные результаты позволяют судить о влиянии болезни Меньера различной степени тяжести на качество жизни больного. Наиболее значимое различие составляющих показателя качества жизни ($p < 0,01$) у лиц контрольной группы и пациентов с болезнью Меньера прослеживается в отношении уровня физического и ролевого функционирования, социальной активности и ролевого эмоционального функционирования. У пациентов I группы определены высокий уровень «физического функционирования» ($PF_I = 73,5 \pm 4,1$), низкий уровень «ролевого функционирования» ($RP_I = 32,5 \pm 7,6$) и низкие значения по шкале «интен-



УДК:616.211.-002.8-085:615.373

**ЛЕЧЕНИЕ КРУГЛОГОДИЧНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА
ПОЛИОКСИДОНИЕМ И ЭРИУСОМ****Г. А. Гаджимирзаев, З. Т. Михраилова****TREATMENT OF ALL-THE-YEAR-ROUND ALLERGIC RHINITIS
POLIOKSIDONY AND ERIUS****G. A. Gadzhimirzaev, Z. T. Mikhraилоva***ГОУВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития
России**(Ректор – проф. А. Л. Асманов)*

Обследовано 70 больных круглогодичным аллергическим ринитом (КАР) в возрасте от 17 до 40 лет, 43 из которых лечились приемом Эриуса (дезлоратадин) — 1 группа, 23 пациента получали Полиоксидоний — 2 группа, 24 лицам в программу лечения были включены оба фармакопрепарата. Результаты лечения оценены с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) с оценкой симптомов болезни по 4-х балльной шкале. Курс лечения во всех трех группах продолжался в течение одного месяца. Результаты лечения свидетельствуют, что одновременное включение в протокол лечения Эриуса и Полиоксидония способствуют значительному улучшению качества терапии, чем при изолированном их использовании.

Ключевые слова: аллергический ринит, лечение.

Библиография: 4 источника.

It is surveyed 70 sick of an all-the-year-round allergic rhinitis at the age from 17 till 40 years, from 23 were treated by reception of Erius — 1 group, 23 patients received Polioksidony — 2 group, to 24 persons both have been included in the treatment program preparation. Results of treatment are estimated with use of a visually-analog scale (VAS) with an estimation of symptoms of illness on 4 ball scale. Course of treatment in all three groups proceeded within one month. Results of treatment testify that simultaneous inclusion in the report of treatment of Erius and Polioksidony promote considerable improvement of quality of therapy, than at their isolated use.

Keywords: an allergic rhinitis, treatment, Erius, Polioksidony.

Bibliography: 4 sources.

Учитывая многофакторность патофизиологических сдвигов, происходящих в организме больного аллергическим ринитом (АР), успех лечения его во многом определяется применением патогенетически обоснованных методов коррекции обменных процессов, которые нарушаются при развитии носовой аллергии. Исследованиями последних десятилетий установлено, что аллергозы респираторной системы сопровождаются нарушениями не только со стороны иммунного статуса, но и активацией реакции перекисного окисления липидов [1, 2].

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности лечения круглогодичного аллергического ринита (КАР) с использованием препаратов антиоксидантного и антигистаминного действия по признакам клинических проявлений болезни.

Пациенты и методы исследования. Обследовано 70 больных верифицированным аллергологом и оториноларингологом диагнозом КАР. Возраст больных был от 17 до 40 лет. Женского пола было 38, мужского — 32. Легкая форма КАР диагностирована у 26, среднетяжелая у остальных 44 обследованных. Отбор пациентов для исследования проводился согласно критериям «включения» и «выключения».

Из 70 больных, в зависимости от проведенного лечения были образованы 3 группы. В 1-ю вошло 23 человека, лечившиеся приемом Эриуса, во 2-ю — 23 пациента, получавшие Полиоксидоний и 3-я группа из 24 лиц, которым в протокол лечения одновременно были включены оба фармакопрепарата.



УДК: 616.28-72.7; 616.28-08; 612.858

ПОРОГИ РЕГИСТРАЦИИ МИКРОФОННОГО ПОТЕНЦИАЛА В НОРМЕ И ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ

Е. С. Гарбарук¹, И. В. Савенко²

COCHLEAR MICROPHONIC POTENTIAL THRESHOLDS IN NORMALLY-HEARING CHILDREN AND AT DIFFERENT FORMS OF HEARING LOSSES

E. S. Garbaruk, I. V. Savenko

¹ ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (Ректор — проф. В. В. Леванович)

² ГОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
(И. о. ректора — докт. мед. наук С. М. Яшин)

Микрофонный (МП) потенциал в версии коротколатентного слухового вызванного потенциала (КСВП) представляет собой электрический ответ улитки на звуковую стимуляцию, отражающий ее морфофункциональное состояние. В рамках данного исследования было обследовано 52 ребенка с нормальной слуховой функцией, сенсоневральной и кондуктивной тугоухостью, слуховой нейропатией. Показано, что в норме, при сенсоневральной и кондуктивной тугоухости значения порога регистрации МП всегда превышают значения порога регистрации КСВП. При порогах КСВП 80 дБ и более МП отсутствует. Напротив, в случае слуховой нейропатии пороги обнаружения МП меньше, чем пороги КСВП; МП регистрируется даже в отсутствии КСВП. Пороговые значения МП при слуховой нейропатии в ряде случаев равнялись порогам МП, зарегистрированным у детей с нормальной слуховой функцией.

Ключевые слова: микрофонный потенциал, коротколатентные слуховые вызванные потенциалы, слуховая нейропатия.

Библиография: 13 источников.

Cochlear microphonic potential (CM), as a part of auditory brainstem response (ABR), is a response of the cochlea to acoustic stimulation which reflects cochlear functional state. 52 children with normal hearing, conductive and sensorineural hearing loss, auditory neuropathy were tested. In cases of normal hearing, conductive and sensorineural hearing loss, the CM thresholds have been shown to exceed always the ABR ones. When the ABR thresholds were equal to or more than 80 dB, the CM was never observed. On the contrary, for children with auditory neuropathy, the CM thresholds were lower than ABR thresholds, and CM has been observed even at lack of ABR. In several cases, the CM thresholds in children with auditory neuropathy were equal to those found in children with normal hearing function.

Key words: cochlear microphonic potential, auditory brainstem response, auditory neuropathy.

Bibliography: 13 sources.

До открытия Кэмпом феномена отоакустической эмиссии (ОАЭ) [10] одним из объективных методов оценки функционального состояния слухового рецептора была регистрация микрофонного потенциала (МП) при проведении электрокохлеографии [6]. В дальнейшем было установлено, что визуализация МП возможна также в процессе регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) при записи их с поверхности черепа. Однако этот метод, несмотря на попытки привлечь его с целью топической диагностики поражений слуховой системы, широкого применения в клинической практике не нашел вследствие сложности идентификации МП (малая амплитуда, наличие электроакустических артефактов) [13].

Совершенствование методики регистрации МП, как части КСВП, связано с расширением подходов к диагностике слуховой нейропатии (СН), заболевания, детальное изучение которого началось в последнее десятилетие прошлого века [1, 4, 11].



13. Sohmer H., Pratt H. Recording of cochlear microphonic potential with surface electrodes // Electroencephalogr Clin Neurophysiol. — 1976. — Vol. 40. — No. 3. — P. 253–260.

Гарбарук Екатерина Сергеевна — к.б.н., ст. н. с. НИЦ СПбГПМА. 194100, СПб, ул. Литовская, 2 Тел. +7-921-992-18-16 Тел. раб. 812–234-05-76 KGarbaruk@mail.ru; **Савенко** Ирина Владимировна — к. м. н., ст. н. с. лаборатории слуха и речи НИЦ СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова 197022, СПб, ул. Л. Толстого, 6/8. Тел. +7-921 336 20 45 irina@savenko.su

УДК: 616.284-002-08-078

КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО МЕЗОТИМПАНИТА¹

В. А. Долгов

CLINICAL AND BACTERIOLOGICAL INDICES IN EVALUATION OF EFFICIENCY OF COMPLEX THERAPY OF CHRONIC PURULENT MESOTYMPANITIS

V. A. Dolgov

ГОУВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития
РФ

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

В статье представлены результаты оценки эффективности комплексного лечения обострения хронического гнойного среднего отита (мезотимпанита) и состояние последующей ремиссии по клиническому течению заболевания и показателям микробного биоценоза барабанной полости.

Ключевые слова: мезотимпанит, клиника, микроорганизмы, лечение, ремиссия.

Библиография: 6 источников.

The results of evaluation of efficiency of complex therapy of chronic purulent otitis media (mesotympanitis) in acute condition are presented here as well as the state of subsequent remission by the indices of microbic biocenosis of tympanic cavity

Key words: mesotympanitis, clinical picture, microorganisms, therapy, remission

Bibliography: 6 sources

Традиционная терапия хронического гнойного мезотимпанита (ХГМ) в стадии обострения предусматривает общее и местное лечение [2, 5].

Цель работы — изучить эффективность комплексного лечения ХГМ и стабильность последующей ремиссии по клиническому течению заболевания и показателям микробного биоценоза барабанной полости.

Пациенты и методы. Пролечено 65 больных с обострением хронического гнойного мезотимпанита (ОХГМ). Общая терапия включала введение цефотаксима по 1,0 x 2 раза в/м, прием димедрола по 0,05 x 2 раза в день и поливитаминов. Местное лечение заключалось в утреннем, ежедневном промывании слухового прохода и барабанной полости 40° этиловым спиртом, 2-х кратным закапыванием в ухо 3% борного спирта и приема физиопроцедур. В нос назначались сосудосуживающие капли.

¹ По международной классификации болезней (МКБ-10) мезотимпанит — хронический тубо- тимпанальный гнойный средний отит.



2. Вольфович, М. И. Хронический гнойный средний отит. М., 1967. 131 с.
3. Метод определения антилизотической активности микроорганизмов / О. В. Бухарин [и др.] // Журн. микробиол. — 1984. — № 2. — С. 27–28.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах / В. И. Шумский [и др.] // Рекомендации для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей. 1995. 75 с.
5. Солдатов И. Б. Лекции по оториноларингологии. М., 1990. 285 с.
6. Фельдман Ю. М. Количественное определение бактерий в клинических материалах // Лабораторное дело. — 1984. — № 10. — С. 616–619.

Долгов Вячеслав Александрович — докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Оренбургской ГМА. г. Оренбург, 460000, ул. Советская, 6, тел./факс (3532) 77-24-59 orgma@esoo.ru дом. тел (3532) 33-56-13

УДК: 616.284-002-092.4:612.017.1

СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ВО ВНУТРЕННЕМ УХЕ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

В. А. Долгов

THE STATE OF LOCAL IMMUNITY IN THE INTERNAL EAR BY EXPERIMENTAL MIDDLE OTITIS

V. A. Dolgov

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Росздрава
(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

В статье представлены данные, свидетельствующие о высоком уровне местного врожденного иммунитета в жидкой среде лабиринта на всех сроках развития экспериментального среднего отита.

Ключевые слова: средний отит, внутреннее ухо, перилимфа, иммунитет.

Библиография: 6 источников.

The article presents the data confirming a high level of local inherent immunity in perilymph of internal ear within the all terms of development of experimental middle otitis.

Key words: middle otitis, internal ear, perilymph, immunity.

Bibliography: 6 sources.

Известно, что развитие острого гнойного среднего отита приводит к нарушению гематолабиринтного барьера и повышению проницаемости мембраны круглого окна лабиринта [4,5,6].

Цель работы — изучить состояние местного иммунитета в перилимфе внутреннего уха в динамике экспериментального стафилококкового гнойного среднего отита (ЭСГО).

Материалы и методы. Исследования проведены на 44 взрослых кроликах породы «шиншилла» весом от 2 до 3 кг без признаков «спонтанного отита». Из них у 34 воспроизведен острый гнойный средний отит. Контрольную группу составили 10 здоровых животных. При воспроизведении среднего отита за основу была взята методика Я. Л. Гутлиба [3] в нашей модификации, которая заключалась в проколе барабанной перепонки шприцем с иглой и однократном введении в тимпанальную полость 1 мл 5-ти млрд взвеси суточной культуры золотистого стафилококка, выделенного от больного острым гнойным средним отитом. Развитие воспалительного процесса в среднем ухе подтверждалось наличием гноя в тимпанальной полости и результатами патоморфологического исследования слизистой оболочки барабанной полости (СОБП). Животных выводили из опыта путем введения 5 см³ воздуха в ушную вену. Забор перилимфы



ЛИТЕРАТУРА

1. Бухарин О. В. Применение таблицы для определения количества лизоцима в сыворотке крови. Вопросы неспецифического иммунитета. — Оренбург, 1971. С. 161–162.
2. Бухарин О. В., Фролов Б. А., Луда А. П. Ускоренный метод определения бета-лизинов в сыворотке крови // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. — 1972. — № 9. — С. 42–44.
3. Готлиб Я. Л. Экспериментальная модель хронического гнойного воспаления среднего уха у собак: сб. тр. Ленингр. НИИ уха, горла, носа и речи. Л., 1966. Т. 14. С. 151–157.
4. Плужников М. С. О белковом составе перилимфы внутреннего уха при индуцированных серозных лабиринтах в эксперименте // Вестн. оторинолар. — 1968. — № 2. — С. 37–42.
5. Сеников М. В. Проницаемость гемато-лабиринтного барьера при остром воспалении среднего уха // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1968. — № 3. — С. 57–60.

УДК: 616.284-002.2-07

**КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ
СРЕДНИМ ОТИТОМ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКОВ МИРИНГОПЛАСТИКИ****В. А. Долгов¹, Н. И. Иванова², Л. Б. Лунькова²****CLINICAL AND BACTERIOLOGICAL RESULTS THE EXAMINATION
OF PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT MIDDLE OTITIS
IN DETERMINATION OF TERMS OF MYRINGOPLASTY****V. A. Dolgov, N. I. Ivanova, L. B. Lunkova**¹ ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Росздрава
(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)² Оренбургский областной физкультурный диспансер
(Директор — Ю. П. Мохов)

В статье представлены сведения о состоянии верхних дыхательных путей и показателей микробного биоценоза барабанной полости у больных хроническим гнойным средним отитом. Изучена возможность выполнения миринопластики в раннем периоде ремиссии.

Ключевые слова: хронический средний отит, верхние дыхательные пути, ранний период ремиссии, микрофлора, миринопластика.

Библиография: 4 источника.

The article presents the data concerning the state of upper respiratory tract and indices of microbe biocenosis of tympanic cavity in patients with chronic purulent middle otitis. The authors have investigated the possibility of performing myringoplasty in the early period of remission

Key words: chronic middle otitis, upper respiratory tract, early period of remission, microflora, myringoplasty.

Bibliography: 4 sources.

У больных хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) на результаты миринопластики могут оказывать влияние функциональное состояние верхних дыхательных путей (ВДП) и характер микробного пейзажа наружного слухового прохода [2, 4].

Цель исследования — изучить состояние ВДП (полости носа, околоносовых пазух, носоглотки) и показатели микробного биоценоза барабанной полости у больных ХГСО и по результатам обследования обосновать возможность выполнения миринопластики в раннем периоде ремиссии.

Пациенты и методы. Обследовано 48 больных в возрасте от 16 до 56 лет в раннем периоде ремиссии ХГСО. Среди них 25 женщин и 23 мужчин. Клиническое обследование включало



3. Больным ХГСО с патологией ВДП и высокой степенью микробной обсемененности барабанной полости УПМ и ПБ, миринопластика показана после санации ВДП и фармакологической коррекции показателей микробного биоценоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биргер М.О. Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования. М.: Медицина, 1973. 325 с.
2. Оценка результатов хирургического лечения хронических отитов и реабилитация слуха с использованием усовершенствованных технологий / Р. К. Тулебаев [и др.]. Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. СПб., 2011. Т. 2. С. 358–360.
3. Фельдман Ю. М. Количественное определение бактерий в клинических материалах // Лабораторное дело. — 1984. — № 10. — С. 616–619.
4. Якшин А. А. Влияние микрофлоры наружного слухового прохода на приживление тимпанопластического лоскута при тимпанопластике у больных хроническим гнойным средним отитом. Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. СПб., 2011. Т. 2. С. 391–394.

Долгов Вячеслав Александрович — докт. мед. наук, проф. каф. оториноларингологии Оренбургской государственной медицинской академии. г. Оренбург, 460000, ул. Советская, 6, тел./факс (3532) 77-24-59 orgma@esoo.ru. дом. тел. (3532) 33-56-13; Лунькова Лариса Борисовна, оториноларинголог областного физкультурного диспансера. г. Оренбург, 460000, ул. Постникова, 11, тел. (факс) (3532) 77-01-84; Иванова Наталья Игоревна — оториноларинголог областного физкультурного диспансера, г. Оренбург, 460000, ул. Постникова, 11, тел. (факс) (3532) 77-01-84.

УДК: 616.285-002-085-089.163

МЕСТНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ В ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ К МИРИНОПЛАСТИКЕ

В. А. Долгов¹, Л. Б. Лунькова², Н. И. Иванова²

LOCAL MEDICATION IN THE PREPARATORY PERIOD TO THE CONSERVATIVE MYRINGOPLASTY

V. A. Dolgov, L. B. Lunkova, N. I. Ivanova

¹ ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Росздрава
(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

² Оренбургский областной физкультурный диспансер
(Директор — Ю. П. Мохов)

В статье представлены данные, свидетельствующие о высокой эффективности местного применения фторхинолонов у больных хроническим гнойным средним отитом в подготовительном периоде к миринопластике.

Ключевые слова: хронический средний отит, ремиссия, микрофлора, ципрофлоксацин, миринопластика.

Библиография: 8 источников.

The article presents the data being indicative of a high efficiency of local use of fluoroquinolones in patients with chronic purulent middle otitis in the preparatory period to myringoplasty.

