

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 бюджетное учреждение
«Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»**

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

Российское общество оториноларингологов



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

№ 2 (57) 2012 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Журнал зарегистрирован Государственным комитетом РФ по печати.

Регистрационное свидетельство ПИ № 77-13147 от 15 июля 2002 г.

Журнал издается по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Российской академией медицинских наук.

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-клинический центр оториноларингологии
ФМБА России»
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России»

Издатель:

ООО «Полифорум»

Все права на данное издание зарегистрированы. Перепечатка отдельных статей и журнала в целом без разрешения издателя запрещена.

Ссылка на журнал «Российская оториноларингология» обязательна.

Редакция и издатель журнала не несут ответственности за содержание и достоверность рекламной информации.

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

Адрес редакции:

190013, Россия, Санкт-Петербург,
ул. Бронницкая, д. 9.
Тел./факс: (812) 316-29-32,
e-mail: tulkin19@mail.ru

Компьютерная верстка: Т. М. Каргапольцева

Подписано в печать 26.12.2011 г.
Формат: 60×90¹/₈, объем 25,5 усл. печ. л.
Тираж: 3000 экз. (1-й завод — 500 экз.)

Отпечатано с готовых диапозитивов
в типографии «К-8».
Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.
Лицензия ПЛД № 69 291 от 19.10.1998 г.
Зак. тип. 2355.

© СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития
России, 2012

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА
России, Москва, 2012



Уважаемые коллеги!

Редакция журнала «Российская оториноларингология» предлагает вам высказать свое мнение на опубликованную ниже статью.

УДК 616.322-002.2-07:004

О КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА С ПОЗИЦИЙ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Г. М. Портенко¹, Е. Г. Портенко¹, Г. П. Шматов²

ABOUT CLASSIFICATION OF CHRONIC TONSILLITIS WITH POSITION OF INFORMATIONAL TECHNOLOGY

G. M. Portenko, E. G. Portenko, G. P. Shmatov

¹ ГОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития России»

(Зав. каф. оториноларингологии с курсом детской оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. Г. М. Портенко)

² ГОУ ВПО «Тверской ГТУ»

(Зав. каф. информатики и прикладной математики – проф. Н. К. Жиганов)

Современная информационная технология в виде кластерного анализа с достоверностью подтвердила наличие одного заболевания – хронического тонзиллита – и доказала неправоту выделения двух форм.

Ключевые слова: кластерный анализ, хронический тонзиллит.

Библиография: 26 источников.

The modern informational technology in variety of cluster analysis confirmed the presence of one disease – chronic tonsillitis and proved don't pick out of two forms.

Key word: cluster analysis, chronic tonsillitis.

Bibliography: 26 sources.

При постановке диагноза хронического тонзиллита (ХТ) врачам рекомендуется пользоваться двумя клиническими классификациями: Б. С. Преображенского [17] и И. Б. Солдатова [22].

По Б. С. Преображенскому различают:

– простую форму хронического тонзиллита, для которой характерно наличие симптомов местного порядка при отсутствии выраженных общих нарушений функций организма или даже при наличии таковых нарушений, но не связанных с хроническим тонзиллитом как таковым;

– токсико-аллергическую форму хронического тонзиллита, когда помимо местных симптомов, как и при простой форме, имеются уже симптомы нарушения общего состояния, обусловленные нервно-рефлекторными связями миндалин или постоянным попаданием в организм токсинов, аллергенов, аутоаллергенов и т. д., т. е. уже инфекционно-аллергический генез.

По выраженности общих симптомов эта форма делится на токсико-аллергическую форму 1-й степени, при которой симптомы носят функциональный характер, и токсико-аллергическую форму 2-й степени, где те же симптомы носят более выраженный характер и обусловлены



РЕЦЕНЗИЯ

НА СТАТЬЮ «О КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА С ПОЗИЦИЙ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ»

Представленная работа претендует на пересмотр общепринятых классификаций хронического тонзиллита (ХТ) отечественных авторов Б. С. Преображенского и И. Б. Солдатова. Кроме классификаций указанных авторов, в России известны более 20 других. Опубликованные классификации ХТ зарубежных исследователей построены на этиопатогенетической и морфологической основе: хронический бактериальный тонзиллит, хронический гнойный тонзиллит, хронический криптотонзиллит, хронический криптопаренхиматозный тонзиллит и др.

Авторы статьи утверждают, что формы ХТ, обозначенные в классификациях Б. С. Преображенского и И. Б. Солдатова, являются «субъективно выделенными». Вместе с тем можно без преувеличения констатировать, что опубликовано великое множество доказательных работ, где на основании объективных (клинических и лабораторных) данных подтвержден факт наличия нескольких форм ХТ (компенсированная, декомпенсированная, простая, токсико-аллергическая и др.).

В клинической медицине практически все болезни классифицируются на принципах этиопатогенеза, длительности и особенностей течения, развития местных и общих осложнений и др. Известно также, что ориентация практических врачей на классификацию болезни, облегчает их творческий труд в вопросах диагностики и лечения. Естественно, любая классификация имеет свои достоинства и недостатки, в том числе и классификация Б. С. Преображенского и И. Б. Солдатова, о чем многократно отмечалось в публикациях отечественных ученых.

Авторы статьи на основании кластерного анализа 47 отобранных ими признаков ХТ (большинство из которых характерны для различных форм хронического фарингита) выделили 17 значимых симптомов, характерных для декомпенсированной формы болезни. Среди них такие как: боль при глотании, иррадирующая в ухо, разрыхленность и бугристость миндалин, увеличение их II степени, которые отечественными оториноларингологами не считаются значимыми признаками ХТ. Вызывает недоумение отсутствие в числе значимых симптомов ХТ общепризнанных патогномоничных признаков болезни: жидкий гной в лакунах, нагноившиеся фолликулы на свободной поверхности миндалин, спайки между дужками (у автора – «дужки») и миндалинами, что свидетельствует о неадекватном применении кластерного анализа в решении поставленной цели исследования.

Обсуждая результаты анализа признаков ХТ, автор утверждает, что «за компенсированную форму принимается аллергический фон организма, который вызывает местную аллергическую реакцию со стороны небных миндалин (симптом Зака и симптом Преображенского), на основании чего до настоящего времени и диагностируем компенсированную форму ХТ». В связи с этим не лишне спросить автора: как часто изолированно встречаются эти симптомы у больных ХТ? Опыт практической работы оториноларингологов свидетельствует, что они являются спутниками других более существенных признаков ХТ, таких как наличие гноя в лакунах, рубцового процесса миндалин и др. Если же при фарингоскопии определяются только эти два признака и если автор убежден об их аллергическом происхождении (по литературным данным, указанные признаки имеют полигенное происхождение), нужно говорить не о компенсированной форме ХТ, а об аллергозе ВДП.

Многочисленные исследования ведущих фарингологов нашей страны привели к мнению о том, что для установления диагноза хронического воспаления небных миндалин достаточно наличие трех признаков, характерных для ХТ, что и делает правомерным «принять решение», что у больного «есть ХТ» (в кавычках выражения авторов). Главные трудности для практикующего оториноларинголога впереди: на основании каких клинико-лабораторных критериев определить форму ХТ и ответить на главный вопрос, задаваемый пациентом: следует или не следует удалять миндалины. Основываясь только на клинических проявлениях ХТ, решить этот вопрос не всегда представляется возможным. Вот почему в течение многих десятилетий



УДК:616.321-002+616.216.1-002+616.211-002]:616-036.2

ХРОНИЧЕСКИЕ ФАРИНГИТЫ, НАЗОФАРИНГИТЫ, СИНУСИТЫ И РИНИТЫ – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В МОСКВЕ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ с 1996 по 2009 г.

А. В. Аксенова¹, Н. И. Брико², Д. А. Клейменов²

DYNAMICS OF EPIDEMIC INDICES CHRONIC PHARYNGITIS, NASOPHARYNGITIS, SINUSITIS AND RHINITIS IN MOSCOW AND RUSSIAN FEDERATION from 1996 to 2009

A. V. Aksyonova, D. A. Kleimenov, N. I. Briko

¹ ГБОУ ВПО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова», Москва

(Зав. каф. факультетской терапии им. акад. А. И. Нестерова лечебного факультета – проф. Н. А. Шостак)

² ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»

(Зав. каф. эпидемиологии – акад. РАМН Н. А. Брико)

Показана динамика распространенности и заболеваемости хронических фарингитов, назофарингитов, синуситов и ринитов (ХФНСР) в различных возрастных группах в Москве и РФ за период 1996–2009 гг. Выявлено, что за исследуемый период сохраняются высокие показатели заболеваемости и распространенности стрептококковой инфекции во всех слоях населения как в Москве, так и в РФ. Это может быть связано со снижением диагностической настороженности и неадекватным лечением заболеваний органов верхних дыхательных путей.

Ключевые слова: хронический фарингит, назофарингит, синусит, ринит, распространенность, заболеваемость, возрастные группы.

Библиография: 23 источника.

Is shown the dynamics of popularity and prevalence of chronic pharyngitis, nasopharyngitis, sinusitis and rhinitis (CPNSR) in different age groups in Moscow and Russian Federation from 1996 to 2009 was under examination. Found that the space of time under consideration high index of prevalence and sickness rate streptococcus infection continue at all of stratum as in Moscow as in Russian Federation. This fact is possible because of decline in diagnosis vigilance and inadequate treatment illnesses of upper airways.

Key words: chronic pharyngitis, rhinopharyngitis, sinusitis, rhinitis, popularity, prevalence, age group.

Bibliography: 23 sources.

Стрептококковая инфекция (СИ) группы А является одной из актуальных проблем современного здравоохранения во всех странах мира ввиду высокой распространенности и социально-экономического значения. Практически нет такого раздела медицины, в котором не встречались бы заболевания, вызванные условно патогенными и патогенными стрептококками. Это касается как инфекционной, так и соматической патологии. За последние годы накоплено большое количество данных о возрастающей роли стрептококков других серологических групп в патологии человека [1, 15, 21, 22]. Однако стрептококк группы А (СГА) занимает



11. Хатеневвер М. Р., Яхнина Н. А., Угрюмова Г. А. Распространение стрептококков разных типов при стрептококковых заболеваниях // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. – 1968. – № 3. – С. 111–117.
12. Школьников М. А. Сердечно-сосудистые заболевания детского возраста на рубеже XXI века // Consilium medicum. 1999. N 1(6). – P. 69.
13. Azpitarte J, Alonso AM, Garcia Gallego F. Guidelines of the Spanish Society of Cardiology on valve heart disease // Rev. Esp. Cardiol. – 2000. – Vol. 53, N 9. – P. 1209–1278.
14. Bert F, Bariuo-Lancelin M., Lambert-Zechovsky N. Clinical significance of bacteremia involving the Streptococcus milleri group: 51 cases and review // Clin. Infect. Dis. – 1998. – Aug. – Vol. 27(2). – P. 385–387.
15. Carapetis J. R., Mayosi B. M., Kaplan E. L. Controlling rheumatic heart disease in developing countries // Cardiovasc. J. South Afr. – 2006. – Vol. 17, N 4. – P. 164–165.
16. Dajani A., Taubert K., Ferrieri P. Treatment of Acute Streptococcal Pharyngitis and Prevention of Rheumatic fever. A Statement for Health Professionals // Pediatrics. – 1995. – Vol. 96. – P. 758–764.
17. Kuzemenska P., Kriz B., Bodak M. Analysis of some epidemiological data on streptococcal diseases report in the Czech Republic // New perspectives on Streptococci and Streptococcal Infections. – Siena. – 1990. – Stuttgart. – Jena. – NY. – 1992. – P. 29–32.
18. Leiner S. Surveillance for rheumatic fever // New England Journal of Medicine. – 1996. – Vol. 334. – P. 273–274.
19. Luca-Harari B. K. Ekelund L. M. van der, M. Staum-Kaltoft. Clinical and epidemiological aspects of invasive Streptococcus pyogenes infections in Denmark during 2003 and 2004 // J. Clin. Microbiol. – 2008. – Vol. 46. – P. 79–86.
20. Mattei P., Bequinot I., Malet T. Meningitis, septicemia and endophthalmitis caused by Streptococcus equi subspecies zooepidemicus // Presse. Med. – 1995. – Jun. – Vol. 24, N 23. – P. 1089.
21. Schuchat A. Group B streptococcus // Lancet. – 1999. – Vol. 353. – P. 51–56.
22. Schwartz B., Facklam R., Brieman R. Changing epidemiology of group A streptococcal infection in the USA // Lancet. – 1990. – V. 336. – P. 1167–1171.
23. Silva. F. G., Olson J. L., Schwartz M. M. Acute postinfectious glomerulonephritis and glomerulonephritis complicating persistent bacterial infection / Hepinstall's pathology of the kidney, 5th ed. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, Pa. – 1998. – P. 389–453.

Аксенова Ангелина Васильевна – канд. мед. наук, доцент каф. факультетской терапии лечебного факультета им. А. И. Нестерова РНИМУ им. Н. И. Пирогова. 117152 Москва, Загородное шоссе, д. 18 «А», тел.: 8-916- 654-47-38, e-mail: aksyopova-av@mail.ru; **Брико** Николай Иванович – акад. РАМН, докт. мед. наук, проф., зав. каф. эпидемиологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, тел.: 8-499-248-04-13, e-mail: briko@mmascience.ru.

УДК 616.285-089.844

СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ НЕОТИМПАНАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТИМПАНОПЛАСТИКУ

С. В. Асташенко¹, И. А. Аникин¹, С. А. Еремин¹, М. И. Аникин²

THE METHOD FOR ELIMINATING THE LATERALIZATION NEOTIMPANAL MEMBRANES IN PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA, WHO HAD UNDERGONE TYMPANOPLASTY

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития
России»

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

² ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия
Минздравсоцразвития РФ»

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

В статье описан способ устранения латерализации неотимпанальной мембраны у пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших тимпаноластику по «закрытому типу», который включает в себя, помимо пластики мягкотканых структур, реконструк-



цию удаленной на операции латеральной стенки аттика, с помощью аутокостной пластинки, взятой из кортикальной кости и фиксированной стеклоиономерсодержащим полимерным цементом.

Ключевые слова: латерализация неотимпанальной мембраны, ретимпаноластика.

Библиография: 11 источников.

This paper describes a method for eliminating the lateralization neotympanal membranes in patients with chronic suppurative otitis media who had undergone tympanoplasty for the "closed type", which include plastic soft tissue structures in addition to the reconstruction of a remote operation on the lateral wall of the attic, with autokostnoy plates taken from the cortical bone and fixed CerenoCem.

Key words: lateralization neotympanal membranes, retympanoplasty.

Bibliography: 11 sources.

Несмотря на успехи, достигнутые в хирургическом лечении пациентов с хроническим гнойным средним отитом в последние десятилетия, отечественные и зарубежные авторы отмечают, что неудовлетворительные морфологические и функциональные результаты тимпаноластики по-прежнему встречаются достаточно часто и составляют от 15 до 67% всех случаев [1–3, 5]. Одна из причин неудовлетворительных функциональных результатов слухоулучшающих операций в отдаленные сроки – латерализация неотимпанальной мембраны, проявляющаяся смещением сформированной неотимпанальной мембраны кнаружи по отношению к естественному (анатомическому) положению барабанной перепонки.

В настоящее время основным механизмом развития латерализации неотимпанальной мембраны считается развитие рубцового процесса (грануляций и фиброзной ткани) в области переднего меатотимпанального угла. Это приводит к резкому утолщению сформированной неотимпанальной мембраны в переднем отделе и проявляется затуплением переднего меатотимпанального угла с развитием латерализации барабанной перепонки за счет передних отделов [6]. Развитие этого вида латерализации обусловлено хирургической травмой и чрезмерным удалением кожи слухового прохода с обнажением костного отдела в области передней стенки. Чаще всего этот вид латерализации формируется в случаях с узким и изогнутым наружным слуховым проходом и локализацией перфорации в передних отделах барабанной перепонки, когда во время операции приходится истончать кость передней стенки наружного слухового прохода и значительно отсепаровывать кожу в области передней стенки.

Анализируя причины неудовлетворительных функциональных результатов операций на среднем ухе в отдаленные сроки (через 6–12 месяцев после операции), мы обнаружили, что латерализация неотимпанальной мембраны и, как следствие, неудовлетворительные функциональные результаты операций (кондуктивная тугоухость на оперированном ухе с КВИ более 30–40 дБ) также возникают после тимпаноластики, при которой из-за распространенности патологического процесса проводилось широкое снятие латеральной стенки аттика, удалялась не только наковальня, но и молоточек и устанавливался полный или частичный оссикулярный протез. При этом латерализация неотимпанальной мембраны (НТМ) начиналась в задневерхних отделах, и механизм ее развития являлся абсолютно иным. В отдаленном послеоперационном периоде фасциальный лоскут, уложенный в задних отделах на кость наружного слухового прохода, подвергался рубцеванию и из-за отсутствия опоры в области удаленной латеральной стенки аттика натягивался от края кости удаленной латеральной стенки аттика, что в итоге приводило к смещению неотимпанальной мембраны кнаружи относительно фиброзного кольца (естественного положения барабанной перепонки). При этом неотимпанальная мембрана в задне-верхних отделах смещалась латерально относительно шляпки оссикулярного протеза, установленного на операции, в итоге чего резко ухудшался слух на оперированном ухе, и результаты слухоулучшающей операции признавались неудовлетворительными (рис. 1).

Пациентам с латерализацией неотимпанальной мембраны для улучшения слуха необходима повторная операция, в ходе которой проводятся устранение латерализации неотимпанальной мембраны, ее низведение до контакта со шляпкой оссикулярного протеза. При этом при первом механизме развития латерализации операция заключается в пластике исключительно мягкотканых структур, образующих латерализацию (иссечение фиброзной ткани, истончение



УДК: 616.288.6-089.844 : 616.284-002.258-06

СРАВНИТЕЛЬНАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИЖИВЛЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ПЛАСТИКЕ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА У КРОЛИКОВ В РАЗНЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ

(Экспериментальное исследование)

Ш. М. Ахмедов¹, И. Т. Мухамедов¹, В. С. Корвяков¹, В. Д. Меланьин¹,
М. В. Лекишвили², И. Л. Жидков³, А. С. Зеянин³, Н. В. Ситниченко³,
С. П. Нелюбин³, С. О. Ясаков³, Е. З. Кочарян³, Э. Б. Агаронова¹

COMPARATIVE ANALYSIS OF X-RAY PATTERN OF ENGRAFTMENT GRAFT IN RABBITS SKULL BONE DEFECTS PLASTIC IN DIFFERENT TIME MONITORING (EXPERIMENTAL STUDY)

S. M. Ahmedov, I. T. Muhamedov, V. S. Korvyakov, V. D. Melanyin,
M. V. Lekishvili, I. L. Jidkov, A. S. Zelyanin, N. V. Sitnichenko,
S. P. Nelubin, S. O. Yasakov, E. Z. Kocharyan, Z. B. Agaronova

¹ ФГУ НКЦ Оториноларингологии ФМБА России

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

² ФГУ ЦИТО им. Н. Н. Приорова

(Директор – академик РАН и РАМН, проф. С. П. Миронов)

³ РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН

(Директор – проф. С. Л. Дземешкевич)

В данной статье дана сравнительная характеристика рентгенологической картины приживления трансплантатов ауто-, алло- и синтетического происхождения при пластике костных дефектов черепа у кроликов в разные сроки наблюдения.

Ключевые слова: экспериментальное рентгенологическое исследование, пластика, кости черепа.

Библиография: 26 источников.

This article contains a comparative analysis of X-ray pattern of auto-, allo- and synthetic grafts engraftment in rabbits skull bone defects plastic in different time monitoring.

Key words: experimental X-ray, plastic, the skull.

Bibliography: 26 sources.

Начиная с зарождения хирургии среднего уха, а именно с 1873 г., когда Н. Schwartze и его ассистент А. Eysell опубликовали работу «Искусственное вскрытие сосцевидного отростка», и практически до середины 20-го в., хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита сводилось к санации полостей среднего уха. Предложены различные методы операций, которые в целом решили вопрос элиминации гнойного процесса.

Начиная с 50–60-х гг. прошлого века по мере накопления опыта и знаний о микроанатомии и физиологии среднего уха и, безусловно, развития оптики отохирургия стала реконструктивной и функциональной, т. е. после проведенной санирующей операции одномоментно или вторым этапом проводится восстановление внешних стенок среднего уха с реконструкцией цепи слуховых косточек и барабанной перепонки [5, 6, 8, 12, 13, 21–26].

В качестве пластического материала предложены и применены большое число трансплантатов органического происхождения: аутокани, аллокани и ксеноткани, кроме того, использованы материалы неорганического происхождения: металлы, пластик, керамика, гидроксипатиты и др. [1–4, 7, 9–11, 14–17, 19, 20].

Каждый вид материала имеет свои преимущества и недостатки, эти вопросы освещены в литературе, однако проблема состоит в том, что производители трансплантатов и имплантатов, а также исследователи презентуют каждый материал как исключительный. По нашему



заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. Москва, ул. Гамалеи, д. 15, тел.: 8-499-196-64-59; **Меланьин** Владимир Дмитриевич – докт. мед. наук, профессор, гл. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. Москва, ул. Гамалеи, д. 15, тел.: 8-499-196-64-59; **Лекишвили** Михаил Васильевич – докт. мед. наук, зав. лабораторией «Тканевой банк» ЦИТО им. Н. Н. Приорова. 125299, Москва, ул. Приорова, д. 10; **Жидков** Игорь Леонидович – руководитель отделения экспериментальной хирургии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2; **Зеянин** Александр Сергеевич – зав. хирургическим отделением РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2; **Ситниченко** Надежда Васильевна – ст. н. с. отделения экспериментальной хирургии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2; **Ясаков** Сергей Олегович – врач-рентгенолог отделения рентгенологии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2, тел.: 8-903-584-20-95; **Нелюбин** Сергей Павлович – зав. отделением рентгенологии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2, тел.: 8-499-248-16-33; **Кочарян** Евгения Захарьевна – ст. н. с. отделения патологической анатомии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2; **Агафонова** Зоя Борисовна – мл. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. Москва, ул. Гамалеи, д. 15, тел.: 8-499-196-64-59.

УДК: 616.216.23-002-07-08

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СФЕНОИДИТА

А. М. Ашуров

MODERN SIGHT AT A PROBLEM SPHENOID SINUSITIS

A. M. Ashurov

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. К. Д. Джаббаров)*

Статья посвящается одной из актуальных проблем оториноларингологии – диагностике сфеноидита. Материал и методы объединяет 100 изолированных сфеноидитов: острых (57) и хронических (43). Возраст больных от 14 до 70 лет, из них мужчин – 52%, женщин – 48%. Всем больным с подозрением на сфеноидит проведены ринологические, эндоскопические, рентгенологические, бактериологические, иммунологические, а также неврологические и офтальмологические исследования. Выявлено, что лучевая диагностика при изолированном сфеноидите совпадает с клиническими данными в 85% случаев. Воспалительные заболевания основной пазухи часто протекают с нейроофтальмологическими и неврологическими симптомами, что требует проведения дополнительного обследования у невропатологов, офтальмологов. Диагностика и лечение сфеноидита должны быть комплексными, включать дополнительные методы обследования и терапии.

