

I S S N 1810-4800



9 771810 480009

РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY

Медицинский научно-практический журнал

Основан в 2002 году

(Выходит один раз в два месяца)

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

Для физических лиц индекс 41225 в каталоге «Пресса России»

Для юридических лиц индекс 41223 в каталоге «Пресса России»

Совместное издание

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

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
уха, горла, носа и речи 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)
И. А. Аникин (Санкт-Петербург)
В. Ф. Антонив (Москва)
М. Р. Богомилский (Москва)
А. Г. Волков (Ростов-на-Дону)
Т. И. Гаращенко (Москва)
Х. Ш. Давудов (Москва)
В. И. Егоров (Москва)
А. С. Киселев (Санкт-Петербург)
В. Э. Кокорина (Хабаровск)
О. И. Коноплев (Санкт-Петербург)

В. И. Кочеровец (Москва)
В. И. Кошель (Ставрополь)
А. И. Крюков (Москва)
С. В. Лиленко (Санкт-Петербург)
Г. С. Мальцева (Санкт-Петербург)
И. И. Нажмудинов (Москва)
Я. А. Накатис (Санкт-Петербург)
Ю. М. Овчинников (Москва)
Е. В. Осипенко (Москва)
В. Т. Пальчун (Москва)
А. В. Пашков (Москва)

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

№ 5 (60) 2012 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Журнал зарегистрирован Государственным комитетом РФ по печати.

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

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

Учредители:

Федеральное государственное 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; tulkin@pfco.ru

Компьютерная верстка: Т. М. Каргапольцева

Подписано в печать 25.09.2012 г.

Формат: 60×90¹/8. Объем 24,5 усл. 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



УДК: 616.216.1-002-03

**СТАДИЙНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА –
ЭЛЕМЕНТ КЛАССИФИКАЦИИ СИНУСИТА****С. С. Лиманский****PHASED DEVELOPMENT OF INFLAMMATORY PROCESS –
AN ELEMENT OF CLASSIFICATION OF A SINUSITIS****S. S. Limansky***ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава»**(Ректор – проф. А. И. Кислов)**Клиника «Доктор Лиманский» Пензенского Министерства здравоохранения
и социального развития**(Директор – О. В. Кондрашова)*

Отсутствие четких критериев для выбора адекватного лечения синуситов требует определения выраженности воспалительного процесса на основании клинических данных. В известных классификациях воспалительный процесс при синуситах подразделяется на острый и хронический, что является весьма условным. Автор предлагает введение в классификацию синуситов критерий фазового развития воспалительного процесса с учетом вероятности обратного его развития.

Автор считает целесообразным подразделение воспалительного процесса на стадии: 1-я стадия – обратимый (компенсированный), 2-я стадия – с частичной утратой способности обратного развития (субкомпенсированный), 3-я стадия – необратимый (некомпенсированный). Такой подход позволит конкретизировать показания для консервативного и хирургического лечения.

Ключевые слова: синусит, стадия воспаления, обратимость воспалительного процесса.

Библиография: 33 источника.

Absence of precise criteria for a choice of adequate treatment of sinusites demands definition of expressiveness of inflammatory process on the basis of the clinical data. In known classifications inflammatory process at sinusites is subdivided on sharp and chronic, that is rather conditional. The author offers introduction in classification of sinusites criterion of phase development of inflammatory process in view of probability of its return development.

The author counts expedient division of inflammatory process at a stage: 1 stage – convertible (compensated), 2-n a stage – with partial loss of ability of return development (subcompensated), 3-n a stage – irreversible (not compensated). Such approach will allow to concretize indications for conservative and surgical treatment.

Key words: a sinusitis, a stage of an inflammation, convertibility of inflammatory process.

Bibliography: 33 sources.

Несмотря на усилия специалистов и на все более расширяющийся арсенал лечебных средств проблема синуситов остается острой [15, 20, 27]. Больше того, количество воспалительных заболеваний околоносовых синусов от года к году увеличивается [18, 21, 24, 26].

Одной из причин, затрудняющих решение этой проблемы, является развитие резистентности микроорганизмов к антибиотикам, чему способствует нерациональное использование последних [5, 16, 17]. Антибиотики, согласно определенным стандартам, назначаются при



УДК: 616.288.6-089.844:616.284-002.258-06

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
С «БОЛЕЗНЬЮ ОПЕРИРОВАННОГО УХА»****З. Б. Агаронова¹, Ш. М. Ахмедов¹, И. Т. Мухамедов¹, М. В. Лекишвили²,
И. Л. Жидков³, А. С. Зеянин³, Е. З. Кочарян³****SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS
WITH MASTOID CAVITY DISEASE****Z. B. Agaronova, S. M. Ahmedov, I. T. Muhamedov, M. V. Lekishvili,
I. L. Jidkov, A. S. Zelyanin, E. Z. Kocharyan**¹ФГУ НКЦ Оториноларингологии ФМБА России, Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)²ФГУ ЦИТО им. Н. Н. Приорова, Москва
(Директор – академик РАН и РАМН, проф. С. П. Миронов)³РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН, Москва
(Директор – проф. С. Л. Дземешкевич)

В данной статье представлен подход авторов к хирургическому лечению пациентов с болезнью оперированного уха. Представлена методика пластики задней стенки наружного слухового прохода с использованием аллоимпланта «Перфоост».

Ключевые слова: болезнь оперированного уха, реконструктивная отохирургия, аллоимплант.

Библиография: 40 источников.

This article presents the authors approach for surgical treatment of patients with mastoid cavity disease. The technique of reconstruction the ear canal posterior wall with alloimplant “Perfoost” has presented.

Key words: mastoid cavity disease, reconstructive ear surgery, alloimplant.

Bibliography: 40 sources.

Болезнь оперированного уха [2, 11, 31], или болезнь трепанационной полости [29], является одной из важных проблем современной отохирургии. Большое социальное значение этого заболевания связано с возникающими при его развитии прогрессирующей тугоухостью, а иногда и глухотой и постоянным гноетечением. Пациенты, страдающие этой патологией, нуждаются в периодическом амбулаторном и стационарном лечении. Также это заболевание ведет к инвалидизации человека с резким ограничением его профессиональной пригодности. Кроме того, социальная адаптация таких пациентов затруднена [7].

Как известно, болезнь оперированного уха возникает после выполнения saniрующих операций по открытому (классическая радикальная, консервативно-радикальная, модифицированная радикальная, щадящие saniрующие операции) или полукрытому (полукрытому) типу, когда малая тимпанальная полость отграничивается от послеоперационной и слухового прохода [19], вследствие чего образуется трепанационная полость с большой раневой поверхностью. Очень часто эпидермизация таких полостей идет медленно, иногда сопровождается усиленной десквамацией тканей, переходящей в заболевание вновь образованного эпидермиса [1]. Также постоянно сохраняется угроза инфицирования открытой раневой поверхности в



27. Семенов Ф. В., Банашек-Мещерякова Т. В. Влияние обогащенной тромбоцитами плазмы на течение раневого процесса после saniрующих операций «открытого» типа на среднего уха // Рос. оториолар. – 2010. – № 3 (46). – С. 145–151.
28. Сидоренко Е. И. Хирургическое лечение травматических повреждений стенок орбиты у детей // Вестн. офтальмологии. – 2005. – Т. 121, № 2. – С. 41–42.
29. Современные аспекты экономической значимости «болезни трепанационной полости» после общеполостной операции на уха / Н. А. Московченко [и др.] // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1987. – № 1. – С. 39–43.
30. Тарасов Д. И., Пятакина О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха. – М.: Медицина, 1988. – 285 с.
31. Толстов Ю. П., Аникин И. А. О клиническом значении состояния трепанационной полости у больных, перенесших радикальную операцию на среднем уха // Вестн. оториолар. – 1999. – № 1. – С. 44–46.
32. Хирургическая коррекция перегородки носа с использованием аллоимплантов Перфоост / Н. А. Дайхес [и др.] // Вестн. оториолар. – 2009. – № 5. – С. 33–36.
33. Beales P. H., Hynes W. Rapid healing after mastoid surgery by the use of the post-auricular flap // J. Laryngol. Otol. – 1968. – Vol. 72, N 9. – P. 888–901.
34. Brown J. A ten year statistical follow up of 1142 consecutive cases of cholesteatoma // Laryngoscope. – 1982. – Vol. 92. – P. 390–396.
35. Evolutia la distant a otomastoiditelor saturate cornice / T. Ataman [et al.] // Otorhinolaringologia. – 1988. – Vol. 33. – P. 193–196.
36. Jansen C. The Combinet Approach for Tympanoplasty // J. Laryng. – 1968. – Vol. 82. – P. 779–793.
37. Large meatoplasty technique for mastoid cavities / J. E. Osborne [et al.] // Clin. Otolaryngol. – 1985. – Vol. 10, N 3. – P. 357–360.
38. Plester D. Die «Alte Radikale» des chichte und Eutwicklung der chirurgie de warrenforsatres // Laryng. Rhinol. Otol. – 1985. – Vol. 27, N 2. – P. 228–232.
39. Sheehy J. L. Cholesteatome surgery in children / J. L. Sheehy // Acta. Otorhino-laryng. Belg. – 1980. – Vol. 34, N 1. – P. 98–106.
40. Smyth G. D. Tympanik Reconstruction Fittle en Vear Repirt on Tympanoplasty. Part. II // J. Laryng. – 1976. – Vol. 90, N 8. – P. 713–742.

Агаронова Зоя Борисовна – мл. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: 8-499-196-64-59, e-mail: zoyarabota@yandex.ru; **Ахмедов** Шамиль Магомедович – канд. мед. наук, ст. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: 8-499-196-64-59, e-mail: shamillor@mail.ru; **Мухамедов** Иса Туктарович – докт. мед. наук, вед. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: 8-499-196-64-59, e-mail: atal1960@mail.ru; **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; **Зелянин** Александр Сергеевич – зав. хирургическим отделением РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2; **Кочарян** Евгения Захарьевна – ст. н. с. отделения патологической анатомии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2.

УДК: 616.284-003.2-07-053.2

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Ш. Э. Амонов, С. Х. Саидов, А. Ш. Амонов

COMPREHENSIVE DIAGNOSIS OF EXUDATIVE OTITIS MEDIA IN CHILDREN

Sh. E. Amonov, S. H. Saidov, A. Sh. Amonov

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан
(Ректор – проф. Б. Т. Даминов)*

В комплексную диагностику экссудативного среднего отита у детей были включены эндоскопия носа и носоглотки, отоэндоскопия и мультиспиральная компьютерная томография височных костей. Результаты обследования 86 больных свидетельствуют о значимости предложенной методики.



Ключевые слова: экссудативный средний отит, аудиометрия, импедансометрия, отоэндоскопия, дисфункция слуховой трубы.

Библиография: 8 источников.

In a comprehensive diagnosis of exudative otitis media in children has been included endoscopy of the nose and nasopharynx, otoendoskopiya and multislice computed tomography of the temporal bone. The survey results show 86 patients of the importance of the proposed methodology of the study.

Key words: exudative otitis media, audiometry, impedancemetry, otoendoskopiya, dysfunction of the auditory tube.

Bibliography: 8 sources.

Проблема патологии органа слуха с каждым годом становится все более злободневной не только в медицинском, но и в социально-экономическом отношении [1]. По частоте встречаемости экссудативный средний отит занимает одно из ведущих мест среди ЛОР-патологии у пациентов детского возраста [4].

Экссудативный средний отит – полиэтиологическое заболевание, характеризующееся наличием транссудата или экссудата в полостях среднего уха и развитием рецидивирующего, вялотекущего негнойного воспаления в слуховой трубе, барабанной полости и клетках сосцевидного отростка, нередко приводящее к стойкой потере слуха.

Среди этиологических причин развития экссудативного среднего отита наиболее активно обсуждаются инфекционные, аллергические, иммунологические факторы [2–8].

В патогенезе экссудативного среднего отита дисфункция слуховой трубы играет важную роль. Поэтому своевременное выявление и устранение причин дисфункции слуховой трубы во многих случаях приводит к полному выздоровлению пациентов [4].

Цель исследования. Изучение диагностической ценности различных методов исследования в диагностике экссудативного среднего отита у детей.

Пациенты и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 86 детей с экссудативным средним отитом в возрасте от 3 до 14 лет, из них 54 (62,8%) мальчика и 32 (37,2%) девочки; 44 (51,2%) ребенка были в возрасте от 3 до 6 лет, 29 (33,7%) – от 7 до 10 лет и 13 (15,1%) – от 11 до 14 лет. Из числа обследованных детей у 65 (75,6%) был диагностирован двухсторонний, у 21 (24,4%) односторонний процесс, у 66 (76,7%) больных острая, у 20 (23,3%) хроническая форма экссудативного среднего отита.

Методика обследования включала изучение жалоб и анамнеза больных, оториноларингологический осмотр, рентгенографию и мультиспиральную компьютерную томографию околоносовых пазух и височных костей. Всем больным – эндоскопия носа и носоглотки, отоэндоскопия и отомикроскопия. Полученные результаты фиксировались видеозаписью, что позволяло судить о динамике течения процесса и при необходимости корректировать тактику лечения. Тимпанометрия, монотимпанометрия проводились с помощью двух тестов: Swallowing и Valsalvation, определяющих проходимость слуховых труб при целой барабанной перепонке. Снижение слуха оценивали по международной классификации тугоухости.

Результаты и их обсуждение. При изучении анамнеза следует отметить следующее: родители 41 (47,7%) больного связывали заболевание с перенесенной ОРВИ, 22 (25,6%) ребенка входили в группу часто болеющих детей, в 14 (16,2%) случаях имел местоотягощенный аллергологический анамнез (экссудативно-катаральный и тимиколимфатический диатез), в 9 (10,5%) случаях сопутствовала глистная инвазия.

Эндоскопия носа и носоглотки показала следующее: у 54 (62,8%) больных имело место проявление аллергического ринита, из них у 34 (63%) оно сочеталось с различными деформациями перегородки носа, у 41 (47,7%) больного определялась полоска гноя, стекающая по задней стенке носоглотки. У 38 (44,2%) больных определялись аденоидные вегетации II–III степени, у 29 (33,7%) аденоиды сочетались с гипертрофией небных миндалин разной степени, у 28 (32,6%) пациентов была отмечена гипертрофия трубных валиков, а у 21 (24,4%) – рубцовые изменения в носоглотке, связанные с ранее перенесенными оперативными вмешательствами (аденотомия или реаденотомия).