Key words: chronic middle otitis, remission, microflora, ciprofloxacin, myringoplasty.

Bibliography: 8 sources.

На ранних сроках ремиссии хронического гнойного среднего отита (ХГСО) в барабанной полости могут встречаться различные ассоциации микроорганизмов [3,5]. При высокой обсемененности биотопа условно-патогенными или патогенными микроорганизмами выполнение миринопластики является нежелательным из-за возможности развития осложнений [2].

Цель работы: изучить состав микрофлоры и биологические свойства микроорганизмов в раннем периоде ремиссии ХГСО и установить эффективность местного использования фтор-



3. Мишенькин Н. В. Хроническое воспаление среднего уха. Руководство по оториноларингологии. М.: Медицина, 1994. — С. 110–132.
4. Оценка результатов хирургического лечения хронических отитов и реабилитация слуха с использованием усовершенствованных технологий /Р. К. Тулебаев [и др.]. Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. СПб., 2011. т. 2. С. 358–360.
5. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевание среднего уха. М.: Медицина, 1988. 286 с.
6. Тарасова Г. Д. Тактика лечения больных с воспалительными заболеваниями уха // Рос. оторинолар. — 2007. — № 1. — С. 202–206.
7. Фельдман Ю. М. Количественное определение бактерий в клинических материалах // Лабораторное дело. — 1984. — № 10. — С. 616–619.
8. Roland P. S., Wall G. M. Ciprofloxacin — dexamethason topical drops for management of otic infections // Expert Opin Pharmacother 2008. — 9(17). — 3129–35.

Долгов Вячеслав Александрович — докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Оренбургской ГМА. г. Оренбург, 460000, ул. Советская, 6, тел./факс (3532) 77-24-59 orgma@esoo.ru. дом. тел. (3532) 33-56-13;
Лунькова Лариса Борисовна — оториноларинголог областного физкультурного диспансера. г. Оренбург, 460000, ул. Постникова, 11, тел. (факс) (3532) 77-01-84; **Иванова** Наталья Игоревна — оториноларинголог областного физкультурного диспансера. г. Оренбург, 460000, ул. Постникова, 11, тел. (факс) (3532) 77-01-84.

УДК 616.284-002.153:616.323-007.61]-053.3

ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМ СИНДРОМОМ

М. В. Дроздова, Ю. С. Преображенская, Е. В. Тырнова

EXUDATIVE OTITIS MEDIA IN THE CHILDREN WITH CHRONIC LYMPHOPROLIFERATIVE SYNDROME

M. V. Drozdova, I. S. Preobrazhenskaia, E. V. Tyrnova

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий»

(Директор — засл. врач РФ Ю. К. Янов)

Исследовали 157 пациентов с хроническим лимфопролиферативным синдромом (ХЛПС) на наличие в сыворотке крови маркеров активности воспалительного процесса (С-реактивный белок, ревматоидный фактор), инфекционных агентов (ЦМВ, ВЭБ-инфекция, бета-гемолитического стрептококка). При сопоставлении полученных данных с результатами клинико-аудиологического обследования установлено вовлечение в патологический процесс среднего уха с формированием рецидивирующего течения экссудативного среднего отита. Выполнено распределение больных по стадиям экссудативного среднего отита (катаральная стадия — 69, экссудативная — 63, мукозная — 15). В большинстве случаев в этиологической структуре ХЛПС с развитием катаральной и экссудативной стадии секреторного среднего отита (83,7% случаев), установлено смешанное инфицирование герпесвирусной инфекцией и бета-гемолитическим стрептококком. В то же время мукозная стадия секреторного среднего отита («клейкое ухо») диагностирована у 10% детей при отсутствии маркеров герпесвирусной инфекции.

Ключевые слова: вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ), цитомегаловирус (ЦМВ), бета-гемолитический стрептококк, экссудативный средний отит, лимфопролиферативный синдром, дети.

Библиография: 14 источников.

157 children with chronic lymphoproliferative syndrome were included in the study. In this group of patients plasma content of markers of inflammatory process activity (C reactive protein and rheumatoid factor) and infectious agents (Cytomegalovirus, Epstein-Barr virus, Beta-Haemolytic Streptococcus) were measured. Comparing the obtained data with results of audiologic investigation we managed to reveal involvement of middle ear in the pathologic process with formation of exudative otitis media. The patients were distributed to several subgroups according to exudative otitis media stage: catarrhal stage (n = 69), exudative stage (n = 63), fibrous stage (n = 15). In most patients with chronic lymphoproliferative syndrome developing catarrhal and exudative stage of secretory otitis media (83,7%) the etiologic agent



proved to be Herpes virus and Beta Haemolytic Streptococcus mixed infection, while mucous stage of secretory otitis media («adhesive middle ear disease») was diagnosed in 10% of children not having markers of Herpes Virus infection.

Key Words: Epstein-Barr virus, Cytomegalovirus, Beta- Haemolytic Streptococcus, exudative otitis media, chronic lymphoproliferative syndrome, children.

Bibliography: 14 sources.

В некоторых случаях проявления ВЭБ-инфекции не ограничиваются поражением лимфоидных образований рото- и носоглотки. При осложненном течении возможно вовлечение в патологический процесс околоносовых пазух и среднего уха [6, 9, 10, 11, 12, 14]. По данным, полученным некоторыми авторами, на фоне первичной или длительно персистирующей ВЭБ-инфекции возможно развитие рецидивирующего, упорного течения экссудативного среднего отита [13].

Цель исследования: оценка состояния среднего уха у детей при лимфоидной пролиферации герпесвирусной и бактериальной этиологии.

Пациенты и методы

Обследовано 157 детей с хроническим лимфопролиферативным синдромом в возрасте от 3 до 15 лет. Отбор данной категории больных осуществлялся из числа поступивших в НИИ ЛОР на консультацию и обследование для решения вопроса о необходимости проведения хирургической санации в области лимфоэпителиального глоточного кольца (аденотомии, тонзиллотомии, тонзиллэктомии). На момент обращения острые клинические явления у всех детей отсутствовали. При объективном осмотре у детей обнаружены гипертрофия глоточной и небных миндалин 2–3 степени, шейная лимфаденопатия с увеличением лимфатических узлов шейной группы, расположенных по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Гипертрофия лимфоидной ткани носоглотки и глотки проявлялась заложенностью носа, резким нарушением функции носового дыхания, появлением храпа во время сна.

Методы диагностики

Для выявления дискретных антигенов, являющихся маркерами тяжести воспалительных процессов и стрептококковой инфекции, использованы слайд-тесты Вioсop для качественного и количественного экспресс определения содержания С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора (РФ), антистрептолизина-О (АСЛ-О) в сыворотке крови методом латексной иммуноагглютинации.

Верификация диагноза герпесвирусной инфекции осуществлялась молекулярно-генетическими методами путем определения ДНК вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ) и цитомегаловируса (ЦМВ) в соскобах со слизистой оболочки ротоглотки и лимфоцитах крови, а также методом иммуноферментного анализа (ИФА) с определением профиля вирусспецифических антител IgM и IgG к антигенам цитомегаловируса, и к ядерному, вирусному капсидному и комплексу ранних антигенов ВЭБ, с учетом индекса авидности. Использованы тест-системы для полимеразной цепной реакции (ПЦР) НПФ «ГЕНТЕХ»; детектирующий амплификатор НПФ «ДНК-Технология»; ИФА тест-системы «ВектоВЭБ-ЕА-IgG», «ВектоВЭБ-VCA-IgM», «ВектоВЭБ-NA-IgG», «ВектоЦМВ-IgM», «ВектоЦМВ-IgG»; спектрофотометр для измерения оптической плотности в двухволновом режиме.

В случае необходимости проводилось рентгенологическое обследование (компьютерная томография околоносовых пазух и височных костей). Для определения стадии экссудативного среднего отита (ЭСО) использовали ряд специальных методик для оценки состояния слуховых труб: оптическую эндоскопию, импедансометрические исследования. Для получения более четких представлений об изменениях барабанных перепонки и системы среднего уха применяли отоскоп, операционный микроскоп.

Все исследования, связанные с обычной аудиометрией, проводили на аудиометре МА–30, с помощью которого определяли пороги слышимости по воздушной и костной проводимости.

Импедансометрические исследования проводили на импедансметре. Прибор обеспечивает измерение эквивалентного объема (импеданса) акустическим мостом на зондирующей ча-



УДК: 616.284:615.463

РЕКОНСТРУКЦИЯ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СРЕДНЕГО УХА С ПОМОЩЬЮ СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА: ПЕРВЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

С. А. Еремин

RECONSTRUCTION OF THE CONDUCTIVE SYSTEM OF THE MIDDLE EAR WITH GLASS-IONOMER CEMENT: THE FIRST FUNCTIONAL RESULTS

S.A. Eremin

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

(Директор — Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Произведена оценка функциональных результатов реконструкции цепи слуховых косточек с помощью стеклоиономерного цемента в раннем послеоперационном периоде у 10 пациентов. Восстановлены длинные отростки наковальни и дужки стремени, получены положительные функциональные результаты.

Ключевые слова: стеклоиономерный цемент, цемент, тимпанопластика, стapedопластика, среднее ухо, слухулучшающая операция, отохирургия.

Библиография: 17 источников

There has been evaluated the functional results of reconstruction results of ossicular chain by means of glass-ionomer cement in the early postoperative period in 10 patients.

Long process incus and arch of the stapes have been reconstructed. Positive functional results have been obtained.

Keywords: glass ionomer cement, cement, middle ear, tympanoplasty, stapedoplasty, hearing improving surgery, otosurgery.

Bibliography: 17 resources.

Стеклоиономерный цемент применяется в отохирургии более 20 лет [3, 9]. За это время определилась сфера его рационального использования, совершенствуются методики применения.

Различные препараты стеклоиономерного цемента были исследованы за рубежом и в России *in vitro* [6, 11], в том числе на культуре клеток организма человека [1, 2] и *in vivo* на животных [16]. Полученные при этом данные позволяют говорить о хорошей биосовместимости материала, применяемого в небольших количествах [16].

Как любой неорганический чужеродный материал, стеклоиономерный цемент имеет свои ограничения в применении. Первоначально используемый для облитерации послеоперационных полостей, получающихся при мастоидотомии, материал не дал ожидаемых результатов [3, 8, 9, 15]. Высокий риск экструзии в отдалённом периоде преобладал над получаемым положительным эффектом применения препарата, в результате чего такие операции стали проводиться реже, и в новейшей литературе представлены в основном оценки по данным ретроспективных исследований. Однако при применении стеклоиономерного цемента в небольших количествах, риск его отторжения значительно уменьшался [3, 9].

Лёгкость и удобство применения стеклоиономерного цемента определили возможность его использование в клинической практике. Отохирурги используют его для крепления кохлеарных имплантов, закрытия небольших костных дефектов, получившихся при операции [5]. Некоторая «универсальность» его применения помогла разработать новые подходы и методики проведения хирургических вмешательств, выполнить которые ранее, без использования стеклоиономерного цемента, было затруднительно в силу различных причин [10, 17].

Цель работы

Оценить эффективность применения в отохирургии стеклоиономерного цемента для реконструкции цепи слуховых косточек.



УДК: 616. 322-002.2-08-031. 84

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПОРОБАКТЕРИНА

Р. А. Забиров, Н. В. Султанова

THE COMBINED TREATMENT FOR TONSILLITIS WITH SPOROBACTERINE

R. A. Zabirov, N. N. Sultanova

ГОУВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ»

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

В статье показана эффективность комплексного лечения хронического тонзиллита с использованием споробактерина. Обследовано 120 больных хроническим тонзиллитом. Оценка эффективности проводимой терапии наблюдаемых больных осуществлялась по данным общеклинического обследования, результатам фарингоскопии, микробиологических и цитологических исследований.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, комплексное лечение, споробактерин.

Библиография: 16 источников.

The article presents the efficiency of the combined treatment for tonsillitis with sporobacterine. 120 patients with chronic tonsillitis have been examined.

Estimation of such efficiency has been carrying out according to the data of common clinical examination the results of pharyngoscopy, microbiological and cytological examinations.

Key word: chronic tonsillitis, combined treatment, sporobacterine.

Bibliography: 16 sources.

Хронический тонзиллит является распространенным заболеванием и занимает одно из ведущих мест в структуре ЛОР патологии [12, 14].

Хронический тонзиллит поражает преимущественно лиц трудоспособного возраста и может привести к длительной потере трудоспособности, а иногда и к инвалидности. Нередко, хронический тонзиллит служит причиной развития местных и общих осложнений: паратонзиллярного абсцесса, ревматизма, нефрита, полиартрита, миокардита, сепсиса [3, 9, 13].

Сегодня в лечении хронического тонзиллита, наряду с хирургическими вмешательствами, широко используются по показаниям и консервативные методы терапии [5, 7, 8, 11]. В последние годы количество тонзиллэктомий уменьшилось, что объясняется признанием значимости небных миндалин в иммунных реакциях организма.

Однако, существующие консервативные методы лечения хронического тонзиллита не всегда эффективны и не являются панацеей в терапии данной патологии: отмечаются рецидивы заболевания, развитие местных и общих осложнений [6, 16].

Поэтому разработка новых эффективных консервативных методов лечения хронического тонзиллита является актуальной проблемой оториноларингологии.

В последние годы появились сообщения об использовании пробиотика споробактерина, разработанного профессорами И. К. Никитенко и В. И. Никитенко в Оренбургской государственной медицинской академии для лечения воспалительных заболеваний различных органов и систем.

Споробактерин представляет собой штамм сенной палочки №534, который обладает антибактериальным, иммуномодулирующим, противовоспалительным, умеренно антиаллергическим действием.

В связи с данными обстоятельствами в комплексном лечении больных хроническим тонзиллитом мы стали использовать споробактерин, который в последнее время находит все большее применение при лечении различных заболеваний ЛОР-органов [4, 10, 15].

Цель исследования — повышение эффективности лечения хронического тонзиллита использованием в комплексной консервативной терапии споробактерина.



16. Фотодинамическая терапия больных с различными формами хронического тонзиллита / Е. Н. Пыхтеева [и др.] Мат. XVII съезда оториноларингологов России. СПб. РИА-АМИ., 2006. — С. 216.

Забиров Рамиль Ахметович — Засл. врач РФ, докт. мед. наук, профессор, зав кафедрой оториноларингологии Оренбургской ГМА. 460000. г. Оренбург, ул. Советская 6, тел. 8-3532-32-92-91, э/п. zabirov56@mail.ru; **Султанова** Наталия Викторовна — оториноларинголог студенческой поликлиники, ММУЗ «МГКБ №3», 460000 г.Оренбург, ул. Кобзева 38, тел. 8-3532-77-21-43; 8-3532-77-01-89; э/п. hospital 3 @ inbox.ru

УДК: 615.462: 616.21-089

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ БИОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Р. А. Забиров¹, Р. Р. Рахматуллин², В. Н. Щетинин¹, С. М. Гарифзянова³,
С.А.Грязнов¹

THE USE OF NEW BIOPLASTIC MATERIALS IN CLINICAL PRACTICE

R. A. Zabirov, R. R. Rakhmatullin, V. N. Tchetinin, S. M. Garyfzyanova,
S. A. Gryaznov

¹ ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразви-
тия России

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

² ГОУ ВПО Оренбургский государственный университет

(Ректор — проф. В. П. Ковалевский)

³ Больница № 36, г. Москва

(Главный врач — Засл. врач РФ, докт. мед. наук В. Н. Французов)

В статье представлены оригинальные биопластические материалы для пластики дефектов барабанной перепонки у больных хроническими гнойными средними отитами, посттравматическими повреждениями тимпанальной мембраны. Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности применения биопластических материалов в отохирургии.

Ключевые слова: биопластический материал, хронический гнойный средний отит, травма барабанной перепонки, пластика дефектов тимпанальной мембраны.

Библиография: 20 источников.

The article presents the use of original bioplastic materials for plasty of tympanic membrane defect in patients with chronic otitis media purulenta, posttraumatic injuries of tympanic membrane.

The results of our research signify a high efficiency of the use of bioplastic materials in otosurgery.

Key words: bioplastic materials, chronic otitis, media purulenta, tympanic membrane, injury, plasty of tympanic membrane defect.

Bibliography: 20 sources.

В настоящее время 4–5 % населения планеты, в том числе и России, страдают хроническими гнойными средними отитами, сопровождающимися стойкой и выраженной тугоухостью и иногда даже глухотой. Несмотря на существующие успехи отохирургии в лечении больных хроническими средними отитами функциональные и анатомические результаты хирургических вмешательств (уровень слуха, приживление трансплантата, восстановление дефектов барабанной перепонки, создание неотимпанальной мембраны) не всегда удовлетворяют больного и врача. Поэтому на сегодняшний день отохирургами активно ведутся научные исследования по проблеме хирургической реабилитации больных с тугоухостью.

Важным этапом хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом является восстановление целостности барабанной перепонки (мирингопластика). Она проводится как самостоятельная операция при дефектах барабанной перепонки с сохранением



616.284-002.1:616-053.2

МИКРОБИОЦЕНОЗ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ ПРИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЯХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

А. И. Извин¹, Н. Е. Кузнецова²

MICROBIOCAENOSIS NASOPHARYNX IN CHILDREN WITH ADENOID VEGETATIONS ASSOCIATED WITH EXUDATIVE OTITIS MEDIA

A. I. Izvin, N. E. Kuznetsova

¹ ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

(Ректор — проф. Д. А. Кашиба)

² ГЛПУ ТО ОКБ № 2, г. Тюмень

(Главный врач — Н. А. Сливкина)

Среди хронических заболеваний лимфоэпителиального кольца глотки особое место занимает патология глоточной миндалины, которая, являясь форпостом защитной реакции организма, воспринимает на себя влияние патогенных агентов. Изменения аденоидных вегетаций могут выражаться в увеличении их размера (гипертрофия) и/или воспаления (аденоидит). Развитие воспаления в глоточной миндалине может быть связано как с количеством бактериальной обсемененности и аллергенов, так и с микотической сенсибилизацией.