Ключевые слова: сфеноидит, основная пазуха, вскрытие основной пазухи.

Библиография: 13 источников.

Article is devoted to diagnostics and treatment sphenoid sinusitis that is one of actual problems of otorhinolaryngology. The material and methods unites 100 isolated sphenoid sinusitis: sharp (57) and chronic (43) сфеноидитов. Age of patients from 14 till 70 years, from them men – 52%, women – 48%. All patient with sphenoid sinusitis spends all rhinology, radiological, bacteriological, immunology, and also neurologic and ophthalmologic researches of patients. It is revealed, beam diagnostics at isolated coincides with clinical data in 85 % cases. Inflammatory diseases often proceeds with ophthalmologic and neurologic symptoms that carrying out additional inspections of neuropathologist and oftalmologist. Diagnostics and treatment of sphenoid sinusitis have to be complex and include additional inspections and therapy.

Key words: sphenoiditis, sphenoid sinus, sphenoidotomy.

Bibliography: 13 sources.



11. Imaging the sphenoid sinus: pictorial essay / V. F. Chong [et al.] // Australas Radiol. – 2000. – N 44 (2). – P. 143–154.
12. Hnatuk L. A., Macdonald R. E., Papsin B. C. Isolated sphenoid sinusitis: The Toronto Hospital for Sick Children experience and review of the literature // J. Otolaryngology. – 1994. – N 23. – P. 36–41.
13. Postma G. N., Chole R. A., Nemezek W. R. Reversible blindness secondary to acute sphenoid sinusitis // Otolaryngol. Head Neck surg. – 1995. – P. 112(6).

Ашуров Азимжон Мирзажонович – ассистент каф. оториноларингологии Ташкентского института усовершенствования врачей. Республика Узбекистан, 100049, Ташкент, ул. Паркентская, д. 51. тел.: +998-974-061-819, e-mail: azim_1960@mail.ru

УДК:616.833.1-009.7

КРАНИОЦЕФАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ

В. И. Бабияк¹, В. Р. Гофман², Я. А. Накатис³, В. Н. Тулкин¹

CRANIAN-BRAIN SYNDROMES

V. I. Babiyak, V. R. Gofman, Ya. A. Nakatis, V. N. Tulkin

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России»

(Директор – засл. врач РФ, чл.-кор. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

² Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. М. И. Говорун)

³ ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова», Санкт-Петербург
(Гл. врач – проф. Я. А. Накатис)

В статье рассматриваются причины и механизмы возникновения болевого черепно-мозгового синдрома. Перечисляются основные патологические процессы, при которых возникает этот синдром, указываются нервные образования, которые служат пусковыми механизмами, разбирается проблема головной боли как основного признака синдрома.

Ключевые слова: синдром, иррадиация, симптомокомплекс, рецептор, вегетативные боли, соматические боли, рефлекторные боли.

Библиография: 8 источников.

Reasons and mechanisms of the origin of the headache are considered in the article. The main pathological processes, under which this syndrome appears, are indicated. Nervous formations, which serve as activating mechanisms, are indicated. The problem of headache as the main sign of the syndrome is discussed.

Key words: syndrome, irradiation, symptom complex, receptor, vegetative pains, somatic pains, reflected by headache.

Bibliography: 8 sources.

Многие заболевания черепно-лицевой области относятся к компетенции отоневролога, оториноларинголога, онколога и др., и большинство из этих заболеваний сопровождается болями. Нередко эти боли приобретают характер *болевого краниоцефального синдрома* (БКС) – симптомокомплекса, характеризующегося рядом особенностей, среди которых ведущим признаком является *боль* (Б). При рассмотрении феномена Б следует исходить из следующих характеризующих этот феномен положений:

боль – это универсальное проявление патологического процесса, развивающегося в тканях, снабженных *болевыми рецепторами*;



ЛИТЕРАТУРА

1. Бабяк В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А. Нейрооториноларингология: руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 728 с.
2. Благовещенская Н. С. Отоневрологические симптомы и синдромы. – Изд. 2-е. – М.: Медицина, 1990. – 432 с.
3. Гринштейн А. Б. Неврит лицевого нерва (патогенет и ультразвуковые методы лечения). – Новосибирск: Наука, 1980. – С. 54–57.
4. Олисов В. С. Лабиринтопатии. – Л.: Медицина, 1973. – 294 с.
5. Руссецкий И. И. Клиническая неврология. – М.: Медгиз, 1950. – С. 256.
6. Barre J. A. Sur un syndrome cervical posterieur et sa cause frequentant l'artrite cervicale // Rev. neurol. – 1926. – Vol. 34. – P. 1246–1248.
7. Durham R. H. Encyclopedia of medical syndromes. – N.-Y., 1960. – 386 p.

Бабяк Вячеслав Иванович – докт. мед. наук, профессор, вед. н. с. Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, e-mail: vbabiyak@lanck.net; **Гофман** Виктор Робертович – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии ВМА им. С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, д. 6, тел.: 8-911-980-10-59; **Накатис** Яков Александрович – докт. мед. наук, профессор, главный врач клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова. 194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4., тел.: 8-812-558-05-08; **Тулкин** Валентин Николаевич – канд. мед. наук, ст. н. с. Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-316-29-32, e-mail: tulkin19@mail.ru.

УДК: 616.21-07:355.212.2+616-05

О РОЛИ ВРАЧА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

М. Ю. Бобошко¹, Н. Г. Петрова², М. В. Петров²

THE ROLE OF THE OTOLARYNGOLOGIST DOCTOR AT A MEDICAL EXAMINATION OF PERSONS OF MILITARY AGE

M. Y. Boboshko, N. G. Petrova, M. V. Petrov

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

(¹ Зав. лабораторией слуха и речи НИЦ – докт. мед. наук М. Ю. Бобошко;

² зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения – проф. Н. И. Вишняков)

В статье приводятся данные, свидетельствующие об общем ухудшении здоровья детей и подростков в стране, что может влиять на уровень ее обороноспособности. В этих условиях важную роль играют военно-врачебные комиссии, состоящие из ряда специалистов, временно привлекаемых из медицинских учреждений, которые должны не только своевременно выявить патологию, вызывающую ограничения годности к военной службе, но и обеспечить тщательное обследование и лечение допризывников и призывников. Указанное требует от них специальных знаний. Результаты тестирования врачей-оториноларингологов по вопросам военно-врачебной экспертизы и результаты оценки качества их работы по ряду критериев свидетельствуют о необходимости совершенствования работы по подготовке специалистов к военно-экспертной деятельности.

Ключевые слова: военно-врачебная экспертиза в работе врача-оториноларинголога, военно-врачебная комиссия, результаты тестирования, качество экспертизы.

Библиография: 9 источников.

The article provides evidence about the general deterioration of health of children and adolescents in the country, which could affect the level of its defense. In these circumstances, the important role played by the military-medical commission, consisting of a number of experts, drawn from a temporary medical facilities, which should not only quickly identify the pathology causing



limitation fitness for military service, but also to provide a thorough examination and treatment of youth of premilitary age and conscripts. The above requires them to specialized knowledge. Test results for Doctors Otolaryngologists on military medical examination and assessment of their performance based on several criteria indicate the need for improving the process of training to the military-expert activities.

Key words: military medical expertise in physician-audiologist, military-medical commission, test results, the quality of the examination.

Bibliography: 9 sources.

Здоровье подрастающего поколения вызывает серьезную тревогу у ученых и политиков всего мира, ибо именно оно является потенциалом развития любой страны, определяет возможность общества существовать и развиваться, обеспечивая экономический рост государства, его обороноспособность [5, 8]. И, кроме того, здоровье детей и подростков является интегральным критерием общественного здоровья в целом, отражающим и эффективность системы здравоохранения, и уровень развития общества на том или ином этапе его функционирования [7, 9].

Ухудшение здоровья населения в России, начавшееся в конце XX в. и продолжающееся в нынешнем столетии, затронуло все группы населения (включая детей) и все регионы. Особой группой населения являются лица, подлежащие призыву на военную службу. С одной стороны, они только вышли из подросткового возраста (а по мнению зарубежных ученых, до 20 лет еще не вышли) со всеми присущими ему особенностями; при этом надо учитывать, что понятие «подростковый возраст» – достаточно условное и индивидуальное и его специфические характеристики могут присутствовать и спустя определенное время после «критической» даты [4]. С другой стороны, на фоне продолжающихся биолого-социальных «катаклизмов», свойственных данному возрасту, сама процедура призыва (и, естественно, последующая служба) является дополнительным стрессогенным фактором, который может усугубить или спровоцировать развитие соматической и психической патологии. Поэтому адекватное медицинское обеспечение на данном периоде жизни человека является весьма актуальной научной и практической задачей [3].

Важным этапом этого обеспечения является медицинское освидетельствование лиц допризывного и призывного возраста [6], которое проводится врачами военно-врачебных комиссий (ВВК). Специалисты, работающие в них, для принятия правильного экспертного решения должны, помимо знаний по специальности, иметь существенную подготовку в области экспертной деятельности, а также знать основные закономерности формирования общественного здоровья. В этой связи нельзя не отметить, что подростки представляют собой отдельную возрастную группу, не относящуюся к детям или взрослым. Специфические нужды и интересы подростков в отношении здоровья обусловлены их быстрым физическим развитием, а также социальными, половыми и личностными переменами, сопровождающими процесс взросления [2].

Спецификой формирования личности и здоровья подростков в нашей стране является то, что процесс взросления происходит в условиях высокого риска для здоровья [1]: бедности, неравенства, ослабления социальных связей, этнических и семейных конфликтов, дискриминации.

Все это необходимо учитывать при проведении медицинского освидетельствования допризывников (лица 17 лет) и призывников. Как известно, в состав военно-врачебных комиссий (ВВК) в числе прочих входят врачи-отоларингологи. Однако до настоящего времени не проводились исследования, позволяющие оценить уровень их подготовленности по вопросам военно-врачебной экспертизы (ВВЭ).

Цель исследования. Изучение уровня знаний отоларингологов по ВВЭ и оценка качества их работы в составе ВВК.

Материалы и методы. Для проведения тестирования врачей была составлена специальная карта исследования, в которую вошли 50 вопросов, позволяющие оценить «общие» знания, касающиеся проведения экспертизы (знание основных нормативных документов, методических рекомендаций Министерства здравоохранения и Министерства Обороны, порядок освидетельствования, учетно-отчетные документы и пр.), так и специфические экспертные знания по



9. Suhrcke M., Rocco L., McRee M. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. European Observatory on health Systems and Policies. – Geneva: WHO, 2007. – 280 p.

Бобошко Мария Юрьевна – д.м.н., зав. лабораторией слуха и речи НИЦ СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел. сл.: 812-234 05 76, e-mail: boboshkom@gmail.com; **Петрова** Наталия Гурьевна – д. м. н., проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел. сл.: 812-499-71-33, e-mail: petrova-nataliya@bk.ru; **Петров** Михаил Викторович – к. м. н., председатель ВВК Кировской области, соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел. сл.: 812-499 71-33; e-mail: petrov_m_v@mail.ru

УДК: 616.28-008.55-08:616.287-089.844

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

В. А. Воронов, О. В. Захаренкова, С. В. Левин, А. А. Карпов

SOME ASPECTS OF TREATMENT OF VERTIGO AFTER A STAPEDOPLASTY

V. A. Voronov, O. V. Zakharenkova, S. V. Levin, A. A. Karpov

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

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

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

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

Проведено обследование и лечение 98 пациентов, прооперированных в клинике оториноларингологии СПбГМА им. И. И. Мечникова по поводу отосклероза. В послеоперационном периоде у 12 пациентов появилось головокружение, характерное для выпадения фрагмента отолитовой мембраны. Для подтверждения диагноза проводилась проба Dix-Hallpike, для лечения использовался модифицированный метод Epley. После проведения позиционного маневрирования симптоматика заболевания исчезла в 100% случаев. На основании полученных результатов рекомендуем проводить тест Dix-Hallpike для дифференциальной диагностики послеоперационного головокружения.

Ключевые слова: отоневрология, головокружение, отосклероз, стапедопластика, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, тест Dix-Hallpike, позиционное маневрирование, маневр Epley.

Библиография: 8 источников.

Were examined and treated 98 patients operated in the clinic of Otorhinolaryngology Saint-Petersburg State Medical Academy about otosclerosis. In the postoperative period 12 patients appeared vertigo, typical for loss of the fragment of the otolith membrane. To confirm a diagnosis was carried out test Dix-Hallpike, for treating was used the modified method of Epley. After the positional maneuvering symptoms of the disease disappeared in 100% of cases. Based on these results recommend Dix-Hallpike test for differential diagnostics of postoperative vertigo.

Key words: otoneurology, vertigo, otosclerosis, stapedoplasty, benign paroxysmal positional vertigo, test Dix-Hallpike, positional maneuvers, Epley maneuver.

Bibliography: 8 sources.

Головокружение, по данным ВОЗ, является второй по частоте жалобой при обращении к врачу общей практики. Этиология подобных проблем, вызывающих серьезнейшее нарушение качества жизни, может быть различной. На базе кафедры оториноларингологии создан центр



УДК. 616.211-002.253-056.3:615.233

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИСТАМИННОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ АЛЛЕРГОЗАХ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ

Г. А. Гаджимирзаев, З. Т. Михраилова, С. Н. Абдулаева, Р. Г. Гаджимирзаева, Э. Г. Гамзатова

EFFICIENCY ESTIMATION ANTIHISTAMINE AND ANTIOXIDANT THERAPIES AT COMBINED ALLERGY RESPIRATORY SYSTEM

G. A. Gadzhimirzaev, Z. T. Mikhraилоva, S. N. Abdullaeva, R. G. Gadzhimirzaeva, E. G. Gamzatova

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия Росздрава», г. Махачкала

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)

Авторами анализирован опубликованный материал по проблеме взаимосвязи аллергозов верхних и нижних дыхательных путей. В условиях стационара обследованы 47 больных с комбинированным аллергозом респираторной системы. Аллергический риносинусит сочетался с аллергическим трахеитом у 3 пациентов, трахеобронхитом – 21, бронхитом – 14, с бронхиальной астмой – 9. В двух рандомизированных группах проведено лечение: в 1-й ($n = 20$) в программу лечения были включены антигистаминный препарат, эндоназальный электрофорез с 2%-ным раствором хлористого кальция, аскорбиновая кислота. Больным 2-й группы ($n = 27$) было предписано подобное лечение, как и пациентам 1-й группы с добавлением антиоксидантного препарата. На основании анализа клинических данных, результатов изучения биохимических соединений липидного обмена и системы оксиданты – антиоксиданты в носовом секрете и их сравнения в обследованных группах до и после лечения авторы пришли к выводу о преимуществах одновременного назначения больным с комбинированным аллергозом респираторной системы антигистаминного и антиоксидантного препаратов.

Ключевые слова: аллергический риносинусит, комбинированный респираторный аллергоз, лечение, кестин, мексидол.

Библиография: 31 источник.

Authors analysed the published material on an interrelation problem allergic the top and bottom respiratory ways. In the conditions of a hospital 47 patients with combined allergic respiratory system are surveyed. Allergic sinusitis it was combined with an allergic tracheitis at – 3, a tracheo-bronchitis – at 21, a bronchitis- at 14, with a bronchial asthma – at 9. In two randomized groups treatment is spent: in 1st ($n = 20$) in the treatment program have been included kestin, endonasal about 2 % by a solution of chloride calcium, ascorbic acid. 2nd groups ($n = 27$) similar treatment, as well as to patients of 1st group with addition of meksidol was offered to patients. On the basis of the analysis of the clinical data, results of studying of biochemical connections lipid an exchange and system oxidizers-antioxidants in a nasal secret and their comparisons in the surveyed groups before treatment, authors have come to a conclusion about advantages of simultaneous appointment as the patient with combined allergic respiratory system of an antihistamine and an antioxidant of medicines.

Key words: allergic rhinosinusitis, combined respiratory allergy, treatment, kestin, meksidol.

The bibliography: 31 sources.

В рекомендациях ВОЗ-ARIA [19, 20] подчеркивается, что аллергический ринит (АР) является фактором риска развития аллергозов нижних дыхательных путей, в том числе бронхиальной астмы (БА).

В многочисленных исследованиях разнопланового характера, предпринятых в целях выяснения вопроса о механизмах связи сочетанных аллергозов верхних и нижних дыхательных путей, констатируется морфофункциональная общность патологических процессов обоих отделов респираторной системы.



УДК 612.886:616.281-072.7

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА ОБУЧЕНИЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОЙ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ

А. Л. Гусева¹, О. В. Кубряк², С. С. Гроховский³, С. Д. Чистов¹, А. Ю. Ратаев¹

THE INFLUENCE OF LEARNING ON THE RESULTS OF THE NEW POSTURAL TEST WITH BIOFEEDBACK

A. L. Guseva, O. V. Kubryak, S. S. Grohovsky, S. D. Chistov, A. Yu. Rataev¹¹ ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России»

(Зав. каф. оториноларингологии лечебного факультета – проф. А. И. Крюков)

² НИИ нормальной физиологии им. П. К. Анохина РАМН, Москва

(Директор – член-корр. РАМН, проф. С. К. Судаков)

³ Исследовательский центр МЭРА, Москва

(Директор – С. С. Гроховский)

Показана применимость стабилметрического теста нового типа с биологической обратной связью (БОС), заключающегося в оценке заданной результативной деятельности с одновременным анализом энергозатрат на перемещение центра давления. Важным преимуществом данного типа теста является его комплексный характер – возможность количественного исследования функции равновесия как целостной функциональной системы с учетом патологии и возможного компенсирующего влияния сохранных структур. В исследовании установлено, что разброс показателя энергозатрат E_i на выполнение предлагаемого теста находится в пределах интерквартильного размаха и не превышает 2 Дж. Таким образом, влияние обучения на результаты динамического наблюдения с применением такого теста незначимо или минимально при обычных условиях.

Ключевые слова: вестибулопатия, баланс тела, функция равновесия, стабилметрия, биологическая обратная связь, вестибулологические пробы, объективная диагностика.

Библиография: 17 источников.

The new postural test with biofeedback is shown to be applicable to estimation of a certain productive activity together with an analysis of energy consumption in moving the center of mass. This test has the advantage that it makes possible quantitative assessment of postural stability as an integrated functional system, taking into account the pathology and possible compensatory effect of intact structures. The study has shown the scatter of energy spent for the test performing (E_i) is within the interquartile range and does not exceed 2 J. So it may be assumed that under normal conditions the effect of learning on the results of dynamic monitoring performed with the use of such a test would be minimal or insignificant.

Key words:

Bibliography: 17 sources.

В настоящее время высокая востребованность вестибулологических исследований в ЛОР-практике связана не только с ростом числа пациентов с вестибулопатией, но и с углублением знаний в этой области, дифференцировкой различных нозологических форм, таких как вестибулярный нейронит, вестибулярная пароксизмия, базилярная и вестибулярная мигрень, фобическое постуральное головокружение [2]. Это, в свою очередь, требует разработки новых методов объективизации обследования и дифференциальной диагностики. Важное место занимает оценка динамики лечения пациентов с вестибулярными расстройствами в целях контроля реабилитации и выбора наиболее эффективных ее способов [7].

Наряду с клиническим обследованием в диагностике нарушений равновесия основными инструментальными методами исследования являются оценка глазодвигательных реакций (определение спонтанного и индуцированного нистагма, калорическая и вращательная пробы, саккады, слежение, оптокинетический нистагм) и методы нейровизуализации [10]. Вместе с тем актуальность непосредственной (прямой) оценки способности пациента управлять ба-



УДК: 616.284-004.6-07:616.28-008.1

СИМПТОМАТОЛОГИЯ ОТОСКЛЕРОЗА**А. М. Еловигов¹, С. В. Лиленко²****SYMPTOMATOLOGY OF THE OTOSCLEROSIS****A. M. Elovikov, S. V. Lilenko**¹ ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия
им. акад. Е. А. Вагнера Росздрава»

(Ректор – проф. И. П. Корюкина)

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

Проведено обследование 278 пациентов с отосклерозом за период 2001–2009 гг. Проанализирована симптоматика данного заболевания. Предложен алгоритм для диагностики отосклероза. Данный алгоритм включает в себя: подтвержденные признаки поражения звукопроводящего аппарата, нормальные показатели тимпанометрии и инверсию ипсилатерального акустического рефлекса.

Ключевые слова: отосклероз, кондуктивная тугоухость, камертональные пробы, тональная пороговая аудиометрия, тимпанометрия, акустическая импедансометрия.

Библиография: 7 источников.

Examination of 278 patients with otosclerosis for the period from 2001 to 2009 was performed. The semiology of this middle ear disease was analysed. The algorithm of otosclerosis diagnostics for doctors is offered. The scheme includes conductive hearing loss signs, normal indicators of tympanometry and inverted ipsilateral acoustic reflex.

Key words: otosclerosis, conductive hearing loss, tuning fork tests, pure-tone audiometry, tympanometry, acoustic impedancemetry.

Bibliography: 7 sources.

Диагностика отосклероза базируется на данных анамнеза и исследованиях функции слухового анализатора [1, 3]. Однако и при этих данных камертонального исследования, аудиометрии и исследования шепотной и разговорной речью было бы слишком опрометчиво говорить, что диагноз отосклероза (анкилоза стремени) и особенно его стадии легко определимы [1; 3–5].

Цель исследования. Выявление и анализ наиболее показательных симптомов отосклероза. Разработка диагностического алгоритма для выявления отосклероза.

Пациенты и методы. Проведено обследование 278 (64 мужчин, 214 женщин) пациентов, поступивших впервые для обследования и (или) оперативного лечения с диагнозом отосклероз в ЛОР-отделение Пермской краевой клинической больницы в 2001–2009 гг. Исследование проведено на хуже слышащем (первом) ухе и лучше слышащем (втором) ухе. Распределение на первое и второе ухо проводилось на основании данных акуметрии, камертонального опыта Вебера (латерализация в хуже слышащее ухо) и указаний самого пациента. Возраст пациентов составлял от 18 до 66 лет, возрастные характеристики по описательной статистике ($M \pm \sigma$: малый и большой квартили): средний возраст $39,58 \pm 8,88$: 33; 46 лет. Мужчин в данной группе $23,02 \pm 2,52\%$, женщин – $76,98 \pm 2,52\%$. Пациенты с первой стадией заболевания (Пальчун В. Т., Преображенский Н. А, 1978) составили $57,55 \pm 2,96\%$, с отосклерозом II стадии – $26,62 \pm 2,65\%$, III стадии – $15,83 \pm 2,19\%$. Двусторонний процесс диагностирован у $92,09 \pm 1,62\%$, односторонний – $7,91 \pm 1,62\%$ больных. При одностороннем процессе отмечалась тугоухость справа у $4,31 \pm 1,22\%$, слева – $3,6 \pm 1,18\%$ пациентов.