При рентгенографии или компьютерной томографии околоносовых пазух у 41 (47,7%) пациента были выявлены различные виды синуситов. Из них у 21 (51,2%) – гайморозтмоидит,



УДК: 616.28-008:616.831.71

МОЗЖЕЧОК**(СООБЩЕНИЕ ВТОРОЕ: ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА, СИНДРОМЫ)****И. А. Аникин¹, В. И. Бабияк², В. А. Воронов², Н. Е. Конеченкова³, А. Н. Пащинин²****CEREBELLUM****(THE SECOND MESSAGE: HISTORICAL BACKGROUND, SYNDROMES)****I. A. Anikin, V. I. Babiyak, V. A. Voronov, N. E. Konechenkova, A. N. Pashchinin**¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России»

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

² ГБОУ ВПО «Северо-Западный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздравсоцразвития России», Санкт-Петербург

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Ю. К. Янов)

³ ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский медицинский педиатрический университет Минздравсоцразвития России»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Э. А. Цветков)

В статье приводится историческая справка о развитии учения о мозжечке, вводятся понятия о болезнях мозжечка, перечисляются с краткой характеристикой авторские неврологические синдромы, признаки которых содержат симптоматику мозжечковых поражений и некоторых заболеваний ушного лабиринта в аспектах отоневрологии.

Ключевые слова: история, синдром, болезнь, атаксия, нистагм, атрофия, арефлексия, наследственность, гипорефлексия.

Библиография: 12 источников.

The history reference happens to In article about development of the teaching about cerebellum, are entered notions about disease of the cerebellum, are enumerated with short feature author's neurological syndromes, which signs contains the symptoms of an cerebellum defeats and some diseases of the ear labyrinth in aspect of otoneurologie.

Key words: history, syndrome, disease, ataxia, nystagmus, atrophy, hereditary.

Bibliography: 12 sources.

История изучения мозжечка

В некоторых первых работах по анатомии Аристотеля и Галена мозжечку не отводилось какой-либо значимой роли. Первым, кто предположил функциональную значимость мозжечка, был Андреас Везалий.

Первое серьезное экспериментальное изучение мозжечка было предпринято Роландо в 1809 году [2]. Повреждая или удаляя мозжечок у различных животных, он обратил внимание на нарушение у них произвольных движений и установил связи мозжечка с гомолатеральными частями тела. Эти наблюдения были продолжены М. Флурансом в 1830 году [1], который выдвинул концепцию о регуляторном влиянии мозжечка на двигательную активность. Им же впервые была отмечена высокая степень компенсации, наступающая после частичного удаления мозжечка. Франс и Ф. Мажанди в 1824 году на основании экспериментов по перерезке ножек мозжечка рассматривали его как центр нервных механизмов равновесия [1]. Новый период в изучении функций мозжечка начинается с работ Лучано (1891), которому удалось наблюдать за животными в течение длительного времени после удаления мозжечка и произвести тщательный анализ симптомов поражения мозжечка. Им впервые была создана обоснованная теория о функциях мозжечка, получившая в свое время широкое признание [12]. Исследования Лучано показали, что основным комплексом двигательных нарушений мозжечкового происхождения является *атаксия*, включающая такие симптомы, как *атония*, *астазия* и *астения* (триада Лучано) [4]. Согласно Лучано, мозжечок является вспомогательным органом голов-



УДК: 616.284.7-002.3

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ МАСТОИДИТА У ДЕТЕЙ

Н. В. Бойко¹, Г. Г. Сорока², А. П. Давыдова¹

PRESENT-DAY CHILDREN'S MASTOIDITIS CHARACTERISTICS

N. V. Boyko, G. G. Soroka, A. P. Davydova

¹ ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

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

² МЛПУЗ горбольница № 1 им. Н. А. Семашко, г. Ростов-на-Дону

(Главный врач – засл. врач РФ, канд. мед. наук В. Г. Жданов)

Несмотря на длительную историю хирургии уха, до настоящего времени нет единых взглядов на определение показаний к операции при мастоидите. В публикациях последних лет часто высказывается мнение, что мастоидэктомия была основным методом лечения острого мастоидита (ОМ) в доантибиотиковую эру, а внедрение антибиотикотерапии радикально изменило не только клинику, но и тактику лечения этого заболевания.

Произведен ретроспективный анализ 16 наблюдений ОМ у детей в возрасте от 1 года до 13 лет. Больные были разделены на три группы: в 1-ю группу включены 6 детей, у которых выздоровление достигнуто применением парацентеза и антибиотикотерапии, во 2-ю группу – 8 детей, подвергнутых хирургическому вмешательству на сосцевидном отростке, и в 3-ю группу – 2 детей с латентным течением мастоидита, диагностированного после развития осложнений. Анализ клинических симптомов выявил признаки, которые являются предикторами необходимости хирургического лечения.

Ключевые слова: острый мастоидит, острый средний отит, мастоидэктомия.

Библиография: 34 источника.

Despite a long-lasting ear surgery, no unified views upon the mastoid disease surgical judgment have been developed so far. The recent publications have repeatedly expressed an opinion on mastoidectomy being the major method of acute mastoiditis (AM) treatment in the pre-antibiotic time, while antibiotic therapy meant a radical change of not just the clinical picture, but also the modality of the said disease.

A retrospective analysis of 16 cases of AM in of children aged between 1 and 13 was carried out. All patients were split into 3 groups. Group 1 included 6 children whose recovery was due to the application of paracentesis and antibiotic treatment; group 2 included 8 children who underwent mastoid surgical intervention; group 3 included 2 children with delitescant mastoid disease diagnosed after complications development. A clinical symptom analysis revealed those signs predicting the operative therapy demand.

Key words: acute mastoiditis, acute otitis media, mastoidectomy.

Bibliography: 34 sources.

Острый средний отит (ОСО) – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний у детей. 85% детей переносят ОСО хотя бы раз в жизни.

В начале XX века ОСО почти в половине случаев осложнялся острым мастоидитом (ОМ); в 20% случаев острый мастоидит сопровождался субпериостальным абсцессом, а у 2,3% больных с субпериостальным абсцессом развивались внутричерепные осложнения [20]. В настоящее время в связи с широким применением антибиотиков течение и клиника осложненного среднего отита претерпела значительные изменения. С появлением первых антибактериальных препаратов заметно упала частота развития ОМ [21, 28]. В 1946 году Н. Р. House et al. [22] сообщили о сокращении числа мастоидэктомий на 80% после внедрения в практику сульфонамида. Т. Palva et al. [28, 29] отметили снижение частоты ОМ при остром среднем отите с 0,4 до 0,004% за период с 1959 по 1985 год.

В последнее десятилетие вновь наметился рост числа мастоидитов у детей [5, 11, 16, 17]. Возможными причинами такого увеличения называют склонность к латентному течению мастоидита на фоне антибиотикотерапии, рост антибиотикоустойчивости бактериальной флоры,



30. Pneumococcal mastoiditis in children and the emergence of multidrug-resistant serotype 19A isolates / J. Ongkasuwan [et al.] // Pediatrics. – 2008. – Vol. 122. – P. 34–39.
31. Rosen A., Ophir D., Marshak G. Acute mastoiditis in children: a review of 69 cases // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1986. – Vol. 95. – P. 222–224.
32. Suppurative complications of acute otitis media in the era of antibiotic resistance / J. S. Zapalac [et al.] // Arch Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2002. – Vol. 128. – P. 660–663.
33. Taylor M. F., Berkowitz R. G. Indications for mastoidectomy in acute mastoiditis in children // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2004. – Vol. 113. – P. 69–72.
34. Vera-Cruz P., Farinha R. R., Calado V. Acute mastoiditis in children – our experience // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryng. – 1999. – Vol. 50. – P. 113–117.

Бойко Наталья Владимировна – докт. мед. наук, профессор каф. болезней уха, горла и носа Ростовского ГМУ. 344000, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29, тел.: 8-863-239-91-59, e-mail: nvboiko@gmail.com; **Сорока** Гюзель Геннадиевна – врач-оториноларинголог детского ЛОР-отделения горбольницы № 1 им. Н. А. Семашко. 344010, Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 105, тел.: 8-863-239-91-37; **Давыдова** Анна Петровна – канд. мед. наук, ассистент каф. болезней уха, горла и носа Ростовского ГМУ. 344000, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29, тел.: 8-863-239-91-59, e-mail: apdavydova@pochta.ru.

УДК: 616.216.2-003.93-089.843.001.42

ХАРАКТЕР РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПЛАСТИКИ ДЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫХ КОСТНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ

А. Г. Волков, А. Р. Боджоков, И. И. Ромашевская

CHARACTER OF PROCESSES IN THE EXPERIMENT WITH VARIOUS PLASTICS DEMINERALIZED BONE GRAFT

A. G. Volkov, A. R. Bodzhokov, I. I. Romaszewska

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет
Минздравсоцразвития России»

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

Исследование репаративных процессов в лобных костях черепа белых крыс при имплантации деминерализованного костного трансплантата. Материалы и методы. Проведено исследование на 31 беспородных белых крысах для определения сроков репаративных процессов в лобных костях черепа в течение 90 дней. Для эксперимента был использован деминерализованный костный трансплантат из бедренной кости здоровых белых крыс. Оценку остеогенеза провели через 30, 60 и 90 дней. Микроскопически в трансплантате наблюдались признаки перестройки с формированием новообразованной остеонной и относительно зрелой костной ткани. Процессы регенерации после имплантации деминерализованного костного трансплантата в области лобных костей белых крыс завершаются через 90 дней.

Ключевые слова: белая крыса, остеогенез, деминерализованная кость.

Библиография: 12 источников.

The study of reparative processes in the frontal skull bones of white rats after implantation of demineralized bone graft. Materials and Methods: A study of 31 mongrel white rats to determine the terms of reparative processes in the frontal bones of the skull for 90 days. For the experiment has been used demineralized bone graft from the femur of healthy white rats. Results: Assessment of bone formation



had 30, 60 and 90 days. Microscopically there were signs of graft reconstruction with the formation of newly formed osteoid and relatively mature bone tissue. Summary: Regeneration after implantation of demineralized bone graft in the frontal bones of white rats terminated after 90 days.

Key words: *white rat, osteogenesis, demineralized bone.*

Bibliography: 12 sources.

При пластике костных послеоперационных дефектов стенок околоносовых пазух и костных структур носа некоторые клиницисты [1, 2, 4, 5, 7, 11] используют деминерализованные костные трансплантаты (ДКТ). ДКТ обладают хорошей упругостью, легко моделируются, обладают минимальной антигенной активностью, но главное – способностью после имплантации интенсивно индуцировать остеогенез. Физические качества их удобны для проведения восстановительных и заместительных пластических операций, они упруги, гнутся, легко режутся, вяжутся узлом, в измельченном виде принимают задаваемую им форму [9, 10]. Данных о регенерации костной ткани в лобных костях экспериментальных животных нами не обнаружено.

Для эксперимента мы взяли 31 беспородную белую крысу, массой 260–320 г каждая, из них 11 – для I этапа и 20 – для II этапа. Данные животные были взяты, несмотря на то что, по мнению некоторых исследователей, у них имеется высокая восприимчивость к инфекционным заболеваниям [3], хотя есть работы, опровергающие это мнение [6, 8, 12].

Двухэтапное исследование уточнило сроки репаративных процессов в лобных костях черепа экспериментальных животных при формировании искусственного дефекта с пластикой его ДКТ (или без такового). Данные наших исследований на первом этапе показали, что после 90 дней имплантации фрагментов ДКТ в условиях стерильной раны репарация завершается формированием полноценной кости, которое макроскопически проявляется исчезновением границ между собственной костью и трансплантатом, а микроскопически – отчетливо видимыми гаверсовыми каналами и полноценным костным мозгом.

Участие во II этапе эксперимента принимали три группы белых крыс по 5 в 1-й и 3-й группах (10 животных) и 10 – во 2-й группе. В 1-й группе проводили резекцию фрагмента лобной кости без имплантации материала, во 2-й (10 животных) – имплантацию «цельного, т. е. неповрежденного» ДКТ, в 3-й – имплантацию перфорированного ДКТ. Для имплантации использовали ДКТ, полученные, обработанные и консервированные по специальному заказу из бедренных костей белых беспородных крыс.

Вмешательства у этой группы экспериментальных животных осуществляли следующим образом: после общего обезболивания и местной анестезии проводили разрез мягких тканей, затем ткани отсепаровывали от кости, а после этого цилиндрическими фрезами диаметром 5 мм в лобной области по средней линии накладывали отверстие у каждого животного, при трепанации резецируя только наружную пластинку и диплоетическую часть лобной кости. В 1-й группе животных после этих манипуляций мягкие ткани ушивали наглухо. У 5 животных 2-й группы с помощью специальных пробойников диаметром 5 мм из ДКТ заранее выкраивали соответствующие круглые фрагменты из консервированного ДКТ крыс и укладывали заподлицо в фрезерованную костную рану, а у других 5 – внахлест в сформированные фрезерные отверстия лобной кости, а мягкие ткани также ушивали наглухо. В 3-й группе животных после наложения отверстий в лобной кости в них вводили заранее перфорированные фрагменты ДКТ такого же диаметра, что и фрезерные отверстия (все перфорации в имплантируемой кости были заранее сформированы хирургическим CO₂-лазером) и укладывали в костные раны заподлицо, а мягкие ткани ушивали наглухо.

Изучение морфологической картины процесса трансплантации цельного и перфорированного ДКТ проводили через 30, 60 и 90 дней после нанесения травмы лобной кости и установки ДКТ.

Через 30 суток микроскопическая картина при исследовании имплантации цельного ДКТ была пестрой. Полиморфизм морфологических изменений обусловил как изменения структуры самого трансплантата, так и вторичные репаративные сопряженно протекавшие процессы. Уже было указано, что одной из особенностей ДКТ является его способность к процессу био-



УДК:616.211-002.193-056.3+616.248-036.2-053.5

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА,
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ****И. М. Гайдук¹, Д. С. Коростовцев², Н. Л. Шапорова¹, О. В. Трусова²,
Д. В. Брейкин****THE EPIDEMIOLOGY OF ALLERGIC RHINITIS
AND BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN****I. M. Gaiduk, D. S. Korostovtsev, N. L. Shaporova, O. V. Trusova, D. V. Breykin**¹ ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова Минздрава России»

(Директор – проф. С. Ф. Багненко)

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

(Директор – проф. В. В. Леванович)

Цель: выявить распространенность аллергических заболеваний (аллергический ринит, аллергическая бронхиальная астма) у школьников двух возрастных групп.

Пациенты и методы: проведено в два этапа эпидемиологическое исследование 5000 школьников в возрасте 7–8 лет и 13–14 лет с использованием стандартизированной анкеты ISAAC с дальнейшей врачебной верификацией диагноза.

Результаты: истинная распространенность аллергических заболеваний среди школьников превышает данные официальной статистики.