Ключевые слова: микрофлора, экссудативный средний отит, лимфоэпителиальное кольцо, радиоволновая эндоскопическая аденотомия.

Библиография: 5 литературных источников.

Among the chronic diseases limfoepithelialnogo ring occupies a special place Pathology pharyngeal tonsil, which, as an outpost of the protective reaction of the body, takes over the effect of pathogenic agents. Changes adenoid vegetations can be expressed in increasing their size (hypertrophy) and/or inflammation (adenoids). It is known that the development of inflammation of adenoid vegetations may be associated with the amount of bacterial contamination and allergens, and with mycotic contamination.

Key words: microflora, exudative an average otitis, limphoepithelial a ring, radio wave endoscopic adenotomy.

Bibliography: 5 sources.

Гипертрофия глоточной миндалины (ГлМ) в большинстве своем (75%) возникает у детей в возрасте от 3 до 10 лет и причины ее разнообразны. Чаще всего в ее основе лежит инфекция, внедряющаяся извне или быстрый рост аденоидов провоцируют детские инфекции [1]. Наиболее значимыми возбудителями острых и хронических заболеваний глотки у детей является бактериальная флора, к которой относятся: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, В-гемолитический стрептококк группы А. Однако в настоящее время, помимо бактериальной флоры, возрастает роль грибково-бактериальной ассоциации [4, 5]. Принимая во внимание ведущее значение патологии носоглотки в развитии экссудативного среднего отита у детей лечебная тактика этих двух сопряженных заболеваний должна быть этиопатогенетической и базироваться на выявлении возбудителя инфекционного очага, определения чувствительности выявленной микрофлоры к антибиотикам, проведения оперативного лечения с последующей противовоспалительной терапией с учетом чувствительности микрофлоры [3, 4].

Цель исследования. Изучить вид и характер микрофлоры у детей при аденоидных разращениях, сопряженных с экссудативным средним отитом (ЭСО).



УДК: 616.21-086.86

СОВРЕМЕННАЯ МИКРОХИРУРГИЯ: ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ

И. И. Каган, Р. А. Забиров

CONTEMPORARY MICROSURGERY: THE STAGES OF DEVELOPMENT

I. I. Kagan, R. A. Zabirov

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

В статье приводятся исторические данные о становлении и развитии микрохирургии. Применение микрохирургических технологий в различных отраслях медицины улучшило результаты лечения и реабилитации больных.

Ключевые слова: микроскоп, микрохирургия, этапы развития микрохирургии, хирургические специальности.

Библиография: 12 источников

The article gives the historical data of the formation and the development of microsurgery. The use of microsurgical technologies in different fields of medicine has improved the results of treatment and rehabilitation of patients.

Key words: microscope, stages of microsurgery development

Bibliography: 12 sources

Микрохирургия — это раздел современной оперативной хирургии, включающий хирургические вмешательства на малых анатомических структурах с использованием оптических средств и микрохирургического инструментария. Внешним признаком микрохирургической операции является, как следует из определения, использование операционного микроскопа или хирургической лупы, микрохирургических инструментов и очень тонких шовных нитей.

Микрохирургические операции стали возможными после создания первых операционных микроскопов в начале 20-х годов XX века. Впервые операционный микроскоп предложил в 1921 г. С. Nylen, который модифицировал монокулярный микроскоп для использования его в хирургии среднего уха. Он в эксперименте на кроликах оперировал свищ лабиринта и производил фенестрацию при увеличении 10–15 раз. В этом же году С. Nylen использовал операционный микроскоп для лечения хронического отита и нескольких случаев ложного свища. В 1922 г. его руководитель G. Holmgren, сотрудничая с фирмой «Zeiss», разработал бинокулярный микроскоп.

В последующие два десятилетия микрохирургия медленно развивалась в отоларингологии и офтальмологии. В 1946 г. R. Perritt в США начал применять операционный микроскоп при глазных операциях [11].

Все более широкое внедрение микрохирургической техники в общую хирургию началось в 60-е годы после того, как в 1960 г. J. Jacobson и E. Suarez сообщили на XI Международном съезде хирургов об успешном шве кровеносных сосудов диаметром до 1,6 мм с использованием операционного микроскопа, специального инструментария и сверхтонкого шовного материала [10]. За этим последовали различные публикации по микрососудистой хирургии, применению микрохирургической техники в нейрохирургии, пластической и реконструктивной хирургии, экспериментальной трансплантации органов [8]. 60-е и 70-е годы стали десятилетиями бурного развития микрохирургической отиатрии, офтальмомикрохирургии, сосудистой микрохирургии, микрохирургии периферических нервов [8,12]. В нашей стране возникновение и развитие общей микрохирургии связано с именами академика Б. В. Петровского и члена-корреспондента РАМН И. Д. Кирпатовского [6, 9].

В последние десятилетия XX века микрохирургическая техника стала широко внедряться в абдоминальную и торакальную хирургию, урологию, травматологию, оперативную гинеко-



УДК 616.284-002.2-089

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ЭПИТИМПАНИТОМ**З. З. Камалова****ON SELECTION OF CHRONIC PURULENT EPITYMPANITIS SURGERY METHOD****Z. Z. Kamalova**

Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова, г. Уфа, Башкортостан
(Главный врач — канд. мед. наук Р. Я. Нагаев)

В статье сравниваются морфологические и функциональные результаты хирургического лечения больных хроническим гнойным эпитимпанитом в 2-х группах: в первой группе saniрующая операция с тимпанопластикой выполнялась по открытой методике, во второй группе была выполнена saniрующая операция закрытого типа или saniрующая операция с реконструкцией задней стенки наружного слухового прохода и облитерацией сосцевидного отростка и одномоментной тимпанопластикой. Описана методика операции. Анализ результатов показал возможность достижения полной реабилитации пациентов во второй группе исследования.

Ключевые слова: эпитимпанит, холестеатома, открытый вариант saniрующей операции, закрытый вариант saniрующей операции, реконструкция стенки наружного слухового прохода, тимпанопластика.

Библиография: 9 источников.

In this paper morphological and functional results of surgical treatment of two groups of patients with chronic purulent epitympanitis are compared. For the first group sanifying operation with tympanoplasty has been carried out using the canal wall-down technique, and for the second group sanifying operation has been performed with intact canal wall ore with reconstruction of the posterior ear canal wall and mastoid obliteration and single-stage tympanoplasty. This operation technique is described in the paper. The analysis of results has shown good possibility of full rehabilitation of patients in the second group.

Keywords: epitympanitis, cholesteatoma, sanifying operation with canal wall-down procedures, sanifying operation with intact canal wall, reconstruction of the posterior canal wall, tympanoplasty.

Bibliography: 9 sources.

На современном этапе приоритет хирургического метода лечения при хроническом гнойном эпитимпаните (ХГЭ) является общепризнанным. При наличии холестеатомы показания к saniрующей хирургии становятся абсолютными [3, 4, 5, 6, 9]. Выбор способа saniрующей операции (открытый или закрытый вариант операции) определяется множеством факторов (степень распространенности процесса, наличие холестеатомы и т.д.), и в этом вопросе у отоларингов нет единства. Накопленный опыт отоларингии показал более высокий уровень рецидива холестеатомы при использовании закрытых методов saniрующих операций по сравнению с открытыми методами. Рецидивы холестеатомы при закрытой методике saniрующих операций (СО) составляют, по данным разных авторов, 2–41 % [1], при открытой методике — 6–11% [7].

Открытый вариант saniрующей операции при ХГЭ обеспечивает широкий доступ к глубоко расположенным очагам поражения и большие возможности визуализации структур среднего уха, что создает большую надежность полной санации при холестеатоме [5, 8]. Однако выполнение saniрующей операции открытого типа предполагает формирование эпидермизированной трепанационной полости в сосцевидном отростке, и даже при хорошем морфологическом результате на пациента накладываются определенные ограничения: больной вы-



6. Семенов Ф.В. Тактика хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом при различных формах патологического процесса в среднем ухе. Мат. Рос. науч.-практ. конф. оториноларингологов. Оренбург, 2002. С. 110–112.
7. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха. М.: Медицина, 1988. 288 с.
8. Canal wall down tympanoplasty with canal reconstruction for middle-ear cholesteatoma: post-operative hearing, cholesteatoma recurrence, and status of re-aeration of reconstructed middle-ear cavity / M. Ikeda [et al.] // J. Laryngol. Otol. — 2003. — Vol. 117. — P. 249–255.
9. Tos M. Manual of middle ear surgery. Vol. 2. Stuttgart; New York: Thieme 1995.

Камалова Зилия Закиевна – к. м. н., оториноларинголог ЛОР-отделения РКБ им. Г. Г. Куватова, 450005, г. Уфа, ул. Достоевского, 132, тел. (347) 272-82-63; тел. сот. 89273192217; 999box@mail.ru

УДК: 616.286-072.1

ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ПРИ ЭКССУДАТИВНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ

В. П. Карпов^{1,2}, И. В. Енин¹, В. И. Агранович²

DIAGNOSTICS OF THE EUSTACHIAN TUBE DYSFUNCTIONS IN SECRETORY OTITIS MEDIA

V. P. Karpov, I. V. Enin, V. I. Agranovich

¹ ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ

(Ректор – проф. В. Н. Муравьева)

² МУЗ «Городская клиническая больница №3, г. Ставрополь»

(Главный врач – К. А. Муравьев)

В работе приведены данные обследования больных с расстройствами слуховой трубы у больных экссудативными средними отитами. Для диагностики применен комплекс современных методов обследования, включающий в динамике эндоскопию полости носа и носоглотки, ото-микроскопию, аудиометрию, тимпанометрическое исследование. Точное выявление причин дисфункции слуховой трубы позволяет проводить успешное лечение функциональных тубарных расстройств, как в стационарных, так и в поликлинических условиях.

Ключевые слова: дисфункция слуховой трубы, экссудативные средние отиты, эндоскопия носоглотки, ото-микроскопия, тимпанометрия.

Библиография: 7 источников.

The work presents the results of examination of patients with disorders of the auditory tube, occurred for various reasons. For their diagnosis applied to a complex of modern methods of examination, including endoscopy of the nasal cavity and nasopharynx, otomicroscopy, audiometry, tympanometry performed in the dynamics. The exact identification of the causes dysfunction of auditory tube allows for the successful treatment of functional auditory tube disorders in stationary or polyclinic conditions.

Key words: eustachian tube dysfunctions, secretory otitis media, endoscopy nasopharynx, otomicroscopy, tympanometry.

Bibliography: 7 sources.

Вопрос своевременной и точной диагностики тубарной дисфункции является одним из наиболее сложных в оториноларингологии [1, 4, 6]. Это связано с особенностями анатомического строения слуховой трубы, и определенными техническими сложностями её визуализации, в результате чего детальному, прицельному осмотру носоглотки и устьев слуховых труб не всегда уделяется должное внимание [5, 7]. Развитие экссудативного среднего отита, как правило, непосредственно связано с патологией носоглотки [2, 3].



2. Оптическая эндоскопия полости носа и носоглотки является одним из обязательных и строго необходимых условий современной диагностики различных патологических состояний слуховой трубы. Она показана при различных вариантах дисфункции слуховой трубы. При этом обеспечивается четкая визуализация патологических процессов, которая должна фиксироваться видеозаписью, что в дальнейшем позволяет проводить в динамике контроль эффективности проводимой терапии.

3. Полученные нами данные позволили выявить корреляцию между данными эндоскопии полости носа и носоглотки и состоянием слуховой функции у больных с тубарной дисфункцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобошко М. Ю., Лопотко А. И. Слуховая труба. СПб.: Спец. Лит., 2003. 360 с.
2. Бурмистрова Т. В., Дайхес Н. А., Анташов А. В. Этиологические аспекты экссудативного среднего отита // Рос. оторинолар. — 2004. — №5. — С. 38–44.
3. Дмитриев Н. С., Милешина Н. А., Колесова Н. И. Экссудативный средний отит у детей. Патогенетический подход к лечению: метод. указ. М., 1996. 21 с.
4. Карпищенко С. А., Журавлева Т. А. Диагностические возможности эндоскопии в выявлении причин тубарных дисфункций // Рос. оторинолар. — 2006. — № 5. — С. 80–84.
5. Клешнин Д. А. Ринофиброскопия в диагностике и лечении заболеваний слуховой трубы // Рос. оторинолар. — 2003. — № 1. — С. 70–71.
6. Преображенский Н. А., Гольдман И. И. Экссудативный средний отит. М.: Медицина, 1987. 192 с.
7. Stammberger H. An endoscopy study of tubal function and the diseased ethmoid sinus // Arch. Otorhinolaryngol. — 1986. — Vol. 243. — № 4. — P. 254–259.

Карпов Владимир Павлович — докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии ФПДО Ставропольской ГМА. 355017, г. Ставрополь, ул. Мира д. 310. тел. 8(865) 2561365, факс (8652)561196, E-Mail: Karpov_Vladimir@mail.ru; **Енин** Иван Владимирович — канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии ФПДО СтГМА. 355017, г. Ставрополь, ул. Мира д. 310. тел. 8(8652)561365, E-Mail: yeninivan2007@mail.ru; **Агранович** Виталий Игоревич — ассистент каф. оториноларингологии ФПДО СтГМА. 355017, г. Ставрополь, ул. Мира д.310. тел. 8 (8652)561365, E-Mail: stavin@mail.ru

УДК 616.24-008.444

ХОЛОДНОПЛАЗМЕННАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРАПА И СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

К. Э. Клименко, В. В. Вишняков

COBLATION IN SURGICAL TREATMENT OF SNORING AND OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

K. E. Klimenko, V. V. Vishnyakov

ФГУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ, Москва

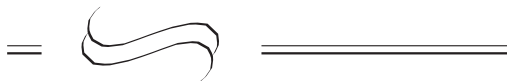
(Главный врач — Засл. врач РФ, докт. мед. наук. Н. К. Витько)

ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет

(Зав. каф. оториноларингологии — проф. В. В. Вишняков)

Проведена сравнительная характеристика результатов хирургического лечения 110 пациентов, страдающих храпом и синдромом обструктивного апноэ сна. Восемидесяти восьми пациентам были проведены увулотомия, увулопалатопластика и увулопалатофарингопластика с применением холодноплазменного метода. Результаты исследования показали сниженный уровень болевого синдрома, более благоприятное течение послеоперационного периода, меньшую выраженность реактивных явлений и более быстрое возвращение к привычной диете и деятельности после применения холодноплазменного метода в сравнении с традиционным подходом.

Ключевые слова: холодноплазменная хирургия, синдром обструктивного апноэ сна, болевой синдром, послеоперационный период, реактивные явления.



Библиография: 8 источников.

Results of surgical treatment of 110 patients with snoring and obstructive sleep apnea were compared. Low-temperature plasma excision was performed in surgical treatment of 88 patients. Uvulectomy, uvulopalatoplasty and uvulopalatopharyngoplasty were performed. Results showed less postoperative morbidity, decreased complication rate and fast postoperative recovery in coblation group of patients.

Key words: coblation, obstructive sleep apnea, pain, postoperative period, reactive signs.

Bibliography: 8 sources.

Синдром обструктивного апноэ сна обусловлен наличием эпизодов частичной или полной обструкции верхних дыхательных путей во время сна. Это может быть вызвано множеством причин, в том числе наличием избыточной ткани на различных уровнях дыхательной трубки, которая вибрирует и способствует ее коллапсу [1]. Часто это обусловлено увеличением небной занавески, язычка мягкого неба, ослаблением тонуса глоточной мускулатуры, гипертрофией небных миндалин и др.

Увулотомия (УТ), увулопалатопластика (УПП) и увулопалатофарингопластика (УПФП) — наиболее часто выполняемые операции у больных, страдающих храпом и СОАС. Цель операций заключается в иссечении избыточных тканей глотки и увеличении ее передне-заднего размера. Существует множество способов хирургического лечения храпа и СОАС, которые включают традиционные вмешательства и малоинвазивные методы с применением температурных технологий [3]. Эффективность хирургического лечения, а также неблагоприятный эффект и целесообразность хирургических вмешательств достаточно широко обсуждаются в литературе, при этом мнения специалистов в оценке эффективности проведенного лечения нередко расходятся. В последнее время хирурги переходят на менее травматичные методы лечения, такие как электрокаустическая, лазерная, радиочастотная и шейверная увулопалатопластика. Однако разнообразие методов лечения свидетельствует о недостаточной эффективности каждого из них. Большую проблему представляет повышенное тепловыделение, которое сопровождает многие малоинвазивные технологии вмешательства [4].

Проблема избыточного тепловыделения была решена в 1995 году с внедрением холодноплазменной технологии воздействия на мягкие ткани. Именно тогда был выпущен аппарат, производящий «холодную» плазму, который сегодня носит название «Коблатор II» (Coblator II Surgery System). Технологию воздействия называют холодноплазменной или коблацией (от англ. «Coblation» от «Controlled ablation» или «контролируемое разрушение»).