Проведен анализ данных анамнеза, акуметрии, тональной пороговой аудиометрии и импедансометрии среднего уха, а также отоскопических изменений у больных отосклерозом. Количественные показатели: расстояние восприятия шепотной и разговорной речи (м), значения порогов костного, воздушного звукопроведения, костно-воздушного интервала, диф-



УДК: 616.216.2-002-06-053.4

РИНОСИНУСОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЛОБНОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ**А. Н. Зинкин, М. М. Сергеев****RHINOSINUSOGENIC OSTEOMYELITIS OF FRONTAL BONE IN CHILDREN****A. N. Zinkin, M. M. Sergeev***ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар
(Ректор – С. Н. Алексеенко)*

Проанализированы девять историй болезни детей с риносинусогенным остеомиелитом лобной кости. У них были обнаружены инфильтрат мягких тканей на лбу и субпериостальный абсцесс, а также рентгенологические и КТ-данные остеомиелита лобной кости (Pott's puffy tumor). У всех этих больных имели место различные внутричерепные и орбитальные осложнения. Хирургическое вмешательство в комплексе с антибиотикотерапией и другими методами патогенетического лечения дало 100%-ное выздоровление.

Ключевые слова: риносинусит, остеомиелит, Р-, КТ-диагностика, хирургическое лечение.

Библиография: 11 источников.

Nine clinical cases of children with rhinosinusogenic osteomyelitis of frontal bones were analyzed. They presented with an infiltration of soft tissues of the forehead and subperiosteal abscess, and also with radiological (computed tomography) evidence of the frontal bone osteomyelitis (Pott's puffy tumor). All of these patients had miscellaneous intracranial and orbital complications. The surgical intervention combined with antibiotic therapy and other pathogenetical treatment modalities made possible to get 100% recovery rate.

Key words: rhinosinusitis, osteomyelitis, X-ray, computed tomography, surgical intervention.

Bibliography: 11 sources.

Остеомиелит развивается в результате воспаления кости при проникновении в нее возбудителей гнойной инфекции или как нозокомиальное инфицирование при лечении открытой травмы [6]. Очаг поражения может быть ограничен только одним участком костной ткани или распространяться на несколько ее разделов: губчатый и кортикальный слои, надкостницу, а также окружающие мягкие ткани [2, 7].

Ретроспективные исследования показали, что остеомиелит костей свода черепа в детском возрасте встречается не часто, составляя лишь 2% от всех случаев этого заболевания у детей, а поражение лицевого скелета, в частности лобной кости, обнаруживают еще реже [3].

Многие авторы склонны считать ведущей, а некоторые единственной, причиной остеомиелита лобной кости воспаление фронтального синуса. Дальнейшее распространение патологического процесса в этом случае осуществляется из-за тромбоза диглоэтических вен, приводящего к расстройству микроциркуляции, поражению наружной кортикальной пластинки, ее деструкции и образованию субпериостального абсцесса. В последующем разрушению может подвергнуться и внутренняя пластинка, что неизбежно приведет к образованию эпидурального абсцесса [1, 4, 8].

Хотя твердая и паутинная мозговые оболочки являются достаточно надежным защитным барьером, микроорганизмы и медиаторы воспаления все же могут проникнуть в субдуральное пространство и вызвать эмпиему или менингоэнцефалит. Кроме того, возможно гематогенное распространение инфекции через лишенные клапанов диглоэтические вены, которое вызовет септический тромбоз сагиттального венозного синуса, субдуральную эмпиему и абсцесс мозга.

Выраженный иммунный ответ организма на бактериальное повреждение клеток и тканей, получивший название синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и устанавливаемый в соответствии с критериями ACCP/SCCM (1991), также способствует вовлечению в воспалительный процесс содержимого полости черепа и может стать причиной генерализации инфекции [2, 5].



8. Osteomyelitis in the head and neck / K. C. Prasad [et al.] // Acta otolaryngol. – 2007. – Vol. 127. – P. 194–205.
9. Pott P. Observations on the nature and consequences of those injuries to which the head is liable from external violence // London: HawesL., ClarkeW., CollinsR. – 1768. – P. 48.
10. Pott's puffy tumor, frontal sinusitis, frontal bone osteomyelitis and epidural abscess secondary to a wrestling injury / R. B. Tudor [et al.] // Am. j. sports. med. – 1981. – Vol. 9. – P. 390–391.
11. Pott's puffy tumour: still not an eradicated entity / A. Guillen [et al.] // Childs. nerv. syst. – 2001. – Vol. 17. – N 6. – P. 359–362.

Зинкин Андрей Николаевич – ассистент каф. ЛОР-болезней Кубанского ГМУ. 350063, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4, тел.: 8-988-242-80-58, e-mail: anzinkin@yandex.ru; **Сергеев** Михаил Михайлович – канд. мед. наук, доцент каф. ЛОР-болезней Кубанского ГМУ. 350063, Краснодар, ул. Седина, д. 4, тел.: 8-861-220-21-14, e-mail: mmsergeev@yandex.ru

УДК:616.281-072.7:615.9

ОЦЕНКА ОТОТОКСИЧНОСТИ КРЕМНИЕВЫХ НАНОНОСИТЕЛЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ МЕТОДОМ ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ

С. А. Иванов^{1, 2}, А. В. Пискун¹

ASSESSMENT OTOTOXICITY SILICON NANOCARRIERS IN EXPERIMENT WITH OTOACOUSTIC EMISSION

S. A. Ivanov, A. V. Piskun

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

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

² ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова»,
Санкт-Петербург

(Директор – член-кор. РАМН, проф. Е. В. Шляхто)

Экспериментальный скрининг ототоксичности является самостоятельным звеном доклинического исследования органной токсичности фармакологических препаратов. На 30 крысах-самцах линии Wistar изучено влияние на амплитуду отоакустической эмиссии однократного парентерального введения суспензии различных соединений кремния – претендентов на роль наноносителей лекарственных препаратов – коллоидного кремния с диаметром частиц 15–20 нм и кремнезема с диаметром 12–16 нм при концентрации кремния в обоих случаях 2 мг/мл. Показано отсутствие угнетающего воздействия изучаемых нанообъектов кремния на амплитуду отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения спустя 21 и 60 дней после введения препаратов, что говорит об отсутствии их ототоксических свойств.

Ключевые слова: наноносители, соединения кремния, коллоидный кремний, кремнезем, ототоксичность.

Библиография: 22 источника.

Experimental screening of ototoxicity is a selfdependent level of preclinical studies of toxic effects on organs of pharmacological medicines. On 30 male rats of Wistar line have studied the effect on the amplitude of otoacoustic emission of single parenteral infusion of a suspension of various compounds of silicon – candidates for the role of nanocarriers of medicines – colloidal silicon particles with a diameter of 15–20 nm and oxide of silicon with a diameter of 12–16 nm with the concentration of silicon in both cases, 2 mg/ml. Observed the absence of inhibitory effect of studied silicon nanoobjects to the amplitude of distortion product otoacoustic emissions after 21 and 60 days of infusion of medicines which indicates to the absence of their ototoxic properties.

Key words: nanocarriers, compounds of silicon, colloidal silicon particles, oxide of silicon, ototoxicity.

Bibliography: 22 resources.



18. Reduced Formation of Oxidative Stress Biomarkers and Migration of Mononuclear Phagocytes in the Cochleae of Chinchilla after Antioxidant Treatment in Acute Acoustic Trauma / D. Xiaoping [et al.] // Int. J. Otolaryngol. – 2011. – № 2011. – P. 612–690.
19. Roland P. S., John A., Rutka M. D. Ototoxicity. BC Decker, ON. – 2004. – 220 p.
20. The fate of outer hair cells after acoustic or ototoxic insults / K. A. Abrashkin [et al.] // Hear Res. – 2006. – № 218 (1–2). – P. 20–29.
21. The impact of size on tissue distribution and elimination by single intravenous injection of silica nanoparticles / M. Cho [et al.] // Toxicol Lett. – 2009. – № 189(3). – P. 177–183.
22. The vascular mechanism of action of betahistine in the inner ear of the guinea pig / E. Laurikainen [et al.] // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 1998. – № 255 (3). – P. 19–23.

Иванов Сергей Александрович – очный аспирант лаб. слуха и речи НИЦ СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. мл. н. с. каф. клинической фармакологии НИИ кардиологии им. В. А. Алмазова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6/8; 194156, Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, д. 15, тел. сл.: 8-812-234-05-76, тел. моб.: 8-911-824-70-46, e-mail: serjivanov84@gmail.com; **Пискун** Альбина Владимировна – студент 1-го курса лечебного факультета им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6/8, тел. моб.: 8-953-343-97-43, e-mail: age-liniya@rambler.ru

УДК: 616.28-008.14:611:615.9+615.332

ДИНАМИКА ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЦЕНТРАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА ПРИ ГЕНТАМИЦИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ КОРТЕКСИНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

З. Х. Каримова

DYNAMIC OF PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES IN THE CENTRAL PART OF AUDITORY ANALYZER DURING GENTAMICIN INTOXICATION EXPERIMENT UNDER INFLUENCE OF CORTEXIN

Z. H. Karimova

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

При ГИ развиваются различной степени выраженности и распространенности деструктивные процессы в периферическом и центральном отделах слухового анализатора. Однако при применении препарата кортексин эти процессы носят обратимый характер, если при ГИ не наблюдалось разрушение цитоплазмы и ядра клетки. Именно поэтому применение кортексина в клинической практике при лечении больных с сенсоневральной тугоухостью, обусловленной приемом гентамицина сульфата, предотвращает дальнейшее развитие деструктивных процессов, способствуя улучшению и восстановлению слуха.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, гентамициновая интоксикация, кортексин, морфология, трентал, лечение сенсоневральной тугоухости, дистрофия, деструкция, височная кора, улитковые ядра продолговатого мозга.

Библиография: 4 источника.

During gentamicin intoxication developed varying degrees of severity and prevalence of destructive processes in the peripheral and central parts of the auditory analyzer. However, when using drug cortexin these processes are reversible, if destruction of the cytoplasm and nucleus of the cell was not observed in gentamicin intoxication. That's why the use of cortexin in clinical practice when treating patients with sensorineural hearing loss caused by intake of gentamicin sulfate, prevents the further development of destructive processes, contributing to the improvement and restoration of hearing.



Key words: gentamicini intoxication, auditory analyzer, sensorineural hearing loss, cortexin.

Bibliography: 4 sources.

Вопросы распространенности, возникновения и развития тугоухости у больных до сих пор являются актуальными, так за последние 15 лет, частота сенсоневральной тугоухости в Узбекистане возросла более чем в 2 раза. Сохранение тенденции к росту числа больных с сенсоневральной тугоухостью, обусловленной применением аминогликозидных антибиотиков, выдвигает на первое место как проблему раннего выявления нарушения слуха, так и разработку патогенетически обоснованного лечения [1, 2, 3].

Реабилитация больных с сенсоневральной тугоухостью представляет собой сложную проблему современной оториноларингологии. Восстановление слуха после приема аминогликозидных антибиотиков путем проведения медикаментозной терапии не всегда дает желаемый эффект. В настоящее время для этой цели предлагается множество лекарственных препаратов, эффективность которых основана на субъективных ощущениях и функциональных исследованиях.

Цель исследования. Сравнение влияния кортексина и трентала на патоморфологические изменения центральных отделов слухового анализатора при гентамициновой интоксикации (ГИ) в эксперименте.

Материал исследования. Экспериментальные исследования проводились на 36-ти белых беспородных крысах, которые были разделены на 2 группы: основная (18 крыс) и контрольная (18 крыс).

Всем крысам была вызвана ГИ по модели Х. М. Маткулиева [4]: внутрибрюшинно вводился гентамицин сульфат из расчета 50 мг/кг массы тела в течение 15 дней.

Далее крысам основной группы вводился в/м препарат кортексин в дозе 0,1 мг/кг массы тела, а в контрольной группе в хвостовую вену делали инъекцию трентала из расчета 8,5 мг/кг веса крыс, оба препарата вводились в течение 10 дней.

Патоморфологическим исследованиям подвергались улитковые ядра продолговатого мозга и слуховая зона височной коры.

Результаты исследований. В центральных отделах слухового нерва при введении кортексина отмечалась положительная динамика во всех клеточных структурах.

Так в области улитковых ядер продолговатого мозга отек и разрыхление глии исчезает, деструкция нейронов не наблюдалась, нейроны имели четкие контуры (рис. 1). Цитоплазма большинства

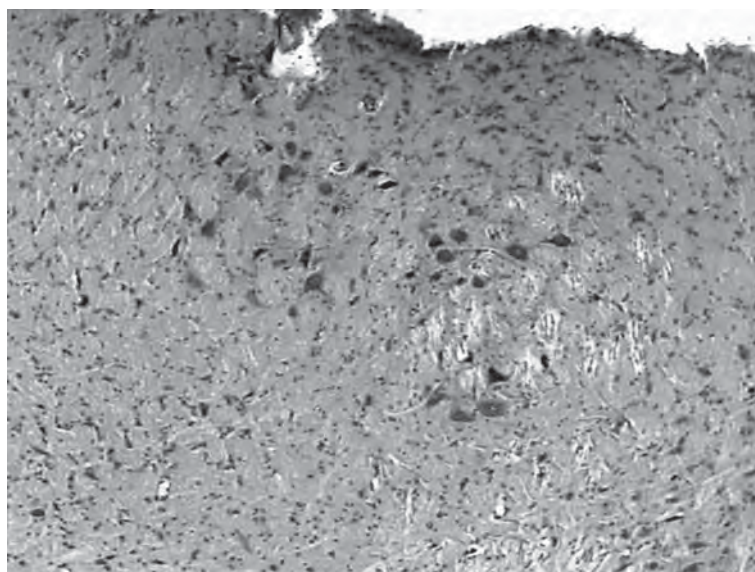


Рис. 1. Улитковые ядра продолговатого мозга после лечения кортексином при ГИ. Отек и разрыхление глии исчезает, деструкции нейронов нет. Увеличение 10 × 10. Окраска гематоксилин-эозином.



ласти скопления нейронов. В отдельных нейронах улитковых ядер отмечалась хорошо выраженная цитоплазма и ядро, наряду с этим встречались нейроны с дистрофическими изменениями.

В слуховой зоне височной коры при лечении тренталом наблюдалось восстановление структур глии, уменьшение окологлобального отека большинства веретенообразных и пирамидных нейронов, пролиферация олигодендроглиоцитов. Наряду с этим, в этой зоне большинство нейронов находилось в состоянии дистрофии и некроза (рис. 3). При лечении тренталом, более положительная динамика отмечалась в слуховой зоне височной коры, чем в улитковых ядрах продолговатого мозга.

Выводы

Сравнивая патоморфологических изменения при гентамициновой интоксикации, после введения кортексина и трентала у крыс контрольной и основной групп, можно утверждать, что применение препарата кортексин характеризуется улучшением как микроциркуляции, так и восстановлением внутриклеточных репаративных процессов в центральных отделах слухового анализатора. По-видимому, кортексин влияет на обменные процессы внутри клеток, тем самым способствуя восстановлению клеточных структур. В то время как трентал купирует только реактивные изменения в виде уменьшения перичеселлярного и периваскулярного отека.

Применение кортексина в клинической практике позволяет предотвратить дальнейшее развитие деструктивных процессов в центральных отделах слухового анализатора, что расширит возможности применения кохлеарной имплантации у больных с сенсоневральной тугоухостью, обусловленной приемом аминогликозидных антибиотиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алибеков И. М. Лечение и профилактика сенсоневральной тугоухости антибиотикотоксической этиологии мидокалмом и ноотропилом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 16 с.
2. Золотова Т. В. Дифференцированный подход к лечению сенсоневральной тугоухости.: автореф. дисс. докт. мед. наук. – 2004. – 36 с.
3. Маерович И. М. К вопросу о патогенезе и патогенетической терапии некоторых форм кохлеарных невритов // Вестн. оторинолар. – 1974. – № 2. – С. 99–102.
4. Маткулиев Х. М. Патогенез, клиника, лечение и профилактика ототоксикозов: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1994. – 32 с.

Каримова Зебо Хайитбаевна – врач-оториноларинголог взрослого ЛОР-отделения 2-й клиники Ташкентской мед. академии. 100109. Ташкент, ул. Фаробий, д. 2. Узбекистан, тел.: +998-977-272-212; e-mail: uzzebouz@mail.ru

УДК:616.216.1-002.193-056.3-08

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А. И. Крюков, Ф. А. Гурбанов

PATHOGENETIC THERAPY OF ALLERGIC RHINOSINUSITIS AT THE PRESENT STAGE

A. I. Kryukov, F. A. Gurbanov

ГУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии Департамента здравоохранения Москвы»

(Директор – проф. А. И. Крюков)

Проведено обследование 240 пациентов с аллергическим риносинуситом (АРС). 60 больным с отечной формой АРС и 60 больным с отечной формой АРС и наличием БА после предшествующего неэффективного лечения топическими глюкокортикостероидами (ГКС) интраназальное введен дипроспан по разработанной авторами схеме. 60 больным с начальной стадией полипозной формы АРС и наличием сопряженной ЛОР-патологии и



60 пациентам с АРС в сочетании с гипертрофией слизистой оболочки средних и (или) нижних носовых раковин, а также с неблагоприятными вариантами внутриносовой анатомии в зависимости от выявленных изменений в полости носа и сопутствующей патологии проведены функциональные эндоназальные операции. Ретроспективный анализ эффективности лечебно-диагностического алгоритма тактики ведения показал, что у обследованных больных положительный эффект от лечения наблюдался в 92% случаев.

Ключевые слова: аллергический риносинусит, топические кортикостероиды, дипроспан, бронхиальная астма.

Библиография: 3 источника.

Investigation of 240 patients with allergic rhinosinusitis (ARS) is carried. 60 patients with edematous form ARS and 60 sick edematous form of ARS and presence bronchial asthma (BA), after previous inefficient treatment topical glucocorticosteroids (GCS), are spent intranasal introduction of diprospan under the scheme developed by authors. 60 patients with an initial stage polypous forms of ARS and presence interfaced ENT-pathology and 60 patients with ARS in a combination to a hypertrophy of a mucous membrane of average and/or bottom nasal bowls, and also to adverse variants of intranasal anatomy, depending on the revealed changes in a cavity of a nose and an accompanying pathology, are spent functional endonasal operations. The retrospective analysis of efficiency of medical-diagnostic algorithm of tactics of conducting has shown that at the surveyed patients the positive effect from treatment was observed in 92 % of cases.

Key words: allergic rhinosinusitis, topical corticosteroids, diprospan, bronchial asthma.

Bibliography: 3 sources.

В настоящее время отмечается большой интерес к проблеме лечения аллергического риносинусита (АРС) и его совместного течения с бронхиальной астмой (БА). Это обусловлено тем, что отмечена тенденция увеличения пациентов с данной патологией, к тому же происходят утяжеление течения аллергии, развитие полисенсibilизации, присоединение различных инфекционных осложнений на фоне иммунологических расстройств у данных больных.

Многие исследователи, изучавшие взаимосвязь патологии верхних и нижних дыхательных путей, доказали, что в патофизиологическом и патоморфологическом отношении они представляют собой единое целое. Поэтому очаги сенсibilизации в верхних дыхательных путях, в частности в полости носа и околоносовых пазухах, оказывают большое влияние на возникновение и течение БА [2, 3].

Несмотря на то что в последнее десятилетие в клиническую практику внедрены результаты большого ряда исследовательских работ и появилось много новых лекарственных препаратов, проблема далека от своего решения.

Пациенты и методы. Нами проведено обследование 240 пациентов с АРС в Московском научно-практическом центре оториноларингологии Департамента здравоохранения города Москвы и в Госпитале МВД Азербайджанской Республики.

При обследовании больных тщательно собирался анамнез заболевания: жалобы больного, давность заболевания, наличие сопутствующей патологии, подробный аллергологический анамнез.

Осмотр ЛОР-органов проводился с применением передней и задней риноскопии для выявления особенностей анатомического строения внутриносовых структур. Помимо общеклинического обследования, мы проводили ряд специальных исследований: определение уровня аллерген – специфических Ig E в сыворотке крови аллергосорбентными тестами (RAST), осмотр аллерголога с проведением кожных скарификационных РГА-тестов на выявление аллергической реакции, цитологическое исследование мазков-отпечатков из полости носа в динамике с подсчетом количества эозинофилов в мазке.

Для объективизации изменений носового дыхания в процессе лечения мы применили метод передней активной риноманометрии (ПАРМ). Исследование проводили риноманометром Rhinospir-164. Обследование производили до и в процессе лечения. Мы оценивали изменения суммарного объемного потока и его зависимость от давления для правой и левой половин носа.

При наличии у больного БА обязательно в процессе диагностики и лечения участвовал пульмонолог, проводилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД) в динамике.

В предоперационном периоде КТ околоносовых пазух выполняли в целях диагностики распространенности патологического процесса в пазухах, а также уточнения индивидуальных особенностей строения полости носа и околоносовых пазух.



УДК 616.288.1:005

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КЛАССИФИКАЦИЮ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУЖНОГО УХА****М. О. Кустов, Г. В. Вержбицкий, С. А. Артюшкин, Л. А. Гребенщикова****THE CURRENT VIEW FOR THE CLASSIFICATION
OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE EXTERNAL EAR****М. О. Kustov, G. V. Vergbickiy, S. A. Artyushkin, L. A. Grebenchikova***ГОУ ВПО «Северо-Западный государственный университет им. И. И. Мечникова»,
Санкт-Петербург**(Зав. каф. оториноларингологии – чл.-кор. РАМН, проф. Ю. К. Янов)**СПб ГУЗ «Городская Покровская больница» г. Санкт-Петербург**(Гл. врач – М. Н. Бахолдина)*

В статье авторами проанализированы существующие классификации воспалительных заболеваний наружного уха с позиций современных достижений оториноларингологии. Предложена новая классификация, основанная на многолетнем клиническом и педагогическом опыте, которая наиболее детально отражает различные варианты патологии наружного уха.

Ключевые слова: воспалительные заболевания наружного уха, классификация.

Библиография: 16 источников.

In article authors analyses classifications of inflammatory diseases of an external ear from a position of modern achievements of otorynolaryngologi. The new classification based an a long-team clinical and pedagogical experience which most be in details is offered reflects a variant of a pathology of an external ear.

Key words: inflammatory diseases of a external ear, classifications.

Bibliography: 16 sources.

Диагностика и лечение воспалительных заболеваний наружного уха до настоящего времени остаются актуальными для практической оториноларингологии. За последние годы наблюдается отчетливая тенденция к увеличению частоты наружных отитов, которая по данным разных авторов колеблется от 13 до 23% от всех заболеваний ЛОР-органов. У 10% населения в России регистрируется хотя бы один случай острого наружного отита. Увеличение частоты наружных отитов можно объяснить неблагоприятным воздействием профессиональных факторов, ухудшением состояния экосистемы, нерациональным использованием лекарственных препаратов (антибиотиков и др.) [9,3]. С этими же причинами связан рост числа заболеваний наружного уха грибковой этиологии: удельный вес отомикозов составляет от общего числа отитов 18,6% – у взрослых, и 26,3% – у детей [4, 7, 11]. Выше сказанное, требует от ЛОР-врача в повседневной лечебной работе четкой дифференциальной диагностики и направленной этиотропной и патогенетической терапии разнообразных воспалительных заболеваний наружного уха. При этом оториноларингологу требуются подчас глубокие знания в области смежных специальностей, а в частности дерматовенерологии, аллергологии, ревматологии и инфекционных заболеваний и др.