Ключевые слова: школьники, аллергический ринит, бронхиальная астма, распространенность аллергических заболеваний.

Библиография: 17 источников.

The aim of the study: to evaluate the prevalence of allergic diseases (allergic rhinitis, atopic bronchial asthma) in school-children of two age groups.

Patients and methods: the epidemiologic study was conducted in two phases in 5000 school-children aged 7 to 8 years and 13 to 14 years using the standard ISAAC questionnaire with subsequent diagnosis verification by the allergologist.

Results: the proven prevalence of allergic diseases exceeded the data of official medical statistical records.

Key words: school-children, allergic rhinitis, bronchial asthma, prevalence of allergic diseases

Bibliography: 17 sources.

Аллергические заболевания (АЗ) относятся к наиболее распространенной патологии. Заболеваемость АЗ постоянно растет. В настоящее время эти заболевания охватывают 20–50% детского населения.

Данные официальной статистики, регистрирующие АЗ, значительно отличаются от данных получаемых в эпидемиологических исследованиях. При проведении эпидемиологических исследований используются следующие источники сведений о заболеваемости:

- данные официальной отчетности органов здравоохранения;
- результаты массовых медицинских обследований детей и подростков.

Сведения о заболеваемости, полученные из официальных источников, доступны и имеют определенную ценность, так как позволяют проанализировать данные заболеваемости, распространенности и обращаемости в динамике за несколько лет. Однако данные официальной статистики имеют ряд недостатков:

- обычная статистика обеспечивает информацию лишь о тех больных, которые обращаются за медицинской помощью;
- не все болезни подлежат обязательной регистрации;



УДК: 616.28-009-057:613.62:665.6./7:304.3

ХАРАКТЕР ВЛИЯНИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТНИКОВ НЕФТЯНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

С. И. Геюшова

CHARACTER OF INFLUENCE OF NEUROSENSORY HEARING LOSS ON ABILITY TO WORK AND QUALITY OF LIFE OF WORKERS OF OIL-PROCESSING INDUSTRY

S. I. Goyushova

Центральная больница нефтяников, Баку, Азербайджан
(Главный врач – канд. мед. наук Г. И. Юзбашев)

Нейросенсорная тугоухость (НСТ) – наиболее часто выявляемая патология среди работников нефтеперерабатывающей промышленности (НПП), в которой такие факторы риска, как шум и вибрация не имеют доминантного значения. НСТ формирует значительные трудовые потери и снижает качество жизни, что наносит производству социально-экономический ущерб. Характеризуется очень низкой обращаемостью за медицинской помощью из-за боязни последующей профессиональной деqualификации и инвалидности. Повышение обращаемости позволит своевременно предотвратить дальнейшее ухудшение тугоухости и повысить эффективность лечебно-реабилитационных мер.

Ключевые слова: нейросенсорная тугоухость, нефтеперерабатывающая промышленность.

Библиография: 19 источников.

Neurosensory hearing loss (NHL) the most often exposed pathology among the workers of oil-processing industry, in that such risk factors, as noise and vibration, do not have a dominant value. NHL forms considerable labor losses and reduces quality of life, that inflicts a socio-economic damage to the production. Characterized by very low turned after medical aid from dread of subsequent professional disqualification and disability. The increase of turned will allow in good time to prevent the further worsening of hearing loss and promote efficiency of medical-rehabilitation measures.

Key words: neurosensory hearing loss, oil-processing industry.

Bibliography: 19 sources.

Нейросенсорная тугоухость – полиэтиологическое заболевание, основным субъективным и объективным проявлением которого считается нарушение разборчивости речи. В ее основе лежит индивидуальная предрасположенность органических и функциональных структур слухового анализатора к повреждающему действию эндо- и экзогенных факторов [5, 10, 12, 13, 16]. НСТ в настоящее время – одно из распространенных заболеваний уха, особенно в промышленных предприятиях, производство в которых связано с шумом и вибрацией, что приводит к потере трудоспособности, деqualификации и инвалидности работников. Достаточно сказать, что только в России зарегистрировано свыше 240 тыс. инвалидов по слуху и более 13 млн лиц с социально значимыми нарушениями слуха [4, 8]. В то же время состояние заболеваемости НСТ и влияние ее на трудоспособность работников крупных промышленных объектов, в которых они не подвергаются прямому или длительному воздействию шума и вибрации, изучены недостаточно [1, 9, 15].

Всемирной ассамблеей здравоохранения 23 мая 2007 г. принят и одобрен Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008–2017 гг., где отмечено, что работающие представляют собой половину общей численности населения всего мира и вносят основной вклад в экономическое и социальное развитие. Их здоровье определяется не только теми факторами риска, которые присутствуют на рабочем месте, но и социальными и индивидуальными факторами, а также доступом к медико-санитарным услугам [7]. В связи с этим сохранение здоровья работников, от которого зависит достижение производственного эффекта, требует



УДК: 616.284.65-089:616.284+616.281]-007

**ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ЛИЦЕВОГО НЕРВА
ПРИ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА****Х. М. Диаб¹, И. А. Аникин¹, Н. Н. Хамгушкеева¹, К. В. Герасимов²****INTRAOPERATIVE FACIAL NERVE MONITORING
IN MALFORMATIONS OF THE MIDDLE AND INNER EARS****H. M. Diab, I. A. Anikin, N. N. Khamgushkeeva, K. V. Gerasimov**¹ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России»

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

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

(И. о. зав. каф. оториноларингологии – проф. В. В. Дворянчиков)

Атипичное расположение канала лицевого нерва чаще встречается при аномалиях развития уха. При данной патологии одной из сложных задач отохирурга является его идентификация. В данное исследование было включено 13 пациентов с аномалией развития среднего и внутреннего уха, которые подверглись кохлеарной имплантации и ревизионной тимпанотомии с применением интраоперационного мониторинга лицевого нерва. Были проанализированы показатели электрической стимуляции лицевого нерва с разных участков фаллопиева канала. О наличии дефекта стенки костного канала лицевого нерва свидетельствует порог электрической стимуляции $0,31 \pm 0,1$ мА. Таким образом, применение мониторинга лицевого нерва при аномалиях развития среднего и внутреннего уха является полезным дополнением для его идентификации и снижению риска его травмирования.

Ключевые слова: лицевой нерв, аномалия развития среднего и внутреннего уха, электромиография (ЭМГ), интраоперационный мониторинг.

Библиография: 17 источников.

Atypical facial nerve course can be found in a significant number of cases with aural anomalies. In this pathology one of the most difficult object for otosurgeon is identification of the facial nerve canal. This study included 13 consecutive patients with malformations of the middle and inner ears who underwent cochlear implantation and revision tympanotomy operations on ear with application of intraoperative neuromonitoring. Performance of electrical stimulation of different parts of the fallopian canal were analyzed. The threshold of electrical stimulation of $0,31 \pm 0,1$ mA indicates presence of a defect of the bone wall of the facial nerve canal. Thus, the use of facial nerve monitoring in the malformations of the middle and inner ear is a useful complement to his identification and reduce the risk of his injury.

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

Bibliography: 17 sources.

Врожденная аномалия развития органа слуха – очень серьезная врожденная патология, так как может сопровождаться нарушением слуховой функции, что ведет к нарушению речи и инвалидизации пациента. Частота встречаемости врожденных пороков развития уха, по данным литературы, составляет от 1 : 10 000 до 1 : 20 000 новорожденных [4, 8, 9, 12, 14, 15, 17]. Аномальное расположение лицевого нерва, по данным S. Koyama и др., было найдено в 76% случаев у детей с аномалией развития уха [5]. Тем более не всегда на дооперационном этапе можно диагностировать аномалию прохождения и наличие костной стенки канала лицевого нерва. Так, по данным М. А. Шустера (1970), в норме дегисценции канала лицевого нерва в горизонтальной части у детей до 4 лет встречается в 58% наблюдений [3]. Хирургическое лечение аномалии развития уха может привести к травматическому парезу или параличу лицевого нерва вследствие его атипичного расположения (по данным Y. F. Swartz, в 10% случаев развивается парез лицевого нерва [15]), а также при отсутствии костной стенки в горизонтальной



УДК: 616.284-004-089-089.168

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО ТЕФЛОНОВОГО ПРОТЕЗА СТРЕМЕЧКА ДЛЯ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

А. М. Еловигов

RESULTS OF APPLICATION OF MODIFIED TEFLON STAPES PROSTHESIS FOR STAPEDOPLASTY

A. M. Elovikov

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера
Минздрава России»
(Ректор – проф. И. П. Корюкина)

Проведено сравнительное исследование в период с 2001 по 2009 г. на двух группах пациентов. Основная группа – 159 пациентов (34 мужчины, 125 женщин), у которых при стапедопластике применен модифицированный протез стремечка. Группа сравнения: 145 пациентов (32 мужчин, 113 женщин), у которых на операции использован традиционный протез. Модифицированный тefлоновый протез стремечка для стапедопластики позволяет получить лучшие результаты по речевому, тональному слуху и длительности лабиринтной реакции по сравнению с традиционным тefлоновым протезом ($p < 0,001$). Данный протез стремечка обладает лучшими по сравнению с традиционными способностями проведения звука в речевом диапазоне частот и вызывает меньшую реакцию со стороны внутреннего уха.

Ключевые слова: хирургическое лечение отосклероза, стапедопластика, результаты улучшения слуха, протез стремечка.

Библиография: 2 источника.

Comparative research during the period with 2001 for 2009 on two groups of patients is carried out. The basic group – 159 patients (34 men, 125 women) at which at stapedoplasty the modified teflon-piston is applied. comparison group: 145 (32 men, 113 women) at which in operation the traditional teflon-piston is used. The modified teflon stapes prosthesis for stapedoplasty the best results on speech, voice-frequency hearing and duration postoperative vertigo allow to receive reactions in comparison with traditional a teflon stapes prosthesis ($p < 0,001$). The given artificial stapes prosthesis possesses the best in comparison with traditional abilities of carrying out of a sound in a speech range of frequencies and causes smaller reaction from an internal ear.

Key words: surgical treatment of otosclerosis, stapedoplasty, the hearing results, stapes prosthesis (stapes teflon-piston)

Bibliography: 2 sources.

Оптимальный протез стремечка для хирургии отосклероза является все еще вопросом дебатов [2]. Модифицированный вариант тefлонового протеза стремечка представляет собой поршневой протез с крепежной головкой, основным отличием которого от стандартного является смещение центра тяжести к крепежному узлу [1].

Пациенты и методы исследования. Для сравнительной оценки результатов применения модифицированного протеза стремечка созданы две группы пациентов (общее количество пациентов 263): в основную группу вошли 159 пациентов (34 мужчины, 125 женщин – 188 ушей); группу сравнения составили 145 пациента (32 мужчин, 113 женщин – 145 ушей), при операции у которых использовались традиционные протезы: классический тefлоновый протез с круглым (8 ушей) или крестообразным отверстием в головке (137). Все операции выполнены в период 2001–2009 гг. одним хирургом в одном лечебном учреждении. Для определения равнозначности данных в основной (с применением модифицированного протеза стремечка при стапедопластике) и группе сравнения (традиционный протез) проведен сравнительный статистический анализ с использованием двухвыборочного критерия Колмогорова–Смирнова. При сравнении групп достоверных различий в показателях не выявлено ($p > 0,05$).



ЛИТЕРАТУРА

1. Пат. № 68288 Российская Федерация. 27.11.2007. Протез стремечка для стапедопластики / А. М. Еловигов; заявитель и патентообладатель. – № 2007126046, заявл. 09.07.2007; опубл. 27.11.2007. – 3 с.
2. Hüttenbrink K. B. Biomechanics of stapesplasty: a review // Otol. Neurotol. – 2003, N 4 (24). – С. 548–557.

Еловигов Алексей Михайлович – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. оториноларингологии Пермской ГМА им. акад. Е. А. Вагнера. 614000. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26. тел.: 8-919-458-23-05, e-mail: aleks.elovikov@yandex.ru

УДК: 616.284-004-07: 616.284-073:577.31

УСЛОВИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРОТЕЗА СТРЕМЕНИ С ПОЗИЦИИ БИОМЕХАНИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

А. М. Еловигов¹, А. А. Селянинов², Ю. И. Няшин², С. В. Лиленко³

CONDITIONS OF FUNCTIONING OF THE STAPES PROTHESIS FROM THE POSITION OF BIOMECHANICAL MODELLING

A. M. Elovikov, A. A. Selyaninov, Y. I. Nyashin, S. V. Lilenko

¹ ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера Минздравсоцразвития России»

(Зав. каф. оториноларингологии – канд. мед. наук, доцент А. М. Еловигов)

² ГБОУ ВПО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»

(Зав. каф. теоретической и прикладной механики – засл. д. н. РФ, проф. Ю. И. Няшин)

³ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ ЛОР Минздравсоцразвития России»

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

На основании математической модели рассмотрены условия биомеханического функционирования протеза стремени, применяемого при отосклерозе. При использовании традиционного стержневого протеза стремечка возникают условия для избыточных колебаний проксимального конца протеза в отверстии подножной пластинки, что может привести к травме рецептора улитки. Предложено изменение протеза стремечка за счет смещения центра тяжести к головке. Смещение центра тяжести импланта стремени человека в область крепления с наковальней уменьшает его динамическое давление на стенки отверстия в подножной пластинке и ударные нагрузки на стенку отверстия, уменьшает поперечное биение конца импланта за подножной пластинкой во внутреннем ухе человека.

Ключевые слова: отосклероз, биомеханическое сопровождение стапедопластики, операции на стремени, протез стремечка.

Библиография: 9 названий.

On the basis of mathematical model conditions of biomechanical functioning of an stapes prosthesis applied are considered at otosclerosis. At use of a traditional rod an stapes prosthesis there are conditions for superfluous fluctuations the an stapes prosthesis end in an aperture of an the stapes footplate that can lead to a trauma of a receptor of a snail. An stapes prosthesis change at the expense of displacement of the centre of gravity to a head is offered. Displacement of the centre of gravity stapes implant of the person in area of fastening with an anvil allows to reduce its dynamic pressure upon aperture walls in an the stapes footplate and shock loadings by an aperture wall, reduces cross-section palpation of the end implant behind an the stapes footplate in an internal ear of the person.

Key words: otosclerosis, biomechanics accompaniment of stapedosplasty, stapes surgery, stapes prosthesis.

Bibliography: 9 sources.