При использовании радиочастотной энергии в биполярной форме с электропроводным раствором в процессе коблации происходит активизация ионов в растворе с формированием локальной плазмы. Плазма обладает достаточной энергией для диссоциации молекул и ионизации протонов натрия, тем самым создавая благоприятные условия для разрыва межмолекулярных связей. Суммарный эффект заключается в выпаривании (абляции) и локальном разрушении определенного объема ткани. Тепло, образующееся в процессе плазменного воздействия с наличием постоянного охлаждения из поступающего физиологического раствора, нагревает ткань примерно до 45–55° С, что гораздо ниже, чем при использовании традиционных термических способов [5]. Как известно, обычные электрохирургические системы воздействуют на ткани путем выпаривания или коагуляции при прохождении тока с относительно высоким напряжением. Эта разность потенциалов образует электрическую дугу, проходящую через физическую прослойку между активным электродом и тканью. Обычно это пространство заполнено электрически нейтральным газом (воздух или СО₂ в лапароскопических процедурах) или жидкостью (дистиллированная вода, глицин). Между активным электродом и тканью образуется радиочастотная искра, которая посредством высокой температуры локально повреждает ткань. В зависимости от выбранного режима воздействия отличаются длины волн в электрохирургических системах. Так, для разрезания или коагуляции электрохирургические системы используют затухающие синусоидальные импульсы с номинальной частотой от 250 до 2000 кГц. Напряжение холостого хода варьирует от 300 до 2000 В и мощность при импедансе 500 колеблется от 80 до 200 Вт. Разрезание достигается при высокой частоте, уровне напряженности и мощности т.к. интенсивное тепло в искре разрушает ткань, а не просто высушивает ее, как при коагуляции [4, 8].



УДК 616-006.488

ЗНАЧЕНИЕ КАРОТИДНОЙ АНГИОГРАФИИ И СУПЕРСЕЛЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАРААНГЛИОМОЙ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

М. В. Комаров², В. К. Рыжков¹, И. А. Аникин², С. А. Еремин²

THE ROLE OF CAROTID ANGIOGRAPHY AND SUPERSELECTIVE EMBOLIZATION FOR PREOPERATIVE PREPARATION OF THE PATIENTS WITH PARANGLIOMA OF THE TEMPORAL BONE

M. V. Komarov, V. K. Ryzhkov, I. A. Anikin, S. A. Eremin

¹ Ленинградская областная клиническая больница, г. Санкт-Петербург

(Главный врач — докт. мед. наук В. М. Тришин)

² ФГУ «СПб НИИ ЛОР» Минздравсоцразвития России
(Директор — Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Каротидная ангиография и эмболизация артериальных сосудов, питающих параанглиому височной кости, были выполнены 12 пациентам с типами опухолей А, В и С на этапе подготовки к оперативному вмешательству за период с 2009 по 2011 гг. Опухоль кровоснабжалась различными ветвями наружной сонной артерии у 9 пациентов. В двух случаях диагностирован аваскулярный тип опухоли. Основным материалом для селективной эмболизации служила коллагеновая гемостатическая губка, для суперселективной эмболизации — частицы поливинилалкоголя. Осложнений после эмболизации выявлено не было, только одна пациентка отмечала головные боли. Интраоперационная кровопотеря во всех случаях не превышала 200 мл.

Ключевые слова: параанглиома, височная кость, среднее ухо, гломусная опухоль, эмболизация, суперселективная эмболизация, поливинилалкоголь.

Библиография: 10 источников

The carotid angiography and subsequent embolization of arterial suppliers of paranglioma of the temporal bone were performed in 12 patients with tumour types A, B and C as preparation for surgery during of a period from 2009 to 2011. The blood supply of the tumor in 9 cases arisen from branches of the external carotid artery. Avascular tumor type was diagnosed in 2 patients. The pieces of collagen hemostatic sponge were used for selective embolization and superselective blockage through microcatheter was performed by particles of polyvinylalcohol 350–500 mk. There were noted no complications, except headache in one patient. Intraoperative blood loss was less than 200 ml in all cases.

Key words: paranglioma, temporal bone, middle ear, glomus tumor, embolization, superselective embolization, polyvinylalcohol.

Bibliography: 10 resources

Параанглиома одна из наиболее частых опухолей височной кости с частотой встречаемости 1 на 300000 человек. Доброкачественная природа поражения сопряжена с агрессивным и, в некоторых случаях, инфильтрирующим ростом. Активная продукция опухолью факторов роста сосудов лежит в основе ее гиперваскулярной природы [6].

Обильное кровоснабжение патологического очага нередко приводит к гемодинамически значимой кровопотере, затрудняет тотальное удаление опухоли, удлиняет время вмешательства, увеличивая риск повреждения сосудистых и нервных структур [2, 5, 8, 9]. Между тем эмболизация сосудов опухоли позволяет значительно уменьшить объем кровопотери и улучшить возможности ее радикального удаления [3, 4, 7, 8].

Основными источниками кровоснабжения параанглиомы височной кости согласно J. Moret et al. [8] являются: восходящая глоточная артерия, шилососцевидная артерия, верхнечелюстная артерия, сонно-барабанные артерии, средняя оболочечная артерия.



Комаров Михаил Владимирович — клинический ординатор СПб НИИ ЛОР, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9. E-mail: 7_line@mail.ru, тел. 8-812-982-2251; **Рыжков** Владимир Константинович — д.м.н., заведующий отделением сердечно-сосудистой и интервенционной радиологии ЛОКБ, 194291, Санкт-Петербург, пр. Луначарского, 45 — 49. E-mail: vlryzhkov@mail.ru, тел. 8-812-557-0495; **Аникин** Игорь Анатольевич — д.м.н., руководитель отдела патофизиологии уха СПб НИИ ЛОР, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9. E-mail: dr-anikin@mail.ru, тел. 8-812-575-9447; **Еремин** Сергей Алексеевич — аспирант СПб НИИ ЛОР, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9. E-mail: 7shans@mail.ru, тел. 8-981-758-7352

УДК 616.211-002-009.86-073.432.1

ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА В КОМБИНИРОВАННОМ ВИДЕ

А. П. Кочеткова, М. Ю. Коркмазов

ON POSSIBLE TREATMENT OF VASOMOTOR RHINITIS USING A COMBINED LOW-FREQUENCY ULTRASOUND METHOD

A. P. Kochetkova, M. U. Korkmazov.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

(Ректор — чл. корр. РАМН, проф. И. И. Долгушин)

Авторами настоящей работы на основе изучения литературных данных (8 литературных источников) и собственного опыта проведен анализ эпидемиологии заболеваемости вазомоторными ринитами. Оценена эффективность лечебной тактики низкочастотным ультразвуковым воздействием в виде кавитационной инстилляций полости носа и разновидности фонофореза. Результатом работы является изучение возможности применения низкочастотного ультразвука в комбинированном виде. По итогам проведенной работы авторы оформили и подали документы на соискание авторского патента.

Ключевые слова: вазомоторный ринит, низкочастотный ультразвук, заболевания полости носа.

Библиография: 8 источников.

In this work, the author has analyzed the epidemiology of vasomotor rhinitis based on literature review data (8 works) and clinical case studies. The effectiveness of the treatment policy based on low-frequency ultrasound intervention applied as a cavitation instillation of a nasal cavity along with phonophoresis has been evaluated. As a result of the work, the possibility of the therapy using a combined low-frequency ultrasound method has been studied and the provisional patent application has been submitted.

Key words: vasomotor rhinitis, low-frequency ultrasound, diseases of nasal cavity.

Bibliography: 8 sources

Вазомоторный ринит является распространенным заболеванием полости носа. По результатам эпидемиологических исследований около 20 % населения страдают хроническим ринитом, до 40 % периодически отмечают наличие тех или иных симптомов данной патологии. Удельный вес вазомоторного ринита достигает 21 % [3]. Рост заболеваемости, по мнению многих авторов, связан с неблагоприятной экологической обстановкой, возрастающим количеством аллергических и респираторных вирусных заболеваний и снижением местного и общего иммунитета [4].

Характерной особенностью клинического течения вазомоторного ринита является прежде всего назальная обструкция и формирование стойкой зависимости человека от деконгестантов. Затруднение носового дыхания и ринорея существенно снижают качество жизни пациентов, ухудшают их психоэмоциональное благополучие, ограничивают психическую и социальную



УДК 611.225-053.8

**МИКРОТОПОГРАФИЯ СТЕНОК ПОДГОЛОСОВОЙ ПОЛОСТИ ГОРТАНИ
У ЛИЦ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА****Е. Д. Луцай, И. И. Каган****MICROTOPOGRAPHY OF INFRAGLOTTIC CAVITY WALLS
OF THE LARYNX IN MATURE AGE****E. D. Lutzay, I. I. Kagan***ГОУВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития
России**(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)*

В работе изучены особенности макромикроскопического строения и микротопографии стенок подголосовой полости у лиц зрелого возраста на 25 препаратах гортани, с применением методов: макромикроскопического препарирования, гистотопографического, морфометрии. Описаны особенности строения основных анатомических структур гортани на данном уровне, дана количественная характеристика срединной перстнещитовидной связки, эластического конуса, описаны варианты внутриорганной топографии сосудов.

Ключевые слова: анатомия, гортань, подголосовая полость, зрелый возраст.

Библиография: 30 источников.

The article is devoted to the analysis of the features of macro and microstructure and microtopography of infraglottic cavity walls of the larynx in mature patients. The research was performed at 25 human larynx sectional preparations without pathology by the following methods: macromicrodissection, histotopographic morphometrics. The article describes the main anatomical structures of the larynx on this level, provides quantitative characteristics of median cricothyroid ligament and elastic cone. It also describes variants of intraorganic topography of larynx arteries branch.

Key words: anatomy, larynx, infraglottic cavity, mature age.

Bibliography: 30 sources.

Развитие современных инновационных технологий и применение их в медицине, в частности оперативной оториноларингологии, позволяет минимизировать последствия хирургических вмешательств. С появлением метода непрямой ларингоскопии, разработанным в 1854 году М. Гарсия началась «...эпоха гортанной хирургии» [6], среди основных этапов этой эпохи выделяют протезирование, эндоскопическую хирургию, электрохирургию, криохирургию, применение ультразвука, лазера [1, 2, 6, 7, 15, 16, 21, 22]. Динамичное развитие хирургической оториноларингологии привело к тому, что в начале XXI века была проведена успешная операция по пересадке гортани [24], в успехе которой есть заслуги фундаментальной науки, в частности анатомии человека [11, 20, 28, 29]. Тем не менее, рост числа заболеваний этого органа, в том числе его онкопатологии остается стабильно высоким. По данным различных исследователей заболеваемость злокачественных новообразований гортани колеблется от 2 до 5 % в мире. В России этот показатель составляет 2,3 % [3]. Выделяют также регионы, где эти показатели значительно превышают средние данные по России. Это Республика Чувашии, Курская, Омская, Ульяновская, Ростовская и Тверская области [14]. Существуют данные о локализации опухолей в различных отделах гортани, которых в соответствии с Международной анатомической номенклатурой [9] выделяют четыре: вход в гортань, преддверие, голосовая щель, подголосовая полость. В подголосовом отделе частота их встречаемости составляет 6–9,6 % от общего числа злокачественных новообразований данного органа [4]. В клинической практике существуют свои подходы для определения границ подголосовой полости. Н. А. Дайхес и др. (2009) определяют границы «подголосового отдела» от «... нижней поверхности истинной голосовой складки до первого неполного хрящевого кольца трахеи». Книзу подголосовой отдел конически расширяется и переходит в трахею [8]. Y. P. Lenoriot (1975) верхней границей



УДК 613.952-07:615.471

ЭТАПНАЯ РЕГИСТРАЦИЯ ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ ПРИ УНИВЕРСАЛЬНОМ АУДИОЛОГИЧЕСКОМ СКРИНИНГЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

А. Э. Мадисон¹, А. В. Староха¹, Ю. А. Хандажапова¹, А. Б. Кузьмина²,
М. М. Литвак²

STEPPED OTOACOUSTIC EMISSION REGISTRATION FOR UNIVERSAL NEWBORN HEARING SCREENING

A. E. Madison, A. V. Staroha, Yu. A. Khandazhapova, A. B. Kuzmina, M. M. Litvak

¹ Томский филиал ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФБМА России»

(Директор — проф. А. В. Староха)

² ГОУВПО Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

(Зав. каф. оториноларингологии — проф. А. В. Староха)

В работе представлен анализ результатов универсального аудиологического скрининга новорожденных, проведенного в г. Томске. Общее число обследованных составило 4732 ребенка. Определена значимая роль хронической фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития и массы тела новорожденного менее 3000 г в формировании транзиторных нарушений слуха на разных этапах скрининга.

Ключевые слова: универсальный аудиологический скрининг новорожденных, задержанная вызванная отоакустическая эмиссия, хроническая сенсоневральная тугоухость, глухота

Библиография: 15 источников.

The paper presents analysis of universal newborn hearing screening results from Tomsk city. Overall number of newborns examined was 4732. We discovered significant role of chronic fetoplacental insufficiency, intrauterine growth retardation and newborn weight below 3000 g. in genesis of transitory hearing disorders.

Key words: newborn hearing screening, otoacoustic emission, chronic sensorineural hearing loss, deafness

Bibliography: 15 sources.

Проблемы патологии слуховой функции являются предметом изучения клинической медицины, ибо вопросы своевременной диагностики, раннего начала лечения и реабилитации имеют высокую социальную значимость.

В настоящее время нет единого подхода к учету лиц с нарушениями слуха, вследствие чего имеется разброс данных о количестве лиц с данной патологией. Это во многом определяется трудностями при исследовании слуха у детей, неточностью ретроспективных оценок, отсутствием стандартов при определении различных форм тугоухости, флюктуирующей природой некоторых форм слуховых нарушений. Проблемы, возникающие при сопоставлении различных массивов статистических данных, могут быть объяснены географическими различиями, эпидемическими факторами. Значительно затрудняет оценку и то, что из анализа практически исключаются слабые двусторонние потери слуха, односторонняя сенсоневральная тугоухость, кондуктивные поражения. Если же учесть все отмеченные факторы, то процент детей, имеющих нарушения слуха, может значительно увеличиться.

В России насчитывается более 13 млн лиц с социально значимыми нарушениями слуха, в том числе более 1 млн детей и подростков [3]. По данным Второй международной конференции по скринингу новорожденных, диагностике и раннему вмешательству, частота нарушений слуха наблюдается у 3 из 1000 новорожденных, что в два раза больше, чем частота патологии несращения губы (неба), в два раза больше, чем частота синдрома Дауна и в десять раз больше, чем частота фенилкетонурии у новорожденных [3, 11].



8-903-955-21-32; **Хандажапова** Юлия Александровна — к. м. н., старший научный сотрудник ТФ ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России». 634012, г. Томск, ул. Щорса 9-25, 0605@sibmail.com, тел. 8-906-957-72-85; **Кузьмина** Анастасия Борисовна — аспирант кафедры оториноларингологии СибГМУ. 634050, г. Томск Московский тракт 2, a2012k@mail.ru, тел. 8-916-592-09-23; **Литвак** Максим Михайлович — к. м. н., ассистент кафедры оториноларингологии СибГМУ. 634050 г. Томск, Московский тракт 2. mm_litvak@mail.ru, тел. 8-903-913-40-54

УДК: 616.28-008.14-08

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

К. А. Никитин, Е. М. Бачегова

ACUTE SENSORINEURAL DEAFNESS TREATMENT

К. А. Nikitin, E. M. Bacheгова

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

(И. о. ректора — докт. мед. наук С. М. Яшин)

В статье проанализированы данные комплексного лечения пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью. Было выделено две группы больных. В первую группу вошли 73 пациента, получавшие лечение с учетом реципрокного взаимодействия М — и Н-холинергических механизмов. В группу сравнения вошел 41 пациент, которые получали стандартную антихолинэстеразную терапию. В первой группе больных выздоровление достигнуто у 70 % больных. В контрольной группе выздоровление достигнуто у 53 % больных. Исследование показало, что антихолинэстеразная терапия в комплексном лечении острой сенсоневральной тугоухости имеет существенное значение, позволяя достигать более эффективной реабилитации больных.

Ключевые слова: антихолинэстеразная терапия, острая сенсоневральная тугоухость

Библиография: 9 источников

In this article are analysed the complex treatment datas of patients with acute sensorineural deafness. There were two groups of patients. The first group consisted of 73 patients, whom were treated with main interaction M- and H-cholinergic mechanisms. The second group for to compare was of 41 patients, whom was given standard anticholinesterase therapy. In the first group of patients the recovery was reached by 70 % patients.

In the test group the recovery was reached by 53 % patients.

According to this experiment, anticholinesterase therapy, with complex treatment the acute sensorineural deafness, plays an important role in getting more effective patients' rehabilitation.

Keywords: anticholinesterase therapy, acute sensorineural deafness

Bibliography: 9 sources

По данным мировой и отечественной литературы до 6 % населения планеты страдает нарушениями слуха, среди них у 80 % пациентов они связаны с поражением звуковоспринимающего аппарата (1, 2, 7). Согласно данным ВОЗ в России насчитывается около 12 млн. больных с нарушениями слуха, при этом, более 50 % пациентов, страдающих сенсоневральной тугоухостью, находятся в трудоспособном возрасте — от 20 до 50 лет (3, 4, 6). Лечение сенсоневральной тугоухости представляет наиболее трудный раздел современной оториноларингологии. Успех терапии зависит от степени сохранности воспринимающих элементов слухового рецептора и обратимости патологических изменений в органе Корти. Эффективность лечения острой сенсоневральной тугоухости падает пропорционально времени с момента начала заболевания (2, 8, 9). Терапия сенсоневральной тугоухости должна быть направлена как на устранение причины заболевания, так и на улучшение функционального состояния звуковоспринимающего аппарата. При назначении лекарственных препаратов необходимо учитывать особенности их



УДК: 616. 284-002. 258

О ПОКАЗАНИЯХ К ОПЕРАЦИИ РЭМБО**А. А. Нугуманов, А. Я. Нугуманов****ABOUT INDICATIONS FOR RAMBO OPERATION****A. A. Nugumanov, A. J. Nugumanov***ГАОУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань**(Главный врач — Засл. врач РТ Р. Ф. Гайфуллин)*

Обсуждаются показания к операции облитерации тимпаномастоидальной полости и наружного слухового прохода при радикальных операциях на глухом ухе у больных хроническим гнойным средним отитом и ранее перенесших радикальную операцию с рецидивирующим гноетечением.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, глухота, радикальная операция, облитерация общей полости.

Библиография: 6 источников.