Общность и довольно характерные клинические проявления для большинства воспалительных заболеваний наружного уха приводят к тому, что его разнообразная патология обозначается как «наружный отит», что значительно затрудняет дифференциальную диагностику и лечение. Этот собирательный термин часто объединяет различные болезни ушной раковины, наружного слухового прохода и кожного слоя барабанной перепонки, различающиеся по своей этиологии, патогенезу и клинико-морфологическим проявлениям. Все это требует создания единой классификации и терминологии воспалительных заболеваний наружного уха, которая была бы полезной для практического врача и направляла его на точную дифференциальную диагностику.



УДК: 616.281-008.55-089.166

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА**А. С. Лиленко, Х. М. Диаб****SURGICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH MENIERE'S DISEASE****A. S. Lilenko, H. M. Diab***ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России»**(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

По данным мировой литературы, болезнью Меньера страдает 0,1% всего населения Европы. При отсутствии эффекта от медикаментозной терапии пациентам показано хирургическое лечение. Различают слухоразрушающие и слухосохраняющие оперативные вмешательства. Оптимальным вариантом хирургического лечения болезни Меньера большинство специалистов признают операцию по дренированию и декомпрессии эндолимфатического мешка, которая не только наиболее эффективно купирует приступы вестибулярных расстройств, но и препятствует усугублению тугоухости.

Ключевые слова: болезнь Меньера, дренирование и декомпрессия эндолимфатического мешка, стапедэктомия, лабиринтэктомия, хордоплексустомия.

Библиография: 15 источников.

According to the international literature data 0,1% of the European population suffers from Meniere's disease. For patients failing drug therapy surgical management is indicated. Surgical procedures can be divided into hearing preserving and hearing destructive ones. Endolymphatic sac drainage and decompression is considered to be the most effective surgical tactic. This procedure is taken in as the most successful not only in alleviating or arresting vestibular disorders attacks but also in prevention of hearing loss advance.

Key words: Meniere's disease, Endolymphatic sac drainage and decompression, stapedectomy, labyrinthectomy, plexus tympanicus dissection.

Bibliography: 15 sources.

По данным мировой литературы, болезнью Меньера страдает 0,1% всего населения Европы. Пик заболеваемости приходится на возрастной промежуток от 20 до 50 лет, при этом болезнь Меньера встречается одинаково часто как у женщин, так и у мужчин [1, 11, 12].

У пациентов с тяжелой формой болезни Меньера, не поддающейся медикаментозной терапии, необходимо рассматривать применение какого-либо варианта оперативного вмешательства. Все варианты хирургического лечения болезни Меньера можно разделить на две группы: слухосохраняющие операции и слухоразрушающие вмешательства. При слухоразрушающих вмешательствах, к которым относятся хирургическая и химическая лабиринтэктомия, а также введение гентамицина в барабанную полость, происходят подавление и прекращение афферентации от погибающих вестибулярных рецепторов на стороне операции. Итогом хирургической лабиринтэктомии становится полная глухота на оперированное ухо, в то время как в случае проведения химической лабиринтэктомии у пациента регистрируют остаточный слух. Слухосохраняющими вмешательствами являются пересечение вестибулярной порции statoacoustic nerve, саккулотомия, кохлеосаккулотомия и операции на эндолимфатическом мешке, такие как его декомпрессия и стентирование [8, 11].

Слухоразрушающие вмешательства нельзя выполнять на обоих ушах, на единственно слышащем ухе и при сохранении остаточного слуха на оперируемом ухе. Пересечение вестибулярной порции statoacoustic nerve и лабиринтэктомия противопоказаны в случае нарушения функционирования вестибулярного анализатора контралатеральной стороны. У пациентов, страдающих хроническим средним отитом, не должен рассматриваться вариант проведения лабиринтэктомии и операций на эндолимфатическом мешке [13].

Саккулотомия заключается в создании искусственной фистулы между эндолимфатическим пространством в сферическом мешочке и окружающей его перилимфой. Однако не сто-



Лиленко Андрей Сергеевич – клинический ординатор отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-316-25-01, e-mail: lilenko@mail.ru; **Диаб** Хассан Мохамад Али – ст. н. с. отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-316-25-01, e-mail: Hasandiab@mail.ru

УДК: 616.714.3-006+616.212.4-072.1]053.2

ПЛАНИРОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О. А. Меркулов^{1, 2}, М. А. Панякина²

PLANNING FOR THE OPTIMAL STRATEGY TRANSNASAL APPROACH TO THE SURGICAL TREATMENT OF SKULL BASE TUMORS IN PEDIATRIC PATIENTS.

О. А. Merkulov, М. А. Panyakina

¹ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва
(Главный врач – засл. врач РФ, проф. И. Е. Колтунов)

² ГОУ ВПО «Российский медико-стоматологический университет», Москва
(Зав. каф. оториноларингологии факультета последипломного образования – проф. А. Ю. Овчинников)

В целях разработки оптимальной стратегии при осуществлении эндоскопических эндоназальных подходов к основанию черепа у детей проведено исследование, которое включало экспериментальную и клиническую части. В экспериментальном исследовании участвовали 86 детей трех возрастных групп (0–5 лет, 6–12 лет и 12–18 лет), находившихся на обследовании и лечении в Морозовской детской городской клинической больнице в период с 2006 по 2011 г. Изучалась топография анатомических структур полости носа, околоносовых пазух и основания черепа у детей различных возрастных групп по данным компьютерно-томографической трехмерной реконструкции.

В рамках клинической части проведено обследование и лечение 54 детей с новообразованиями передней и средней черепных ямок в возрасте от 1 месяца до 18 лет (средний возраст $10 \pm 3,6$ года). Основной задачей этапа являлось определение особенностей инструментального и навигационного обеспечения эндоскопических эндоназальных подходов к основанию черепа у детей.

В результате исследования установлена целесообразность использования комбинированных эндоназальных коридоров [трансназальный (трансетмоидальный), транссфеноидальный (трансетмоидальный)] посредством билатерального доступа, сформулированы собственные критерии выбора инструментария для осуществления эндоскопических эндоназальных подходов к основанию черепа у детей, а также расширены показания к использованию компьютерно-ассистированной навигации при выполнении изучаемых методик.

Ключевые слова: эндоназальные эндоскопические подходы, новообразования основания черепа, компьютерно-ассистированная навигация, дети.

Библиография: 6 источников.

In order to develop an optimal strategy while performing endoscopic endonasal approach to skull base in children was carried out a study, included experimental and clinical parts. Material of experimental part were 86 children of 3 age groups (0–5 years, 6–12 years and 12–18 years) in Morozov Children's City Clinical Hospital from 2006 to 2011. Has been studied



the topography of the anatomical structures of the nasal cavity, paranasal sinuses and skull base in children of different age groups according to computer-tomographic three-dimensional reconstruction.

The clinical part included 54 children with tumors of the anterior and middle cranial fossae in age from 1 month to 18 years (mean age $10 \pm 3,6$ years). The main objective was to determine the phase characteristics of the instrumental and navigational support of endoscopic endonasal approach to skull base.

The study established the feasibility of using combined endonasal corridor (transnasal / transetmoidal, transsphenoidal / transetmoidal) through bilateral access, were formulated our own criteria for selecting tools for endoscopic endonasal approach to skull base in children, as well as expanded indications for use of computer navigation system during performance techniques.

Key words: endoscopic endonasal approaches, skull base tumors, computer-assisted navigation, children.

Bibliography: 6 sources.

Опухоли синоназального тракта и основания черепа у детей представляют собой гистологически разнородную группу новообразований, в чем состоит их основное отличие по сравнению с взрослыми пациентами. Другими особенностями являются распространенность, манифестация заболевания и прогноз. Наиболее частыми доброкачественными опухолями синоназального тракта и основания черепа у детей являются опухоли сосудистого и нейронального происхождения, в то время как саркома представляет собой наиболее часто встречающееся злокачественное новообразование [3].

Учитывая сравнительно недавнюю историю эндоскопических эндоназальных подходов к основанию черепа (ЭЭПОЧ) в целом и еще меньшую в педиатрической практике, в настоящее время являются актуальными дальнейшие исследования в данном направлении. К настоящему времени завершено несколько репрезентативных работ в отношении хирургического лечения различной патологии основания черепа (ОЧ) у детей [1, 2, 4–6]. При этом, даже учитывая значительную разнородность патологических изменений, уровень осложнений менее 3%, отсутствие сообщений о формировании стойкого неврологического дефицита и сравнимый объем удаления опухолевой ткани позволяют с обоснованным оптимизмом рассматривать возможность проведения эндоскопических эндоназальных подходов в лечении патологии ОЧ у детей.

Тем не менее обобщающей позицией ведущих европейских и мировых школ в отношении популяризации данного направления является необходимость проведения дальнейших исследований в целях формирования более определенных выводов относительно стабильности и долгосрочности полученных результатов. Кроме того, применительно к педиатрическим пациентам, недостаточно изучены оптимальные стратегии эндоназальных эндоскопических подходов к хирургическому лечению патологии ОЧ, а именно выбор того или иного доступа и коридора, возможности компьютерных навигационных станций и современного инструментального оснащения.

Цель исследования. Оптимизация предоперационного планирования хирургического лечения детей с новообразованиями ОЧ с применением эндоназальных эндоскопических подходов.

Материалы, пациенты и методы. Исследование включало экспериментальную и клиническую части.

Экспериментальная часть подразумевала изучение эндоскопической анатомии и отработку компонентов эндоназальных эндоскопических подходов к различным отделам ПСЧЯ на анатомических препаратах головы. Исследование было выполнено на базе лаборатории микрохирургической и эндоскопической анатомии Центра анатомии и клеточной биологии Университета г. Вены (Австрия). Учитывая трудности получения педиатрических препаратов для отработки изучаемых методик на следующем этапе экспериментального исследования, изучена топография анатомических структур полости носа, околоносовых пазух и основания черепа у детей различных возрастных групп по данным компьютерно-томографической трехмерной реконструкции.



УДК:616.22-006-079.4

МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ СОСТОЯНИЙ И ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ**А. Л. Найден, Т. Л. Остринская, В. А. Куква****METHODS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PRECANCER DESEASES AND CANCER OF LARYNX****A. L. Naydyon, T. L. Ostrinskaya, V. A. Kukva***СПб ГУЗ Городской клинический онкологический диспансер**(Гл. врач – Г. М. Манихас)*

В статье представлены современные подходы к возможностям дифференциальной диагностики предопухолевых состояний и опухолевых заболеваний гортани, которые являются основополагающими для формирования адекватных групп повышенного онкологического риска. Своевременная эндоскопическая диагностика начальных злокачественных изменений в слизистой оболочке гортани позволяет улучшить отдаленные результаты и качество жизни больных за счет расширения показаний для органосберегающих методов лечения.

Ключевые слова: предопухолевые состояния, рак гортани, эндоскопическая диагностика.

Библиография: 8 источников.

The modern approaches to differential diagnosis of precancerous changes and early cancer of the larynx for scanning groups at high risk of cancer have been presented. Accurate endoscopic diagnosis of initial neoplastic changes in laryngeal mucosa allows long-term treatment results and life quality of laryngeal cancer patients to be improved by extension of indications for organ-conserving treatment.

Key words: precancer, laryngeal cancer, endoscopic diagnosis.

Bibliography: 8 sources.

В общей структуре онкологической патологии рак гортани стоит на 9-м месте, что составляет до 7% всех злокачественных опухолей и до 70% всех опухолей дыхательных путей. В онкопатологии ЛОР-органов рак гортани встречается наиболее часто, особенно среди лиц мужского пола.

Несмотря на относительную простоту, доступность осмотра гортани в условиях современного развития эндоскопической техники, диагностические ошибки как на догоспитальном этапе, так и у госпитализированных пациентов составляют от 30 до 35%.

Таким образом, около $\frac{2}{3}$ больных поступает на лечение с III и IV стадиями заболевания, тогда как рак I стадии и рак *in situ* выявляются гораздо реже (24 и 6% соответственно). Это связано в первую очередь с недостаточной онкологической настороженностью, отсутствием четкого алгоритма ведения больных у врачей-терапевтов и -оториноларингологов общей лечебной сети. Ошибочная диагностическая тактика приводит к длительному (от 2 до 8 мес.) неадекватному ведению больных с предраком и раком гортани, применению необоснованных методов лечения (противовоспалительного, противоаллергического, физиотерапевтического) до развития в большинстве случаев классической клинической картины рака гортани.

Однако необходимо учитывать, что у 20–25% пациентов заболевание протекает бессимптомно и, следовательно, выявление у данной категории больных процессов, относящихся к облигатному предраку, позволит отнести их в группу повышенного онкологического риска и проводить за ними динамическое наблюдение.

На рис. 1 приведена диаграмма распределения заболеваний, маскирующих злокачественный процесс в гортани, по частоте встречаемости.

Как известно, злокачественный процесс не возникает в неизменном эпителии, его развитию предшествует ряд последовательных трансформаций эпителиальных клеток слизистой оболочки, что также справедливо и для рака гортани. Под термином «предраковые заболевания» понимают такой патологический процесс, который обуславливает готовность тканей к злокачественной трансформации.



УДК: 616.285-089.844

**ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТИМПАНОПЛАСТИКИ
ПО ЗАКРЫТОМУ ТИПУ****Ж. С. Неъматов¹, И. А. Аникин¹, М. В. Комаров¹, И. Ф. Мустивый²,
Л. В. Полшкова³, С. В. Астащенко¹****CAUSES OF INEFFICIENCY OF THE CLOSED TYPE TYMPANOPLASTY
(INTACT CANAL WALL TYMPANOPLASTY)****J. S. Nematov, I. A. Anikin, M. V. Komarov, I. F. Mustivii, L. V. Polshkova,
S. V. Astaschenko**¹ *ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа
и речи Минздрава России»**(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*² *ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им.
И.И.Мечникова Минздрава России», Санкт-Петербург**(И. о. ректора – проф. О. Г. Хурицлава)*³ *ООО «Клиника промышленной медицины Оренбурггазпром», Оренбург
(Гл. врач – С. М. Подлужный)*

Авторами проведен анализ опыта 81 повторной операции, выполненной 78 пациентам на базе клиник СПбНИИЛОР с 2005 по 2011 г. Медиана периода между первичной и повторной операциями составила 4 года. В 61 случае пациентам в качестве первичного вмешательства выполнялась тимпаноластика 1-го типа. В качестве показаний к оперативному вмешательству наибольший вес имели кондуктивная тугоухость и реперфорация. При ревизии барабанной полости наиболее частыми находками служили рубцовый процесс различной степени выраженности (38 случаев), холестеатома (22 случая), смещение протеза (15 случаев), разрушение слуховых косточек (12 случаев). Сопутствующая хроническая патология верхних дыхательных путей (искривление перегородки носа, хронический катаральный ринит) была выявлена у 37 пациентов.

Ключевые слова: ревизионная тимпанотомия, неудачи тимпаноластики, третичная холестеатома, смещение протеза.

Библиография: 21 источник.

The authors analyzed the experience of 81 reoperations (78 patients) performed on the basis of clinics of St. Petersburg's ENT Research Institute from 2005 to 2011. The median time between primary and secondary surgery was 4 years. In 61 cases the patients as a primary intervention were undergone tympanoplasty type 1. As the indications for revision surgery the following had the greatest weight – conductive hearing loss and reperforation. During revision tympanotomy the most frequent findings were – fibrosing process of varying severity (38 cases), cholesteatoma (22 cases), displacement of the prosthesis (15 cases), destruction of the ossicles (12 cases). Concomitant chronic pathology of the upper respiratory tract (curved nasal septum, chronic catarrhal rhinitis) was detected in 37 patients.

Key words: revision tympanotomy, failures of tympanoplasty, iatrogenic cholesteatoma, prosthesis dislocation.

Bibliography: 21 sources.

В случае неэффективности оперативного лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО) неудача обычно приписывается неправильному выбору хирургического вмешательства или техническим погрешностям. С распространением тимпаноластики в нашей стране в специализированных центрах по отоларингологии год от года растет количество пациентов, нуждающихся в ревизионных вмешательствах на ухе, связанных с неудовлетворительными функциональными и морфологическими результатами первичных операций [1, 2].

Целями хирургии среднего уха остаются:



УДК 616.323+616.322]-007.61:576.8.097.2-053.2

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСОВ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛИМФОИДНОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АЛЛЕРГИЕЙ К ИНФЕКЦИОННЫМ АНТИГЕНАМ

Е. В. Шабалдина¹, Н. Е. Кутенкова², А. В. Шабалдин^{1,3}, В. П. Тихонюк⁴,
Г. В. Лисаченко¹

SINGULARITIES OF IMMUNE STATUS AND OF STATUS OF CYTOKINES AT CHILDREN WITH HYPERTROPHY OF LYMPHOID PHARYNGEAL RING AND WITH AN ACCOMPANYING ALLERGY TO INFECTIOUS ANTIGENES

E. V. Shabaldina, N. E. Kutenkova, A. V. Shabaldin, V. P. Tihonjuk, G. V. Lisachenko

¹ ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава
и соцразвития РФ»

(Ректор – проф. В. М. Ивойлов)

² МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», Кемерово

(Директор – канд. мед. наук М. И. Ликстанов)

³ УчРАН «Институт вычислительных технологий СО РАН», Новосибирск

(Директор – академик РАН Ю. И. Шокин)

⁴ ГУЗ «Областная клиническая больница», Кемерово

(Гл. врач – докт. мед. наук В. Э. Новиков)

Наше исследование показало, что дети с гипертрофией лимфоидного глоточного кольца и аллергией к инфекционным антигенам имели в периферической крови дефицит Т-лимфоцитов, высокий уровень циркулирующих иммунных комплексов и преобладание провоспалительных цитокинов. Эти данные необходимо учитывать при назначении препаратов, влияющих на иммунитет.

Ключевые слова: гипертрофия лимфоидного глоточного кольца, аллергия к инфекционным антигенам, уровень цитокинов в периферической крови.

Библиография: 9 источников.

Research has shown that children with hypertrophy of lymphoid pharyngeal ring and with an allergy to infectious antigens had deficiency of T-lymphocytes, high level of circulating immune complexes, prevalence proinflammatory cytokines in peripheral blood. This data is necessary to consider of appointment of drugs which influence on immunity.

Key words: the hypertrophy of lymphoid pharyngeal ring, an allergy to infectious antigens, level of cytokines in peripheral blood.

Bibliography: 9 sources.

Развитие гипертрофии небных и носоглоточной миндалин непосредственно связано с особенностями реагирования мукозальной иммунной системы на ксенобиотики [7]. Показано, что более 90% детей с аденоидными вегетациями имеют в анамнезе частую респираторную заболеваемость и (или) аллергию [8]. Эти состояния являются клиническими синдромами (лимфопролиферативный, инфекционный и аллергический) иммунопатологии [2]. В то же время данные об особенностях мукозального и системного иммунитета при гиперплазии лимфоидного глоточного кольца у детей носят дифференцированный характер [6, 9]. Убедительно доказанным является факт наличия у этих детей дисбаланса иммуноглобулинов периферической крови с преимущественным дефицитом иммуноглобулина А, а также дефицита секреторного иммуноглобулина А и факторов врожденного иммунитета назального секрета [2]. В то же время исследований, посвященных комплексному изучению иммунных отклонений в клеточном, гуморальном звеньях системного иммунитета, сочетающихся с нарушениями цитокинового статуса и развитием аллергии к инфекционным антигенам, нам обнаружить не удалось. Именно такого рода исследования могут дать новые представления об этиологии и



УДК: 616.284-002.2:616-035.1

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИМУНОФАНА ПОСЛЕ САНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ НА УХЕ**В. П. Шпотин¹, Х. М. Галимзянов¹, Н. В. Еремина², А. И. Проскурин¹****MICROBIOLOGICAL ESTIMATION OF EFFECTIVENESS IN THE APPLICATION OF IMUNOFAN AFTER THE SANITIZING OPERATION ON THE EAR****V. P. Shpotin, H. M. Galimzyanov, N. V. Eremina, A. I. Proskurin**¹ ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия

Минздравоуразвития России»

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

² ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет

Минздравоуразвития России»

(Ректор – лауреат Государственной премии России, дважды лауреат премии

Правительства России, акад. РАМН, проф. Г. П. Котельников)

Исследована микрофлора среднего уха у больных эптитимпанитом до и после санирующей операции и оценена микробиологическая эффективность стандартной и комбинированной с использованием имунофана терапии. Установлено, что наиболее распространенными ассоциантами микробного пейзажа полостей среднего уха у больных эптитимпанитом являются *S. aureus* и *Pseudomonas aeruginosa*, устойчивые к часто применяемым в клинической практике антибиотикам. Дополнительное включение имунофана в общепринятую схему послеоперационного лечения больных эптитимпанитом способствовало стойкому очищению полостей среднего уха от патогенной микрофлоры, сохранению высокой степени микробиологической «чистоты» до сроков, необходимых для завершения эпидермизации. К 3-му месяцу послеоперационного наблюдения действие имунофана нивелируется, трепанационные полости могут заселяться патогенной микрофлорой, возникают рецидивы воспаления.

Ключевые слова: микрофлора, хронический гнойный средний отит, санирующая операция, имунофан

Библиография: 15 источников

We investigated the microflora of the middle ear in patients with epitympanitis before and after sanitizing operation and estimated microbiological effectiveness of standard and combined with Imunofan therapy. Found that the most common association of microbial landscape of middle ear cavities in patients with epitympanitis are *S. aureus* and *Pseudomonas aeruginosa* resistant to commonly used antibiotics in practice. Adding Imunofan in the common scheme of postoperative treatment of patients with epitympanitis contributed to the deterioration of the purification of the cavities of the middle ear from pathogenic microflora, maintaining a high degree of microbiological «purity» before time needed to complete the epidermisation. The 3 month postoperative monitoring showed the falling of the activity of Imunofan, trepanation cavity can filled with pathogenic microflora, the inflammation recurs.

Key words: immunogram, chronic purulent otitis media, sanitizing operation, imunofan.