УДК: 612.789:616.89-008.434.35

ВЛИЯНИЕ РИТМИЧЕСКИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ НА КАЧЕСТВО РЕЧИ ЗАИКАЮЩИХСЯ**В. А. Калягин¹, Т. Г. Кузнецова², Т. С. Овчинникова³****INFLUENCE OF RHYTHMIC STIMULUS ON QUALITY OF SPEECH OF THE STAMMERING****V. A. Kaliagin, T. G. Kuznetsova, T. S. Ovchinnikova**¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха горла носа и речи Минздравсоцразвития России»

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

² Институт физиологии им. И. П. Павлова РАН, Санкт-Петербург

(Директор – чл.-корр. РАН, проф. Д. П. Дворецкий)

³ Ленинградский государственный университет им. А. С. Пушкина, Санкт-Петербург
(Ректор – засл. учитель школы РФ, проф. В. Н. Скворцов)

В статье рассматриваются возможности использования воздействия ритмических стимулов на речь в целях совершенствования терапии заикания. Представлены сведения о речевом и неречевом поведении заикающихся подростков в условиях воздействия ритмических раздражителей разной модальности.

Ключевые слова: речь, заикающиеся, дети, взрослые, усвоение ритма, коррекция заикания.

Библиография: 23 источника.

In article are considered possibility of use of rhythmic stimulation of speech with a view of perfection of therapy of stutter. Data on speech and nonverbal behaviour of stammering teenagers in the conditions of stimulation by a metronome and music are presented. Specificity of influence of these two factors is shown.

Key words: speech, stammering, children, adult, rhythm mastering, stutter correction.

Bibliography: 23 sources.

Установление закономерностей взаимных влияний окружающей среды и систем человеческого организма представляет одну из фундаментальных проблем современной науки. Важным фактором успешности автоматизации любого навыка, речевого в том числе, является многократное повторение какого-либо элементарного движения. Ритмы (ritmicos – повторяющийся) представляют собой наиболее общие характеристики разнообразных природных, в том числе биологических, явлений, что способствовало появлению таких наук, как хронобиология и биоритмология. На сегодня количество исследований в этой области знаний чрезвычайно велико, а их тематика весьма разнообразна: от работ А. Л. Чижевского [15], показавшего влияние солнечной активности на биологические процессы на земле, до работ физиологов Н. Е. Введенского [1], А. А. Ухтомского [14], И. П. Павлова [13] и др., посвященных закономерностям разнообразных ритмов живых организмов и влиянию на них внешних ритмов. Классическими примерами являются феномен усвоения ритма, открытый А. А. Ухтомским, и выработка динамического стереотипа пищевых реакций в лаборатории И. П. Павлова.

Помимо общетеоретического значения понимание закономерностей ритмической организации живых систем чрезвычайно важно для решения разнообразных прикладных задач, среди которых особое место занимает оптимизация коррекции речи при заикании.

Речь человека представляет собой совокупность сложно организованных ритмов, от правильного взаимодействия которых зависит успешность ее применения, поэтому ритмической организации речи посвящены многочисленные исследования, например, в списке таких исследований, представленном в интернете в 2003 г., дается перечень более 900 работ. В этих работах рассматриваются природа речевых ритмов и их проявления. Чаще всего рассматривается ритм устной речи, обусловленный распределением в ней ударных и безударных слогов. Нарушение



УДК: 616.216.1-002-036.11

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Ж. З. Каримов

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS OF ACUTE INFLAMMATORY DISEASES OF THE MAXILLARY SINUS

J. Z. Karimov

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

Нами обследовано 95 больных с острыми гнойными гайморитами. Всем больным проводились общее оториноларингологическое обследование, УЗИ придаточных пазух носа, рентгенографическое исследование околоносовых пазух, посев содержимого пазух на микробную флору с определением чувствительности к антибиотикам. Содержимое пазухи подвергнуто исследованию pH, определению вязкости и мукополисахаридов.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения современных методов исследования для правильной постановки диагноза. Определение физико-химических свойств содержимого пазухи позволяет установить характер экссудата и является необходимым звеном для выбора лечения больных с острыми воспалительными заболеваниями околоносовых пазух.

Ключевые слова: острый гнойный гайморит, диагностика, мукополисахариды, вязкость, pH носовой полости, ультразвуковое исследование придаточных пазух.

Библиография: 4 источника.

We examined 95 patients with acute purulent sinusitis. All patients carried out total otorhinolaryngological examination, ultrasound examination of the paranasal sinuses, x-ray study of the paranasal sinuses, culture of sinus content on microbial flora, with the definition of sensitivity to antibiotics. The content of the sinuses subjected to the study of pH, viscosity, and determination of mucopolysaccharides.

Our findings suggest the need of modern methods of research for the correct diagnosis. Determination of physico-chemical properties of the content of the sinuses to determine the nature of exudate and is necessary step to select the treatment of patients with acute inflammatory diseases of the paranasal sinuses.

Key words: acute purulent sinusitis, diagnosis, mucopolysaccharides, viscosity, pH nasal cavity, paranasal sinuses ultrasound.

Bibliography: 4 sources.

Проблема диагностики и лечения острого и обострения хронических параназальных синуситов остается актуальной, так как в настоящее время заболеваемость синуситами продолжает оставаться высокой. По данным литературы, за последние десять лет она выросла в три раза [3], от 5 до 15% взрослого населения в мире страдает от различных форм синусита [1], а данная категория больных составляет от 15 до 36% пациентов оториноларингологических стационаров [2].

По мнению многих авторитетных исследователей, в мире наблюдается устойчивая тенденция к существенному росту заболеваемости, переходу процессов в хронические с учащением и утяжелением рецидивов заболевания после проведенного консервативного и хирургического лечения. Это происходит, несмотря на значительные успехи в изучении этиологии, патогенеза заболевания, а также на фоне внедрения в практику принципиально новых методов лечения, профилактики и самых сильных антибактериальных и противовоспалительных медикаментов [1, 3].

Актуальность изучения проблемы синуситов обусловлена и тем, что основные симптомы этого заболевания: лицевая и головная боль, затруднение носового дыхания, гнойные выде-



УДК: 616.289-073.756.8:616.284-004

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ – РЕАЛЬНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТИМПАНОТОМИИ**Л. А. Кулакова¹, И. В. Бодрова², А. С. Лопатин¹, С. К. Терновой²****FUNCTIONAL MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY OF THE TEMPORAL BONE IS THE REAL ALTERNATIVE OF DIAGNOSTIC TYMPANOTOMY****L. A. Kulakova, I. V. Bodrova, A. S. Lopatin, S. K. Ternovoy***ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздравсоцразвития РФ»**(¹Зав. каф. болезней уха, горла и носа – проф. А. С. Лопатин; ²зав. каф. лучевой диагностики и терапии – академик РАМН, проф. С. К. Терновой)*

Данная работа посвящена изучению возможностей функциональной мультиспиральной компьютерной томографии (фМСКТ) в определении причин кондуктивной потери слуха при интактной барабанной перепонке. Нередко такие больные направляются в хирургические стационары с диагнозом отосклероз. Проведены МСКТ- и фМСКТ-исследования височных костей у 31 пациента. Все больные были прооперированы, и полученные данные фМСКТ были сопоставлены с интраоперационными находками. Точность диагностики, достигнутая с помощью фМСКТ, позволила уточнить диагноз, определить оптимальную тактику, объем и прогноз предстоящего хирургического вмешательства, а также полностью отказаться от проведения диагностической (пробной) тимпанотомии.

Ключевые слова: мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) височных костей, функциональная МСКТ височных костей, отосклероз, стapedопластика, тимпанотомия.

Библиография: 8 источников.

The research is devoted to studying the possibilities functional multislice computed tomography (fMSCT) in definition of the reasons of conductive hearing losses in cases of intact tympanic membrane. Quite often such patients are sent to a surgical hospitals diagnosed with otosclerosis. 31 patients have been examined by MSCT and fMSCT of temporal bone. All patients were operated on. The data obtained of fMSCT were compared with finds during operation. Accuracy of diagnostics achieved with the help of fMSCT has allowed to specify the diagnosis, to define optimum tactics, the volume and the forecast of the upcoming surgery, and also completely to refuse from diagnostic (trial) tympanotomy.

Key words: multislice computed tomography (MSCT) of the temporal bone, functional multislice computed tomography of the temporal bone, otosclerosis, stapedoplasty, tympanotomy.

Bibliography: 8 sources.

Хирургия среднего уха – это всегда очень сложная работа в пределах ограниченного пространства. Требования к точности диагностики при этих вмешательствах справедливо высоки. На протяжении многих десятилетий во всех случаях неясной кондуктивной потери слуха при целой барабанной перепонке единственным способом уточнения и подтверждения диагноза было хирургическое вмешательство – пробная (диагностическая) тимпанотомия [3, 8]. В зависимости от метода формирования тимпаномеатального лоскута и области обзора тимпанотомия может подразделяться на следующие виды: задняя, нижняя, передняя и верхняя. Наиболее часто применяется задняя тимпанотомия. Она также является одним из основных доступов при операции на стремени, оссикулопластике, хирургической ревизии барабанной полости (second-look) и т. п. [3].

Диагноз, как правило, уточняется интраоперационно, и одновременно выполняется соответствующее хирургическое вмешательство. Таким образом, до операции у пациента и врача нет возможности обсудить детали и прогноз предстоящей операции на ухе, что является опре-



УДК: 616.288.2-002.191:612.015.348

**СОДЕРЖАНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ
У БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ НАРУЖНЫМ ДИФФУЗНЫМ ОТИТОМ****М. О. Кустов, С. А. Артюшкин, П. В. Начаров, Г. В. Вержбицкий,
Л. А. Гребенщикова, Ю. Н. Кутуков****THE CONTENT OF C-REACTIVE PROTEIN IN SERUM
OF PATIENTS WITH BACTERIAL OUTER DIFFUSE OTITIS MEDIA****M. O. Kustov, S. A. Artyushkin, P. V. Nacharov, G. V. Vergbickiy,
L. A. Grebenshikova, Y. N. Kutukov***ФГБУ «СПб НИИ уха, горла, носа, голоса и речи Минздравсоцразвития РФ»**(Директор – засл. врач РФ, чл.-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)**СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница», Санкт-Петербург**(Главный врач – М. Н. Бахолдина)*

В статье представлены собственные данные, касающиеся определения у больных острым бактериальным наружным диффузным отитом С-реактивного белка, служащего предиктором воспаления и отражающего реакцию организма на альтерацию. Обсуждается возможность использования значений концентрации данного реактанта в качестве критерия дифференциальной диагностики этиологии наружного диффузного отита.

Ключевые слова: бактериальный наружный диффузный отит, С-реактивный белок.

Библиография: 17 источников.

The article produces the own facts concerning C-reactive proteins measurement for the acute external bacterial diffusive otitis patients. It used as a predictor of the inflammation and told on the organisms reaction to the alteration. There is possibility of the concentration values of this reactant used as a differential diagnosis criterion for the etiology of the external bacterial diffusive otitis.

Key words: bacterial otitis external diffusive, C-reactive protein.

Bibliography: 17 sources.

Частота наружных диффузных отитов в повседневной практике достаточно высока и, по данным разных авторов, колеблется от 17 до 23% от всей патологии ЛОР-органов. У 10% населения регистрируется хотя бы один эпизод острого наружного отита. При этом частота возникновения воспалительных заболеваний наружного уха имеет тенденцию к постоянному росту [4, 8, 12].

Наружный диффузный отит преимущественно возникает у лиц трудоспособного возраста. В ряде случаев течение данного заболевания кожи слухового прохода принимает рецидивирующий характер с тенденцией к хронизации процесса, что обуславливает перспективность дальнейшего изучения проблемы воспалительных заболеваний наружного слухового прохода по вопросам лечения и профилактики [6]. В настоящее время течение наружных диффузных отитов имеет ряд особенностей. В тех случаях, когда причиной заболевания является грибковая флора, оно нередко протекает без выраженных клинических проявлений. Напротив, бактериальные наружные диффузные отиты, при которых в роли этиологического фактора выступают грамотрицательные неферментирующие или грамположительные бактерии, сопровождаются яркой клинической симптоматикой воспалительного процесса с выраженным болевым синдромом, а также синдромом интоксикации и лихорадки.

Как известно, бактериальные формы наружного отита встречаются наиболее часто и составляют 64–70% всех воспалительных заболеваний наружного уха. При исследовании отделяемого из наружного слухового прохода у больных, страдающих наружным отитом, в 67–70% случаев обнаруживается монофлора [9]. Однако в качестве возбудителя наружного отита все чаще выступают не только монокультуры, но и бактериально-бактериальные и бактериально-грибковые ассоциации, для которых характерны новые проявления резистентности, не наблю-



УДК: 616.315-007.254-089.844-089.193.4 : 616.28-008.1

ВЛИЯНИЕ РЕУРАНОПЛАСТИКИ НА СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ НЕБА**К. А. Матвеев****INFLUENCE OF REURANOPLASTIKI ON AUDITORY FUNCTION IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE****К. А. Matveev**

ФГБУ «СПб НИИ ЛОР Минздравоохранения России»

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

Данное исследование посвящено проблеме слуховых нарушений у пациентов с врожденной расщелиной неба после проведенной реуранопластики. Эта проблема мало изучена в РФ, но данные исследования могут значительно повысить уровень реабилитации. Решение проблемы потери слуха у пациентов неразрывно связано с методами хирургической коррекции при вторичной уранопластики. Некоторые основные характеристики хирургии расщелины неба при расстройстве слуховой системы описаны в данной статье.

Ключевые слова: врожденная расщелина нёба, слуховая функция, реуранопластика.

Библиография: 22 источника.

This study is devoted to the problem of hearing function in cases of congenital disorder – in connection with secondary cleft palate surgery in child's population. This theme is not enough investigated in Russian Federation, but such studies are really progressive in order to get up the level of rehabilitation system. Decision of hearing loss problem in this patient's group is inseparably connected with the character and methods of surgery. Main characteristics of cleft palate surgery and influence of this surgery' type at hearing function are described in the article.

Key words: congenital defect, cleft palate, hearing function, secondary cleft palate surgery.

Bibliography: 22 sources.

Врожденный порок развития челюстно-лицевой области, в том числе врожденная расщелина неба (ВРН), характеризуется комплексом патологических симптомов, среди которых особое внимание обращают на себя заболевания ЛОР-органов и нарушение слуховой функции. При этом следует отметить, что снижение слуха не является сопутствующим заболеванием, а представляет собой именно структурную составляющую синдромального расстройства при ВРН.

По нашим данным, у 97% детей с врожденными расщелинами неба выявляется снижение слуха по типу звукопроводения.

Расщелине нёба сопутствуют выраженные нарушения оториноларингологического статуса [8, 10, 15, 17]. Это является результатом особенностей анатомического строения нёба при расщелине, сообщения рото- и носоглотки [7–9].

Анатомическая, физиологическая и функциональная неполноценность нёба при расщелине усугубляется компенсаторными функциями языка и задней стенки глотки [1, 13].