Indications for obliteration operation of tympanomastoid cavity and external acoustical canal during radical operations on a deaf ear with chronic otitis media and who have passed through radical operation earlier with persistent recurrence are discussed.

Keywords: chronic otitis media, deafness, radical operation, an obliteration of the mastoid cavity.

Bibliography: 6 sources.

Проблема продолжающихся гноетечений после saniрующих операций на ухе по-прежнему актуальна. Многие авторы сообщают о «болезни оперированного уха» более чем у трети пациентов, перенесших радикальную операцию по поводу хронического гнойного среднего отита (ХГСО) [1]. При значительных деструкциях в результате операции неминуемо образование большой мастоидальной полости. Кожа слухового прохода, барабанная перепонка, стенки трепанационной полости после радикальной операции «болеют» от длительной влажности в результате недостаточной вентиляции. Страдания больному чаще причиняют не столько тяжелая тугоухость или глухота, сколько непрерывно мокнущая общая полость после saniрующей операции. Длительный кариозно-деструктивный процесс в среднем ухе, по сути, ведет к остеомиелиту (хроническому мастоидиту) сосцевидного отростка.

Причин, негативно влияющих на формирование непрекращающегося мокнутия в оперированном ухе, несколько. Это недостаточная функция слуховой трубы, наличие больших размеров трепанационной полости с узким слуховым проходом, не обеспечивающим достаточную вентиляцию и нарушение её самоочищения. Обычно пытаются уменьшить вентилируемую полость путем ликвидации паратимпанальных клеток и их облитерации. Действительно, уменьшив объем мастоидальной полости и сделав вход в наружный слуховой проход максимально широким для лучшей аэрации нередко можно избежать рецидивов хронического гноетечения [1–4]. В последние годы постепенно стали внедряться в России различные модификации радикальной операции закрытого типа и с меатомастоидопластикой, но операция Рэмбо, основанная на тех же принципах, остается почти невостребованной.

Уменьшить объем мастоидальной полости пытались почти с момента появления самих saniрующих операций. Schwartze, которому приписывают авторство радикальной мастоидэктомии, добивался облитерации западением заушной раны. Далее для облитерации стали прибегать к пломбированию трепанационной полости различными материалами [3,4]. Были разработаны операции «закрытого» типа. К сожалению указанные мероприятия не всегда дают желаемые результаты и основная цель радикальной операции — ликвидация очага инфекции в среднем ухе не достигается [1–4]. Оставление большой ятрогенной послеоперационной полости при неработающем среднем ухе особенно у пациентов с тяжелой тугоухостью, глухотой и после удаления больших опухолей среднего уха бессмысленна или даже опасна.



этой модификации следует признать наиболее оптимальным при отсутствии социально пригодного слуха и на глухом ухе. Данный способ, упрощая технику операции, на порядок сокращает сроки послеоперационного ухода и избавляет пациента от «болезни оперированного уха».

ЛИТЕРАТУРА

1. Ситников В. П. Реконструктивная мастоидопластика у лиц страдающих «болезнью оперированного уха». Мат. Рос. науч.-практ. конф. оториноларингологов «Проблемы и возможности микрохирургии уха». Оренбург. 2002. С. 117–119.
2. Нугуманов А. А., Нугуманов А. Я. Реконструктивная хирургия хронического гнойного среднего отита // Рос. оторинолар. — 2010. — № 6. — С. 45–50.
3. Мастоидопластика. (Обзор литературы) / З. Б. Агаронова [и др.]. Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. СПб., 2011. Т. 2. С. 182–187.
4. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха. Том 2: Хирургия сосцевидного отростка. Реконструктивные операции. Томск.: 2005. Т. 2. С. 346–416.
5. Randal Leung, Robert J. S. Briggs. Indications for outcomes of mastoid obliteration in cochlear implantation // Otolology & neurology, 2007. — № 5; 28(3): P. 330–334.
6. Kos M. I., Chavaillas O., Guyot J. P. Obliteration of the tympanomastoid cavity: long term results of the Rambo operation // J. Laryngol Otol. 2006 Dec; P. 1014–1018.

Нугуманов Айрат Азатович — канд. мед. наук, врач-оториноларинголог Республиканской клинической больницы МЗ Республики Татарстан, ассистент каф. оториноларингологии Казанского ГМУ. 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, 138, м. т.+7-917-870-61-39, э\п: ent_ru3@mail.ru; **Нугуманов Азат Яриевич**, зав. отделением (слухолучающей хирургии) ЛОР-2 РКБ МЗ Республики Татарстан, 420064, Казань, Оренбургский тракт, 138, м. т. +7-917-867-24-60, э\п: ent_ru3@mail.ru

УДК: 616.21-77-089.844

РАЗРАБОТКА НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «ГИАМАТРИКС» ДЛЯ ОТО- И РИНОХИРУРГИИ

Р. Р. Рахматуллин², Р. А. Забиров¹, А. В. Акимов¹, С. М. Гарифзянова³

WORKING OUT NANORETICULATED OF THE BIOPLASTIC MATERIAL HYAMATRIX FOR OTO – AND RHINOSURGERY

R. R. Rakhmatullin, R. A. Zabirov, A. V. Akimov, S. M. Garifzynova

¹ ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

² ГОУ ВПО Оренбургский государственный университет

(Ректор — проф. В. П. Ковалевский)

³ ГК Больница № 36 г. Москвы

(Главный врач — Засл. врач РФ, докт. мед. наук В. Н. Французов)

Предложен оригинальный биопластический материал «Гиаматрикс» для восстановления дефектов покровных тканей (кожа, слизистые оболочки) в оториноларингологической практике. Биоматериал представляет собой биополимер, изготовленный методом фотохимической сшивки макромолекул в гидрогеле на основе нативной, химически не модифицированной гиалуроновой кислоты. Представленные результаты свидетельствуют об ускорении репаративных процессов, высокой эффективности и безопасности применения данного биопластического материала, что позволяет значительно сократить время лечения и повысить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: полимер гиалуроновой кислоты, биопластический материал «Гиаматрикс», отохирургия, ринохирургия.

Библиография: 8 источников.



It is offered original a bioplastic material — "Hyamatriks" for replacement of defects of integumentary fabrics (a skin, mucous) in the medical to practice. The biomaterial represents the biopolymer made by a method photochemical communications of macromolecules in hydrogel on a basis chemically not modified hyaluronic acids. The presented results testify to acceleration regenerative processes, high efficiency and safety of application of the given bioplastic material that allows to reduce considerably time of treatment and to raise quality of life of patients.

Key words: polymer hyaluronic acids, a bioplastic material "Hyamatriks".

Bibliography: 8 sources.

Современный этап развития оперативной оториноларингологии требует применения новых биоматериалов, обладающих оптимальными регенерирующими и фармако-физическими свойствами. Причём эффективная регенерация должна быть органоспецифической, а свойства материалов должны соответствовать специальным требованиям, например, колебательно-акустическим — для замещения дефектов барабанной перепонки или высокоадгезионным — для закрытия перфораций носовой перегородки.

Кроме того, важным для подобных биоматериалов является неиммуногенная биометаболизация. Матрикс должен деградировать на биологически безопасные соединения со скоростью роста новой функционирующей ткани и полностью замещаться тканью того или иного органа. Перспективной молекулярной основой для разрабатываемых в настоящее время биоматериалов считаются коллаген, гиалуроновая кислота (ГК), синтетические гидроколлоиды и т. д. [4, 5].

Важными также считаются следующие качества биоматериалов [3, 4, 7, 8]:

- многофункциональность (выполнять одновременно роль функции каркаса, подложки и питательной среды для клеточных культур);
- механическая прочность и эластичность, достаточная для хирургических манипуляций;
- биосовместимость на белковом и клеточном уровнях;
- способность стимулировать пролиферацию и дифференциацию клеток;
- пористость, обеспечивая процессы неоваскуляризации;
- возможность стерилизации стандартными способами без изменения их медико-технических свойств.

С учётом вышеуказанных специфик нами разработан наноструктурированный биопластический материал «Гиаматрикс» на основе нативной формы гиалуроновой кислоты (ФСР №2011/103313 от 18.03.2011 г.) для использования в отохирургии и ринопластики.

Объекты и методы исследования

Объект исследования — оригинальный наноструктурированный биопластический материал — «Гиаматрикс» (Hyamatrix). Он представляет собой биополимер, изготовленный методом фотохимической сшивки макромолекул в гидрогеле на основе нативной, химически не модифицированной гиалуроновой кислоты [2].

Микроструктура полимера исследовалась с помощью сканирующего атомно-силового микроскопа (АСМ) СММ-2000. Для получения АСМ-изображений в воздушной среде использовались треугольные кантилеверы жесткостью 0,01 н/м с пирамидальной иглой радиусом кривизны $r \sim 15\text{--}25$ нм.

Результаты и их обсуждения

Базисным компонентом биопластического материала «Гиаматрикса» является гиалуроновая кислота (ГК). Это линейный несulfатированный гликозаминогликан, неразветвленный полисахарид, содержащий от 2000 до 25000 дисахаридных единиц D-глюкуроновой кислоты и N-ацетил-D-глюкозамина, соединённых между собой бета-1,3 и бета-1,4-гликозидными связями [2–4, 6–8]. Как полианион, ГК гигроскопична, она эффективно связывает молекулы воды и образует вязкий гидрогель.

На основе ГК получали вязкий гидрогель, в который добавлялись рецептурное количество белковых компонентов (коллаген, пептиды). Затем, используя метод фотохимического наноструктурирования, получали эластичные пластинки биопластического материала.

На рис. 1 показана структура биопластического материала «Гиаматрикс». Область сканирования АСМ — изображения — $1,7 \times 1,7$ мкм, длина масштабной линии — 300 нм.



ЛИТЕРАТУРА

1. Волова Т. Г., Севастьянов В. И., Шишацкая Е. И. Полиоксиланоаты — биоразрушаемые полимеры для медицины: 2-е изд., дополн. и переработ. Красноярск, 2006. 288 с.
2. Наноструктурированный материал «Гиаматрикс» / Р. Р. Рахматуллин [и др.] // Врач, №5. — 2011. — С. 22–24.
3. Севастьянов В. И. Новое поколение материалов медицинского назначения // Перспективные материалы. — 2002. — № 4. — С. 41–55.
4. Шумаков В. И., Севастьянов В. И. Биополимерные матриксы для искусственных органов и тканей // Здоровоохранение и медицинская техника. — 2003. — № 4. — С. 30–33.
5. Bioartificial Organs. Tissue Sourcing, immunoisolation, and Clinical Trials. D. Hunkeler [et al.] // Annals of the New York Academy of Sciences — N. Y., 2001. — V. 944.
6. Biodegradable PLA/PGA polymers for tissue engineering in orthopaedics / C. M. Agrawal [et al.] // Material Science Forum, — 1997. P. 115–128.
7. Biomaterials development for bone tissue engineering / K. J. L. Burg [et al.] // Biomaterials. — 2000. — № 21. — P. 2347–2359.
8. Hyaluronan-based biomaterials in tissue engineering / P. Brun [et al.]. New Frontiers in Medical Sciences: Redefining Hyaluronan. Symposium Proceedings, Padua, Italy. — June, 1999. — P. 269.

Рахматуллин Рамиль Рафаилович — канд. мед. наук, зав. научно-производственной лабораторией клеточных технологий Оренбургского государственного университета, 460018, г. Оренбург, пр. Победы, 13, тел. 8-3532- 77-66-35. e-мaйл: ram2525@mail.ru; **Забиров** Рамиль Ахметович — докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой оториноларингологии Оренбургской медицинской академии, 460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6, тел. 8-3532-71-87-17; 8-3532-32-92-91. e-мaйл: lorkafedra@mail.ru; **Акимов** Александр Владимирович — канд. мед. наук, ассистент кафедры оториноларингологии Оренбургской медицинской академии, 460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6, тел. 8(3532)71-87-17. e-мaйл: lorkafedra@mail.ru

УДК:616.322+616.323]-007.61-089.87-008.87-053.2

ДИНАМИКА УРОВНЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ КОНТАМИНАЦИИ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ НА ЭТАПАХ АДЕНОТОМИИ И ТОНЗИЛЛОТОМИИ Ю. Ю. Русецкий¹, Т. К. Седых², И. О. Чернышенко², В. А. Смирнова²

DYNAMICS OF LEVEL BACTERIAL CONTAMINATION AN OPERATIONAL WOUND AT STAGES ADENOTOMY AND TONSILLOTOMY Yu. Yu. Rusetskiy, T. K. Sedykh, I. O. Chernyshenko, V. A. Smirnova

¹ ГОУ ВПО «Первый московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»

(Зав. каф. болезней уха, горла и носа — проф. А. С. Лопатин

² МУЗ «Клиническая больница №5», г. Тольятти, Самарская область
(Главный врач — канд. мед. наук Н. А. Ренц)

Исследован качественный и количественный состав микрофлоры слизистой оболочки поверхности миндалин и биоптатов удалённых тканей у 68 детей на этапах аденоотомии и у 42 — на этапах тонзиллотомии. Произведено сравнение результатов уровня микробного загрязнения поверхности миндалин и ткани миндалин. Видовой состав флоры оказался идентичен. В обоих случаях преобладали стрептококки и стафилококки. Показатели бактериальной обсеменённости при исследовании биоптатов тканей оказались выше, чем при исследовании мазков с поверхности слизистой оболочки. Отмечена тенденция к увеличению бактериальной загрязнённости оперируемой поверхности к концу операции, что требует принятия мер по антимикробной защите операционной раны.

Ключевые слова: бактериальное исследование, биоптаты ткани миндалин, микрофлора, слизистая оболочка, аденоиды, нёбные миндалины.

Библиография: 21 источник.

Quantitative and qualitative compositional analysis of biopsy material and microflora of tonsil mucous membrane was carried out. The research was based on the tonsil tissues taken from 68 children



during adenotomy and 42 children during tonsillotomy. The results were assessed according to the level of bacterial pollution of tonsil surface and tissues. The composition of microflora — was identical. In both cases streptococci and staphylococci predominated. The number of bacteria in tissue sampling was higher than in smear of tonsil surface. Bacterial pollution tends to be higher at the end of — an operation therefore antimicrobial protection of an incisional wound is required.

Key words: bacterial analysis, biopsy material, tonsil tissues, microflora of mucous membrane, adenoid, palatine tonsils.

Bibliography: 21 sources.

С момента рождения слизистая оболочка верхних дыхательных путей подвергается воздействию различных микроорганизмов, в том числе и бактерий, поступающих вместе с воздухом [6]. Многочисленные продукты жизнедеятельности бактерий могут повреждать нормальные реснитчатые клетки, способствуя адгезии микроорганизмов и колонизации носоглотки и глотки микрофлорой различной степени патогенности и развитию воспаления. Лимфаденоидная ткань глотки отвечает на инфекцию гиперплазией, которая сохраняется длительно и после инфекции [7]. Практически у всех детей, имеющих гипертрофию глоточной миндалины, гистологически выявляется наличие хронического воспалительного процесса [5], оказывающего влияние на состав микробных сообществ носоглотки и ротоглотки. Так, A. Swinski и соавт. [20], изучая причины рецидивирующего течения аденотонзиллитов, обнаружили в удалённой хирургическим путём лимфоидной ткани миндалин, щели, заполненные гноем, и выявили присутствие бактерий рода *Streptococcus*, *Bacteroides*, *Fusobacteria*, *Pseudomonas* и *Burkholderia*. Другие авторы в своих исследованиях показали, что преобладающая флора глоточной миндалины представлена: *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilis influenza*, *Peptostreptococcus spp.*, *Prevotella spp.*, *Fusobacterium spp.* [2, 12]. Причем на поверхности глоточной миндалины определяется более бедный видовой состав бактериальной флоры (5–6 видов), чем в паренхиме (8–9 видов) глоточной миндалины.

Многие исследователи считают, что одну из ключевых ролей в персистенции микроорганизмов играют бактериальные биопленки, содержащие микроколонии возбудителя [13, 16, 14]. Наличием биоплёнок в криптах небных миндалин при хронических тонзиллитах можно объяснить устойчивость к защитным силам организма и антибиотикотерапии [3, 15]. Исследования, проведённые Andreas E. Zautner и соавт. (2010) показали, что *Staphylococcus aureus* способен к существованию в виде биоплёнок, но его длительное персистирование происходит за счёт внутриклеточного расположения, а не за счёт образования биопленки [19]. Поскольку существуют различия между бактериальной флорой, вегетирующей на поверхности и в ткани миндалин, бактериальное исследование мазка, взятого с поверхности с помощью тампона, не всегда может выявить реального возбудителя воспаления [21]. Инвазия *St. aureus* и *Str. pyogenes* внутрь клеток респираторного эпителия инициирует рецидивирующее течение воспалительных заболеваний и способствует развитию толерантности к антибиотикотерапии [18, 17, 9].

К сожалению, консервативное лечение при гиперплазии элементов лимфаденоидного глоточного кольца не всегда приводит к желаемому результату и в ряде случаев сохраняются показания для хирургического лечения. Микробная контаминация оперируемой поверхности является предпосылкой для инфекции области хирургического вмешательства [1]. Во время операции нарушается целостность слизистой оболочки и через дефект покровов микробы попадают в межклеточные щели, лимфатические сосуды и с током лимфы заносятся в глубжележащие ткани [11]. В общей хирургии исследования уровня загрязнения тканей операционной раны, легли в основу методов обработки операционного поля и периоперационной антибиотикопрофилактики [4]. При вмешательствах в такой контаминированной области как глотка оториноларингологам также необходимо иметь детальное представление о динамике контаминации тканей оперируемой области. Ранее мы провели исследование видового состава и уровня бактериальной загрязнённости поверхности глоточной и небной миндалин у пациентов перед тонзиллотомией и аденотомией [10].