Bibliography: 15 sources

Известно, что рецидив эптитимпанита после санирующей операции обычно развивается при сочетании инфекционного агента и сниженной общей и местной резистентности, являющейся следствием хронического воспаления среднего уха и операционной травмы [6, 7, 9, 10, 14]. До настоящего времени основой терапии хронического гнойного среднего отита после проведения санирующей операции является системная и местная антибиотикотерапия [2, 4, 13]. В результате такого лечения полости среднего уха освобождаются от патогенной микрофлоры [4, 5, 11]. Однако действие антибиотиков непродолжительно, что не исключает обсеменения послеоперационных полостей агрессивными патогенами до завершения эпидермизации [1, 3, 8]. Активизация патогенной микрофлоры на фоне угнетения местного иммунитета ведет к рецидиву хронического гнойного среднего отита и формированию болезней оперированного уха [8, 12, 15]. Таким образом, возникает необходимость поиска лекарственных препаратов, про-



5. Кошель В. И., Батурин В. А., Петросов С. Р. Оптимизация антибактериальной терапии хронических гнойных средних отитов в Ставропольском крае // Мат. II-й науч.-практ. конф. оториноларингологов Южного федерального округа. – Майкоп: ООО «Качество». – 2006. – С. 93–94.
6. Микробные биоценозы при хроническом гнойном среднем отите / Н. Н. Белоглазова [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2010. – № 4. – С. 17–19.
7. Оценка эпидемиологии и микробиологических характеристик гнойного отита у взрослых и детей Самарского региона / Н. В. Еремина [и др.] // Рос. оторинолар. – 2008. – № 2 (прил.). – С. 240–243.
8. Семенов Ф. В., Ридненко В. А., Немцева С. В. Анализ некоторых причин рецидива хронического гнойного среднего отита в послеоперационном периоде // Вестн. оторинолар. – 2005. – № 3. – С. 48–49.
9. Attalah M. S. Microbiology of chronic suppurative otitis media with cholesteatoma // Saudi med j. – 2000. – Vol. 21, N 10. – P. 924–927.
10. Complications of otitis media: an evolving state / S. Agrawai [et al.] // J. Otorhinolaryngology. – 2005. – Vol. 34, N 1. – P. 33–42.
11. Dunne A. A., Werner J. A. Status of the controversial discussion of the pathogenesis and treatment of chronic otitis media // Laryngorhinootologie. – 2001. – Vol. 80, N 1. – P. 1–10.
12. Microbiology of cerumen in patients with recurrent otitis externa and cases with open mastoidectomy cavities / Y. S. Pata [et al.] // J. Laryngol. Otol. – 2004. – Vol. 118. – P. 260–262.
13. Miro N. Controlled multicenters study on chronic suppurative otitis media treated with topical applications of ciprofloxacin 0,2% solution in sungledose containers or combination of polymyxin B, neomycin and hydrocortisone suspension // Otolaryngol. head neck surg. – 2000. – Vol. 125, N 5. – P. 617–623.
14. Tos M. Causes of the disease // Arch. otolaryngol. head neck surg. – 1990. – Vol. 99, N 4. – P. 6–7.
15. Vartiainen E., Vartiainen J. Effect of aerobic bacteriology on the clinical presentation and treatment results chronic suppurative otitis media // J. laryngol. otol. – 1996. – Vol. 110, N 4. – P. 315–318.

Шпотин Владислав Петрович – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии и офтальмологии Астраханской ГМА, зав. отоларингологическим отделением АМОКБ. 414056, Астрахань, ул. Татищева, д. 2, тел.: 8-8512-25-67-32, e-mail: shpotin_lor@mail.ru; **Галимзянов** Халил Мингалиевич – засл. врач РФ, докт. мед. наук, профессор, ректор Астраханской ГМА, зав. каф. инфекционных болезней Астраханской ГМА. 414000, Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 8-8512-52-41-43, факс: 55-51-33, e-mail: agma@astranet.ru, agmapost@gmail.com; **Еремина** Наталья Викторовна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова Самарского ГМУ. 443079, Самара, пр. Карла Маркса, 165Б, тел.: 8-846-276-78-31, 276-78-32, e-mail: erjominalor@mail.ru; **Проскурин** Александр Иванович – засл. врач РФ, канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии и офтальмологии, профессор Астраханской ГМА. 414056, Астрахань, ул. Татищева, д. 2, тел.: 8-8512-26-02-90.

УДК: 534 781: 616.283.1-089.843

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ РЕГИСТРАЦИИ СТАПЕДИАЛЬНОГО РЕФЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Ю. К. Янов, В. И. Пудов, Д. С. Клячко

OPTIMIZATION OF TECHNIQUE OF REGISTRATION THE STAPEDIUS REFLEX IN PATIENTS AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

U. K. Yanov, V. I. Pudov, D. S. Klyachko

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

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

Программирование многоканальных кохлеарных имплантатов требует оценки субъективных реакций, отражающих серию сложных психофизических ощущений. У маленьких прелингвально оглохших детей трудно выявить соответствующие реакции, необходимые для настройки речевого процессора. Особенно сложно установить уровни максимальной комфортной громкости, когда неправильная оценка субъективной реакции пациента при настройке кохлеарного импланта может привести к повышению уровня громкости до болевого порога. Регистрация стапедияльного рефлекса помогает при настройке речевого процессора.



Чтобы оценить соотношение между порогами стапедального рефлекса и уровнями максимальной комфортной громкости, а также определить надежность реакции, было проведено обследование 21 пациента с пре- и постлингвальной глухотой в возрасте от 10 лет до 41 года. Установлено, что для повышения точности и надежности регистрации рефлекса необходимо использовать длительность сигнала не менее 300 мс и однообразную методику его предъявления, лучше с повышением уровня. Стандартизация методики регистрации стапедального рефлекса позволяет получать более стабильные результаты и повысить точность настройки.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, стапедальный рефлекс, максимальная комфортная громкость.

Библиография: 9 источников.

Programming of multichannel cochlear implants (CIs) requires subjective responses to a series of sophisticated psychophysical percepts. It is often difficult for young prelinguistically deaf children to provide adequate responses for device fitting. This is especially true in setting levels of maximum comfortable loudness, whereby failure to indicate growth of loudness may result in elevation of stimulus levels to the threshold of pain. It has also been suggested that electrically elicited acoustic reflex threshold (EART) may have applicability in confirming and quantifying electrical stimulation through a CI. To assess the relationship between EART characteristics and levels of loudness perception with CIs, determine reliability of the response, and investigate potential use of Eart in CI programming, 21 postlinguistically and prelinguistically deafened CI users were evaluated. For rising of accuracy and reliability of registration of a stapedius reflex it is necessary to use duration of stimulus not less than 300 ms and a monotonous technique of a presentation with level rising. Standardization of technique of registration stapedius reflex has allowed to receive stabler results and to raise accuracy of adjustment.

Key words: cochlear implantation, stapedius reflex, maximum comfortable loudness.

Bibliography: 9 sources.

В современном мире, где количество глухих людей растет с каждым годом, очень важно постараться вернуть их к обычной активной жизни в обществе, дать им возможность слышать мир, жить полной жизнью и трудиться на благо общества и самих себя. По оценкам ВОЗ, 278 млн человек во всем мире страдают глухотой или имеют проблемы со слухом. Снижение слуха у детей приводит к нарушениям в речевом развитии, общем развитии ребенка и ограничивает возможности познания окружающего мира. Наиболее велика роль слухового восприятия для развития устной речи, так как слуховое восприятие развивается, прежде всего, как средство обеспечения общения и взаимодействия между людьми.

В настоящее время единственной методикой по восстановлению слуха является кохлеарная имплантация, т. е. метод протезирования улитки в целях как можно более полного восстановления утраченной функции слухового восприятия и переработки звуковой информации периферическим отделом слухового анализатора [2].

Помимо того чтобы установить человеку кохлеарный имплант, его необходимо правильно настроить. На современном этапе для объективизации настройки используется несколько методов: телеметрия нервного ответа (ART), регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (BERA), регистрация стапедального рефлекса (EART). Методика регистрации EART является наиболее простой и доступной (Gross A., 2003), что и объясняет ее популярность среди аудиологов и сурдологов. Впервые стапедальный рефлекс у человека был зафиксирован в 1929 г. Люшером. Еще до кохлеарной имплантации делались попытки его использования в настройке слуховых аппаратов [9]. В последнее время методики регистрации стапедального рефлекса для настройки речевого процессора кохлеарного импланта активно изучаются и модернизируются [1, 3, 5], однако в специальной литературе приводятся противоречивые сведения о возможности использования стапедального рефлекса для настройки речевого процессора у пациентов после кохлеарной имплантации. Одни авторы в своих работах показывают, что корреляция между уровнями стапедального рефлекса и максимально комфортной громкостью колеблется в пределах от 0,91 до 0,92, что является очень высоким показателем [4, 6, 8]. В то же время другие авторы считают, что однозначной связи между порогами стапедального рефлекса и уровнями максимально комфортной громкости не существует [7].



...и дым отечества нам сладок и приятен.
А. С. Грибоедов

Платон мне друг, но истина дороже.
Аристотель

УДК: 611.851/.853 (091)

**К 110-ЛЕТИЮ ТРУДА СТАНИСЛАВА ФЕДОРОВИЧА ФОН ШТЕЙНА
НА ТЕМУ «УЧЕНИЕ О ФУНКЦИЯХ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ
УШНОГО ЛАБИРИНТА»**

В. И. Бабияк, А. С. Киселев, А. Н. Пащинин, В. Н. Тулкин

**К 110-ЛЕТИЮ ТРУДА СТАНИСЛАВА ФЕДОРОВИЧА ФОН ШТЕЙНА
НА ТЕМУ «УЧЕНИЕ О ФУНКЦИЯХ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ
УШНОГО ЛАБИРИНТА»**

В. И. Бабияк, А. С. Киселев, А. Н. Пащинин, В. Н. Тулкин

ФГБУ «СПб НИИ уха горла носа и речи Минздравсоцразвития России»

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

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

(Начальник каф. оториноларингологии – проф. М. И. Говорун)

ФГБУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург

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

В статье приводятся сведения из монографии С. Ф. фон Штейна «Учение о функциях отдельных частей ушного лабиринта», представляющей собой наиболее полное собрание литературных данных о функциях внутреннего уха, опубликованных в мировой литературе (результаты экспериментов, гипотезы дискуссии). Эти данные касаются органа слуха и вестибулярного анализатора и основаны на материалах эволюционного анализа развития животных от простейших форм до млекопитающих. Данная книга по своей полноте и глубине анализа не имеет аналогов в мире по настоящее время.

Ключевые слова: ушной лабиринт, отолитовый аппарат, полукружные каналы, улитка, эндолимфа, перилимфа, височная кость, методика эксперимента.

Библиография: 6 источников.

In clause data from monography S.F. fon Schtain are resulted. Background «the Doctrine about functions of separate parts of an ear labyrinth », representing the fullest assembly of literary data about the functions of an internal ear published in the world literature (results of experiments, hypotheses of discussion). These data concern an ear and the vestibular analyzer and are based on materials of the evolutionary analysis of development of animals from the elementary forms up to mammals. The book on the completeness and depth of the analysis is given has no analogues in the world on present time.

Key words: an ear labyrinth, otoliths the device, the semicircular canals, a snail, a temporal bone, a technique of experiment.

Bibliography: 6 sources.

Прежде чем приступить к основной части настоящей статьи, заметим, что указанный труд С. Ф. фон Штейна представлял собой его докторскую диссертацию в типографском варианте объемом 843 страниц, содержащем 125 рисунков и 4 фотографии животных. Отразить такой



УДК 616.28-006.488-089.87

**ОБЗОР МЕТОДОВ УДАЛЕНИЯ ОТИАТРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ
ПАРААНГЛИОМЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ (GLOMUS TYMPANICUM)****И. А. Аникин, М. В. Комаров****REVIEW OF METHODS FOR REMOVING OF THE OTIATRIC FORM
OF THE PARAGANGLIOMA OF THE TEMPORAL BONE
(GLOMUS TYMPANICUM)****I. A. Anikin, M. V. Komarov***ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России»**(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

Обзор включает описание хирургических методик, применяемых для удаления отиатрической формы параганглиомы височной кости на основе анализа литературных источников, опубликованных за последние 50 лет. В отношении представленных способов указаны полученные морфологические и функциональные результаты. Статья иллюстрирована рисунками, отражающими основные этапы оперативной техники.

Ключевые слова: параганглиома височной кости, отиатрическая форма, способ удаления, гломусная опухоль.

Библиография: 24 источника.

The review includes a description of the surgical techniques used to remove otiatric form of the paraganglioma of the temporal bone, based on the analysis of the resources published over the past 50 years. Described methods are obtained by morphological and functional results. The article illustrated with several drawings, that describe ley-steps of operative techniques.

Key words: paraganglioma of the temporal bone, otiatric form, method of removing, glomus tumor.

Bibliography: 24 resources.

Отиатрическая форма (ОФ) параганглиомы височной кости (ПВК) – группа богато васкуляризированных новообразований из параганглионарной ткани симпатических ганглиев, ассоциированных с барабанным нервом или со сосцевидной ветвью блуждающего нерва. Для этой патологии не менее распространено (как в отечественной, так и зарубежной литературе) название «гломусная опухоль» (glomus tumor) или «барабанный гломус» (glomus tympanicum).

К отиатрической форме принято [1, 3, 5] относить параганглиомы височной кости классов А и В по классификации Fisch и Mattox [13], т. е. те случаи, при которых опухоль лимитирована границами барабанно-сосцевидного комплекса височной кости. Общепризнанным способом лечения ОФ ПВК является хирургический, заключающийся в ее тотальном удалении.

С развитием отохирургии за последние полвека в мире, и в России в частности, сформировалось множество отохирургических школ, имеющих собственную доктрину лечения патологии уха, в том числе и в лечении параганглиом. Каждая из них выработала на основе своего опыта индивидуальную тактику хирургического вмешательства.

Цель работы. Представление и анализ преимуществ и недостатков существующих методов хирургического лечения ОФ ПВК на основе периодических изданий, монографий и руководств, опубликованных за последние 50 лет.



УДК:616.28-007

О КЛАССИФИКАЦИИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ УХА

Х. М. Диаб

CLASSIFICATION OF THE EAR MALFORMATIONS

Н. М. Diab

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

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

50% пороков развития, встречающихся в ЛОР-практике, так или иначе затрагивают ухо. Мальформации наружного и среднего уха преимущественно носят односторонний характер (около 70–90%) и в основном связаны с правым ухом. Пороки развития внутреннего уха могут быть как односторонними, так и двусторонними. Для определения тактики и целесообразности проведения хирургического лечения при аномалиях развития уха разработаны различные классификации, многие из них основаны на результатах компьютерных томограмм височных костей и предназначены для предварительного прогноза результатов операции.

Ключевые слова: аномалии развития уха, классификации аномалий, компьютерная томография.

Библиография: 37 источников.

In the ENT region about 50% of the malformations affect the ear. Malformations of the outer and middle ear are usually unilateral (70–90%), inner ear malformations can be unilateral or bilateral. Many classifications have been proposed. One of the most important diagnostic steps include CT and MRI. These methods are most usefully employed in combination. Precise description of the malformations by means of CT and MRI is necessary for the planning and successful outcome of operative ear reconstruction and rehabilitation procedures, including cochlear implantation.

Key words: ear malformations, classification, CT.

Bibliography: 37 sources.

С появлением в конце 1980-х гг. компьютерной томографии высокого разрешения и магнитно-резонансной томографии данные методики стали широко применяться для диагностики и определения показаний к оперативному лечению, в частности и к кохлеарной имплантации. С помощью этих прогрессивных и высокоточных методик были выявлены новые аномалии, которые не укладывались в существующие классификации [2, 5, 17, 18, 37].

Известно, что существует корреляция между степенью тяжести порока развития ушной раковины и среднего уха с вытекающей отсюда кондуктивной тугоухостью [6, 8, 12, 14, 19, 21, 28]. Тем не менее можно утверждать, что существуют случаи сочетания нормальной ушной раковины с атрезией наружного слухового прохода, а также, хотя и редко, микротии в сочетании с нормальным наружным слуховым проходом и нормальной барабанной полостью [3, 23, 24, 29, 33, 34]. Что касается пороков развития внутреннего уха, не существует четкой связи между выраженностью деформации и потерей слуха (нормальные данные клинического обследования и минимальные изменения, такие как изолированная мальформация полукружных каналов, бывают ассоциированы с глухотой; комплекс пороков развития в сочетании с достоверным остаточным слухом). R. Sirget с соавт. [5], используя оценочную систему собственной разработки, показали, что, несмотря на достоверные различия между исследуемыми группами, точно прогнозировать степень пороков развития среднего уха в отдельных случаях не представлялось возможным. S. Ishimoto с соавт. [9] нашли незначительные связи между деформациями ушной раковины и пороками развития среднего уха. Таким образом, в соответствии с этими авторами и с Н. Weerda [37] мы выступаем за последовательное разделение диагностической классификации пороков развития ушной раковины, наружного слухового прохода, среднего и внутреннего уха. В нашей работе мы даем отдельное описание наиболее часто используемых классификаций пороков развития этих структур. Мы делаем исключение для сочетанного порока



УДК: 016.28-008.14-02-092

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ**А. Р. Забирова****ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF SENSORINEURAL HYPOACUSIS****A. R. Zabirowa***ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия**Минздравоуразвития России»**(Ректор – засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)*

В статье представлен обзор литературы по этиологии и патогенезу сенсоневральной тугоухости.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, этиология, патогенез.

Библиография: 102 источника.

The article presents a review of the literature on etiology and pathogenesis of sensorineural hypoacusis.

Key words: sensorineural, hypoacusis, etiology, pathogenesis.

Bibliography: 102 sources.

В последние годы число больных с нарушениями слуха в России и во всем мире постоянно увеличивается [50, 72, 81]. Нарушения слуха зарегистрированы у 4 – 8% населения планеты и нашей страны [3, 5, 11, 32, 45].

По данным ВОЗ в 1991 г. количество лиц с социально значимыми дефектами слуха во всем мире составило около 300 млн [65]. Согласно прогнозу ВОЗ к 2020 г. у 30% всего человечества будут нарушения слуха [26, 60].

Число больных с нарушениями слуха в России превышает 13 млн, более 1 млн человек – это дети [24, 25, 71].

В структуре причин тугоухости у детей за последние десятилетия произошли значительные изменения. В прошлые годы среди причин детской тугоухости и глухоты видное место занимали воспалительные заболевания органа слуха. В настоящее время значительно увеличилось количество детей и взрослых с сенсоневральной тугоухостью [10, 14, 36, 37, 56].

По данным В. С. Кузнецова и Ю. М. Никитина, в структуре причин тугоухости кохлеарный неврит занимает ведущее место – 79,3%, второе место – адгезивный отит – 9,8%, третье место – хронический гнойный средний отит – 8,7%, четвертое – отосклероз [30].

Повышение вязкости крови, увеличение фибринообразования в мелких сосудах приводит к нарушению микроциркуляции во внутреннем ухе, что является важнейшей составляющей в формировании сенсоневральной тугоухости [16, 34, 58, 69, 95, 96].

Развитие оториноларингологии как науки, научно-технический прогресс, развитие аудиологии, появление новых методов исследования органа слуха подняли на новую ступень внимание клиницистов к проблемам сенсоневральной тугоухости [39].

Сенсоневральная тугоухость – заболевание полиэтиологическое [15]. Она по этиопатогенезу делится на наследственную, врожденную и приобретенную [68, 102].

Причиной наследственной сенсоневральной тугоухости являются различные генетические отклонения, передающиеся из поколения в поколение [28, 35, 38, 74].

Врожденная сенсоневральная тугоухость формируется в утробе матери, и ее причинами являются различные заболевания матери: грипп, краснуха, эпидемический паротит, болезни почек, диабет, прием ототоксических препаратов и резус-конфликт [36, 74]. Воздействие неблагоприятных эндо- и экзогенных факторов на плод, приводящее к нарушению развития слухового анализатора, особенно опасно в первой трети беременности (до 13 недель).

В своей докторской диссертации Е. Г. Шахова сообщает, что приобретенная сенсоневральная тугоухость является полиэтиологичным заболеванием, развивающимся после рождения ребенка [82].



УДК: 616.22-073.756.8

**ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОРТАНИ
(обзор литературы)****И. В. Литвиненко, Т. А. Бичурина****THE POSSIBILITIES OF MAGNETIC-RESONANCE TOMOGRAPHY
OF THE LARYNX
(review of literature)****I. V. LITVINENKO, T. A. BICHURINA***ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»**(Гл. врач – М. В. Бавыкин)*

Проблема диагностики рака гортани сохраняет свою актуальность. Проанализированы работы зарубежных ученых о возможностях магнитно-резонансной томографии (МРТ) при выявлении злокачественного поражения органа. Метод высокоэффективен для определения первичного объема опухоли, распространения опухоли в окружающие ткани и хрящи гортани. По наблюдениям специалистов, МРТ имеет более высокую чувствительность, чем КТ при выявлении патологии хряща. Сочетание таких МРТ-параметров, как объем опухоли, распространение опухоли в окружающие ткани и изменение контрастности опухоли позволит прогнозировать дальнейший эффект от лучевой терапии. МРТ-высокоинформативный метод исследования гортани.

Ключевые слова: рак гортани, магнитно-резонансная томография гортани, голосовые складки, хрящи гортани.

Библиография: 41 источник.

The problem of the larynx cancer diagnostics keeps its relevance to date. The author has analysed the research work and studies by foreign physicians on the capabilities of magnetic resonance imaging (MRI) in discovering cancerous or malignant affliction of body organs. The method is highly efficient for determining the primary volume of tumor, of tumor spread into surrounding tissues and larynx cartilages. According to observations of analysts, MRI demonstrates higher sensitivity than CT in discovering the cartilages pathology. Combination of such MRI parameters as size of tumor, tumor spread into surrounding tissues and change tumor contrast ratio enables to forecast the further effectiveness of radiation therapy. MRI is a highly informative larynx research method.

Key words: cancer of larynx, magnetoresonance imaging of larynx, vocal folds, cartilages of larynx.

Bibliography: 41 sources.

Злокачественные образования гортани представляют одну из актуальных и социально значимых проблем в современной клинической онкологии. В структуре общей онкологической заболеваемости рак гортани занимает 9-е место, а среди злокачественных опухолей головы и шеи – 1-е место. По данным МНИОИ им. П. А. Герцена, в 2008 г. показатель активной выявляемости рака гортани составил 4,7% (в 2007 г. – 4,9%). У подавляющего числа больных, обращающихся в специализированные лечебные учреждения, несмотря на современные успехи диагностики и лечения рака гортани, выявляют третью и четвертую стадии опухолевого процесса [1, 2, 4, 5, 8, 9].

Высокий процент диагностических ошибок обусловлен особенностями анатомического строения гортани, а также методами, используемыми для диагностики патологии этого органа. В онкологические стационары наряду с больными со злокачественными опухолями гортани поступает большое число пациентов с предраковыми заболеваниями. Этот контингент больных требует проведения широкого комплекса дифференциально-диагностических процедур [6, 7, 9].

В последние десятилетия для диагностики заболеваний гортани с успехом используется метод магнитно-резонансной томографии (МРТ). Важным достоинством метода являются высокая разрешающая способность, а также большая чувствительность в изображении мягких



УДК 616.284-002.258-036.63+616.284-002.2-089

СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТДАЛЕННОГО РЕЦИДИВА ХОЛЕСТЕАТОМЫ У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ, ПЕРЕНЕСШЕЙ РАДИКАЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ НА СРЕДНЕМ УХЕ 29 ЛЕТ НАЗАД

И. А. Аникин, С. В. Асташенко, А. В. Третьякова

A LATE FOLLOW UP CLINICAL OBSERVATION OF CHOLESTEATOMA RECRUDESCENCE IN PATIENT WITH CHRONIC OTITIS MEDIA AFTER RADICAL SURGERY ON MIDDLE EAR 29 YEARS AGO

I. A. Anikin, S. V. Astashchenko, A. V. Tretyakova

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

В статье описан случай клинического наблюдения отдаленного рецидива холестеатомы у пациентки с хроническим гнойным средним отитом, перенесшей радикальную операцию на среднем ухе 29 лет назад. Интерес данного случая состоит в том, что рецидив был обнаружен спустя длительное время после первой радикальной операции на среднем ухе. Также обращает на себя внимание не совсем обычное направление роста холестеатомы в лабиринт с его разрушением и во внутренний слуховой проход.