В связи с нарушениями речи особому анализу подлежит состояние слуха [13, 15, 21]. По данным Г. И. Семенченко [1977], почти у 70% пациентов отмечено понижение слуха 2–3-й степени. У большинства детей был поражен звукопроводящий аппарат и только у 4,5% были отмечены признаки нарушения звуковосприятия [5]. Аналогичные данные приводят и другие авторы [20].

При врожденной расщелине отмечается нарушение носового дыхания. Заболевания ЛОР-органов в виде ринита, среднего отита, синусита, тонзиллита, аденоидов, тугоухости встречаются у людей с врожденной расщелиной в 10 раз чаще, чем у людей с нормальным нёбом [3, 4, 7]. В 98% случаев расщелина нёба сопровождается заболеваниями среднего уха [5, 17].



20. Otitis media within preschool children / M. L. Casselbrant [et al.] // Laryngoscope. – 1985. – N 95. – P. 428–436.
21. Sataroff J., Fraser M. Hearing loss of children with cleft palate // Archives of Otolaryngology. – 1952. – N 55. – P. 61–64.
22. Weinert H. Die Bekämpfung von Sprechfehlen. 5. Aufl. – Berlin, 1966.

Матвеев Константин Александрович – канд. мед. наук, н. с. Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-01.

УДК: 616.212-089.844

РИНОСЕПТОПЛАСТИКА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА В ВИДЕ РИНОЛОРДОЗА И КИФОЗА

В. А. Медведев

RHINOSEPTOPLASTY PERFORMED FOR POSTTRAUMATIC COMBINED NOSE DEFORMITY IN THE FORM OF RHINOLORDOSIS AND KIFOSIS

V. A. Medvedev

МУЗ «Городская клиническая больница № 11», г. Рязань
(Главный врач – Е. М. Есакова)

В статье представлена технология ринопластики, применяемой при комбинированной деформации носа в виде ринолордоза и кифоза. Особенности ринопластики, производимой по поводу ринолордоза и кифоза, является то, что удаление горба носа производится с помощью направляющего инструмента для эндоназального удаления горба. Кроме того, используется инструмент для мобилизации костей носа, с помощью которого производятся мобилизация, сужение и придание срединного положения спинке носа. Хрящевой имплантат, восполняющий западение спинки носа, фиксируется к коже в месте его западения.

Ключевые слова: ринолордоз, кифоз, ринопластика.

Библиография: 7 источников.

The article deals with the technologies of rhinoplasty applied in the case of the combined nose deformity in the form of rhinolordosis and kifosis. The distinguishing features of rhinoplasty performed for the nose deformity in the form of rhinolordosis and kifosis are those that the removal of nasal hump is performed with help of a special directing instrument used for the endonasal removal of hump. The instrument for mobilization of nasal bones is also used. It helps to mobilize, narrow and give middle position to the nasal back. The cartilage implant filling the fall of the nasal back is fixed to a skin in the place of its fall.

Key words: rhinolordosis, kifosis, rhinoplasty.

Bibliography: 7 sources.

Ринопластика является одной из самых сложных операций в лицевой эстетической хирургии, при которой процент неудовлетворительных результатов достигает 7–25% [1].

На переломы костей носа приходится 8–12% всех переломов костей скелета и 32–50% переломов челюстно-лицевой части черепа [6]. Переломы костей носа являются наиболее частой причиной приобретенных деформаций носа.

Даже при своевременном и квалифицированном, по современным представлениям, оказании первой помощи больным с переломами костей носа результаты ее часто бывают неудовлетворительными.



Выводы

Представленная в данной статье технология одномоментной риносептопластики по поводу комбинированной деформации носа в виде ринолордоза с ринокифозом, сочетающейся с искривлением перегородки носа позволяет предупредить развитие повторных деформаций в виде горба, западения, девиации и неровностей спинки носа.

Описанная техника риносептопластики может быть рекомендована для применения в ринопластической хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко Ю. Ю., Палма П., Дайхес Н. А. Неудовлетворительные результаты ринопластики: анализ и алгоритм действий // Актуальное в оториноларингологии: мат. III науч.-практ. конф. оториноларингологов ЦФО Российской Федерации. – М., 2009. – С. 85–86.
2. Гюсан А. О. Восстановительная риносептопластика. – СПб.: Диалог, 2000. – 85 с.
3. Пат. 2325860 Российская Федерация. Направляющий инструмент для эндоназального удаления горба носа / В. А. Медведев; заявитель и патентообладатель В. А. Медведев (RU). – № 2006142265/14; заявл. 29.11.2006; опубл. 10.06.2008. Бюл. № 16.
4. Пат. 2328994 Российская Федерация. Инструмент для мобилизации костей носа / В. А. Медведев, В. Г. Аристархов; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (RU). № 2006143885/14; заявл. 11.12.2006; опубл. 20.07.2008, Бюл. № 20.
5. Причины неэффективности лечения больных с переломами костей носа / Н. Л. Кунельская [и др.]. Мат. XVII съезда оториноларингологов России. – СПб.: РИА-АМИ, 2006. – С. 298–299.
6. Травмы головы и шеи: справ. для врачей / Г. А. Шершень [и др.]. – Минск: Беларусь, 1999. – С. 160–181.
7. Klassifikation von isolierten Frakturen des knöchernen Nasengerüstes / H. Schroeder [et al.] // H.N.O. (Berl.). – 1983. – Bd. 29, N 10. – S. 335–338.

Медведев Валерий Анатольевич – канд. мед. наук, зав. оториноларингологическим отделением Городской клинической больницы № 11, главный внештатный оториноларинголог г. Рязани. 390037, г. Рязань, ул. Новоселов, д. 26/17, тел.: 8-4912-41-24-49, 8-910-904-16-29, e-mail: meddmit@mail.ru

УДК: 616.28-008.14:613.164:616.16\16-001.8

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ПОРОГИ СИЛЫ ЗВУКА ПО МЕТОДУ ЛЮШЕРА У БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПРИ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ю. В. Митин, А. Ю. Шидловский

DIFFERENTIAL THRESHOLDS OF SOUND INTENSITY BY THE METHOD OF LUSCHER IN PATIENTS WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS IN THE VERTEBROBASILAR VASCULAR INSUFFICIENCY

U. V. Mitin, A. U. Shidlovsky

Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, Киев, Украина
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. деятель науки и техники Украины,
проф. Ю. В. Митин)

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

В работе представлены данные о дифференциальных порогах силы звука по методу Люшера в области 0,5; 2 и 4 кГц, а также порогах 100%-ной разборчивости словесного теста Г. И. Гринберга, Л. Р. Зиндера у 119 больных с сенсоневральной тугоухостью на фоне начальной, умеренной и выраженной вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности. Полученные



данные важны при диагностике, лечении и слухопротезировании больных с сенсоневральной тугоухостью на фоне вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, вертебрально-базиллярная сосудистая недостаточность, аудиометрия [обычный (0,125–8 кГц) и расширенный (9–16 кГц) диапазоны частот], реоэнцефалография, КСВП, ДСВП.

Библиография: 16 источников.

In the article presents data on the magnitudes of the differential threshold of the sound intensity by the method of Luscher 0,5; 2 and 4 kHz, and 100% thresholds of intelligibility of verbal test G. I. Grinberga, L. R. Zindera in 119 patients with sensorineural hearing loss in the background of primary, moderate to severe vertebrobasilar vascular insufficiency. These data are important in the diagnosis, treatment and hearing aids in patients with sensorineural hearing loss on the background of vertebrobasilar vascular insufficiency.

Key words: sensorineural hearing loss, vertebro-basilar vascular insufficiency, audiometry [ordinary (0,125–8 kHz) and extended (9–16 kHz) range of frequencies], rheoencephalography, brainstem and cortical potentials.

Bibliography: 16 sources.

Известно, что одним из наиболее распространенных методов надпороговой аудиометрии для выявления феномена ускоренного нарастания громкости звука, характерного для поражения рецепторного аппарата улитки, является методика, предложенная Люшером. Эта методика позволяет определить дифференциальный порог (ДП) восприятия силы звука, т. е. способность слухового анализатора выявить минимальные изменения интенсивности. Многочисленные работы посвящены надпороговым тестам, которые позволяют выявить феномен ускоренного нарастания громкости (ФУНГ) или рекруитмент. ФУНГ является наиболее ранним диагностическим и прогностическим критерием возможного поражения рецепторного аппарата улитки, на что указывают многие исследователи [8–12 и др.].

В. Ф. Ундриц [13] отметил, что открытие ФУНГ составило целую эру. При этом известно, что положительный ФУНГ наблюдается в случаях поражения рецепторного аппарата улитки. Он бывает отрицательным при поражении как звукопроводящей системы, так и первого нейрона кохлеарного нерва. Поэтому наличие ФУНГ позволяет отличать эти поражения от заболеваний рецепторного аппарата.

Известно и широкое распространение сенсоневральной тугоухости (СНТ), которая особенно тяжело протекает на фоне вертебрально-базиллярной недостаточности (ВБН) [1, 2, 6, 7, 15, 16 и др.].

Обширность региона, который питают кровью позвоночные и базилярные артерии, как отмечают В. И. Бабияк и Я. Л. Накатис [3], позволила его выделить в отдельное анатомическое образование – вертебрально-базиллярный артериальный бассейн, а патологические состояния, обусловленные сосудистыми нарушениями в этом бассейне, – как синдром вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности (ВБСН). Такой синдром присущ в основном больным с гипертонической болезнью, атеросклерозом головного мозга или с сочетанной патологией.

Цель работы. Изучение ПД по методу Люшера в области 0,5; 2 и 4 кГц у больных с сенсоневральной тугоухостью при разной степени выраженности вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности, а также у здоровых лиц контрольной группы и их сравнительный анализ.

Пациенты и методы. Для решения поставленной цели нами было обследовано 119 больных с СНТ на фоне начальной, умеренной и выраженной ВБСН (соответственно 1, 2 и 3-й групп) в возрасте от 29 до 50 лет. Контролем служили 15 отолотически и соматически здоровых человек в возрасте от 20 до 30 лет. Всего обследовано 134 человека. Из анализа были исключены лица, которые имели контакт с шумом или радиацией, перенесли нейроинфекцию или ЧМТ, принимали ототоксические препараты.

По данным Х. Х. Яруллина [14], Л. Р. Зенкова, М. А. Ронкина [5], значение реографического индекса (Ри) в вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ) меньше 0,6 условной единицы свидетельствует о выраженной вертебрально-базиллярной недостаточности. Таких больных мы



УДК: 616.211+615.036.2+621.386

АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИХ ПРЕДПОСЫЛОК ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГНОЙНОЙ ПАТОЛОГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НА ОСНОВЕ ПРИНЦИПОВ СОВРЕМЕННОЙ МНОГОМЕРНОЙ СТАТИСТИКИ

К. И. Нестерова

THE ANALYSIS OF CLINICAL AND ANATOMIC REASONS FOR DEVELOPMENT OF CHRONIC PURULENT PATHOLOGY OF PARANASAL SINUSES BASED ON MODERN MULTIDIMENSIONAL STATISTICS

К. I. Nesterova

ФГБУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
(Зав. каф. ЛОР-болезней – проф. Ю. А. Кротов)

С помощью факторного анализа клинико-анатомических предпосылок сформулирована, клинически и статистически подтверждена гипотеза выделения наиболее важных управляемых характеристик формирования гнойной инфекции околоносовых пазух (ОНП). Выделены четыре группы факторов: некорректируемые анатомические – аномалии развития, не подлежащие превентивной хирургической коррекции; корректируемые анатомические – нарушения, препятствующие аэрации ОНП и подлежащие хирургической коррекции; увеличение размеров носовых раковин, связанное как с анатомическими (кроме аномалий), так и с воспалительными изменениями; нериногенные (одонтогенный, травматический и др.). Эта схема позволяет врачу формировать стратегию эффективных лечебных и профилактических мероприятий для каждого пациента на основе анализа клинических и параклинических данных.

Ключевые слова: факторный анализ, синусит, аденоиды, искривление носовой перегородки, компьютерная томография.

Библиография: 11 источников.

Using the factorial analysis of clinical and anatomic reasons we formulated, clinically and statistically proved the hypothesis of separation of thy most important controllable characteristics of forming of the purulent infection of paranasal sinuses. We found 4 groups of factors: non-correctable anatomical (development and forming anomalies, not correctable with preventive surgery); correctable anatomical (the defects of sinuses preventing proper aeration and correctable by surgery); increase of size of nasal turbinates, caused by anatomical (excepting inborn) and inflammatory changes; non-rhinogenous (odontogenic, trauma, etc.). This scheme allows the doctor to form the efficient strategy of prophylactics and treatment for each patient basing on the clinical and paraclinical data analysis.

Key words: factorial analysis, sinusitis, adenoids, nasal septum deformation, computer tomography.

Bibliography: 11 sources.

Воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух (ОНП) широко распространены среди людей всех возрастных групп и занимают первое место в структуре обращаемости и госпитализации больных с патологией ЛОР-органов. Недостаточная эффективность лечебно-профилактических мероприятий способствует увеличению количества хронических и упорно рецидивирующих форм заболевания. Отмечается устойчивая общемировая тенденция увеличения их частоты в последние десятилетия [6, 8–10].

D. L. Hamilos (2000) считает, что на 1-м месте среди причин, ведущих к формированию гнойного риносинусита, стоят анатомические – травмы, одонтогенные, гипертрофия аденоидов [10]. Другим причинным фактором формирования гнойной инфекции ВДП считают наличие врожденных аномалий внутриносовых структур и ОНП. Однако Б. В. Шеврыгин и соавт. (2002) справедливо указывают, что «не все аномалии способствуют формированию патологического процесса в ОНП» [8]. Особенностью приводимых в литературе результатов



УДК: 616.322-002.2-092:004

**О ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПО ДАННЫМ
УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ****Г. М. Портенко¹, Е. Г. Портенко¹, Г. П. Шматов²****ABOUT PATHOGENESIS OF CHRONIC TONSILLITIS ACCORDING
TO THE IMPROVED INFORMATION TECHNOLOGIES****G. M. Portenko, E. G. Portenko, G. P. Shmatov**¹ ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсохранности России»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. М. Портенко)

² ГБОУ ВПО «Тверской государственный технический университет»

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

Серьезные проблемы, которые мы имеем,
нельзя решать на том уровне мышления,
на котором мы их создали.