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики микрофлоры оперируемой поверхности и хирургической раны на различных этапах хирургического лечения пациентов с гипертрофией небных миндалин и аденоидами.



УДК:[611.329+616.329-006.6-089]:616-073.756.8

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГРУДНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

А. Е. Рыков, П. В. Самойлов

FEATURES OF ANATOMOMETRICAL CHARACTERISTICS OF THORACAL DEPARTMENT OF THE TRACHEA ON DATA OF COMPUTER TOMOGRAPHY

A. E. Rykov, P. V. Samoylov

ГОУВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

Оренбургский областной клинический онкологический диспансер

(Главный врач — В. Н. Кирсанов)

На КТ обследовано 115 человек. Выявлены варианты анатомии и топографии грудного отдела трахеи в норме, а также их различия в зависимости от типа грудной клетки и пола.

Ключевые слова: трахея, анатомия, топография, компьютерная томография.

Библиография: 3 источника.

On CT it is surveyed 115 people. Variants of anatomy and topography of chest department of a trachea and also their distinction depending on thorax and sex type are revealed.

Keywords: trachea, anatomy, topography, computer tomography.

Bibliography: 3 sources

Цель работы — выявление вариантов анатомии и топографии грудного отдела трахеи и определение их клинического значения.

Пациенты и методы обследования. Из числа пациентов, направляемых учреждениями здравоохранения области на компьютерную томографию для исключения органической патологии органов грудной клетки, обследовано 115 человек: 53 мужчины (46 %) и 62 женщины (54 %), у которых патологических изменений не выявлено. Возраст пациентов составил от 20 до 64 лет. В соответствии с принятой возрастной классификацией пациенты без признаков органического поражения органов грудной клетки были разделены на три возрастные группы 20–34 года (32 человека), 35–49 лет (53 человека), 50–64 года (30 человек). На компьютерных томограммах каждого пациента определяли линейные параметры грудной клетки и отношение поперечного размера к вертикальному (конституциональный тип). Пациентов с мезоморфным типом грудной клетки было 62 человека (54 %), с долихоморфным — 16 человек (14 %) и с брахиморфным 37 человек (32 %).

Всем пациентам было проведено исследование на спиральном компьютерном томографе «Tomoscan AV» по стандартной программе: толщина среза — 7 мм, шаг стола 7 — мм, индекс реконструкции — 5 мм. Положение пациента лежа на спине с задержкой дыхания на вдохе.

Трахея представляет собой длинную широкую полую трубку, начинается от гортани и заканчивается бифуркацией, расположенной на уровне V–VI грудных позвонков, с уменьшением передне-заднего и поперечного размеров в дистальном направлении. Трахея располагается в центре средостения, на $1,8 \pm 0,3$ мм вправо от срединной плоскости. Передняя и боковые стенки трахеи образованы плотными хрящевыми кольцами, которые поддерживают ее форму постоянной и препятствуют ее спадению. Расстояние от грудины до передней поверхности трахеи составляет в среднем $23,1 \pm 0,5$ мм. Задняя часть стенки, мембранозная, лишена хрящевого каркаса и образована плотными эластическими волокнами, расстояние до позвоночника в среднем составляет $11,2 \pm 0,4$ мм. Расстояние от грудины и от позвоночника до трахеи увеличивается в направлении к бифуркации трахеи. Сзади к мембранозной части трахеи прилежит пищевод. На поперечных компьютерных срезах трахея изображается



ЛИТЕРАТУРА

1. Лучевая анатомия человека. Под ред. Т. Н. Трофимовой. — СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2005. 496с.
2. Прокоп М. Галансии М. Спиральная и многослойная компьютерная томография: учебн. Пособие: В 2 т./ Матиас Прокоп, Михаэль Галансии; Пер. с англ.; Под. Ред. А. В.Зубарева, Ш. Ш. Шотемора. М.: МЕДпресс-информ, 2006–2007. 712 с.
3. Тюрин И. Е. Компьютерная томография органов грудной клетки. СПб., 2003. 250 с.

Рыков Андрей Евгеньевич— заочный аспирант каф. оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С. Михайлова Оренбургской ГМА, врач рентгенолог первой категории рентгенологического отделения Оренбургского областного клинического онкологического диспансера, 460000, г. Оренбург, ул. Советская 6, телефон 8(3532)77-93-86, orgma@esoo.ru; **Самойлов** Петр Владимирович — канд. мед. наук, хирург-онколог высшей категории торакального отделения Оренбургского областного клинического онкологического диспансера, 460000 г. Оренбург, проспект Гагарина, 11, телефон 8(3532)333314

УДК: 616.22-066.52-085

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНО-ГНОЙНОГО РИНОСИНУСИТА У БОЛЬНЫХ С АСПИРИНОВОЙ ТРИАДОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРА И РАДИОЧАСТОТНОЙ ПЕТЛИ

М. А. Рябова, Н. А. Шумилова

SURGICAL TREATMENT OF NASAL POLYPOSIS IN ASPIRIN TRIAD PATIENTS WITH LASER AND RADIO-FREQUENCY KNIFE

M. A. Ruabova, N. A. Schumilova

ГОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова

(И. о. ректора — докт. мед. наук С. М. Яшин)

Обследовано 37 больных с полипозно-гнойным риносинуситом и сопутствующей бронхиальной астмой тяжелой и средней степени тяжести. Полипотомия носа с применением радиочастотной петли и высокоэнергетического лазерного воздействия позволяет сократить время оперативного вмешательства, выполнить операцию бескровно, исключить этап тампонирувания полости носа, исключить риск нарастания бронхообструкции. Отделяемое из верхнечелюстных пазух у больных полипозно-гнойным риносинуситом и сопутствующей бронхиальной астмой характеризуется более высоким уровнем эозинофилии по сравнению с секретом слизистой оболочки полости носа. Нарастание эозинофилии отделяемого из верхнечелюстных пазух на фоне лечения может служить прогностически неблагоприятным признаком течения заболевания.

Ключевые слова: полипотомия носа, лазер, радиочастотная петля.

Библиография: 5 источников.

37 patients with severe and moderate aspirin triad and purulent rhinosinusitis were examined. Nasal polypectomy with laser and radio-frequency knife allows to decrease operation's time, to perform operation without bleeding, tampons, asthma exacerbation in aspirin triad patients. In purulent maxillary sinus content eosinophils prevailed over nasal content. The increased eosinophilia after medical and operative treatment to serve as adverse sign.

Key words: nasal polypectomy, laser, radio-frequency knife.

Bibliography: 5 sources.

Удаление полипов полости носа у больных с сопутствующей бронхиальной астмой может привести к нарастанию бронхообструкции вследствие ринобронхиального рефлекса [2, 5]. Выполнение тампонады полости носа после операции увеличивает риск нарастания бронхообструкции, ухудшает дренаж околоносовых пазух.



УДК:[611.329+616.329-006.6-089]:616-073.756.8

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГРУДНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ЛЬЮИСА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

П. В. Самойлов, А. Е. Рыков

FEATURES OF ANATOMOMETRICAL CHARACTERISTICS OF THORACAL DEPARTMENT OF THE TRACHEA AFTER OPERATIONS OF TYPE OF LEWIS ON DATA OF COMPUTER TOMOGRAPHY

P. V. Samoylov, A. E. Rykov

ГОУВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

Оренбургский областной клинический онкологический диспансер

(Главный врач — В. Н. Кирсанов)

На КТ обследовано 30 больных раком грудного отдела пищевода после операций типа Льюиса. Выявлены различные варианты анатомии и топографии грудного отдела трахеи.

Ключевые слова: трахея, пищевод, рак, анатомия, топография, компьютерная томография, операция типа Льюиса.

Библиография: 3 источника

On CT 30 chest departments of a gullet sick by a cancer after operations of type of Lewis are surveyed. Various variants of anatomy and topography of chest department of a trachea are revealed.

Key words: trachea, esophagus, cancer, anatomy, topography, computer tomography, operation of type of Lewis.

Bibliography: 3 sources

Цель работы — выявление изменений в анатомическом строении и топографии грудного отдела трахеи после операций типа Льюиса.

С клинически значимыми стадиями рака грудного отдела пищевода (Т1–Т3) нами обследовано 40 больных. Из них 7 больных (17,5%) — раком верхней трети, 21 (52,5 %) — раком средней трети и 12 (30 %) — раком нижней трети грудного отдела пищевода. Из числа выше указанных пациентов 30 была выполнена операция типа Льюиса. Обследование им проводилось через две недели, через три месяца и через ½ года после операции.

Всем пациентам было проведено исследование на спиральном компьютерном томографе «Tomoscan AV» по стандартной программе: толщина среза — 7 мм, шаг стола 7 — мм, индекс реконструкции — 5 мм. Положение пациента лежа на спине с задержкой дыхания на вдохе.

На уровне грудино-ключичного сочленения на 14 сутки после операции типа Льюиса размеры (передне-задний и поперечный) трахеи не меняются в 43% (13 случаев), увеличиваются в 48% (14 случаев), уменьшаются в 9% (3 случая), составляя в среднем 24 x 27 мм. Трахея располагается дальше вправо относительно срединной плоскости в 53% (16 случаев) в среднем на 6 мм, ближе к груди в 53% (16 случаев), составляя 10 — 32 мм, дальше от позвоночника в 43% (13 случаев) в среднем на 4 — 17 мм.

Через 3 месяца после операции размеры трахеи не меняются в 60% (18 случаев), увеличиваются в 20% (6 случаев), уменьшаются в 20% (6 случаев), составляя в среднем 25 x 30 мм. Расположение относительно срединной плоскости не меняется в 70% (21 случай) в среднем



Через 3 месяца после операции типа Льюиса передне-задний размер бифуркации трахеи не меняется в 75 % (22 случая), увеличивается в 15 % (5 случаев), уменьшается в 10 % (3 случая), составляя в среднем 10–18 мм. Располагается ближе к грудины в 77 % (23 случая), составляя 50–95 мм. Относительно позвоночника расстояние уменьшается в 50 % (15 случаев), составляя в среднем 13–30 мм.

Через 6 месяцев передне-задний размер бифуркации трахеи не меняется в 90 % (27 случаев), увеличивается в 10 % (3 случая), составляя в среднем 10–18 мм. Расстояние от грудины не меняется в 50 % (15 случаев), составляя 50–97 мм. Относительно позвоночника положение не меняется в 57 % (17 случаев), составляя в среднем 14–20 мм.

Заключение. Из анализа выше указанных данных следует, что размеры грудного отдела трахеи после операции типа Льюиса увеличиваются (кроме бифуркации трахеи), она располагается правее относительно срединной плоскости, ближе к грудины и дальше от позвоночника. Наибольшие изменения размеров и топографии трахеи происходят к 14 суткам после операции, к 3 месяцам расположение ее стабилизируется и в дальнейшем существенно не меняется.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганул В. Л., Киркилевский С. И. Рак пищевода: Руководство для онкологов и хирургов. Киев, 2003. 200 с.
2. Возможности рентгеновской компьютерной томографии в оценке распространенности опухолей пищевода / А. Б. Лукьянченко [и др.] // Вестн. рентгенологии и радиологии. — 1998. — №5. — С. 11–19.
3. Тюрин И.Е. Компьютерная томография органов грудной клетки. СПб., 2003. 250 с.

Самойлов Петр Владимирович — кандидат медицинских наук, хирург-онколог высшей категории торакального отделения Оренбургского областного клинического онкологического диспансера, 460000, г. Оренбург, пр. Гагарина, 11, телефон 8-3532-33-33-14; **Рыков** Андрей Евгеньевич — заочный аспирант кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С. С. Михайлова, врач рентгенолог первой категории рентгенологического отделения Оренбургского областного клинического онкологического диспансера, 460000, г. Оренбург, ул. Советская 6, телефон 8(3532)77-93-86, orgma@esoo.ru

УДК: 616.216-002.3-074

ОСОБЕННОСТИ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ РИНОСИНОСИТИСОМ

Д. Ю. Семенюк¹, Л. Э. Тимчук¹, Ю. К. Янов¹, А. С. Симбирцев², А. Н. Мироненко¹, А. А. Корнеев¹, В. Г. Конусова²

FEATURES OF THE CHEMILUMINESCENCE OF NEUTROPHIL GRANULOCYTES IN PATIENTS WITH PURULENT RHINOSINUSITIS

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

¹ ФГУ СПб НИИ ЛОР Минздравсоцразвития России
(Директор — Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

² СПб НИИ «Особо чистых биопрепаратов» ФМБА России
(Директор — проф. А. С. Симбирцев)

Оценка фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов методом люминолзависимой хемилюминесценции представляет собой важный компонент анализа состояния защитных факторов при воспалении слизистой оболочки околоносовых пазух. Полиморфизм генов семейства IL-1 влияет на показатели функционального состояния фагоцитирующих клеток.

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

Библиография: 7 источников.



Evaluation of neutrophilic granulocytes phagocytic activity by luminol-dependent chemiluminescence is an important component for the mucosal immunity analysis in paranasal sinuses. IL-1 family cytokine gene polymorphism influences the parameters of phagocytic cells functional activity

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

Bibliography: 7 sources.

Заболевания околоносовых пазух являются одной из важных проблем современной оториноларингологии. Острые и хронические риносинуситы полиэтиологичны и в каждом конкретном случае зачастую имеют свой патогенез, тесно взаимосвязанный с патологическими процессами в нижних дыхательных путях, сосудистыми и неврологическими проблемами, угнетённым иммунитетом, а также травмами и различными медицинскими манипуляциями [5]. В настоящее время существует точка зрения о том, что воспаление в околоносовых пазухах является результатом снижения иммунокомпетентных сил организма [1, 3, 14]. В патогенезе риносинуситов некоторые авторы описывают изменения в различных звеньях иммунитета, особенно в состоянии общей иммунной защиты [12, 16]. Вялотекущие воспалительные процессы в собственной слизистой оболочке носа и околоносовых пазух приводят к вторичным иммунодефицитным состояниям и угнетению местных защитных механизмов, что приводит к замыканию «порочного круга» [13].

Одним из факторов, определяющих иммунопатогенез гнойного риносинусита (ГРС), является несостоятельность общих и местных факторов защиты в очаге воспаления [1, 2, 4, 9, 13, 15, 17].

Благодаря бурному развитию иммунологии в настоящее время стали известны многие механизмы развития и регуляции воспалительных процессов организма, определены некоторые генетические и приобретённые дефекты функционирования иммунной системы, а также влияния провоспалительных цитокинов на функциональную активность клеток нейтрофильного звена [7].

Известно, что равновесие между продукцией, экспрессией и ингибцией синтеза белков семейства интерлейкина-1 (IL-1) играет одну из ключевых ролей в развитии, регуляции и исходе воспалительного процесса [10]. При ГРС возникает дисбаланс продукции цитокинов семейства IL-1 и нарушение соотношения продукции IL-1 β и рецепторного антагониста IL-1 β (IL-1RA) в сторону увеличения доли последнего в очаге воспаления [1, 2, 4]. Изменение соотношения продукции IL-1 β и IL-1RA в сторону увеличения доли IL-1RA на системном уровне и в очаге воспаления, способствует торможению эффектов IL-1 β и может служить признаком хронизации воспалительного процесса.

В настоящее время доказано, что приводит к дисбалансу биологического действия IL-1 может функциональный полиморфизм генов, кодирующих белки семейства IL-1, несущих небольшие мутационные изменения (точечные замены нуклеотидов, tandemные повторы частей гена). Дисбаланс в продукции белков семейства IL-1 может влиять на характер протекания воспалительных заболеваний и являться одним из пусковых моментов для генерации патологических процессов.

Остаётся не выясненным вопрос о возможном влиянии функционального полиморфизма генов семейства интерлейкина-1 на функциональную активность нейтрофилов и клинических проявлений низкой и высокой продукции эндогенного IL-1 β и рецепторного антагониста IL-1 (IL-1RA) у больных ГРС.

Цель исследования. Изучение влияния функционального полиморфизма генов семейства интерлейкина-1 на функциональную активность фагоцитирующих клеток у больных гнойными риносинуситами.

Учитывая иммунологические особенности гнойно-воспалительного процесса, в ходе нашего исследования оценивались особенности функциональной активности клеток нейтрофильного звена в зависимости от генотипа.

Материалы и методы. Материалом для изучения хемилюминесцентной активности являлась венозная кровь больных (93) и здоровых доноров (152) Городской станции переливания крови.



УДК: 616.833.185-008.6-079:[616.133+616.134.9]-007.271-07

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕСТИБУЛОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВОТОКА ПО ВНУТРЕННИМ СОННЫМ И ПОЗВОНОЧНЫМ АРТЕРИЯМ

Е. Ю. Струнина

THE VESTIBULOMETRYCAL EXAMINATION OF THE PATIENTS WITH THE PRIMARY SIGNS OF BLOOD FLOW INSUFFICIENCY IN THE INTERNAL CAROTIC AND SPINAL ARTERIES

E. U. Strunina

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации
(Зав. каф. оториноларингологии им. академика И. Б. Солдатова — проф. Н. В. Ерёмкина)

Одной из причин вестибулярной дисфункции может быть ишемия головного мозга, обусловленная стенозирующим поражением внутренних сонных (ВСА) или позвоночных артерий (ПА). Методы компьютерной и магнитно-резонансной томографии дают информацию об органической патологии головного мозга, но не о функциональном состоянии различных отделов вестибулярного анализатора. В работе показаны возможности вестибулометрии в определении уровня поражения вестибулярного анализатора и его функционального состояния. Полученные результаты важно учитывать в определении лечебной тактики таких больных.

Ключевые слова: вестибулярная дисфункция, вестибулометрия, периферический и центральный вестибулярный синдром, вертебрально-базилярная недостаточность, каротидная недостаточность.

Библиография: 8 источников.