Ключевые слова: холестеатома, хронический гнойный средний отит.

Библиография: 14 источников.

In this article we describe a late follow up clinical observation of cholesteatoma recrudescence in patient with chronic otitis media who underwent radical surgery on middle ear 29 years ago. Cholesteatoma recrudescence was revealed in long period of time after radical surgery on middle ear. The unusual direction of cholesteatoma growth progression into labyrinth and internal auditory canal with labyrinth destruction is worth mentioning.

Key words: cholesteatoma, chronic otitis media.

Bibliography: 14 sources.

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) – одна из наиболее часто встречаемых патологий ЛОР-органов. Распространенность ХГСО в нашей стране составляет от 8,4 до 39,2 на 1000 населения [8].

За последние десятилетия наметился неуклонный рост числа пациентов с хроническим гнойным средним отитом, осложненным холестеатомой.

Холестеатома среднего уха остается одной из главных проблем в современной отоларингологии. Распространенность холестеатомы среднего уха довольно высока и составляет от 24 до 63% случаев среди больных с хроническим гнойным средним отитом [3, 8, 13]. Костная резорбция при отите с холестеатомой обнаруживается в 78,8% случаев [7].

В настоящее время общепринятой является классификация холестеатом (по происхождению):

- вторичная – развивается на фоне хронического воспаления среднего уха в результате механического переноса многослойного плоского эпителия, продуцирующего кератин, в зоны, где эта ткань отсутствует;

- врожденная – холестеатома истинная, первичная – является следствием неправильного формирования эктодермального зачатка на ранних стадиях эмбриогенеза; врожденные случаи холестеатомы встречаются крайне редко;



УДК: 61622-006.3.04-076

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЛИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ**В. В. Виноградов, С. С. Решульский, Т. А. Галкина****SURGICAL TREATMENT OF SOLID TUMORS OF THE THROAT****V. V. Vinogradov, S. S. Reshulsky, T. A. Galkina***ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»**(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

В статье представлены два клинических случая наблюдения внеорганных опухолей гортани. Приведены пример невриномы гортани в запущенной стадии и редкий случай атипичического карциноида гортани, представляющего собой опухоль АПУД-системы. Подробно описан анамнез, объективные данные. Показаны возможности эндоларингеального хирургического лечения на конкретном примере с описанием особенностей операций.

Ключевые слова: невринома, карциноид, гортань, эндоларингеальная операция.

Библиография: 7 источников.

In article two clinical cases of supervision of extra organe tumors of a throat are presented. The example neuroma of the throats in the started stage and a rare occurence atypical carcinoid of the throats, representing tumor APUD-systems is resulted. The anamnesis, the objective data is in detail described. Possibilities endolaryngeal surgical treatment, on a concrete example with the description of features of operations are shown.

Key words: neuroma, carcinoid, larynx, endolaryngeal operation.

Bibliography: 7 sources.

Опухолью называют патологическую ткань, состоящую из качественно изменившихся, утративших дифференцировку клеток организма. Клетки опухоли не способны образовать нормальные тканевые структуры. Все опухоли подразделяют в зависимости от их потенций к прогрессии и клинико-морфологических особенностей на две основные группы, это доброкачественные и злокачественные опухоли. Доброкачественные опухоли состоят из клеток, дифференцированных в такой мере, что можно определить, из какой ткани они растут. Для этих опухолей характерны медленный экспансивный рост, отсутствие метастазов, отсутствие общего влияния на организм, однако они могут малигнизироваться. Злокачественные опухоли состоят из умеренно- и малодифференцированных клеток. Они могут утратить сходство с тканью, из которой исходят. Для злокачественных опухолей характерны быстрый, чаще инфильтрирующий, рост, метастазирование и рецидивирование, наличие общего влияния на организм, клеточный и тканевой атипизм. Также выделяют опухоли смешанного строения, включающие в себя признаки как злокачественных, так и доброкачественных опухолей, характеризующиеся сложным гистологическим строением. Данные опухоли развиваются из эпителия. В них находят различные структуры: эпителиальные, слизе- и хрящеподобные, которые связаны промежуточными формами и переходят друг в друга. Опухоль обычно растет медленно, не метастазирует, однако часто наблюдаются рецидивы [1, 3, 7].

Опухоли шеи составляют небольшую, но очень многообразную группу образований по клиническим проявлениям. Среди них могут быть выделены органические опухоли, например гортани, глотки, пищевода, щитовидной железы, и внеорганные, возникающие из мягких тканей, разнообразные по своему гистогенезу и строению, но сходные по своей клинике [1, 3, 4].

Внеорганные опухоли составляют 3–5% всех новообразований головы и шеи, среди них 30–33% – это злокачественные формы. Среди внеорганных опухолей шеи преобладают невrogenные, 93% из них по своей структуре являются доброкачественными, остальные 7% имеют злокачественную форму роста. Из нейrogenных опухолей шеи чаще диагностируются невриномы или невroleммы, реже встречаются нейрофибромы. Из опухолей собственно нервной ткани и нервных ганглиев наблюдаются такие редкие опухоли, как ганглионевромы, симпатогониомы. Возможно и возникновение хемодектом, параганглиом. По клиническому проявлению названные новообразования составляют единую группу. Источники неврином – это



2. Калинин А. В. Клиническая картина, диагностика и лечение опухолей АПУД-системы // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии. 1997. – № 3. – С. 36–41.
3. Онкология / Под ред. В. И. Чисов, С. Л. Дарьялова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 560 с.
4. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. – М., 2000. – 416 с.
5. Симоненко В. Б. Карциноидные опухоли // Клинич. медицина. 1998. – № 12. – С. 57–59.
6. Badie B. Neurosurgical operative atlas // Neuro-oncology. – Thieme medical publishers, 2007. – 368 p.
7. Shah J. P., Pattel S. G. Head and neck surgery and oncology // Mosby. – New York, 2003. – P. 589–633.

Виноградов Вячеслав Вячеславович – канд. мед. наук, вед. н. с. отдела ЛОР-онкологии НКЦ Оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; **Решульский** Сергей Сергеевич – мл. н. с. отдела патологии глотки и носа НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; **Галкина** Татьяна Анатольевна – канд. мед. наук, зав. ЛОР-отделением клинической больницы № 86. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15.

УДК:616.284–002.258-06

ГИГАНТСКАЯ ХОЛЕСТЕАТОМА, ПРИВЕДШАЯ К РАЗРУШЕНИЮ КОСТНЫХ СТРУКТУР НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА, ГРАНИ ПИРАМИДЫ, РАЗВИТИЮ ЭКСТРАДУРАЛЬНОГО АБСЦЕССА И ГРАНУЛЯЦИОННОГО НАРУЖНОГО ОТИТА

Г. А. Гаджимирзаев, Р. Г. Гаджимирзаева, П. А. Абасова

HUGE CHOLESTEATOMA, LED TO DESTRUCTION OF BONE STRUCTURES EXTERNAL AND A MIDDLE EAR, TO A PYRAMID SIDE, DEVELOPMENT POSITIVE EXTRADURAL AN ABSCESS AND GRANULATION AN EXTERNAL OTITIS

G. A. Gadzhimirzaev, R. G. Gadzhimirzaeva, P. A. Abasova

*ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», Махачкала
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)*

Авторы представляют случай гигантской холестеатомы, приведшей к разрушению костных структур наружного и среднего уха, грани пирамиды, крыши антрума и барабанной полости, развитию экстрадурального абсцесса средней черепной ямки и грануляционного наружного отита.

Ключевые слова: Хронический гнойный средний отит, холестеатома, экстрадуральный абсцесс, грануляционный наружный отит.

Библиография: 2 источника.

Authors represent a case huge cholesteatoma, led to destruction of bone structures external and a middle ear, a side of a pyramid, a roof antrum and to a drum-type cavity, development extradural an abscess of an average cranial pole and granulation an external otitis.

Key words: chronic purulent average otitis, cholesteatoma, extradural an abscess, granulation an external otitis.

Bibliography: 2 sources.

По данным современных отомикрохирургов, холестеатома встречается не только при хронических гнойных эпитимпанитах, но и при мезотимпанитах. У больных, подвергнутых тимпанопластике, в 80% случаев были обнаружены холестеатомные образования, располагавшиеся в пространствах Пруссак и в межрубовых щелях барабанной полости [2]. В литературе периодически появляются сообщения о наблюдениях холестеатомы, выходящей за пределы полостей среднего уха [1].

Мы наблюдали больную с распространением холестеатомного процесса в наружное и среднее ухо с разрушением грани пирамиды и некоторыми клинико-диагностическими особенностями.



УДК: 616.288-002-08

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ НАРУЖНОГО ДИФФУЗНОГО ОТИТА**С. В. Рязанцев, И. А. Аникин, М. В. Комаров****LOCAL TREATMENT OF DIFFUSE OTITIS EXTERNA****S. V. Ryazantsev, I. A. Anikin, M. V. Komarov***ФГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России**(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

Статья посвящена актуальному вопросу современной практической оториноларингологии – терапии наружного диффузного отита. Выполнен анализ предрасполагающих факторов к развитию исследуемой патологии. Выделены основные требования, которым должен удовлетворять препарат, назначаемый при наружном диффузном отите. Проведен анализ результатов клинического применения препарата кандибиотик в качестве монотерапии в отношении наружного диффузного отита – бактериального и грибково-бактериального.

Ключевые слова: болезнь оперированного уха, кандибиотик, диффузный наружный отит.

Библиография: 15 источников.

The article is devoted to the topical issue of contemporary practice of otolaryngology – therapy of diffuse otitis externa. An analysis of factors predisposing to the development of the studied pathology have been done. The article highlights the basic requirements to be satisfied by a drug prescribed for diffuse otitis externa. The analysis of the clinical use of the ear drops “Candibiotic” as a single agent against diffuse otitis externa caused by bacterial or fungal pathogens have been done.

Key words: disease of the operated ear, candibiotic, diffuse otitis externa.

Bibliography: 15 sources.

Острый наружный диффузный отит является, по своей сути, воспалением кожи наружного слухового прохода, в некоторых случаях распространяющимся на кожу ушной раковины и барабанную перепонку.

Патогномоничным симптомом наружного отита является болезненность при дотрагивании до козелка, реже до ушной раковины. Ежегодная встречаемость наружного диффузного отита составляет от 1 : 100 до 1 : 250 в популяции, с некоторыми вариациями в зависимости от возраста и географического местоположения [14].

Более 90% острых диффузных наружных отитов вызваны бактериальной флорой. Наиболее распространены такие возбудители как *Pseudomonas aeruginosa* (20–60%) и *Staphylococcus aureus* (10–70%), обычно представленные в составе микст-флоры [9, 14]. Реже встречающиеся бактериальные агенты в большинстве своем относятся к грамотрицательным микроорганизмам, их роль как основного возбудителя данной патологии незначительна и составляет не более 3% всех случаев [1, 8]. Грибковое поражение не характерно для остро развившегося наружного отита, чаще оно возникает на фоне бессистемного приема системных или применения топических антибиотиков [7, 15].

Назначение системных антибиотиков, нередко неактивных в отношении *P. Aeruginosa* и *S. Aureus*, приводит к селекции бактерий, имеющих полиантибактериальную устойчивость [2, 3, 7]. С другой стороны, благодаря созданию высокой концентрации антибактериального пре-



УДК: 616.21:615.211

ПРИМЕНЕНИЕ КЕТОПРОФЕНА И ЕГО ЛИЗИНОВОЙ СОЛИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

С. В. Рязанцев, М. В. Комаров

APPLICATION OF KETOPROFEN AND KETOPROFEN LYSINE SALT IN OTORHINOLARYNGOLOGY

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

Статья посвящена ряду вопросов фармакокинетики и фармакодинамики кетопрофена и его лизинового соли. Охарактеризованы параметры его биодоступности, жаропонижающего, противовоспалительного и болеутоляющего действий. Отображены вопросы относительных и абсолютных противопоказаний к этому препарату. С учетом фармакодинамических и фармакокинетических показателей лизинового соли кетопрофена может рассматриваться как препарат выбора для проведения анальгезирующей, антипиретической и противовоспалительной терапии как для взрослых, так и для детей старше 6 лет.

Ключевые слова: Кетопрофен, лизинового соли кетопрофена, НПВС.

Библиография: 25 источников.

The article is devoted to several issues of pharmacokinetics and pharmacodynamics of ketoprofen and its lysine salt. Characterized by the parameters of its bioavailability, antipyretic, anti-inflammatory and analgesic action. Issues of relative and absolute contraindications to this drug displayed. In view of pharmacodynamic and pharmacokinetic parameters of ketoprofen lysine salt, it can be considered as the drug of choice for analgesic, antipyretic and anti-inflammatory therapy for adults and children over 6 years.

Key words: ketoprofen, ketoprofen lysine salt, NSAID.

Bibliography: 25 sources.

Кетопрофен является одним из самых распространенных нестероидных противовоспалительных препаратов. Он был синтезирован в 1967 г. в Rhone-Poulenc Research Laboratories в Париже. Этот препарат вместе с ибупрофеном и напроксеном относится к группе 2-фенилпропионовой кислоты [4, 17]. Он обладает противовоспалительным, жаропонижающим и болеутоляющим свойствами.

Особенности фармакокинетики. Биодоступность кетопрофена при пероральном приеме составляет порядка 90%, а максимальный уровень препарата в плазме достигается через 1 ч после приема кетопрофена в таблетках или капсулах и через 15–30 мин после приема этого препарата в жидкой форме [17, 19, 20, 22]. Когда кетопрофен используется в инъекционной форме, наступление обезболивающего действия достигается максимально быстро. Болюсное внутривенное введение одной дозы кетопрофена подавляет боль на период от 5 до 30 мин. В связи с быстрым всасыванием пик содержания препарата в плазме при внутримышечном введении регистрируется через 30 мин [8].

Кетопрофен оказывает болеутоляющий, противовоспалительный и жаропонижающий эффекты как у взрослых, так и у детей [25].

В сравнительных исследованиях с другими анальгетиками (как центрального, так и периферического действия), препаратами группы НПВС и парацетамолом кетопрофен демонстрирует более эффективный обезболивающий эффект [25]. Кетопрофен обладает болеутоляющим эффектом в 20–70 раз более мощным по сравнению с эффектом ацетилсалициловой кислоты [2]. Дозировка 0,3 мг/кг массы тела обеспечивает значительный обезболивающий эффект и может быть безопасно повышена до уровня 5 мг/кг массы в сутки. Не исключено, что кетопрофен также обладает центральным обезболивающим действием [7].



18. Ketoprofen lysine: ketoprofen serum levels and analgesic activity / M. Pennisi [et al.] // Drugs Exp Clin Res. 1984. – Iss. 10. – P. 863–866.
19. Kokki H., Tumilehto H., Karvinen M. Pharmacokinetics of ketoprofen following oral and intramuscular administration in young children // Eur. J. Clin. Pharmacol. – 2001. – Vol. 57. – P. 643–647.
20. Negligible excretion of unchanged ketoprofen, naproxen and probenecid in urine / R.A.Upton [et al.] // J. Pharm. Sci. – 1980. – Vol. 69. – P. 1254–1257.
21. Panerai A., Pignataro O. Inflammation of the aerial ways: new therapeutical perspectives // Otorinolaringologia. – 1994. – N 44 (5 Suppl. 1). – P. 1–11.
22. Pharmacokinetics of ketoprofen following single oral, intramuscular and rectal doses and after repeated oral administration / T. Ishizaki [et al.] // Eur. J. Clin. Pharmacol. – 1980. – Vol. 18. – P. 407–414.
23. Randomized, double-blind, multicenter, controlled trial of ibuprofen versus acetaminophen (paracetamol) and placebo for treatment of symptoms of tonsillitis and pharyngitis in children / L. Bertin [et al.] // J. Pediatr. – 1991. – Vol. 119, iss. 5. – P. 811–814.
24. Selective inhibition of interleukin-8-induced neutrophil chemotaxis by ketoprofen isomers / C. Bizzarri [et al.] // Biochem Pharmacol. – 2001. – Vol. 61. – P. 1429–1437.
25. Veys E.M. 20 Years' Experience with ketoprofen // Scan. J. Rheumatol. – 1991. – Vol. 90. – P. 3–44.

Рязанцев Сергей Валентинович – профессор, докт. мед. наук, зам. директора по научной работе СПбНИИЛОР. 190013, СПб., ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-2852, e-mail: lor-obshestvo@bk.ru; **Комаров** Михаил Владимирович – очный аспирант СПбНИИЛОР. 190013, СПб., ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-982-2251, e-mail: 7_line@mail.ru

УДК: 616.216.1-002:615.473.9

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УСТРОЙСТВА АКВА МАРИС ДОМАШНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СИНУСИТА

Е. Г. Шахова, О. Р. Бакумова

DEVICE AQUA MARIS IN COMPLEX TREATMENT OF ACUTE PURULENT RHINOSINUSITIS

E. G. Shahova, O. R. Bakumova

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Е. Г. Шахова)

В статье приведены результаты использования устройства Аква Марис домашнего для промывания полости носа в комплексном лечении больных с острым гнойным риносинуситом. Показано, что применение данного устройства лучше устраняет слизисто-гнойное отделяемое, чем другие подобные спреи. Использование данного устройства быстрее приводит к улучшению носового дыхания, устраняет заложенность носа, способствует уменьшению сроков заболевания.

Ключевые слова: устройство Аква Марис, острый гнойный риносинусит.

Библиография: 6 источников.

We studied device Aqua Maris in complex treatment of patients with an acute purulent rhinosinusitis. It is confirmed, that application of the device eliminates the best muco-purulent discharge, than the use of saline nasal spray. Device leads to an improvement in nasal breathing, eliminate congestion and reduces the time the disease.

Key words: a device Aqua Maris, an acute purulent rhinosinusitis.

Bibliography: 6 sources.

Синусит относится к числу самых распространенных заболеваний; острый синусит является наиболее частым осложнением острой респираторной вирусной инфекции (в 5–10%) и с одинаковой частотой встречается во всех возрастных группах [1, 2].



УДК: 616. 216.1-002-08-039.73

**АНТИБИОТИКИ С ПОВЫШЕННЫМ ПРОФИЛЕМ БЕЗОПАСНОСТИ
ДЛЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ:
НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ
ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ РИНОСИНУСИТОВ**

Ю. К. Янов, О. И. Коноплев, Н. Н. Науменко, И. А. Антушева

**ANTIBIOTICS WITH HIGH PROFILE SECURITY FOR INTESTINAL
MICROFLORA: NEW PERSPECTIVES OF ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS
OF ACUTE BACTERIAL RHINOSINUSITIS**

U. K. Yanov, O. I. Konoplev, N. N. Naumenko, I. A. Antusheva

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

Проблема эффективной патогенетической терапии острых риносинуситов до настоящего времени остается до конца не решенной. Разнообразие схем терапии свидетельствует об отсутствии единого мнения об эффективности препаратов, применяемых для лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Проведена оценка клинических результатов 14-дневного курса препаратов клацид и экозитрин у пациентов с острым риносинуситом и определена их безопасность для кишечной микрофлоры.

Ключевые слова: острый гнойный риносинусит, антибактериальные препараты, клацид, экозитрин, кишечная микрофлора.

Библиография: 6 источников.

The problem of effective pathogenetic therapy of acute rhinosinusitis is still unsolved. A variety of schemes of therapy testifies to absence of a common opinion about efficiency of the antibiotics used in treatment of acute paranasal sinusitis. The estimation of clinical results of a 14-day's course of «Klacid» and «Ecozitrin» and their influence on intestinal microflora at patients with acute rhinosinusitis is carried out.

Key words: acute purulent rhinosinusitis, antibiotics, klacid, ecozitrin, intestinal microflora.

Bibliography: 6 sources.

Заболевания инфекционной природы занимают значительное место в ЛОР-патологии. Острый и хронический синусит, риносинусит, ангины и их осложнения (паратонзиллярные абсцессы) относятся к наиболее распространенным нозологическим формам, с которыми встречаются не только оториноларингологи, но и врачи других специальностей [1].

Острый бактериальный риносинусит является одним из наиболее частых осложнений острой респираторной вирусной инфекции и одной из основных причин обращения за медицинской помощью в амбулаторной практике [3].

Проблема эффективной патогенетической терапии острых бактериальных риносинуситов до настоящего времени остается до конца не решенной [2].

Все еще высока частота осложнений острого риносинусита, связанных как с поздней диагностикой, так и с неадекватным лечением. Налицо объективные трудности антибиотикотерапии, в большинстве случаев проводимой эмпирически. Последнее обусловлено отсутствием реальной возможности повсеместного бактериологического анализа, невозможностью быстрой микробиологической диагностики (результат может быть получен не ранее чем через 48 ч, а с учетом определения чувствительности возбудителя к антибиотику – через 72 ч). При остром бактериальном риносинусите получение пробы клинического материала для бактериологического анализа связано с проведением врачебных манипуляций, от которых зависит достоверность результата.

Разнообразие схем терапии свидетельствует об отсутствии единого мнения об эффективности и безопасности антибактериальных препаратов, применяемых для лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух [1, 3]. Врачу иногда очень сложно разобраться в их свойствах, переносимости, побочных реакциях, совместимости с другими медикаментами.



The American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation (AAO-HNSF) is now accepting online abstracts for its Scientific Program for the 2012 Annual Meeting & OTO EXPO to be held **September 9–12, Washington, DC, USA.**

This Scientific Program includes oral and poster submissions in the categories of clinical research and basic science. To submit your abstract online, please go to www.entnet.org/annual_meeting The deadline for submission is **February 20.**

JOIN US AT THE WORLD'S LARGEST OTOLARYNGOLOGY MEETING

We hope you will join us at our 2012 Annual Meeting & OTO EXPO, the largest meeting and exhibit show floor of its kind! It offers otolaryngologists and other health care professionals a series of unique, dynamic educational experiences. We designed them to broaden and enrich your understanding of otolaryngology-head and neck surgery and to provide you with a foundation for continued learning.

MARK YOUR CALENDAR TO REGISTER IN MAY

For complete meeting and program details or to register and reserve your hotel online, please visit our website **www.entnet.org** starting in May.

С Уважением,

Секретарь Российского общества Оториноларингологов Осипенко Е.В.

тел./факс (499)190-35-20

E-mail: nxhosipenko71@yandex.ru

www.otolar.ru

DEAR COLLEAGUE!

On behalf of the European Academy of ORL and Head and Neck Surgery (EAORLHNS), I would like to invite you to participate in the **2nd meeting of European Academy of ORL and Head and Neck Surgery**, which is supported and under the auspices of the Confederation of European ORL and HNS, linking the missions of EAORL-HNS (European ORL subspecialties) and EUFOS (National ORL Societies).