Альберт Эйнштейн

Изучен патогенез хронического тонзиллита с помощью усовершенствованных информационных технологий. Кластерным анализом выявлены информационно значимые симптомы хронического тонзиллита. В основе патогенеза хронического тонзиллита лежит иммунодефицитное состояние организма по результатам кластерного анализа информационно значимых симптомов и анализа корреляционного графа. Таким образом, первичным звеном в патогенезе ХТ является иммунологический дисбаланс организма, запускаящий многие воспалительные заболевания, в том числе и хронический тонзиллит.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, патогенез, кластерный анализ, иммунологический дисбаланс.

Библиография: 22 источника.

Studied pathogenesis of chronic tonsillitis with the help of improved information technologies. Cluster analysis revealed significant symptoms of chronic tonsillitis. On the basis of chronic tonsillitis is immuno-deficit condition of organism on the results of cluster analysis of information significant symptoms and analysis of correlation graf. Because, the primary link in the pathogenesis of chronic tonsillitis is immunology disbalance of organism that causes many inflammatory diseases, in including chronic tonsillitis.

Key words: chronic tonsillitis, pathogenesis, cluster analysis, immunology disbalance.

Bibliography: 22 sources.

Как указывает Б. С. Преображенский и соавт. [13], в патогенезе хронического тонзиллита (ХТ) играют роль многие факторы. В возникновении ХТ, как считают большинство авторов [13, 17 и др.], лежит нарушение биологических процессов в области небных миндалин, вследствие чего страдают защитно-приспособительные механизмы миндалинковой ткани и снижается устойчивость их в отношении инфекции, постоянно имеющейся в них и на них. В патогенезе хронического тонзиллита играет роль и аллергия, так как в небных миндалинах имеются все условия для проявления аллергических реакций [1, 5, 7, 12, 18 и др.].

М. С. Плужников и соавт. [11] пришли к заключению, что вегетативная дисфункция у подростков (нейроциркуляторная дистония) способствует развитию хронической очаговой инфекции и, в частности, хронического тонзиллита. Изменение реактивной способности организма при ХТ определяется деятельностью центральных нервных механизмов управления патологическими реакциями. Широкая распространенность дефектов систем иммунитета в клинике различных заболеваний [3, 16] позволяет предположить данное неблагополучие в им-



12. Преображенский Б. С. Хронический тонзиллит / Тр. науч. сессии по проблеме ревматизма. – М., 1959. – С. 167.
13. Преображенский Б. С., Попова Г. Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженное с ним общее заболевание. – М., 1970. – 450 с.
14. Рубцова Н. Е., Леньков С. Л. Статистические методы в психологии. – М.: УМК «Психология», 2005. – 384 с.
15. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: ООО «Речь», 2000. – 350 с.
16. Клиническая иммунология в хирургии / В. И. Стручков [и др.]. – Ташкент: Медицина. – 1987. – 270 с.
17. Ундриц В. Ф. Тонзиллярная проблема в свете современных научных данных и пути ее дальнейшего изучения / Сб. тр. Ленинград. ин-та уха, горла, носа и речи. – 1958. – X1. – С. 239–248.
18. Ундриц В. Ф. Значение верхних дыхательных путей в патогенезе аллергических заболеваний // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1960. – № 4. – С. 3–11.
19. Харари Ф., Палмер Э. Перечисление графов / Пер. с англ. – М.: Мир, 1977.
20. Хмельницкая Н. М., Власова В. В., Косенко В. А. Оценка функционального состояния небных миндалин у больных хроническим тонзиллитом / Матер. XVI съезда оториноларинг. РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий»: тез. докл. – СПб.: РИА-АМИ. – 2001. – С. 417–422.
21. Черныш А. В., Гофман В. Р., Мелконян Э. Р. О патогенезе хронического тонзиллита // Рос. оториноларинг. – 2002. – № 2(2). – С. 51–57.
22. Greenacre M. J., and Blasius J. Correspondence Analysis in the Social Sciences: Recent Developments and applications. San Diego, CA: Academic Press. 1994.

Портенко Геннадий Михайлович – засл. врач РФ, докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Тверской ГМА, e-mail: gennadij-portenko@rambler.ru; **Портенко** Елена Геннадьевна – докт. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Тверской ГМА; **Шматов** Геннадий Павлович – канд. техн. наук, доцент каф. информатики и прикладной математики Тверского ГТУ, e-mail: gshmatov@yandex.ru.

УДК: 616.216.-002.3-036.11: 612.124

КОНЦЕНТРАЦИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ СИНУСИТОМ

А. Р. Сакович

CONCENTRATION OF C-REACTIVE PROTEIN (CRP) IN PATIENTS WITH ACUTE PURULENT SINUSITIS

A. R. Sakovich

*Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь
(Зав. каф. болезней уха, горла, носа – доц. А. Ч. Буцель)*

В работе исследовано содержание С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови у пациентов с острым гнойным синуситом. Повышение концентрации СРБ более 10 мг/л обнаружено в 46,5%. По своей информативности СРБ превосходит показатели общего анализа крови.

Ключевые слова: С-реактивный белок, острый гнойный синусит.

Библиография: 10 источников.

Concentration of C-reactive protein (CRP) in blood serum of patients with acute purulent sinusitis was investigated. The increasing level of CRP (more than 10 mg/l) took place in 46,5%. This test is more informative than common blood analysis.

Key words: C-reactive protein, acute purulent sinusitis.

Bibliography: 10 sources.



ЛИТЕРАТУРА

1. Алешкин В. А., Новикова Л. И. Значение С-реактивного белка для диагностики и мониторинга острых и хронических инфекций // Мед. нов. – 1996. – № 5. – С. 7–12.
2. Вельков В. В. С-реактивный белок и липопротеин-ассоциированная фосфолипаза A2: новые факты и новые возможности для диагностики и стратификации сердечно-сосудистых рисков // Клинико-лабораторный консилиум. – 2009. – № 6 (31). – С. 28–33.
3. Использование новых диагностических критериев для характеристики воспалительного процесса при неспецифических заболеваниях легких / М. П. Потапнев [и др.]: метод. рекомендации. – Минск, 1998. – 17 с.
4. Мальцева Г. С., Уханова М. А., Тырнова Е. В. Клиническое значение определения ревматоидного фактора, С-реактивного белка, антистрептолизина-О у больных с хроническим тонзиллитом // Рос. оторинолар. – 2010. – № 4 (47). – С. 45–51.
5. Овчинников А. Ю., Панякина М. А. Острый риносинусит как следствие перенесенной ОРВИ. Рациональное применение системной антибактериальной терапии // Там же. – 2006. – № 5. – С. 61–65.
6. Пальчун В. Т. Предупредить хронизацию и осложнения острого воспаления ЛОР-органов // Вестн. оторинолар. – 2009. – № 2. – С. 4–6.
7. Сакович А. Р. Интоксикационный синдром при остром гнойном синусите: клинико-гематологическая оценка // Мед. панорама. – 2009. – № 9. – С. 102–104.
8. СОЭ и СРБ: что предпочтительней? / Ю. В. Первушин [и др.] // Лаборатория. – 2007. – № 1. – С. 14.
9. Титов В. Н. Диагностическое значение повышения уровня С-реактивного белка в «клиническом» и «субклиническом» интервалах // Клиническая лабораторная диагностика. – 2004. – № 6. – С. 3–10.
10. Baumann H., Gauldie J. The acute phase response // Immunologie Today. – 1994. – N 2. – S. 74–80.

Сакович Андрей Ренардович – канд. мед. наук, доцент каф. болезней уха, горла, носа БГМУ. Республика Беларусь, Минск; тел.: +375-29-751-28-66.

УДК: 616.284-002.258

ЭНЗИМАТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ В РЕТРАКЦИОННЫХ КАРМАНАХ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

И. А. Сребняк

ENZYMATIC ACTIVITY IN RETRACTION POCKETS IN PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA

I. A. Srebniak

ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко НАМНУ», Киев, Украина
(Директор – акад. НАМНУ, проф. Д. И. Заболотный)

В статье приводятся данные энзимологических исследований и их оценка при разных по форме, стадии и способности к самоочищению ретракционных карманах у пациентов с хроническими секреторными средними отитами. Выявлен высокий протеолитический потенциал у пациентов с фиксированными неконтролируемыми ретракционными карманами, которые утратили способность к самоочищению и могут считаться потенциальным предхолестеатомным процессом. Лечение пациентов на стадии ретракционных карманов, особенно в сочетании с хирургическим вмешательством, с одновременным применением ингибиторов протеиназ, позволит предупредить развитие холестеатомы.

Ключевые слова: ретракционный карман, хронический секреторный средний отит, холестеатома, хронический гнойный средний отит, протеазы.

Библиография: 14 источников.

Enzymatic activity data of tympanic membrane retraction pockets different types, forms, stades evaluated in patients with chronic secretory otitis media. High protheolytic potential was established in patients with fixed uncontrolled non-self-cleaning retraction pockets and might be proceed to precholesteatoma. Treatment of that category of patients should include not only surgical procedure but also simultaneous prescription of protease's inhibitor to avoid cholesteatoma development

Key words: retraction pocket, chronic secretory otitis media, cholesteatoma, chronic otitis media, proteases.

Bibliography: 14 sources



УДК 616. 853-073.753.5: 616.283.1-089.844

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОКНА УЛИТКИ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ВИБРОПЛАСТИКЕ И КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**С. Б. Сугарова, Х. М. Диаб, С. В. Асташенко****ANATOMICAL VARIANTS OF ROUND WINDOW IN TURMS VIBROPLASTIC AND COCHLEAR IMPLANTATION****S. B. Sugarova, H. M. Diab, S. V. Astashenko***ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха горла носа и речи Минздравсоцразвития РФ»
(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

С каждым годом количество кохлеарных имплантаций и установок имплантов среднего уха (Vibrant Soundbridge) неуклонно растет. Разрабатываются и совершенствуются хирургические техники для введения активного электрода и установки FMT-катушки в окно улитки. Статья посвящена измерению окна улитки (диаметр, площадь, размер костного навеса, subiculum) применительно к вибропластике и кохлеарной имплантации. Измерения проводились с помощью кронциркуля интраоперационно у 45 пациентов, а также на 21 препарате трупной височной кости. В большинстве случаев (62,5%) размер костного навеса над нишей окна улитки составил 0,24 мм, subiculum был обнаружен лишь в 35% случаев.

Ключевые слова: анатомия окна улитки, вибропластика, кохлеарная имплантация.

Библиография: 10 источников

Each year the number of cochlear implantations and installations of the middle ear implants (Vibrant Soundbridge) steadily increases. Surgical technics of active electrode insertion and installation of FMT to the round window are being developed and improved. This article describes the round window measurements (diameter, square, bony overhang size, subiculum) in terms of vibroplasty and cochlear implantation. The measurements were carried out with the help of calliper in 45 patients and in 21 cadaver temporal bones. In majority of cases (62,5%) the bony overhang size amounted to 0,24 mm. Subiculum was revealed in 35% cases.

Key words: round window anatomy, vibroplasty, cochlear implantation.

Bibliography: 10 sources.

С каждым годом количество кохлеарных имплантаций и установок имплантов среднего уха (Vibrant Soundbridge) неуклонно растет. Разрабатываются и совершенствуются хирургические техники для введения активного электрода и установки FMT-катушки в окно улитки. По данным современной литературы, введение электрода в круглое окно при кохлеарной имплантации значительно уменьшает риск травматизации внутреннего уха [5] и способствует сохранению слуха на высоких частотах [8]. V. Colletti et al. доказали в своих работах эффективность установки Vibrant Soundbridge (VSB) на окно улитки у пациентов с кондуктивной и смешанной тугоухостью [1, 2]. Важную роль при установке VSB на круглое окно имеет его анатомическое строение. Послеоперационные результаты и уровень слуха зависят от качества соприкосновения катушки импланта с мембраной окна улитки. Зачастую окно улитки не обозримо или обозримо лишь его часть. При этом необходимо убрать костные навесы бором. Они, как правило, занимают переднее или задневерхнее положения [12].

Во время вышеуказанных операций высока вероятность повреждения анатомических структур и развития послеоперационных осложнений (парез мимической мускулатуры лица, вестибулопатия, снижение остаточного слуха). Поэтому для минимизации хирургической травмы необходимо ориентироваться в размерах окна улитки [5, 7, 10], в частности, на сколько широко можно снимать костные навесы над нишей, subiculum, необходимо изучить детальную анатомию самого окна улитки и анатомические взаимоотношения важнейших структур среднего и внутреннего уха применительно к кохлеарной имплантации [3] и имплантации среднего уха (вибропластике).



УДК: 616.211-002.193-056.3:796.07

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У СПОРТСМЕНОВ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СПОРТА

Н. В. Шартанова

ALLERGIC RHINITIS IN ELITE ATHLETES IN VARIOUS SPORTS

N. V. Shartanova

ФГБУ «ГНЦ «Институт иммунологии ФМБА России», Москва
(Директор – академик РАН и РАМН, проф. Р. М. Хаитов)

Цель исследования: выявление распространенности, спектра аллергенов и особенностей клинического течения аллергического ринита (АР) у спортсменов высших достижений.

Обследовано 417 спортсменов высших достижений – членов основных сборных команд Российской Федерации различных видов спорта. Для оценки аллергического статуса использовали сбор аллергологического, фармакологического, пищевого анамнеза, кожные прик-тесты с различными группами аллергенов, выявление аллерген-специфических IgE в сыворотке крови (по показаниям).

Среди спортсменов высших достижений выявлена высокая распространенность аллергических заболеваний (АЗ) (24,5%) и латентной сенсibilизации (20,3%). В спектре аллергенов преобладала сенсibilизация к бытовым и эпидермальным аллергенам (90,2%). В структуре АЗ преобладал АР – 50% или 12,2% от всех обследованных. У 20,5% спортсменов (или у 5% от всех обследованных) выявлен поллиноз. Установлена очевидная гиподиагностика АЗ у спортсменов высших достижений. У всех спортсменов диагноз АР установлен нами впервые, а в диспансерных картах выставлялись диагнозы, соответствующие синдрому респираторного тракта (СРТ): ОРВИ, хронический тонзиллит, рецидивирующий риносинусит и т. п.

Ключевые слова: аллергические заболевания, аллергический ринит, поллиноз, спортсмены высших достижений.

Библиография: 10 источников.

The purpose of this assay was to identify the spread of AR (allergic rhinitis), determine range of sensibilization and the clinical tactic in athletes of the highest achievements. Materials and Methods: 417 athletes of the highest achievements were examined (members of the Russian Federation national teams of different sports). To assess the allergic status of the athletes, allergological, pharmacological, nutritional histories were collected. Also we used skin prick tests with various groups of allergens, identification of allergen-specific IgE in serum (indicated) to confirm allergy. Results: Among the athletes of highest achievements a high prevalence of AD (allergic disease) (24,5%) was revealed. In 20,3% latent sensitization was determined. The sensitization to the domestic and epidermal allergens was predominant (90,2%). The structure was dominated by persistent AR – 50% (12,2% of all patients). In 20,5% of athletes (5% of all patients) hay fever was diagnosed, and main clinical manifestation in this cases was seasonal allergic rhinitis. A clear AD hypodiagnostics in athletes of the highest achievements was revealed. All athletes with AR set by us for the first time, and in their medical cards only respiratory diseases like acute respiratory virus infection, chronic tonsillitis, recurrent sinusitis, etc were established.