One of the causes of the vestibulator disfunction can be ischemia of the brain due to the stenosal damage of the internal carotic (ICA) or spinal arteries (SA). The methods of the computer and magneto-resonance tomography give some information about the organic brain pathology but not about the functional condition of the different portions of the vestibulator analyzer. In this work the possibility of the vestibulometry in the vestibulator analyzer and its functional state are demonstrated. It is very important to take into consideration the obtained results in the determining the therapeutic approach to such patients.

Key words: vestibular disfunction, vestibulometry, basivertebral insufficiency, carotic insufficiency.

Bibliography: 8 sources.

Одной из основных проблем современной оториноларингологии продолжает оставаться вестибулярная дисфункция. На головокружение и расстройство равновесия жалуются около 10 % больных, обращающихся к ЛОР-врачу и 5–7 % больных, обратившихся к другим специалистам [5]. Одним из ведущих факторов в развитии вестибулярной дисфункции является сосудистый. В настоящее время к гемодинамическим нарушениям кровоснабжения головного мозга приводит различная патология экстракраниальных отделов внутренних сонных и позвоночных артерий — атеросклеротические бляшки в них, патологические извитости проксимальных сегментов сонных и позвоночных артерий, экстравазальное вертеброгенное воздействие на позвоночные артерии [4, 6]. Необходимым условием нормального функционирования является высокая надежность и тонкая регуляция его кровоснабжения. В отличие от других систем организма, нервные клетки ЦНС не имеют запаса кислорода и питательных веществ. Они нуждаются в постоянной их доставке с кровью и одновременным удалении продуктов обмена. Все сказанное относится и к слаженному функционированию вестибулярного анализатора.

Патогенетической основой «сосудистых» вестибулярных дисфункций является нарушение сосудистого тонуса, а, следовательно, ишемия мозговой ткани, нарушение трофических процессов, начиная от рецептора, до коркового представительства вестибулярного анализатора.



УДК 616.28-009:616.155.34:615.849.5

ВЛИЯНИЕ ФОТОМОДИФИКАЦИИ КРОВИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ**П. У. Умаров¹, Э. Г. Беличева^{1,3}, Л. Н. Бубнова², В. И. Линьков¹****INFLUENCE BLOOD PHOTOMODIFICATION ON FUNCTIONAL ACTIVITY NEUTROPHILS OF PATIENTS WITH SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS****P. U. Umarov, E. G. Belicheva, L. N. Bubnova, V. I. Linkov**¹ ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (Зав. каф. оториноларингологии — Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)² Российский НИИ гематологии и трансфузиологии (Директор — член-корр. РАМН, проф. Е. А. Селиванов)³ СПб ГУЗ Елизаветинская больница (Главный врач — проф. Б. М. Тайц)

Острая сенсоневральная тугоухость характеризуется стойким дефектом системы мононуклеарных фагоцитов, который является важным звеном патогенеза данного заболевания. Проведено клинко-иммунологическое сравнение групп больных с традиционной терапией и больных, получавших комплексное лечение с применением внутрисосудистой фотомодификации крови. Применение внутрисосудистой фотомодификации крови в комплексе с традиционной терапией повышает эффективность лечения ОСНТ.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, система мононуклеарных фагоцитов, внутрисосудистая фотомодификация крови.

Библиография: 11 источников.

Sudden sensorineural hearing loss is characterized by a resistant defect of mononuclear phagocytes system, which is an important part of the pathogenesis of this disease. There was carried out clinical and immunological comparison between patients with traditional therapy and patients who were treated by intravascular blood photomodification. The complex intravascular blood photomodification with traditional therapy improves the efficiency of treatment SSHL.

Keywords: sensorineural hearing loss, mononuclear phagocytes system, intravascular blood photomodification.

Bibliography: 11 sources.

В последнее десятилетие все большее внимание уделяется изучению иммунного статуса больных с патологией органа слуха [9–11]. Поддержание гомеостаза организма обеспечивается функционированием иммунной системы, которая защищает внутреннюю среду организма от чужеродной генетической информации и от внутренней агрессии. [6]. Фагоцитоз является древнейшей неспецифической формой защиты организма от чужеродных агентов как инфекционной, так и неинфекционной природы, он опосредован в первую очередь фагоцитами [7].

Большое количество работ посвящено изучению гуморального иммунитета, в то время как состоянию неспецифического звена иммунитета уделяется недостаточно внимания. Однако, еще в 1995 году В. Р. Гофман и соавт. [2], используя радионуклидную диагностику, установили связь системы мононуклеарных фагоцитов с развитием различных форм сенсоневральной тугоухости, в том числе и острой сенсоневральной тугоухости (ОСНТ). В настоящее время в литературе имеются лишь единичные работы, посвященные изучению неспецифического иммунитета при сенсоневральной тугоухости [3]. По данным современных исследований выявлены нарушения иммунитета и неспецифической резистентности на начальных стадиях формирования профессиональной сенсоневральной тугоухости, проявляющиеся угнетением функци-



ЛИТЕРАТУРА

1. Беличева Э. Г., Бубнова Л. Н. Фагоцитарная активность гранулоцитов у больных острой сенсоневральной тугоухостью. // Рос. оторинолар. — 2008. — Прилож. №1. — С. 199–203.
2. Гофман В. Р., Аргюшкин А. В., Крюков В. Е. Иммунологические аспекты нейросенсорной тугоухости. — СПб.: Оргтехиздат, 1995. — 281 с.
3. Егоров В. И., Лазарева Л. А. Состояние адаптивного звена иммунитета у больных острой нейросенсорной тугоухостью. // Рос. оторинолар. — 2010. — № 6. — С. 20–25.
4. Марченко А. В., Дудкевич И. Г. Аппаратура и методики фототерапии. — СПб.: СПбМАПО, 2005. — 75с.
5. Петрова Н.Н. Показатели иммунитета при сенсоневральной тугоухости. // Медицинская иммунология. — 2009. — Т. 11., № 4–5. — С. 451.
6. Фрейдлин И. С., Тотолян А. А. Клетки иммунной системы. СПб.: Наука, 2000. — Т. 1, 2. — 231с.
7. Хаитов Р. М. Физиология иммунной системы. — М.: ВИНТИ РАН. — 2005. — 428 с.
8. Черний В. И., Шраменко Е. К., Степанюк В. А. Ультрафиолетовое облучение крови: современные представления // Аналитическая анестезиология и интенсивная терапия. — 2003. — № 6. — С. 23–26.
9. Agrup C. Immune-mediated inner-ear disorders in neuro-otology. // Curr. Opin. Neurol. — 2006. — Vol. 19, № 1. — P. 26–32.
10. Bovo R. Aimoni C., Martini A. Immune-mediated inner ear disease // Acta Otolaryngol. — 2006. — Vol. 126, № 10. — P. 1012–1021.
11. Immune cell recruitment following acoustic trauma / S.V.Tornabene [et al]. // Hear Res. — 2006. — Vol. 222, № 1–2. P. 115–124.

Умаров Парвиз Уктамович — аспирант кафедры оториноларингологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел: +7-921-376-44-39; 322-25-57 или 555-09-81; **Беличева** Эльвира Георгиевна — д. м. н., профессор каф. оториноларингологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. тел: 322-25-57 или 555-09-81; **Бубнова** Людмила Николаевна — д. м. н. профессор, руководитель лаборатории иммуногематологии Российского НИИ гематологии и трансфузиологии 191024, Санкт-Петербург, 2-я Советская ул., д.16 тел: 717-08-90; **Линьков** Владимир Иванович — Засл. врач РФ, д.м.н., проф. Елизаветинская Больница 195257, Санкт-Петербург, Вавиловых ул., 14. тел: 555-09-81.

УДК: 616.284-002.155-022.6-053.2-08-035:001.895

НОВЫЙ АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУС-ИНДУЦИРОВАННОГО ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

**Л. Н. Хулугурова², Н. В. Щербик^{1,2}, А. В. Староха^{1,2}, К. И. Чуйкова³,
М. М. Литвак^{1,2}**

A NEW ALGORITHM IN TREATING OTITIS MEDIA WITH EFFUSION IN CHILDREN

L. N. Khulugurova, N. V. Shcherbik, A. V. Starokha, K. I. Chuikova, M. M. Litvak

¹ Томский филиал ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

(Директор — Засл. врач РФ, проф. А. В. Староха)

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

(Зав. каф. оториноларингологии ² — Засл. врач РФ, проф. А. В. Староха; зав. каф. инфекционных болезней ФПК и ППС ³ — проф. К. И. Чуйкова)

Наблюдались 60 больных в возрасте от 3 до 10 лет, страдающих хроническим экссудативным средним отитом. Всем пациентам проведено вирусологическое исследование. Для лечения всех пациентов выбран хирургический способ — шунтирование барабанной полости с последующим назначением пациентам I группы в послеоперационном периоде противовирусного препарата, в то время как пациенты II группы получали традиционную терапию. Установлено, что



вирусные инфекции играют роль в этиопатогенезе ЭСО, а введение противовирусного препарата в алгоритм лечения сокращает сроки реабилитации больных.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, дети, Эпштейн-Барр вирус, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальная инфекция, аудиометрия.

Библиография: 22 источника.

In our clinical research we were observed 60 patients in the age of from 3 to 10 years. All patients were lead virologic research. To all patients was applied the surgical method of treatment — tympanostomy tube insertion. After that, the first group patients received antiviral medicine in a postoperative period, while the second group patients received the traditional treatment. We are revealed the viral infection role in ethiopathogenesis of otitis media with effusion. However we have included antiviral medicine in algorithm of treatment, that reduced the patients rehabilitation period.

Keywords: otitis media with effusion, children, Epstein-Barr virus, adenovirus infection, respiratory syncytial infection, audiometry.

Bibliography: 22 sources.

Проблема патологии органа слуха с каждым годом становится все более актуальной не только в медицинском, но и в социально-экономическом отношении [16]. В последнее десятилетие одной из ведущих причин снижения слуха у детей является экссудативный средний отит (ЭСО) [1, 19, 21]. Заболевание характеризуется скоплением в полостях среднего уха экссудата (серозного, слизистого или мукоидного характера), что приводит к формированию определенного симптомокомплекса, основной составляющей которого является тугоухость звукопроводящего или смешанного характера [14].

Исследованиями С. Л. Коваленко (2009) показано, что в России ЭСО является основной причиной понижения слуха у детей в возрасте от 2 до 7 лет (при массовых осмотрах детей этой возрастной группы он обнаруживается в 30,2 % случаев). По данным зарубежных авторов распространенность заболевания находится в пределах 5–25 % [6, 11]. Тугоухость, являющаяся одним из наиболее постоянных симптомов ЭСО, часто становится причиной социальной дезадаптации больных, а у детей ведет к нарушению психоэмоционального, речевого и интеллектуального развития [19, 20, 21]. Несмотря на успехи в изучении этиологии, патогенеза заболевания, проблемы, связанные с лечением, на сегодняшний день остаются весьма актуальными [3, 7, 15, 17].

ЭСО чаще всего наблюдается в дошкольном и младшем школьном возрасте, что обусловлено инфицированием респираторными инфекциями, началом посещения детских учреждений, возрастным иммунодефицитом [15].

Вирусы — ведущий этиологический фактор рецидивирующих инфекций респираторного тракта [8]. Среди всей инфекционной патологии, с которой приходится встречаться врачу, 80% приходится на заболевания вирусной природы [13]. Острые респираторные вирусные инфекции остаются важнейшей проблемой детского здравоохранения, являясь наиболее массовой формой инфекционных заболеваний в структуре общей детской инфекционной патологии [2]. За последние 10–15 лет стали прогрессировать вирусные заболевания, клинические проявления которых напрямую связаны с патологией иммунной системы. Речь идет, в первую очередь, о герпесвирусных инфекциях, которые по данным ВОЗ занимают второе место по распространенности, уступая только острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ). Среди упомянутых заболеваний все чаще в поле зрения оториноларинголога попадает инфекция, которая вызывается ДНК-содержащим вирусом γ -герпесвирусом 4 типа Эпштейн-Барр (ВЭБ). Последний обладая лимфотропностью, поражает в основном В-лимфоциты. Клетками-мишенями для ВЭБ также являются эпителиальные клетки носоглотки, Т-лимфоциты, макрофаги и нейтрофилы [9]. Исследования показали, что респираторно-синцитиальный вирус, аденовирус приводят к увеличению времени мукоцилиарного клиренса, увеличению ринореи, заложенности носа, нарушению дренажной функции слуховой трубы, что в свою очередь приводит к изменению давления в барабанной полости и как следствие развитие среднего отита [18]. Поражение среднего уха респираторными вирусами представляется чрезвычайно вероятным, так как полости среднего уха через слуховую трубу сообщаются с носоглоткой, кроме



УДК: 616.211-089:614.2

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

А. К. Шишева

SOCIO-ECONOMIC ASPECTS HOSPITAL HELP OPTIMIZATION FOR PATIENT WITH PATHOLOGY OF NOSE AND PARANASAL SINUSES IN THE CONDITIONS OF LARGE INDUSTRIAL CITY

A. K. Shisheva

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава»
(Ректор — чл.-корр. РАМН, проф. И. И. Долгушин)

Целью исследования являлось совершенствование системы организации медицинской помощи при заболеваниях верхних дыхательных путей на основе анализа клинико-экономической эффективности ринопластики. Авторами проведен анализ структуры заболеваний верхних дыхательных путей. Выявлен высокий уровень и опережающие темпы роста болезней носа и околоносовых пазух. Изучена социально-гигиеническая характеристика больных с данными патологическими состояниями. Проведена оценка и выявлены проблемы в системе организации оказания специализированной помощи в условиях крупного промышленного города. Проанализирована сравнительная экономическая эффективность ринопластических вмешательств. Разработаны единые региональные стандарты оказания помощи при заболеваниях верхних дыхательных путей в условиях применения малоинвазивных методов лечения.

Ключевые слова: оториноларингологическая заболеваемость, качество и эффективность специализированной медицинской помощи, болезни носа и околоносовых пазух, ринопластика.

Библиография: 7 источников.

The study aim was to improve the system of medical care for diseases of the upper respiratory tract based on the analysis of clinical and cost effectiveness nasal surgery. The authors analyzed the structure of the diseases upper respiratory tract. Found a high level and rapid increase in diseases of the nose and paranasal sinuses. Studied the social and hygienic characteristics of patients with these pathological conditions. Assess and identify problems in the organization to provide specialized care in a large industrial city. Produced a comparative economic analysis of the effectiveness of interventions nasal surgery. Develop common regional standards of care for diseases of the upper respiratory tract in a minimally invasive application of treatments.

Key words: ENT morbidity, quality and effectiveness of specialized medical care, disease of the nose and paranasal sinuses, nasal surgery.

Bibliography: 7 sources.

Рост оториноларингологической заболеваемости и определенные недостатки в оказании помощи больным с ЛОР патологией требуют анализа и поиска путей оптимизации клинико-организационных форм специализированной медицинской помощи [1, 5, 6].

Актуальным является изучение проблем качества и эффективности оказания ЛОР помощи на догоспитальном и госпитальном этапах в условиях крупного промышленного города. Можно отметить, что на сегодняшний день недостаточно научных исследований по комплексной оценке клинической, социальной и экономической эффективности медицинских вмешательств, в оториноларингологии в частности. Создание системы внедрения результатов клинико-экономических исследований; обучение лиц, принимающих решения в области управления здравоохранением, и практических врачей, вопросам медицины, основанной на доказательствах, и комплексной оценки медикосоциальной и экономической эффективности медицинских вмешательств позволит заложить в российской медицине прочный фундамент системы эффективного управления качеством медицинской помощи, основанной на доказательствах [3].



УДК: 616.744.4-092

ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА ШИЛОПОДЪЯЗЫЧНОГО СИНДРОМА

И. А. Шульга, В. В. Лебедянцев, И. И. Каган, Н. В. Зайцев, Н. В. Уксукбаева

FACTORS OF PATHOGENESIS OF STYLOHYOID SYNDROME

I. A. Shulga, V. V. Lebedyantsev, I. I. Kagan, N. V. Zaitsev, N. V. Uksukbaeva

ГОУ ВПО ОрГМА Минздравсоцразвития РФ

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

В статье представлен многолетний клинический опыт, результаты функциональных, рентгеноанатомических, топографоанатомических, экспериментальных и гистологических исследований структурных и патофизиологических основ патогенеза шилоподъязычного синдрома.

Ключевые слова: шилоподъязычный синдром, шловидный отросток височной кости, структурные и функциональные изменения, патогенез.

Библиография: 12 источников.

This article reviews the results of clinical findings, results of functional, x-ray, anatomical, experimental and histological researches of structural and pathological bases of stylohyoid syndrome's pathogenesis.

Keywords: stylohyoid syndrome, styloid process of temporal bone, pathogenesis.

Bibliography: 12 sources.

Шилоподъязычный синдром, именуемый также синдромом «Игла», остается мало известным и недостаточно изученным заболеванием. Из-за малой осведомлённости практических врачей, как правило, синдром не диагностируется. Больные с данной патологией с различными диагнозами лечатся у разных специалистов: стоматологов, оториноларингологов, неврологов, и длительное симптоматическое лечение оказывается неэффективным [6, 11]. Однако синдром причиняет тяжелые страдания больным, резко снижает качество жизни, нарушает их трудоспособность [9, 10]. Все это определяет социальную значимость и актуальность проблемы диагностики и лечения этого заболевания.

Трудности в диагностике и неудовлетворительные результаты лечения синдрома обусловлены недостатком систематизированных и научно обоснованных сведений о структурных и патофизиологических основах его патогенеза. Синдром проявляется разнообразными симптомами, им чаще страдают женщины, он возникает у лиц старше 35–40 лет [12]. В настоящее время нет целостной концепции, объединяющей эти факты в единую систему причинно-следственных отношений.

Целью исследования явилось выяснение факторов патогенеза шилоподъязычного синдрома как основы для совершенствования его диагностики и лечения.