This scientific event represents the major meeting in OtoRhinoLaryngology and Head and Neck Surgery, organized every two year either by the EAORL (Mannheim 2009) or the EUFOS (Barcelona 2011) and now the next in **Nice, April 27–30, 2013.**

The scientific programme includes:

- Instructional courses (45') will take place for a limited audience in 10 separated rooms.
- Symposium and workshops for innovative issues (implants, endoscopy, laser, monitoring, navigation assisted, assessment, rehabilitation, new procedures...)
- Key lectures, Meet the Expert, presentations will be alternated with the instructional courses of the same subspecialty.
- Oral presentations (6'), Case reports(6'), How i do it (6'), Posters will be organized to allow international exchange between trainees, residents, ORL specialists and experts.
- Direct anatomic dissection and live surgery will be shown in collaboration with Pr Santini's Head and Neck University Centre and with the LION (Life International Otolaryngology Network).

Online Instructional courses

Online oral presentation and/or poster

Online Registration is available from now with a reduced rate. Do not hesitate to register!

Contact us directly or visit the website: **www.eaorlhnsnice2013.com** for more detailed information.

Yours sincerely

Pr Jacques Magnan

Chairman of the 2nd EAORL-HNS & CEORL, Nice 27–30 April 2013



**Приглашаем Вас принять участие
в международной научно-практической конференции Дни науки,
которая состоится 27 марта–05 апреля 2012 года**

Место издания и проведения конференции чешский город Прага.

Принимаются доклады объемом от 3 страниц в виде компьютерного файла с расширением doc или rtf

Просим не использовать формат docx, а также файлы в архивах.

Текст набирается через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman 14, поля 20 мм со всех сторон.

Рабочие языки конференции украинский, русский, английский и казахский.

Список секций http://www.rusnauka.com/INFO/2012/10_DN.htm

По результатам работы конференции издаются сборники, а также размещаются доклады на Web-странице http://www.rusnauka.com/CONF/ARH_CONF/MyPage_arh_conf.htm

Стоимость публикации в сборнике конференции составляет 120 рублей за страницу доклада.

Стоимость почтовой доставки сборника составляет 120 рублей за один сборник.

Срок публикации 3–4 недели после окончания конференции.

Свой доклад Вы можете подать через Web-страницу <http://www.rusnauka.com/index.php> или прислать по электронной почте e-mail: upiter@rusnauka.com

Приглашаем принять участие в наших международных конференциях.

График проведения конференций см http://www.rusnauka.com/reclama_conf.htm

Конференции проходят 3 раза в месяц 5-го, 15-го и 25-го числа каждого месяца.

Всего 36 конференций в году.

Для участия в конференциях необходимо зарегистрировать доклад на странице <http://www.rusnauka.com/index.php>

Вы можете опубликовать свои научные труды в зарубежных научных журналах, более подробно http://www.rusnauka.com/JOURNAL/contents_jour.htm

Справки по телефонам +38 0562 342961, +38 056 3701313, e-mail: info@rusnauka.com

С уважением!

Оргкомитет

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

объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

Заведующего лабораторно-диагностическим отделом;

Старшего научного сотрудника (0,5) и научного сотрудника в отдел разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения.

Срок подачи документов – до 1 июня.

Справки по телефону: (812) 316-28-52



СТАТЬИ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ В ЖУРНАЛЕ В 2011 Г.

Научные статьи

А. Р. Илларионова А. Р., Отвагин И. В., Грибова Н. П. Клинико-стабилометрический анализ и лечение системного головокружения. № 6.

Аббасова А. А. Достоверность метода звуковой вызванной отоакустической эмиссии в определении состояния слуха у детей. № 5.

Азаматова Э. К., Хараева З. Ф., Мальцева Г. С. Роль персистентных свойств микроорганизмов при хроническом тонзиллите у детей. № 3.

Азнабаева Л. Ф., Арефьева Н. А., Даянов А. Н. Особенности местного иммунитета слизистой оболочки гортани в норме и при воспалительной патологии. № 3.

Аникин И. А., Комаров М. В. О рецидивировании гломусной опухоли (параганглиомы) уха. № 1.

Аникин И. А., Комаров М. В. Опыт хирургического лечения гломусной опухоли (параганглиомы) уха. № 2.

Аникин И. А., Комаров М. В. Особенности хирургической тактики при рецидивировании гломусной опухоли (параганглиомы) уха. № 5.

Аникин И. А., Комаров М. В. Хирургическая техника удаления отиатрической формы параганглиомы латерального основания черепа. № 3.

Астащенко С. В., Аникин И. А. Интраоперационные находки у больных хроническим гнойным средним отитом, перенесших ранее антротомию. № 2.

Астащенко С. В., Аникин И. А., Карапетян Р. В. Причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших санлирующие вмешательства на среднем ухе. Ретроспективный анализ. № 6.

Астащенко С. В., Аникин И. А., Мегрелишвили С. М. Разрывы цепи слуховых косточек: причины, диагностика, тактика хирургического лечения. № 2.

Ахмедова Г. К. Клинико-микробиологические исследования хронического тонзиллита у детей с хроническим гастродуоденитом. № 6.

Бабияк В. И. Психология врачевания. № 1.

Бабияк В. И., Пащинин А. Н., Тулкин В. Н. О редких болезнях. № 2.

Барышев В. В., Андреев В. Г. Метод одномоментной функциональной реконструкции нижней стенки глазницы. № 2.

Бачегова Е. М. Антихолинэстеразная терапия при острой сенсоневральной тугоухости. № 1.

Безрукова Е. В., Григорьева Н. О. Оценка качества жизни пациентов с патологией ЛОР-органов. № 2.

Безрукова Е. В., Симбирцев А. С. Применение геля с рекомбинантным интерлейкином-1 бета в комплексной терапии гнойных риносинуситов. № 3.

Беляева Я. Г. Синдром немого синуса. № 1.

Бердникова И. П., Мальцева Н. В. Разборчивость речи в условиях помехи в норме и при сенсоневральной тугоухости. № 3.

Бобошко М. Ю., Ефимова М. В. Аспекты топической диагностики поражения слуха при пресбиакузисе. № 3.

Бойко Н. В., Колесников В. Н. Холестеатома наружного слухового прохода. № 5.

Бойко С. Г., Канева А. М., Потолицина Н. Н., Вахнина Н. А., Шадрин В. Д., Паршукова О. И., Панюков А. А., Рябинина О. В., Бойко Е. Р., Янов Ю. К. Дислипидемия, аудиологические особенности и биологические маркеры процессов свободнорадикального окисления у пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью. № 1.

Бокучава Т. А., Аникин И. А. Показания для длительной вентиляции барабанной полости у пациентов с хроническим гнойным средним отитом, ранее перенесших радикальную операцию. № 2.

Бреева О. А. Причины и механизмы дисфункции слуховой трубы. № 1.

Быков В. П., Калинин М. А., Собинин О. В., Федосеев В. Ф. Флегмоны шеи и торакальные инфекционные осложнения. № 2.



Вавилова В. П., Караульнова Т. А., Тарасов Н. И., Теплов А. В., Чернюк О. С. Влияние способа доставки противовоспалительных препаратов на течение аллергического ринита, сочетанного с хроническим аденоидитом. № 5.

Верезгов В. А., Науменко Н. Н., Корнеев А. А., Рыжков В. К., Науменко А. Н., Гуляев Д. А., Чеботарев С. Я. Современный взгляд на проблему оптимизации диагностики и лечебной тактики у больных юношеской ангиофибромой носоглотки и основания черепа. № 2.

Волков А. Г., Киселев В. В., Кирий Г. И. Соматометрические особенности у детей с гипертрофией носоглоточной миндалины. № 6.

Волков А. Г., Стагниева И. В. Клинико-патофизиологические параллели лицевой боли. № 6.

Волков А. Г., Стагниева И. В. Латентные формы фронтитов: морфологические изменения слизистой оболочки лобных пазух. № 3.

Гаджимирзаев Г. А., Михраилова З. Т. Значение нарушений в системе липидного обмена в патогенезе аллергического ринита по данным биохимических соединений носового секрета. № 2.

Гайдук И. М., Коростовцев Д. С., Шапорова Н. Л., Брейкин Д. В. Иммунологические механизмы сублингвальной специфической иммунотерапии у детей с аллергическим ринитом, конъюнктивитом и астмой. № 6.

Голованова Л. Е. Об оказании сурдологической помощи взрослому населению Санкт-Петербурга. № 5.

Гончарова О. Г. Отдаленные клинические результаты у больных, перенесших операции на среднем ухе с применением антибактериальных полимерных пленок и биологически обогащенной тромбоцитами плазмы. № 3.

Готовяхина Т. В. Критерии восстановления подвижности голосовых складок после операций на щитовидной железе. № 1.

Гринчук О. Н. Эффективность системной антибактериальной терапии у больных хроническим тонзиллитом стрептококковой этиологии. № 1.

Гуломов З. С., Симбирцев А. С., Янов Ю. К. Монотерапия аэрозольной формой интерферона альфа 2в (интераль) при лечении острых респираторных вирусных инфекций. № 1.

Гуломов З. С., Симбирцев А. С., Янов Ю. К., Уразгалиев Р. Н. Некоторые клинико+иммунологические особенности лечения заболеваний верхних дыхательных путей препаратом Беталейкин. № 2.

Гусейнов И. Г., Давудов Х. Ш., Нажмудинов И. И., Акопян К. В., Куликов И. О. Фотодинамическая терапия папилломатоза гортани с применением 5-аминолевулиновой кислоты. № 6.

Джанашия Н. Т. Выбор тактики лечения больных хроническим гнойным средним отитом исходя из особенностей его течения. № 1.

Диаб Х. М. Способ хирургического лечения атрезии наружного слухового прохода, сочетающейся с аномалией развития среднего уха. № 5.

Диаб Х. М., Аникин И. А., Еремин С. А. Способ профилактики вибротравмы внутреннего уха при одномоментном устранении атрезии наружного слухового прохода с тимпанопластикой и оссикулопластикой. № 6.

Диаб Х. М., Кузовков В. Е., Пашинина О. А. Хирургический этап кохлеарной имплантации при аномалиях развития внутреннего уха. № 3.

Диденко В. В. Реконструктивно-пластическая хирургия остова перегородки носа — эффективный способ профилактики и устранения ее послеоперационной флотации. № 5.

Диденко В. В., Гусаков А. Д., Диденко В. И. Эволюция морфо-функциональных проявлений флотации перегородки носа после хирургической коррекции ее деформации. № 3.

Долгов В. А. Показатели «нормы» микросимбиоза барабанной полости в период ремиссии хронического гнойного среднего отита и их использование в выборе оптимальных сроков мирингопластики. № 5.

Долгов О. И. Эффективность лазерной хордаритеноидэктомии при паралитических стенозах гортани. № 1.

Дубинская Н. В. Клиническое значение определения метаболизма кальция у больных с нарушением слуховой функции. № 1.

Дубцова Е. А., Боев В. М., Шульга И. А. Взаимосвязь в системе элементный состав биосред — иммунный статус — заболеваемость хроническим гиперпластическим ларингитом в регионах с различной антропогенной нагрузкой. № 5.

Еловигов А. М., Лиленко С. В. Показатели акустической импедансометрии при отосклерозе. № 6.

Еремин С. А. Исследование препарата стеклоиономерного цемента на культуре дермальных фибробластов человека. № 1.

Журавский С. Г., Золотова Н. Б., Мазикина Д. А. Речевые методики в диагностике скрытых нарушений центрального звена слухового анализатора (на примере больных с сахарным диабетом тип 2). № 3.



Забилова А. Р. Клинико-аудиологические критерии ранней диагностики нарушений слуха у детей больных хроническим пиелонефритом. № 6.

Забилова А. Р., Забилов Р. А., Вялкова А. А. Диагностика нарушений слуха у детей, больных хроническим пиелонефритом. № 3.

Завьялов Ф. Н., Косяков С. Я., Гончарова О. Г. Результаты применения биологически обогащённой тромбоцитами плазмы при поршневой стапедопластике и мирингопластике. № 3.

Загорянская М. Е., Румянцева М. Г. Эпидемиологический подход к профилактике и лечению нарушений слуха у детей. № 2.

Золотова Т. В., Дубинская Н. В. Исследование микроэлементного состава клеток спирального органа при экспериментальной сенсоневральной тугоухости. № 5.

Игнатова И. А., Покидышева Л. И. Мониторинг слуха и факторы риска, способствующие развитию патологии слуха школьников г. Красноярск. № 3.

Илларионова Е. М., Отвагин И. В., Грибова Н. П. Особенности диагностики вестибулярной функции здоровых лиц. № 5.

Илларионова Е. М., Отвагин И. В., Грибова Н. П. Современные аспекты диагностики головокружений. № 5.

Ильинская Е. В., Степанова Ю. Е., Корень Е. Е., Юрков А. Ю. Сравнительное ультраструктурное исследование опухолеподобных образований голосовых складок. Сообщение 2. № 3.

Ильинская Е. В., Степанова Ю. Е., Корень Е. Е., Юрков А. Ю., Косенко В. А. Микроорганизмы в опухолеподобных образованиях голосовых складок. № 6.

Ильясов Д. М. Особенности функциональной активности мерцательного эпителия полости носа у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой головы. № 1.

Исаченко В. С. Особенности моделирования выбора тактики лечения хронического гнойного среднего отита. № 1.

Кириллов Е. С., Коркмазов М. Ю. Этиологические аспекты детской тугоухости в Челябинской области. № 6.

Кириченко И. М., Дайхес Н. А., Алексеева Н. С., Переседова А. В., Яблонский С. В., Арзуманян Н. Ш. Нарушение вестибулярной функции у больных рассеянным склерозом. № 6.

Клёнкина Е. И. Анализ результатов лечения больных одонтогенными верхнечелюстными синуситами. № 1.

Козак Ю. Н., Волошаненко, Овсяник Е. В. Состояние церебральной гемодинамики у больных сенсоневральной тугоухостью «шумового» генеза в зависимости от стажа работы в шуме. № 1.

Колесников В. Н., Бойко Н. В., Писаренко Е. А. Хирургическое удаление тимпанальных параганглиом с сохранением звукопроводящих структур среднего уха. № 6.

Коношков А. С., Летягин К. В. Возможности диагностики острых травм носа. № 1.

Корень Е. Е., Косенко В. А., Клячко Л. Л., Степанова Ю. Е., Корнеев А. А. Результаты исследования функциональной активности небных миндалин и местного иммунитета слизистой оболочки верхних дыхательных путей у больных с дисфониями. № 5.

Королева И. В. Научно+методические основы реабилитации ранооглохших детей после кохлеарной имплантации. Часть 1. «Слуховой метод». № 2.

Коротченко В. В., Шиленкова В. В. Реабилитация голосовой функции у поющих детей с функциональной дисфонией по гипотонусному типу. № 5.

Коршун А. В., Коркмазов М. Ю. Анализ зависимости эффективности кохлеарной имплантации от наличия предоперационного слухового опыта. № 6.

Кочеровец В. И., Янов Ю. К., Молчанова М. В., Сапронова Е. В., Шустрова Т. А., Красильников И. А. Микрофлора верхнечелюстных пазух у детей с острым синуситом. № 3.

Кочеткова А. П., Коркмазов М. Ю. Передняя активная риноманометрия для оценки носового дыхания при консервативном лечении вазомоторного ринита. № 6.

Кочетов Д. М. Оценка профессиональных знаний и компетенции медицинского персонала лечебных учреждений в области оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению с ЛОР-патологией. № 5.

Кулагин Р. Н., Петров С. В., Уткузов А. Р. Прогностическое значение экспрессии CD44v6 в плоскоклеточном раке гортани. № 2.

Кунельская Н. Л., Бойко А. Н., Чугунова М. А. Нарушения слухового и вестибулярного анализаторов у пациентов с рассеянным склерозом. № 3.

Курбанов Ф. Ф., Свистушкин В. М., Герасименко М. Ю., Мустафаев Д. М.,

Кутина А. В. Нарушения координации движений при разном уровне поражения вестибулярного анализатора. № 1.



Кучерова Л. Р. Роль фаринголарингеального рефлюкса в течение рецидивирующего респираторного папилломатоза. № 1.

Лалаянц М. Р. Динамика изменений порогов слышимости у некоторых детей первого года жизни. № 6.

Левин С. В., Сугарова С. Б., Кузовков В. Е. Взаимодействие ЛОР-центров при оказании высокотехнологичной медицинской помощи. № 1.

Леонова М. Р., Верлов Н. А., Хомич М. М., Линьков В. И., Ремизов С. В. Показатели гемодинамики у детей в раннем послеоперационном периоде после аденотомии. № 6.

Лобзина Е. В. Нарушения слуховой функции при шумовом воздействии у работников железнодорожного транспорта. № 1.

Магомедов И. М., Саидов М. З., Юнусов А. С., Шахназаров А. М., Климова С. В., Будихина А. С., Нажмудинов И. И. Влияние длительности аденонозиллярной гипертрофии на показатели местного врожденного и адаптивного иммунитета у часто болеющих детей. № 5.

Мальшева О. Е. Применение озона и лимфотропной антибактериальной терапии у больных с хроническими гнойными верхнечелюстными синуситами. № 2.

Мальцев С. А. Клиническая эффективность минидоступа в хирургии лицевого черепа и шеи в сочетании с аргонусиленной коагуляцией. № 5.

Мартынова И. В., Карпова Е. П., Капранов Н. И. Лечение риносинуситов у детей с муковисцидозом. № 3.

Марченко М. Г., Трофимов Е. И., Виноградов В. В. Современные методы выявления метастазов рака гортани и гортаноглотки в лимфатические узлы шеи. № 1.

Меркулов О. А. Эндоскопическая эндоназальная реконструкция основания черепа: принципы, тенденции, проблемы. № 5.

Меркулов О. А. Эндоскопические эндоназальные подходы в лечении аденомы гипофиза у детей. № 6.

Миниахметова Р. Р. Клинико-иммунологическое обоснование хирургической тактики при тимпаносклерозе. № 1.

Мишкорез М. В. Особенности строения носовой перегородки у пациентов с риносколиозом. № 3.

Морозова О. В. Особенности диагностики и лечения синуситов, ассоциированных с грибковой инфекцией. № 6.

Мухаммедов М. Р., Чойнзонов Е. Л., Гюнтер В. Э., Павлов В. Ю., Кульбакин Д. Е., Мядзель А. А., Черемисина О. В., Васильев Н. В., Симонов С. В. Хирургическая реабилитация больных злокачественными новообразованиями гортани имплантатами на основе сверхэластичных материалов из никелида титана. № 6.

Нестерова К. И., Нестеров И. А. Влияние ультразвуковой безпункционной технологии санации околоносовых пазух на качество жизни пациентов при хронических гнойных полисинуситах. № 6.

Осипов В. Д., Суржигов Д. В., Шелковников А. В., Климов П. В. Оценка воздействия канцерогенных загрязнителей окружающей среды в крупном промышленном городе как фактор риска формирования хронического гиперпластического ларингита. № 5.

Оспанова М. А. Инфракрасная спектрометрия плазмы крови при остром гнойном фронтите. № 1.

Отвагин И. В., Козлов Р. С., Колосов А. В. Роль различных антибиотиков в антимикробной терапии острых риносинуситов у лиц молодого возраста из организованных коллективов. № 3.

Павлов В. Е., Колотилова Л. В. Стенозы гортани как анестезиологическая проблема эндоларингеальной микрохирургии. № 1.

Паньшина В. С., Петрова Н. Н. Особенности развития профессиональной тугоухости у работников современного деревообрабатывающего предприятия. № 3.

Пашков А. В., Кузнецов А. О., Наумова И. В., Григорьева Е. А., Савельева Е. Е., Хандажапова Ю. А. Мониторинг слухового восприятия и воспроизведения речи у пациентов, использующих различные системы кохлеарной имплантации в первые шесть–восемь недель после операции. № 3.

Пацинина О. А., Диаб Х., Кузовков В. Е. Доступ к внутреннему уху при оксификации улитки у лиц, перенесших менингит. № 1.

Педаченко Е. Г., Скобская О. Е. Алгоритм диагностики и лечения пациентов с ушной ликвореей при переломах височной кости в остром периоде черепно-мозговой травмы. № 3.

Песчаный В. Г., Сергеев М. М., Ханферян Р. А. Клинико-иммунологические изменения у детей с хроническим тонзиллитом под влиянием фотодинамической терапии. № 3.

Петрова Ю. С., Юркин С. А. Оптимизация лечения гнойных синуситов. № 6.

Полунин М. М., Богомилский М. Р. Особенности хирургической анатомии пирамиды височной кости у детей раннего возраста. № 6.



Попов П. А., Стратиева О. В., Королюк И. П., Козупица Г. С. Диагностика болезни Меньера с помощью компьютерной томографии: количественная оценка изменений внутреннего уха. № 5.

Попова Н. В., Кормазов М. Ю. Сравнительный анализ клинико-эпидемиологических показателей у пациентов с персистирующим и интермиттирующим аллергическими ринитами. № 6.

Приходько Е. А. Особенности подхода к коррекции в слухопротезировании больных с сенсоневральной тугоухостью. № 5.

Рачина С. А., Бодяева Е. В., Отвагин И. В. Острый тонзиллофарингит в реальной клинической практике: может ли информационная кампания изменить качество антибактериальной терапии? № 2.

Решульский С. С., Ключихин А. Л., Виноградов В. В. Особенности раневого процесса при реконструктивных операциях на гортани и трахее. № 3.

Решульский С. С., Ключихин А. Л., Виноградов В. В., Галкина Т. А. Клинические аспекты применения аутоотрансплантат из подъязычной кости при лечении двусторонних параличей гортани. № 1.

Савенко И. В., Гарбарук Е. С. Особенности течения слуховой нейропатии у детей, родившихся недоношенными. № 3.

Саливончик Е. И., Садовский В. И. Эффективность коагуляционной тонзиллэктомии в профилактике послеоперационных кровотечений. № 6.

Самбулов В. И., Захарова Н. М., Филатова Е. В., Лукань Н. В., Шатохина С. Н. Морфологическая оценка эффективности применения низкочастотного ультразвукового воздействия в лечении больных хроническим тонзиллитом. № 6.

Семенюк Д. Ю., Янов Ю. К., Тимчук Л. Э., Симбирцев А. С., Мироненко А. Н., Конусова В. Г. Функциональная активность фагоцитирующих клеток периферической крови больных гнойными риносинуситами. № 2.

Скобская О. Е., Слива С. С. Оценка функции равновесия у пациентов с переломом височной кости в остром периоде черепно-мозговой травмы по данным компьютерной стабиллографии. № 5.

Солдатский Ю. Л., Онуфриева Е. К., Стеклов А. М., Стрыгина Ю. В. Распространённые ошибки диагностики и лечения детей, страдающих рецидивирующим респираторным папилломатозом. № 3.

Сопко О. Н. Наблюдения симптома сонного апноэ и храпа у больных системной патологией. № 1.

Спиранская О. А., Русецкий Ю. Ю., Чернышенко И. О. Распространенность и структура инородных тел нижних дыхательных путей на современном этапе и их связь с бронхолегочными осложнениями. № 5.