Key words: allergic rhinitis, allergic diseases, elite sportsmen.

Bibliography: 10 sources.

Рост нагрузок у спортсменов, обусловленный увеличением объемов тренировок, количеством соревнований, все чаще приводит к нарушениям в системе иммунитета, выраженность которых зависит от интенсивности и продолжительности физических упражнений.

Только в России не проводятся систематизированные исследования по изучению распространенности, структуры и особенностей клинического течения аллергических заболеваний (АЗ) у спортсменов высших достижений, не изучена связь аллергии с интенсивностью физических нагрузок у спортсменов в различных видах спортивной деятельности. Отсутствие



УДК: 616.285-089.844:615.8

ЗНАЧЕНИЕ NO-ТЕРАПИИ В РЕПАРАТИВНОМ ПРОЦЕССЕ ПОСЛЕ ТИМПАНОПЛАСТИКИ

Е. А. Шевчик, В. М. Свистушкин, Н. М. Захарова, С. Н. Шатохина,
Г. Н. Никифорова, А. В. Ратова, С. А. Кокорева, Г. А. Голубовский

THE ROLE OF NO-THERAPY IN THE REPARATIVE PROCESS AFTER TYMPANOPLASTY

E. A. Shevchik, V. M. Svistushkin, N. M. Zaharova, S. N. Shatohina,
G. N. Nikiforova, A. V. Ratova, S. A. Kokoreva, G. A. Golubovskiy

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Газообразный монооксид азота обладает способностью усиливать репаративные процессы, благодаря чему в настоящее время NO-терапия применяется во многих областях медицины. В ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского впервые проведено исследование по применению газообразного оксида азота у пациентов, перенесших тимпаноластику. Результаты цитологического исследования свидетельствуют об усилении процессов регенерации у пациентов, которым в послеоперационном периоде проводилось обдувание неотимпанальной мембраны газообразным оксидом азота (NO).

Ключевые слова: тимпаноластика, NO-терапия.

Библиография: 18 источников.

Gaseous nitrogen oxide enhances repair process. Therefore NO-therapy is widely applied in medicine. In our clinic we used NO-therapy after tympanoplasty for the first time. The results of cytological screening demonstrate the estimation of regenerative process and better graft healing in the patients, who underwent NO-therapy.

Key words: tympanoplasty, NO-therapy.

Bibliography: 18 sources

Оксид азота (NO) является простейшим химическим соединением, непрерывно продуцирующимся в клетках организма человека и выполняющим роль универсального регулятора-мессенджера. NO играет важную роль при стрессе, адаптации, иммунных нарушениях, инфекции, воспалении, опухолевом росте [5]. Участие оксида азота в таких жизненно-важных процессах, как иммунный ответ, регуляция сосудистого тонуса, проведение нервного импульса позволило предположить возможность влияния данного соединения на течение раневого процесса [13].

Изучение механизмов действия NO на процесс заживления началось более 20 лет назад. Первые результаты обнаружили прямое положительное влияние эндогенного оксида азота на синтез коллагена в ране, прочность рубца, процессы реэпителизации [15, 17]. Дальнейшие исследования были посвящены влиянию экзогенного NO на раневое заживление. При этом был обнаружен выраженный биостимулирующий эффект газообразного оксида азота, который проявлялся в ускорении заживления ран, трофических язв. Позже в терапевтических целях стал использоваться поток низкотемпературной газовой смеси с высокой концентрацией молекул монооксида азота, образованной за счет охлаждения воздушной плазмы [9].

Основные механизмы влияния оксида азота на течение раневого процесса были описаны А. Б. Шехтером и соавт. [10]:

- прямое или опосредованное (через образование пероксинитрита) бактерицидное воздействие;
- индукция фагоцитоза бактерий и некротического детрита нейтрофилами и макрофагами;
- ингибция свободных кислородных радикалов, оказывающих патогенное воздействие, а также возможная активация антиоксидантной защиты;



Наталья Михайловна – канд. мед. наук, ст. н. с. клинико-диагностической лаборатории МОНИКИ. 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; **Голубовский** Герман Александрович – канд. мед. наук, врач отделения оториноларингологии МОНИКИ. 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; тел.: 8-495-631-08-01, e-mail: dr-grm@mail.ru; **Кокорева** Светлана Анатольевна – канд. мед. наук, ст. н. с. каф. оториноларингологии ФУВ МОНИКИ. 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; **Никифорова** Галина Николаевна – докт. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии ФУВ МОНИКИ. 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; e-mail: gn_nik_63@mail.ru; **Ратова** Анна Вадимовна – очный аспирант каф. оториноларингологии ФУВ МОНИКИ, e-mail: demonovna@mail.ru

УДК: 616.284-002.2: 616.08-035

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВАРИАНТОВ САНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА УХЕ

В. П. Шпотин, А. И. Проскурин

COMPARATIVE RESULTS OF OPTIONS OF SANIFYING OPERATIONS ON THE EAR

V. P. Shpotin, A. I. Proskurin

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия

Минздравсоцразвития России»

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

В работе проанализированы ближайшие и отдаленные результаты «открытых» и «закрытых» вариантов санирующих операций на ухе с тимпанопластикой у 109 больных эпителимпитом. Эффективность оперативного лечения оценивалась по клиническим и функциональным результатам. Установлено, что клинические и функциональные результаты после операций «открытого» и «закрытого» типов на среднем ухе значимо не различались и зависели, скорее, от тщательности санации, последующей эпидермизации и рубцевания полостей среднего уха.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, санирующая операция, способ лечения.

Библиография: 12 источников.

In the examined the immediate and remote results of “open” and “closed” option of sanazing operation with tympanoplastic in 109 patients with epithympanitis. The effectiveness of surgical treatment was evaluated on clinical and functional outcomes. Found that the clinical and functional results after operations of “open” and “closed” type at the middle ear does not significantly vary and depend more on careful sanazing, the subsequent scarring and epidermization cavities of the middle ear.

Key words: chronic purulent average otitic, sanazing operation, method of treatment.

Bibliography: 12 sources.

Несмотря на успешное решение многих вопросов хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом, продолжаются дискуссии относительно выбора того или иного метода санирующей операции [1, 8, 11]. Многими авторами доказана клиническая и функциональная эффективность «закрытых» способов операций [2, 3, 12]. В то же время «открытые» операции не потеряли своей актуальности и продолжают быть востребованными [5, 7, 9]. Указание в литературе на одинаковую частоту послеоперационных холестеатом, реперфораций и функциональных нарушений при «открытых» и «закрытых» методиках санирующих операций на ухе обосновывает интерес к этому вопросу [4, 6, 10].

Цель работы. Анализ ближайших и отдаленных результатов «открытых» и «закрытых» вариантов санирующих операций на ухе.



ЛИТЕРАТУРА

1. Астащенко С. В., Аникин И. А. Интраоперационные находки у больных хроническим гнойным средним отитом, перенесших ранее антротомию // Рос. оторинолар. – 2011. – № 2. – С. 25–31.
2. Борисенко О. Н. Клинико-экспериментальное обоснование методов хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Киев, 2001. – 38 с.
3. Мухамедов И. Т. Современные аспекты хирургического лечения тугоухости: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2009. – 33 с.
4. Полякова С. Д. Функциональные результаты операций «закрытого» и «открытого» типов на среднем ухе // Вестн. оторинолар. – 2010. – № 5. – С. 23–25.
5. Самбулов В. И. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения хронического гнойного среднего отита у детей: автореф. ... докт. мед. наук. – М., 2004. – 35 с.
6. Семенов Ф. В., Лазарева Л. А., Тацкий С. С. Влияние различных типов хирургических вмешательств на среднем ухе у больных хроническим гнойным средним отитом на состояние периферического отдела звуковоспринимающей части слухового анализатора // Вестн. оторинолар. – 2007. – № 3. – С. 14–16.
7. An early mastoid cavity epithelialization technique using a postauricular pedicle periosteal flap for canal wall-down tympanomastoidectomy / S. Kanemaru [et al.] // Acta Otolaryngol. Supp. – 2010. – N 11. – P. 20–23.
8. Cruz O. L., Kasse C. A., Leonhart F. D. Efficacy of surgical treatment of chronic otitis media // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2003. – Vol. 128, N 2. – P. 263–266.
9. Pulec J. L. Modified radical mastoidectomy // Ear Nose Throat. J. – 2004. – Vol. 83, N 3. – P. 150.
10. Ramakrishnan A. Panda N. K., Mohindra S. Cortical mastoidectomy in surgery of tubotympanic disease. Are we overdoing it? // Surgeon. – 2011. – N 1. – P. 22–28.
11. Selective epytympanic dysventilation syndrome / D. Marchioni [et al.] // Laryngoscope. – 2010. – N 5. – P. 1028–1033.
12. Takahashi H., Ivanaga T., Kaieda S. Mastoid obliteration combined with soft-wall reconstruction of posterior ear canal // Oto-Rhino-Laryngology. – 2007. – N 8. – P. 867–871.

Шпотин Владислав Петрович – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии и офтальмологии Астраханской ГМА, зав. отоларингологическим отделением АМОКБ, 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, д. 2; тел.: (8512) 25-67-32, e-mail: shpotin_lor@mail.ru; **Проскурин** Александр Иванович – засл. врач РФ, канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии и офтальмологии Астраханской ГМА, профессор. 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, д. 2; тел.: (8512) 26-02-90.

УДК: 616.283.1-089.843:612.858.8:004.31.6

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ СТАПЕДИАЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ ДЛЯ НАСТРОЙКИ РЕЧЕВЫХ ПРОЦЕССОРОВ

Ю. К. Янов, В. И. Пудов, Д. С. Клячко

INTRAOPERATIVE STAPEDIAL REFLEXES USAGE FOR SPEECH PROCESSORS SET UP

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 является трудной задачей для аудиолога, так как требует оценки субъективных реакций, отражающих серию сложных психофизических ощущений. Для объективизации процесса настройки обычно используется регистрация электрически вызванного стапедального рефлекса в процессе послеоперационной реабилитации. Однако при установке КИ у детей младшего возраста такая возможность зачастую отсутствует. В этих случаях используют данные, полученные в ходе операции. Чтобы оценить корреляцию порогов послеоперационных и интраоперационных рефлексов с уровнями максимальной комфортной громкости было проведено обследование 18 пациентов с пре- и постлингвальной глухотой в возрасте от 10 до 40 лет. Установлено, что корреляция уровней максимальной комфортной громкости с по-



рогами послеоперационных рефлексов значительно выше, чем с порогами интраоперационных рефлексов. Указано, что стандартизация методики регистрации стапедального рефлекса позволяет получать более стабильные результаты и повысить точность настройки.

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

Библиография: 7 источников.

Programming of multichannel cochlear implants is a complex challenge for audiologist because it demands an estimation of subjective reactions reflecting a series of difficult psychophysical sensations. In order to objectify the setting process the registration of electrically induced stapedial reflex is used in postoperative rehabilitation. If a child does not allow to perform an exam the data obtained during the operation is used. To estimate the correlation between the postoperative and intraoperative reflections thresholds with the levels of maximal comfortable loudness an exam of 18 patients with pre- and post-lingual deafness aged from 10 to 40 has been made. It was found that the correlation of postoperative reflex thresholds to the levels of maximal comfortable loudness is much higher than to the thresholds of intraoperative reflexes. The stapedial reflex registration technique standartization allows to receive more stable results and to increase an accuracy of setting.

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

Bibliography: 7 sources.

Эффективность слухоречевой реабилитации пациентов после кохлеарной имплантации в значительной степени зависит от качества настройки речевого процессора [1–4]. Адекватная настройка параметров речевого процессора представляет собой непростую задачу, особенно у маленьких детей. С одной стороны, они не имеют слухового опыта, с другой – выбор оптимальной громкости сигнала является для них слишком сложным. В настоящее время самым распространенным и доступным методом, используемым для объективизации процесса настройки, является регистрация электрически вызванного стапедального рефлекса [5]. Вместе с тем использование такого метода у детей сопряжено с определенными трудностями. Не всегда можно объяснить маленькому ребенку, что 10–15 мин нужно посидеть спокойно и не двигаться. В этом случае ребенка приходится обследовать во время естественного, а чаще медикаментозного сна, который является нежелательным с точки зрения здоровья ребенка.

Некоторые авторы предлагают использовать для настройки речевых процессоров пороги стапедальных рефлексов, измеренные во время операции [6, 7]. Это значительно упрощает процедуру регистрации стапедального рефлекса, но вызывает сомнения относительно точности настройки параметров речевого процессора по интраоперационным результатам. Заранее можно предположить, что интраоперационные пороги рефлексов будут отличаться от послеоперационных, во-первых, ввиду использования во время операции миорелаксантов, во-вторых, ввиду изменения электролитного состава перилимфы внутреннего уха после операции. Кроме того, визуальная точность определения порогов стапедального рефлекса зависит от субъективной оценки хирурга. Как показал собственный практический опыт, точность установки параметров максимального комфортного уровня должна быть наибольшей для обеспечения хорошего слухового восприятия: превышение максимально комфортного уровня более чем на 10% вызывает ощущение дискомфорта, а его занижение более чем на 10% приводит к ухудшению слухового восприятия.

Цель исследования. Изучение корреляции между интраоперационными и послеоперационными рефлексами, а также сравнение их с уровнями максимальной комфортной громкости, полученными субъективно.

Пациенты и методы. Для решения поставленной задачи были обследованы пациенты, у которых речевой процессор настраивался по субъективным ощущениям и в то же время регистрировался стапедальный рефлекс. Помимо этого были получены данные о порогах интраоперационных стапедальных рефлексов.

В настоящем исследовании использовался персональный компьютер с программным обеспечением CI.Studio-2.0 (старая версия программного продукта, которая по сравнению с современными программами Maestro-4.1 позволяет независимо изменять различные пара-



УДК:616.22-089-009.11-02:616.833.191.7

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВУСТОРОННИХ ПАРАЛИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

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

THE SURGICAL TREATMENT OF BILATERAL VOCAL CORD PARALYSIS (REVIEW OF LITERATURE)

M. M. Grekova, I. A. Anikin, S. V. Ryazantsev

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

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

В обзоре освещены вопросы этиологии, диагностики, современные тенденции в лечении двусторонних паралитических стенозов гортани. Особое внимание уделено хирургическому лечению и современным оперативным техникам.