Задачами исследования были выяснение структурных и патофизиологических основ патогенеза синдрома на основе результатов клинических, функциональных, рентгеноанатомических, топографо-анатомических, экспериментальных, гистологических методов исследования.

Пациенты, материалы и методы. Клинический раздел основан на результатах обследования 232 больных, включающих лиц с шилоподъязычным синдромом (75 человек), так и больных страдающих другими, сходными с ним по клиническим проявлениям заболеваниями (157 человек).

Функциональные методы обследования больных включали ультразвуковое исследование сонных и позвоночных артерий, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиоинтервалографию, исследование вызванного кожного симпатического потенциала, электромиографию шилоподъязычных мышц [1, 4, 5, 7, 8]. Всего выполнено 356 исследований.

На 40 макропрепаратах, полученных от лиц мужского (12) и женского пола (8) изучена клиническая анатомия зоны расположения шловидного отростка височной кости, всего вы-



ПРОФЕССОР НИНА СТЕПАНОВНА ХРАППО
(к 85-летию со дня рождения)

Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии имени академика И. Б. Солдатова Самарского государственного медицинского университета Нина Степановна Храппо родилась 8 июля 1926 года в городе Ульяновске в семье служащего. Окончив в 1944 году среднюю школу с «отличием» она поступила на ветеринарное отделение Ульяновского сельскохозяйственного института. Через год Нина Степановна Храппо поступила в Куйбышевский медицинский институт имени Д. И. Ульянова на факультет «лечебное дело». Уже на пятом курсе она определилась с будущей профессией, поступив в субординатуру на кафедру оториноларингологии, возглавляемую в то время профессором Б. Н. Луковым. Во время обучения в субординатуре Н. С. Храппо проявила интерес к лечению больных с инородными телами верхних дыхательных путей, выполнив свою первую студенческую научную работу.

По окончании института Нина Степановна продолжила работу в оториноларингологическом отделении при Клиниках мединститута (ныне Клиниках СамГМУ) в качестве врача-ординатора. В то же время сферой её интереса становится и педагогическая работа. Приезд нового заведующего кафедрой профессора Игоря Борисовича Солдатова окончательно определил направление научных исследований Н. С. Храппо, внутреннее стремление к профессиональному росту позволили Нине Степановне овладеть современными методиками слуховосстанавливающих операций при отосклерозе, операциями на внутреннем ухе при болезни Меньера. В 1962 году Н. С. Храппо поступила в аспирантуру при кафедре оториноларингологии. В 1965 году успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему «Состояние вестибулярной функции до и после операций на стремени».

С 1965 года и по настоящее время Нина Степановна Храппо является сотрудником кафедры оториноларингологии, носящей ныне имя академика РАМН И. Б. Солдатова. Последовательно прошла этапы в качестве ассистента, доцента, а затем профессора кафедры. В период с 1998 по 2001 годы Нина Степановна исполняла обязанности заведующего кафедрой.



Профессор Н. С. Храппо выдающий ученый, совместно с академиком И.Б.Солдатовым она является соавтором монографий «Функциональная диагностика и вопросы современной хирургии отосклероза (1974), «Вестибулярная дисфункция» (1980), «Шум в ушах как симптом патологии слуха» (1984). В 1993 году Н. С. Храппо защитила докторскую диссертацию на тему «Классификация и клинико-патогенетические аспекты периферических вестибулярных расстройств», в 1994 году ей было присвоено ученое звание профессора.

Н. С. Храппо является редактором составителем «Руководства по оториноларингологии» для врачей под редакцией Героя Социалистического Труда академика РАМН И.Б.Солдатова (1994, 1997), автором 253 научных работ, многие из которых опубликованы за рубежом. Под руководством Н.С.Храппо защищены 3 докторские и 5 кандидатских диссертаций.

В течение многих лет Нина Степановна Храппо являлась ответственным секретарем Центральной проблемной учебно-методической комиссии по оториноларингологии при Всероссийском учебно-научно-методическом центре по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава РФ, была членом Президиума Правления Российского общества оториноларингологов. За свой многолетний труд и заслуги в развитии специальности Н.С.Храппо удостоена звания Заслуженный врач РФ, награждена знаком «Отличнику здравоохранения» (1975), медалью «Ветеран Труда» (1990), неоднократно отмечена благодарностями и Почетными грамотами. В 2006 году губернатором Самарской области награждена памятным знаком «За труд во благо земли Самарской». Нина Степановна Храппо является Почетным выпускником СамГМУ (2005). В канун юбилея решением Ученого Совета СамГМУ Нине Степановне Храппо присвоено высокое звание Почетного профессора СамГМУ.

Нина Степановна Храппо блестящий ученый, врач, педагог и человек прекрасной души. В ней гармонично сочетаются такие качества как трудолюбие, честность, порядочность, высокая требовательность, принципиальность. Являясь высококвалифицированным врачом-клиницистом, Нина Степановна ведет большую консультативную работу, пользуется заслуженным уважением и авторитетом коллег и пациентов. Многие из пациентов стали искренними друзьями и поклонниками таланта Нины Степановны на долгие годы.

В настоящее время Нина Степановна Храппо продолжает активно трудиться на кафедре в качестве профессора, передавая свой профессиональный опыт и мастерство обучающимся на кафедре студентам, клиническим интернам, клиническим ординаторам, аспирантам, врачам. Н. С. Храппо участвует в лечебно-консультативной работе клиники болезней уха, носа и горла имени академика И. Б. Солдатова и Самарского консультативно-диагностического центра Клиник СамГМУ, клинических разборах и конференциях, проводимых кафедрой в рамках системы непрерывного профессионального образования врачей Самарской области, занимается общественной работой. Она является членом редакционной коллегии журналов «Вестник оториноларингологии», «Российская оториноларингология», членом Ученого Совета СамГМУ, членом Правления Самарского отделения Российского общества оториноларингологов — Самарского областного общества оториноларингологов «Лабиринт».

Сердечно поздравляем глубокоуважаемую и дорогую Нину Степановну Храппо с юбилеем и желаем ей крепкого здоровья, долгих лет жизни, счастья, душевной гармонии и дальнейших творческих успехов!

*Коллектив кафедры оториноларингологии и клиники болезней уха, носа
и горла имени академика И. Б.Солдатова
ГОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России*

*Самарское отделение Российского общества оториноларингологов —
Самарское областное общество оториноларингологов «Лабиринт»*

Редакция журнала «Российская оториноларингология»



**Для вас, молодые ученые-
оториноларингологи!**

**Санкт-Петербургский
научно-исследовательский
институт уха, горла, носа и речи
Минздравсоцразвития России**

**26–27 января 2012 г.
проводит очередную,
59-ю научно-практическую конференцию
«Молодые ученые — российской оториноларингологии»**

Редакция журнала «Российская оториноларингология» принимает для публикации научные статьи объемом до 6 страниц машинописного текста, оформленные по правилам редакции.

Авторы и соавторы — не старше 35 лет.

Материалы конференции будут опубликованы в первом номере журнала «Российская оториноларингология» за 2012 г.

Публикация бесплатная.

При планировании выступления просим указать название доклада и фамилию, имя, отчество (полностью) докладчика.

Статьи направлять **Тулкину Валентину Николаевичу:**
*редакция НИИ ЛОР, ул. Бронницкая, д. 9, Санкт-Петербург, 190013.
Тел./факс 812-316-29-32; e-mail: tulkin19@mail.ru*

Оркомитет



**ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт уха, горла, носа и речи» Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации**

объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

В отдел разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения:

Заведующего отделом – 1 (доктора медицинских наук по специальности 14.01.03, владеющего высокотехнологичными методами операций на ВДП и ухе)

Главного научного сотрудника – 0,5 (доктора медицинских наук по специальности 14.01.03, профессора)

Главного научного сотрудника – 0,5 (доктора медицинских наук по специальности 14.01.03, профессора)

Ведущих научных сотрудников – 2 (1 - доктора медицинских наук по специальности 14.01.03, профессора, вестибулолога, 1 - доктора медицинских наук по специальностям 14.01.03 и 03.03.01)

Старших научных сотрудников – 3 (2 – кандидатов медицинских наук по специальности 14.01.03, отохирургов, 1 - кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03, владеющего реконструктивными операциями на гортани)

Старшего научного сотрудника – 0,5 (кандидата биологических наук, физиолога)

Научных сотрудников – 3 (кандидатов медицинских наук по специальности 14.01.03)

Младшего научного сотрудника – 1 (кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03)

В отдел диагностики и реабилитации нарушений слуха:

Заведующего отделом – 1 (кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03, владеющего операциями кохлеарной имплантации)

Главного научного сотрудника – 0,5 (доктора психологических наук, профессора)

Ведущего научного сотрудника – 1 (кандидата биологических наук, физиолога - аудиолога)

Старшего научного сотрудника – 1 (кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03)

Научных сотрудников – 2 (кандидатов медицинских наук по специальности 14.01.03)

Младшего научного сотрудника – 1

В лабораторно-диагностический отдел:

Главного научного сотрудника – 1 (доктора биологических наук, профессора)

Срок подачи документов – *до 26 сентября 2011 года*

Справки по телефону: (812) 316-28-52



К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал «Российская оториноларингология»

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

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

Тел./факс (812) 316-29-32 E-mail: tulkin19@mail.ru; tulkin@nregistr.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), должно быть указано количество 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, 12 кегль, шрифт Times, на одной стороне листа А4 (210x297 см) с полями 2,5 см, объемом (без списка литературы) не менее 4–6-ти 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, размером 9x12 или 13x18 см, пронумерованы, на обратной стороне фотографии следует указать её 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 3 рисунков.

10. Каждая таблица должна иметь точный краткий заголовок; каждая графа должна быть кратко озаглавлена, сокращения слов не допускаются. Рекомендуется не более 3 таблиц (фото таблицы не принимаются).

II. 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, метод, 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 2-х 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. 176с.

Стремя 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 оторинолар. и логопатол. — 2002. — № 2. — С. 7–10.

С двумя авторами

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

Авторов больше трех

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

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

Статьи из сборников:

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

Тезисы докладов:

9. Бабий А. И., Левашов М.М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). 3 съезд оторинолар. Респ. Беларусь: Тез. докл. Мн., 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:

И. Кузьмин Ю. И., Коробков Г.А. Оценка тяжести речевых нарушений при заикании: метод, рек. 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 Спейс Системз / Лорал, инк.; пат. поверенный Егорова Г. Б. — № 2000108705/28; заявл. 07.04.00; опубл. 10.03.01, Бюл. №7(1 ч.); приоритет 09.04.99, № 09/289, 037 (США). — 5 с.

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

Уважаемые коллеги! Редакция имеет право сокращать статьи.

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

При нарушении указанных правил, редакция не принимает статьи к рассмотрению.

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

СОДЕРЖАНИЕ

Российская научно-практическая конференция оториноларингологов
15–16.09.2011. Оренбург

Х. Т. Абдулкеримов, К. И. Карташова, Р. С. Давыдов, О. О. Машинец, Н.С. Николаев Состояние функции равновесия у больных с сенсоневральной тугоухостью.....	3
Л. Ф. Азнабаева, Н. А. Арефьева, Э. Р. Шарипова Современные подходы к хирургическому и медикаментозному лечению рецидивирующих гнойных риносинуситов.	6
А. В. Акимов, Р. А. Забиров, Р. Р. Рахматуллин, М. В. Григорьева Перспективы применения биопластических материалов в ринопластике	
И. А. Аникин, М. В. Комаров, С. В. Астащенко, Ж. С. Неъматов, Л. В. Полшкова Ятрогенная холестеатома как причина неэффективности тимпаноластики при хроническом гнойном тубо-тимпанальном отите.....	13
М. И. Аникин Выбор оперативного доступа при мирингопластике в зависимости от особенностей клинической анатомии переднего меатотимпанального угла	19
С. В. Астащенко, И. А. Аникин, В. Е. Кузовков, Р. В. Карапетян Реабилитация пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших радикальную операцию на среднем ухе, в современных условиях	22
И. П. Бердникова, М. Ю. Бобошко, Т. А. Журавлева., С. А. Карпищенко, Н. В. Мальцева Слухопротезирование при дисфункции слуховой трубы.	27
М. Ю. Бобошко, Л. Е. Голованова, Н. Ю. Тахтаева, М. В. Ефимова Возрастные нарушения слуха и особенности их коррекции	30
А. Р. Боджоков Пластика стенок околоносовых пазух гомотрансплантатами из деминерализованной кости	33
М. Н. Васюков Морфологическая оценка трахеобронхиального анастомоза, сформированного наложением различных видов микрохирургического шва	38
Т. Ю. Владимирова Влияние степени тяжести кохлеовестибулярных расстройств на психологический статус и показатель качества жизни больного	41
Г. А. Гаджимирзаев, З. Т. Михраилова Лечение круглогодичного аллергического ринита полиоксидонием и эриусом	44
Е. С. Гарбарук, И. В. Савенко Пороги регистрации микрофонного потенциала в норме и при различных формах периферической тугоухости у детей	47
В. А. Долгов Клинико-бактериологические показатели в оценке эффективности комплексной терапии обострения хронического гнойного мезотимпанита	53
В. А. Долгов Состояние местного иммунитета во внутреннем ухе при экспериментальном среднем отите	56
В. А. Долгов, Н. И. Иванова, Л. Б. Лунькова Клинико-бактериологические результаты обследования больных хроническим гнойным средним отитом в определении сроков мирингопластики	58
В. А. Долгов, Л. Б. Лунькова, Н. И. Иванова Местная медикаментозная терапия в подготовительном периоде к мирингопластике. ...	60

М. В. Дроздова, Ю. С. Преображенская, Е. В. Тырнова Экссудативный средний отит у детей с хроническим лимфопролиферативным синдромом.	62
С. А. Еремин Реконструкция звукопроводящей системы среднего уха с помощью стеклоиономерного цемента: первые функциональные результаты.	69
Р. А. Забиров, Н. В. Султанова Комплексное лечение хронического тонзиллита с использованием споробактерина	72
Р. А. Забиров, Р. Р. Рахматуллин, В. Н. Щетинин, С. М. Гарифзянова, С. А. Грязнов Использование новых биопластических материалов в клинической практике	77
А. И. Извин, Н. Е. Кузнецова Микробиоценоз носоглотки у детей при аденоидных вегетациях, ассоциированных с экссудативным средним отитом.	86
И. И. Каган, Р. А. Забиров Современная микрохирургия: этапы развития	89
З. З. Камалова Выбор метода хирургического лечения больных хроническим гнойным эпителимпанитом	92
В. П. Карпов, И. В. Енин, В. И. Агранович Диагностика дисфункции слуховой трубы при экссудативных средних отитах	95
К. Э. Клименко, В. В. Вишняков Холодноплазменная хирургия в лечении храпа и синдрома обструктивного апноэ сна . .	98
М. В. Комаров, В. К. Рыжков, И. А. Аникин, С. А. Еремин Значение каротидной ангиографии и суперселективной эмболизации в диагностике и предоперационной подготовке пациентов с параганглиомой височной кости	103
А. П. Кочеткова, М. Ю. Коркмазов Лечение вазомоторного ринита с применением низкочастотного ультразвука в комбинированном виде.	109
Е. Д. Луцай, И. И. Каган Микротопография стенок подголосовой полости гортани у лиц зрелого возраста.	114
А. Э. Мадисон, А. В. Староха, Ю. А. Хандажапова, А. Б. Кузьмина, М. М. Литвак Этапная регистрация отоакустической эмиссии при универсальном аудиологическом скрининге новорожденных	118
К. А. Никитин, Е. М. Бачегова Лечебная тактика при острой сенсоневральной тугоухости	123
А. А. Нугуманов, А. Я. Нугуманов О показаниях к операции Рэмбо.	126
Р. Р. Рахматуллин, Р. А. Забиров, А. В. Акимов, С. М. Гарифзянова Разработка наноструктурированного биопластического материала «гиаматрикс» для ото- и ринохирургии	128
Ю. Ю. Русецкий, Т. К. Седых, И. О. Чернышенко, В. А. Смирнова Динамика уровня бактериальной контаминации операционной раны на этапах аденотомии и тонзиллотомии	131
А. Е. Рыков, П. В. Самойлов Особенности анатометрических характеристик грудного отдела трахеи по данным компьютерной томографии	138
М. А. Рябова, Н. А. Шумилова Оперативное лечение полипозно-гнойного риносинусита у больных с аспириновой триадой с использованием лазера и радиочастотной петли.	142

П. В. Самойлов, А. Е. Рыков

Особенности анатомометрических характеристик грудного отдела трахеи после операций типа льюиса по данным компьютерной томографии 145

Д. Ю. Семенюк, Л. Э. Тимчук, Ю. К. Янов, А. С. Симбирцев, А. Н. МIRONENKO, А. А. Корнеев, В. Г. Конусова

Особенности хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов у больных гнойным риносинуситом 148

Е. Ю. Струнина

Результаты Вестибулометрии у пациентов с начальными признаками недостаточности кровотока по внутренним сонным и позвоночным артериям 156

П. У. Умаров, Э. Г. Беличева, Л. Н. Бубнова, В. И. Линьков

Влияние фотомодификации крови на функциональную активность нейтрофилов у больных с острой сенсоневральной тугоухостью 160

Л. Н. Хулугурова, Н. В. Щербик, А. В. Староха, К. И. Чуйкова, М. М. Литвак

Новый алгоритм лечения вирус-индуцированного экссудативного среднего отита у детей 164

А. К. Шишева

Медико-организационные и экономические аспекты оптимизации оториноларингологической помощи в условиях крупного промышленного города 171

И. А. Шульга, В. В. Лебедянцева, И. И. Каган, Н. В. Зайцев, Н. В. Уксукбаева

Факторы патогенеза шилоподъязычного синдрома 175

Юбилей

Профессор Нина Степановна Храппо
(к 85-летию со дня рождения) 183

К сведению авторов 192