Старостина С. В., Мареев О. В. Новый подход к инъекционной медиализации голосовой складки в лечении больных с односторонними параличами гортани. № 3.

Суханова Н. А. Особенности показателей иммунитета у детей с бронхиальной астмой. № 1.

Теплов А. В., Киселев А. Б. Клинические особенности острого синусита у больных рассеянным склерозом. № 6.

Терскова Н. В., Вахрушев С. Г., Шнайдер Н. А., Пилюгина М. С. Аддитивный вклад однонуклеотидных замен гена фактора некроза опухолей- α в предрасположенность к хроническому аденоидиту. № 6.

Терскова Н. В., Савченко А. А., Вахрушев С. Г., Сибатян А. С. Активность НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в лимфоцитах крови у детей с хроническим аденоидитом в обеспечении гомеостаза. № 6.

Тюрин Б. В. Изменения функционального состояния вегетативной нервной системы при хронических неспецифических воспалениях небных, глоточной миндалин в детском возрасте. № 6.

Улупов М. Ю. Возможности флуоресцентной диагностики и фотодинамической терапии в лечении рака глотки. № 1.

Фернандо Д. Р., Назарочкин Ю. В., Проскурин А. И., Гринберг Б. А. Алгоритм диагностики и лечения больных паратонзиллярным абсцессом и шейным лимфаденитом. № 6.

Филатова Е. В., Торгованова Е. А. Применение флюктуирующих токов в лечении больных острым гнойным синуситом. № 3.

Хакимов А. М., Исроилов Р. И., Ботиров А. Ж. Миринопластика с применением ксенотрансплантата из перикарда овцы. № 6.

Худогова З. П., Евстропов А. Н., Васильева Н. Г., Рымша М. А., Подволоцкая И. В., Шоларь М. В. Эффективность использования стафилококкового бактериофага в топической терапии хронического тонзиллита. № 6.

Хушвакова Н. Ж., Хамракулова Н. О. Результаты обследования слуха и ген диагностики среди тугоухих детей специализированных интернатов г. Самарканда. № 6.

Цыбиков Н. Н., Егорова Е. В., Пересторонин В. И. Белок теплового шока HSP-70 и аутоантитела к нему при хроническом гнойном риносинусите. № 6.

Чернушевич И. И., Аникин И. А., Аникин М. И., Астащенко С. В. Улучшение обзора области переднего меатотимпанального угла при выполнении тимпанопластики у больных тимпаносклерозом. № 3.



Чернушевич И. И., Аникин И. А., Аникин М. И., Астащенко С. В. Устранение латерализации неотимпанальной мембраны. № 3.

Чернушевич И. И., Шуства Т. И. Клинико+морфологическая характеристика тимпаносклероза у больных с нейровегетативными расстройствами. № 2.

Черных Н. М. Функциональная диагностика степени нарушения носового дыхания. № 1.

Шидловский А. Ю., Гончаренко Г. Б. Показатели реоэнцефалографии при сенсоневральной тугоухости на фоне вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности. № 1.

Шумилова Н. А. Биологические эффекты лазерного излучения и радиоволновой аппаратуры (экспериментальное исследование). № 1.

Щеглов А. Н., Козлов В. С. Осложнения эндоскопической хирургии верхнечелюстных пазух через минидоступ. № 2.

Щека С. Г., Гребенщикова Л. А., Таубер О. Н. Исследование микроциркуляции крови слизистой оболочки полости носа у больных вазомоторным ринитом с сочетанным атеросклерозом коронарных и брахиоцефальных артерий. № 5.

Эсенбаева А. К. Роль морфологического и функционального состояния слизистой оболочки полости носа в патогенезе храпа. № 3.

Эсенбаева А. К., Серебрякова И. Ю., Савельев П. И. Метод «ринометрической диагностики», как критерий морфофункционального состояния слизистой оболочки полости носа при хронических ринитах, сопровождающихся гипертрофией нижних носовых раковин. № 5.

Обзоры

Арнаутова Е. М. Выбор метода операции на стремени при отосклерозе (обзор литературы). № 5.

Волков А. Г., Боджоков А. Р. Хирургическое лечение посттравматического энофтальма (обзор литературы). № 5.

Волков А. Г., Боджоков А. Р., Стагниева И. В., Ящинский Л. Б. Фиброзная остеодисплазия лобной кости (обзор литературы и собственное клиническое наблюдение). № 5.

Полшкова Л. В., Аникин И. А. Этиопатогенетические и патоморфологические предпосылки формирования холестеатомы при хроническом гнойном мезотимпаните (обзор литературы). № 5.

Терскова Н. В., Вахрушев С. Г., Иконникова Е. В., Шнайдер Н. А., Пилюгина М. С. Вклад полиморфизма гена интерлейкина-4 в развитие атопии при воспалении глоточной миндалины. № 1.

Эсенбаева А. К. Передняя активная риноманометрия и акустическая ринометрия как объективные методы диагностики респираторной функции полости носа. № 5.

Из практики

Виноградов В. В., Галкина Т. А., Решульский С. С., Лабазанова М. А. Клинический случай сочетания аденоидов и тугоухости у пациентки пожилого возраста. № 6.

Виноградов В. В., Решульский С. С., Галкина Т. А., Быкова В. П. Редкий случай саркомы Капоши с поражением гортани. № 5.

Забилов Р. А., Колганов В. П., Аникин М. И., Дубцова Е. А. Массивные рецидивирующие носовые кровотечения у беременной женщины. № 2.

Шабалдина Е. В., Тихонюк В. П., Ахтямов Д. Р., Илясова Л. В., Шабалдин А. В. Клинический случай первичного туберкулеза среднего уха в раннем детском возрасте. № 5.

Школа фармакотерапии

Заварзин Б. А., Аникин И. А. Кандибиотик в лечении острых средних и наружных отитов. № 2.

Корниенко А. М., Корниенко Р. А. Актуальность применения витаминно-минеральных комплексов в оториноларингологии. № 5.

Корниенко А. М., Корниенко Р. А. Применение витаминов и витаминно+минеральных комплексов в оториноларингологии. № 2.

Носуля Е. В., Черных Н. М. Местная антибактериальная терапия: показания, рекомендации и реальность. № 5.

Овчинников А. Ю. Современные представления об этиопатогенезе и адекватном лечении воспалительных заболеваний ротоглотки. № 5.

Рязанцев С. В., Мирзоева Г. Т., Дьячков И. С., Сухачев А. Н., Романюк Д. С., Полевщиков А. В. Новые доказательства противовоспалительного действия БИОПАРОКСА с использованием проточной цитометрии и иммуноферментного анализа. № 2.

Рязанцев С. В., Шкабарова Е. В., Шустова Т. И. Использование устройства Аква Марис в лечении больных с острым риносинуситом. № 5.



Тимчук Л. Э., Кочеровец В. И., Корнеев А. А., Мироненко А. Н. Эффективность и безопасность препарата Фромилид УНО у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЛОР-органов. № 3.

Янов Ю. К., Коноплев О. И., Науменко Н. Н., Антушева И. А. Антибиотики с повышенным профилем безопасности для кишечной микрофлоры: новые перспективы антибиотикотерапии острых бактериальных риносинуситов. № 5.

Юбилей

Волкову Александру Григорьевичу – 65 лет. № 5.

Коркмазов Мусос Юсуфович. № 2.

К 70-летию академика национальной академии наук, профессора Р. К. Тулебаева. № 3.

Профессор Нина Степановна Храппо (к 85-летию со дня рождения). № 4.

Исторический раздел

Овчинников Ю. М. Plusquamperfekt. № 5.

Памяти Семёна Николаевича Хечинашвили. № 6.

Светлой памяти Семёна Николаевича Хечинашвили посвящается. № 6.

Российская научно-практическая конференция оториноларингологов 15–16.09.2011. Оренбург

Абдулкеримов Х. Т., Карташова К. И., Давыдов Р. С., Машинец О. О., Николаев Н. С. Состояние функции равновесия у больных с сенсоневральной тугоухостью. № 4.

Азнабаева Л. Ф., Арефьева Н. А., Шарипова Э. Р. Современные подходы к хирургическому и медикаментозному лечению рецидивирующих гнойных риносинуситов. № 4.

Акимов А. В., Забиров Р. А., Рахматуллин Р. Р., Григорьева М. В. Перспективы применения биопластических материалов в ринопластике. № 4.

Аникин И. А., Комаров М. В., Астащенко С. В., Нейматов Ж. С., Полшкова Л. В. Ятрогенная холестеатома как причина неэффективности тимпанопластики при хроническом гнойном тубо-тимпанальном отите. № 4.

Аникин М. И. Выбор оперативного доступа при миринопластике в зависимости от особенностей клинической анатомии переднего меатотимпанального угла. № 4.

Астащенко С. В., Аникин И. А., Кузовков В. Е., Карапетян Р. В. Реабилитация пациентов с хроническим гнойным средним отитом, перенесших радикальную операцию на среднем ухе, в современных условиях. № 4.

Бердникова И. П., Бобошко М. Ю., Журавлева Т. А., Карпищенко С. А., Мальцева Н. В. Слухопротезирование при дисфункции слуховой трубы. № 4.

Бобошко М. Ю., Голованова Л. Е., Тахтаева Н. Ю., Ефимова М. В. Возрастные нарушения слуха и особенности их коррекции. № 4.

Боджиков А. Р. Пластика стенок околоносовых пазух гомотрансплантатами из деминерализованной кости. № 4.

Васюков М. Н. Морфологическая оценка трахеобронхиального анастомоза, сформированного наложением различных видов микрохирургического шва. № 4.

Владимирова Т. Ю. Влияние степени тяжести кохлеовестибулярных расстройств на психологический статус и показатель качества жизни больного. № 4.

Гаджимирзаев Г. А., Мухраилова З. Т. Лечение круглогодичного аллергического ринита полиоксидонием и эриусом. № 4.

Гарбарук Е. С., Савенко И. В. Пороги регистрации микрофонного потенциала в норме и при различных формах периферической тугоухости у детей. № 4.

Долгов В. А. Клинико-бактериологические показатели в оценке эффективности комплексной терапии обострения хронического гнойного мезотимпанита. № 4.

Долгов В. А. Состояние местного иммунитета во внутреннем ухе при экспериментальном среднем отите. № 4.

Долгов В. А., Иванова Н. И., Лунькова Л. Б. Клинико-бактериологические результаты обследования больных хроническим гнойным средним отитом в определении сроков миринопластики. № 4.

Долгов В. А., Лунькова Л. Б., Иванова Н. И. Местная медикаментозная терапия в подготовительном периоде к миринопластике. № 4.

Дроздова М. В., Преображенская Ю. С., Тырнова Е. В. Экссудативный средний отит у детей с хроническим лимфопролиферативным синдромом. № 4.



Еремин С. А. Реконструкция звукопроводящей системы среднего уха с помощью стеклоиономерного цемента: первые функциональные результаты. № 4.

Забилов Р. А., Султанова Н. В. Комплексное лечение хронического тонзиллита с использованием споробактерина. № 4.

Забилов Р. А., Рахматуллин Р. Р., Щетинин В. Н., Гарифзянова С. М., Грязнов С. А. Использование новых биопластических материалов в клинической практике. № 4.

Извин А. И., Кузнецова Н. Е. Микробиоценоз носоглотки у детей при аденоидных вегетациях, ассоциированных с экссудативным средним отитом. № 4.

Каган И. И., Забилов Р. А. Современная микрохирургия: этапы развития. № 4.

Камалова З. З. Выбор метода хирургического лечения больных хроническим гнойным эпителимпанитом. № 4.

Карпов В. П., Енин И. В., Агранович В. И. Диагностика дисфункции слуховой трубы при экссудативных средних отитах. № 4.

Клименко К. Э., Вишняков В. В. Холодноплазменная хирургия в лечении храпа и синдрома обструктивного апноэ сна. № 4.

Комаров М. В., Рыжков В. К., Аникин И. А., Еремин С. А. Значение каротидной ангиографии и суперселективной эмболизации в диагностике и предоперационной подготовке пациентов с параганглиомой височной кости. № 4.

Кочеткова А. П., Коркмазов М. Ю. Лечение вазомоторного ринита с применением низкочастотного ультразвука в комбинированном виде. № 4.

Луцай Е. Д., Каган И. И. Микроотография стенок подголосовой полости гортани у лиц зрелого возраста. № 4.

Мадисон А. Э., Староха А. В., Хандажапова Ю. А., Кузьмина А. Б., Литвак М. М. Этапная регистрация отоакустической эмиссии при универсальном аудиологическом скрининге новорожденных. № 4.

Никитин К. А., Бачегова Е. М. Лечебная тактика при острой сенсоневральной тугоухости. № 4.

Нугуманов А. А., Нугуманов А. Я. О показаниях к операции Рэмбо. № 4.

Рахматуллин Р. Р., Забилов Р. А., Акимов А. В., Гарифзянова С. М. Разработка наноструктурированного биопластического материала «гиаматрикс» для ото- и ринопластики. № 4.

Русецкий Ю. Ю., Седых Т. К., Чернышенко И. О., Смирнова В. А. Динамика уровня бактериальной контаминации операционной раны на этапах аденотомии и тонзиллотомии. № 4.

Рыков А. Е., Самойлов П. В. Особенности анатометрических характеристик грудного отдела трахеи по данным компьютерной томографии. № 4.

Рябова М. А., Шумилова Н. А. Оперативное лечение полипозно-гнойного риносинусита у больных с аспириновой триадой с использованием лазера и радиочастотной петли. № 4.

Самойлов П. В., Рыков А. Е. Особенности анатометрических характеристик грудного отдела трахеи после операций типа Люиса по данным компьютерной томографии. № 4.

Семенюк Д. Ю., Тимчук Л. Э., Янов Ю. К., Симбирцев А. С., Мироненко А. Н., Корнеев А. А., Конусова В. Г. Особенности хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов у больных гнойным риносинуситом. № 4.

Струнина Е. Ю. Результаты Вестибулометрии у пациентов с начальными признаками недостаточности кровотока по внутренним сонным и позвоночным артериям. № 4.

Умаров П. У., Беличева Э. Г., Бубнова Л. Н., Линьков В. И. Влияние фотомодификации крови на функциональную активность нейтрофилов у больных с острой сенсоневральной тугоухостью. № 4.

Хулугурова Л. Н., Щербик Н. В., Староха А. В., Чуйкова К. И., Литвак М. М. Новый алгоритм лечения вирус-индуцированного экссудативного среднего отита у детей. № 4.

Шишова А. К. Медико-организационные и экономические аспекты оптимизации оториноларингологической помощи в условиях крупного промышленного города. № 4.

Шульга И. А., Лебедев В. В., Каган И. И., Зайцев Н. В., Уксукбаева Н. В. Факторы патогенеза шилоподъязычного синдрома. № 4.

СОДЕРЖАНИЕ

Дискуссионный раздел

Г. М. Портенко, Е. Г. Портенко, Г. П. Шматов

О классификации хронического тонзиллита с позиций современных информационных технологий.	3
Рецензия на статью «О классификации хронического тонзиллита с позиций современных информационных технологий»	9

Научные статьи

А. В. Аксенова, Н. И. Брико, Д. А. Клейменов. Хронические фарингиты, назофарингиты, синуситы и риниты – эпидемиологические показатели распространенности и заболеваемости в Москве и Российской Федерации с 1996 г. по 2009 г.	11
С. В. Астащенко, И. А. Аникин, С. А. Еремин, М. И. Аникин Способ устранения латерализации неотимпанальной мембраны у пациентов, перенесших тимпанопластику	19
Ш. М. Ахмедов, И. Т. Мухамедов, В. С. Корвяков, В. Д. Меланьин, М. В. Лекишвили, И. Л. Жидков, А. С. Зеянин, Н. В. Ситниченко, С. П. Нелюбин, С. О. Ясаков, Е. З. Кочарян, З. Б. Агаронова Сравнительная рентгенологическая картина приживления трансплантатов при пластике костных дефектов черепа у кроликов в разные сроки наблюдения (Экспериментальное исследование).	24
А. М. Ашуров Современный взгляд на проблему сфеноидита	29
В. И. Бабияк, В. Р. Гофман, Я. А. Накатис, В. Н. Тулкин Краниоцефальные синдромы	36
М. Ю. Бобошко, Н. Г. Петрова, М. В. Петров О роли врача оториноларинголога при проведении медицинского освидетельствования лиц призывного возраста	46
В. А. Воронов, О. В. Захаренкова, С. В. Левин, А. А. Карпов Некоторые аспекты лечения головокружений после стапедопластики	50
Г. А. Гаджимирзаев, З. Т. Михраилова, С. Н. Абдулаева, Р. Г. Гаджимирзаева, Э. Г. Гамзатова Оценка эффективности антигистаминной и антиоксидантной терапии при комбинированных аллергиях респираторной системы.	53
А. Л. Гусева, О. В. Кубряк, С. С. Гроховский, С. Д. Чистов, А. Ю. Ратаев Влияние фактора обучения на результаты новой стабилметрической пробы с биологической обратной связью	60
А. М. Еловигов, С. В. Лиленко Симптоматология отосклероза	67
А. Н. Зинкин, М. М. Сергеев Риносинусогенный остеомиелит лобной кости у детей	72

С. А. Иванов, А. В. Пискун Оценка ототоксичности кремниевых наноносителей в эксперименте методом отоакустической эмиссии.	77
З. Х. Каримова Динамика патоморфологических изменений в центральных отделах слухового анализатора при гентамициновой интоксикации под воздействием кортексина в эксперименте	81
А. И. Крюков, Ф. А. Гурбанов Патогенетическая терапия аллергического риносинусита на современном этапе	84
М. О. Кустов, Г. В. Вержбицкий, С. А. Артюшкин, Л. А. Гребенщикова. Современный взгляд на классификацию воспалительных заболеваний наружного уха ..	89
А. С. Лиленко, Х. М. Диаб Хирургическое лечение пациентов с болезнью Меньера.	93
О. А. Меркулов, М. А. Панякина Планирование оптимальной стратегии эндоназальных эндоскопических подходов к хирургическому лечению опухолей основания черепа в педиатрической практике	100
А. Л. Найден, Т. В. Остринская, В. А. Куква Методы дифференциальной диагностики предопухолевых состояний и опухолевых заболеваний гортани	105
Ж. С. Неъматов, И. А. Аникин, М. В. Комаров, И. Ф. Мустивый, Л. В. Полшкова, С. В. Астащенко Причины неэффективности тимпаноластики по закрытому типу	111
Е. В. Шабалдина, Н. Е. Кутенкова, А. В. Шабалдин, В. П. Тихонюк, Г. В. Лисаченко Особенности иммунного и цитокинового статусов у детей с гипертрофией лимфоидного глоточного кольца и сопутствующей аллергией к инфекционным антигенам	118
В. П. Шпотин, Х. М. Галимзянов, Н. В. Еремина, А. И. Проскурин Микробиологическая оценка эффективности применения имунофана после санлирующей операции на ухе	124
Ю. К. Янов, В. И. Пудов, Д. С. Клячко Оптимизация методики регистрации стапедияльного рефлекса у пациентов после кохлеарной имплантации	129
Исторический раздел	
В. И. Бабияк, А. С. Киселев, А. Н. Пащинин, В. Н. Тулкин К 110-летию труда Станислава Федоровича фон Штейна на тему «Учение о функциях отдельных частей ушного лабиринта»	134
Обзоры	
И. А. Аникин, М. В. Комаров Обзор методов удаления отиатрической формы параганглиомы височной кости (glomus tympanicum)	144
Х. М. Диаб о классификации аномалий развития уха.	154
А. Р. Забирова Этиология и патогенез сенсоневральной тугоухости	162
И. В. Литвиненко, Т. А. Бичурина Возможности магнитно-резонансной томографии гортани (обзор литературы)	168

Из практики

И. А. Аникин, С. В. Астащенко, А. В. Третьякова

Случай клинического наблюдения отдаленного рецидива холестеатомы у пациентки с хроническим гнойным средним отитом, перенесшей радикальную операцию на среднем ухе 29 лет назад 173

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

Хирургическое лечение солидных опухолей гортани. 178

Г. А. Гаджимирзаев, Р. Г. Гаджимирзаева, П. А. Абасова

Гигантская холестеатома, приведшая к разрушению костных структур наружного и среднего уха, грани пирамиды, развитию экстрадурального абсцесса и грануляционного наружного отита 181

Школа фармакотерапии

С. В. Рязанцев, И. А. Аникин, М. В. Комаров

Местная терапия наружного диффузного отита. 184

С. В. Рязанцев, М. В. Комаров

Применение кетопрофена и его лизиновой соли в оториноларингологии 188

Е. Г. Шахова, О. Р. Бакумова

Эффективность применения устройства Аква Марис домашний в комплексной терапии острого гнойного синусита. 193

Ю. К. Янов, О. И. Коноплев, Н. Н. Науменко, И. А. Антушева

Антибиотики с повышенным профилем безопасности для кишечной микрофлоры: новые перспективы антибиотикотерапии острых бактериальных риносинуситов 201

Информационный раздел

Сроки подачи тезисов на международные конгрессы. 214

Украинско-Российская конференция оториноларингологов «Инновации в диагностике и лечении ЛОР-заболеваний», посвященная 90-летию кафедры оториноларингологии Харьковского национального медицинского университета МОЗ Украины. 215

Международная научно-практическая конференция Дни науки. 217

Статьи, опубликованные в журнале в 2011 г. 218

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал «Российская оториноларингология»

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

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

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

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

ОБРАЗЕЦ:

УДК: 616.28-072:616.283.1-089.843

Восприятие частоты стимулов при тестировании кандидатов на кохлеарную имплантацию

С. М. Петров

Perception frequency stimulus by test candidates of cochlear implants

S. M. Petrov

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

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

2. Название статьи и фамилии автора (авторов) должны быть указаны на русском и английском языках. Каждая статья должна иметь аннотацию (резюме) на русском и английском языках объемом 8–12 строк (в зависимости от объема статьи), указание количества литературных источников, ключевые слова. Статья должна быть представлена в электронном виде — 3,5" дискета, компакт-диск (CD) — или передана по Internet (e-mail, ftp://).

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

4. Статья должна быть представлена в напечатанном виде (в одном экземпляре), через полтора интервала, кегль 12, шрифт Times, на одной стороне листа A4 (210×297 см) с полями 2,5 см, объемом (без списка литературы) не менее 4–6 страниц.

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

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

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

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

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

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

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

12. В списке литературы: источники указываются строго в алфавитном порядке, причем вначале перечисляются русские, а затем иностранные авторы; автор может указать не более 3 своих предыдущих работ. Ссылки на рукописи (диссертации) не допускаются.

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

14. В тексте статьи следует приводить порядковый номер списка литературы [в квадратных скобках].

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

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

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

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

Книги:

С одним автором

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

С двумя авторами

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

С тремя авторами

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

Авторов больше трех

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

Статьи из журналов:

С одним автором

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

С двумя авторами

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

Авторов больше трех

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

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

Статьи из сборников:

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

Тезисы докладов:

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

Авторефераты:

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

Методические рекомендации:

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

Патентные документы:

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

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

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

Уважаемые коллеги! Редакция имеет право сокращать статьи.

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

При нарушении указанных правил редакция не принимает статьи к рассмотрению.

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