Ключевые слова: двусторонний паралитический стеноз гортани, эндоскопические методы, хирургический CO₂-лазер, селективная реиннервация гортани.

Библиография: 48 источников.

The review has covered some issues of etiology, diagnosis, recent trends in the treatment of bilateral vocal cord paralysis. The Attention is paid to the surgical treatment and operative techniques.

Key words: bilateral vocal cord paralysis, endoscopic techniques, CO₂-laser, selective laryngeal reinnervation.

Bibliography: 48 sources.

Разработка лечения пациентов с двусторонними паралитическими стенозами гортани является важным и активно обсуждаемым вопросом, не утратившим своей актуальности и на сегодняшний момент. Двусторонний паралич голосовых связок – потенциально опасное состояние. Отоларинголог должен определить его этиологию и выбрать тактику лечения для устранения, в первую очередь обструкции дыхательных путей при попытке сохранить фонацию.

Паралич нижнего гортанного нерва возникает чаще всего как следствие хирургических вмешательств на органах шеи (особенно на щитовидной железе) и средостения, инвазии злокачественных опухолей гортани, гортаноглотки, пищевода, щитовидной железы, трахеобронхиального дерева и других злокачественных новообразований органов шейно-воротниковой зоны и средостения. Нейрогенный стеноз гортани может также возникнуть вследствие вирусной инфекции или в результате патологических процессов в центральной нервной системе [34, 39].

Первичные оперативные вмешательства на щитовидной железе являются наиболее распространенной причиной паралитического стеноза гортани, а при ревизионной тиреоидэктомии особенно высок риск травмы возвратного гортанного нерва (табл.). Уровень послеоперационных односторонних парезов гортани у пациентов, перенесших операции на щитовидной железе по поводу доброкачественных заболеваний, составляет 2–7%, из них стойкий парез возникает в 0,5–4,0%. При ревизионных операциях и операциях, выполняемых для удаления злокачественных опухолей щитовидной железы, односторонние параличи гортани возникают



48. Woodman D. A modification of the extralaryngeal approach to arytenoidectomy for bilateral abductor paralysis // Arch. Otolaryngol. – 1946. – Vol. 43. – P. 63–65.

Рязанцев Сергей Валентинович – докт. мед. наук, профессор, заместитель директора по научной работе СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-01, e-mail: lor-obchestvo@bk.ru; **Аникин** Игорь Анатольевич докт. мед. наук, профессор, руководитель отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-01, e-mail: dr-Anikin@mail.ru; **Грекова** Мария Михайловна – клинический ординатор отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-01, e-mail: Mary.Grek@yandex.ru.

УДК: 616.22-006.6-07

О ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ

М. Г. Дедова, В. И. Самбулов, В. М. Свистушкин, Н. М. Захарова

DIAGNOSTICS QUESTIONS OF MALIGNANT NEWGROWTHS IN LARYNGEAL

M. G. Dedova, V. I. Sambulov, V. M. Svistushkin, N. M. Zakharova

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Статья является кратким обзором публикаций, посвященных проблеме диагностики рака гортани. Изложены данные по заболеваемости, срокам диагностики, особенностям клинической картины в зависимости от локализации процесса. Приведена характеристика диагностических методов исследований, применяемых в настоящее время. Освещены основные направления поиска новых возможностей для ранней диагностики рака гортани.

Ключевые слова: рак гортани, диагностика рака гортани.

Библиография: 54 источника.

This article is a brief review of the publications devoted to the problem of laryngeal cancer diagnostics. The following data are stated in the article: disease incidence, timeframes diagnostics, clinical picture features according to process localization. The diagnostic methods characteristic of the researches applying at the time being is also mentioned. The article covers the basic search concepts of new possibilities laryngeal cancer diagnostics on the early stage.

Key words: laryngeal cancer, laryngeal cancer diagnostics.

Bibliography: 54 sources.

В последние годы отмечается рост заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. Среди злокачественных опухолей ЛОР-органов лидирует рак гортани, составляя, по разным источникам, от 1 до 7% всех злокачественных новообразований, и занимает 7-е место среди лиц трудоспособного возраста после рака легкого, рака желудка, рака молочной железы, злокачественных опухолей кожи, новообразований лимфатической и кровеносной систем [3, 6, 19, 20, 27, 28, 33]. Чаше заболевание развивается у лиц мужского пола (96%), что, вероятно, связано с распространением табакокурения среди мужчин [9, 12, 19].

Согласно статистическим исследованиям, за последние 10 лет заболеваемость раком гортани в России увеличилась на 20%, составляя 7,8 случая на 100 000 населения [16, 27, 35]. В Москве этот показатель в 2007 г. отмечался на уровне 2,19 случая на 100 000 населения (4,96 и 0,24 у мужчин и женщин соответственно) [18]. В Московской области в 2007 г. заболеваемость раком гортани составила 4,4 случая на 100 000 населения, а в 2009 г. возросла до 4,7 [24].



УДК: 616.988.21:616.21

БЕШЕНСТВО, АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЛЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

А. В. Гербергаген

THE RABIES, ACTUAL ASPECTS FOR OTORHINOLARYNGOLOGIST

A. V. Gerbergagen

МУЗ «Подольская городская клиническая больница», г. Подольск, Московская область
(Главный врач – В. В. Громов)

Актуальность данного наблюдения для ЛОР-врачей состоит в следующем: случай наглядно демонстрирует возможность участия оториноларинголога в диагностических мероприятиях у больных бешенством.

На фоне отсутствия классических симптомов бешенства и явных указаний на травму одними из основных являются расстройства со стороны глотки и гортани, что может стать поводом для обращения к оториноларингологу.

Указанные выше расстройства, сопряженные с невозможностью выполнить осмотр гортани (по техническим причинам либо ввиду детского возраста больного), могут послужить причиной гипердиагностики патологии глотки и гортани, а также ненужного оперативного вмешательства.

Ключевые слова: бешенство, боль в горле, нарушение дыхания.

Библиография: 8 источников.

The urgency of this supervision for the otorhinolaryngologist consists in the following: the case illustrates the possibility of participating otolaryngologist for diagnostic measures in patients with rabies.

Against the background of the absence of classical symptoms of rabies and explicit instructions to the injury, is one of the major disorders of the pharynx and larynx, which may be an occasion to refer to the otolaryngologist.

The above-mentioned disorders, coupled with the inability to carry out inspection of the larynx (for technical reasons or in the mind of childhood the patient) may cause overdiagnosis of pathology of the pharynx and larynx, as well as unnecessary surgery.

Key words: rabies, sore throat, breath violations.

Bibliography: 8 sources.

Бешенство известно с давних времен, а его проявления описаны еще Аристотелем и Цельсом [5]. К настоящему моменту заболевание хорошо изучено, разработаны эффективные методы вакцинопрофилактики. Проводится регулярная санитарно-просветительская работа с населением о смертельной опасности бешенства, методах профилактики заболевания, правилах поведения для пострадавших от укусов животных. Благодаря этому случаи заболевания бешенством людей стали редкими: в России ежегодно регистрируется до 30 случаев заболевания [1]. Именно в этот момент многие люди теряют бдительность, начинают относиться к бешенству как к архаичному пережитку прошлого. Это же утверждение действительно в отношении узких специалистов, оториноларингологов в частности, тем более что проявления бешенства со стороны ЛОР-органов, по известным литературным источникам [1–8], обусловлены неврологическими расстройствами и не требуют какого-либо вмешательства. В этом свете любопытной является попытка стандартизировать показания к осмотру специалистами больного бешенством [5]. Так, авторами указанных рекомендаций предлагается: консультация



С утра 14.09.2011 г. состояние ребенка резко ухудшилось, в 6.00 зафиксирована остановка дыхания, начаты реанимационные мероприятия – без эффекта. В 06.30 14.09.2011 г констатирована биологическая смерть.

Посмертно диагноз бешенства подтвержден результатами вскрытия, исследованием фрагментов головного мозга методом ПЦР на наличие РНК-вируса, биологической пробой.

После смерти ребенка решением эпидемиологической комиссии по разбору случая все лица, контактировавшие с больной (врачи, в том числе 2 оториноларинголога, медицинский персонал, члены семьи – всего 14 человек), направлены на лечебно-профилактическую антирабическую иммунизацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Овчинников Ю. М. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1988.
3. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология. – М.: Медицина, 2002.
4. Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Крюков А. И. Воспалительные заболевания глотки. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
5. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. В. М. Семенова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009.
6. Темкин Я. С., Лихачев А. Г., Преображенский Б. С. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медгиз, 1947.
7. Фельдман А. И., Вульфсон С. И. Болезни уха и верхних дыхательных путей в детском возрасте. – М.: Медгиз, 1957.
8. Шустер М. А., Калина В. О., Чумаков Ф. И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1989.

Гербергаген Артем Викторович – оториноларинголог ЛОР-отделения Подольской городской клинической больницы. 142100, Московская область, г. Подольск, ул. Кирова, д. 38, тел.: 8-4967-54-55-72.

УДК: 616.288.6-089.844:616.284-002.258

ХОЛЕСТЕРОЛОВАЯ ГРАНУЛЕМА ПЕЩЕРЫ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА С ИНТРАКРАНИАЛЬНЫМ РОСТОМ

И. Т. Мухамедов, Ш. М. Ахмедов, Г. А. Полев, З. Б. Агаронова

MASTOID CHOLESTEROL GRANULOMA WITH INTRACRANIAL INVASION

I. T. Muhamedov, S. M. Ahmedov, G. A. Polev, Z. B. Agaronova

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Холестероловая гранулема (ХГ) может поражать любой пневматизированный отдел височной кости, однако крупные костные дефекты вследствие экспансивного роста этого доброкачественного новообразования весьма редки. Представлено клиническое наблюдение молодого пациента с хроническим двусторонним средним отитом в анамнезе. По данным компьютерной томографии: объемное образование, занимающее всю пещеру сосцевидного отростка, с дефектом латеральной стенки сосцевидного отростка, а также дефектом крыши антрума и стенки левой средней черепной ямки приблизительно 12х8 мм. Провести дифференциальный диагноз мягкотканых образований височной кости на предоперационном этапе позволяет магнитно-резонансная томография.

Ключевые слова: холестероловая гранулема, височная кость, хронический гнойный средний отит.

Библиография: 9 источников

Cholesterol granuloma may involve any pneumatized compartment of temporal bone, extensive bone defects due to the expansive growth of this benign lesion are rare though. We report a case report of a young patient with a history of bilateral chronic otitis media. The CT-findings were as follows: gross



УДК: 616.216.1-002:615.281:005.962.131

**РЕСПИРАТОРНЫЕ ФТОРХИНОЛОНЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ
ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ:
КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА****К. И. Нестерова****RESPIRATORY FLUOROQUINOLONES IN TREATMENT
OF CHRONIC PURULENT RHINOSINUSITES:
CLINICAL AND ECONOMICAL EVALUATION****К. I. Nesterova***ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Ю. А. Кротов)*

Проблема эффективно патогенетической терапии гнойной патологии придаточных пазух носа, как представляется, не полностью решена. Цель исследования: клиническая и экономическая оценка эффективности респираторных фторхинолонов, таваник и глево, в лечении обострений хронического гнойного синусита. Проспективное, рандомизированное контролируемое исследование, проведенное у 80 пациентов с данной патологией, показало аналогичную высокую эффективность обоих препаратов. Анализ безопасности проводился на основании обращения 160 больных и показал, что не существует значительных различий в частоте побочных реакций, которые требуют дополнительного лечения. Глево оказался более рентабельным препаратом.

Ключевые слова: *гнойный риносинусит, фармакоэкономика, рентабельность, респираторные фторхинолоны.*

Библиография: 6 источников.

The problem of effective pathogenetic therapy of purulent pathology of paranasal sinuses does not appear to have been completely resolved. Goal of the study: clinical and economical evaluation of administration of respiratory fluoroquinolones, Tavanic and Glevo, in treatment of aggravations with medium severe forms of chronic purulent rhinosinusitis. The prospective, randomized controlled study conducted in 80 patients with this pathology has shown similar high efficiency of both medicines. Safety analysis conducted on the basis of treatment materials of 160 patients has demonstrated that there are no significant differences in the frequency of adverse reactions which require additional treatment. Glevo has shown higher cost-effectiveness.

Key words: *purulent rhinosinusitis, pharmacoeconomics, cost-effectiveness, respiratory fluoroquinolones.*

Bibliography: 6 sources.

Лечение гнойной патологии полости носа и околоносовых пазух (ОНП) является ведущей проблемой ринологии, имеющей высокую медико-биологическую и социально-экономическую значимость. Несмотря на существование большого арсенала современных хирургических и консервативных методов лечения, количество риносинуситов не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к росту [2, 6]. Удельный вес госпитализированных с этой патологией увеличивается ежегодно на 1,5–2% [4].

При этом проблема эффективной патогенетической терапии этой патологии до настоящего времени остается до конца не решенной.



УДК: 616.28-009-057:613.164:615.356

ПРИМЕНЕНИЕ МИЛЬГАММЫ И МИЛЬГАММЫ КОМПОЗИТУМ В ЦЕЛЯХ ШУМОВОЙ ОТОПРОТЕКЦИИ

И. В. Райцелис, И. А. Шульга

USAGE OF "MILGAMMA" AND "MILGAMMA COMPOSITUM" FOR NOISE OTOPROTECTION

I. V. Raytselis, I. A. Shulga

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия
Минздравоуразвития России»

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

Проанализированы результаты клинических исследований, посвященных оценке отопротективного эффекта препарата мильгамма и мильгамма композитум (Worwag Pharma GmbH & Co. KG, Германия) у 100 рабочих «шумоопасных» профессий газовой промышленности с выявленными начальными признаками и хронической сенсоневральной тугоухостью. Установлено, что препарат обладает выраженным шумовым отопротективным эффектом и имеет перспективу использования в комплексной профилактике и реабилитации сенсоневральной тугоухости у рабочих «шумоопасных» производств.

Ключевые слова: мильгамма и мильгамма композитум, сенсоневральная тугоухость, шумовая отопротекция.

Библиография: 16 источников.

We evaluated clinical studies results, devoted to the otoprotective effect of "Milgamma" and "Milgamma compositum" medicine (prod. Worwag Pharma GmbH & Co. KG, Germany) tested on 100 workers of "noise-dangerous" professions in Gas industry, who had initial features and chronic sensorineural hearing loss.

It is found out, that the medicine has a marked noise otoprotective effect and can be used in comprehensive synteresis and rehabilitation of sensorineural hearing loss of workers in "noise-dangerous" industry.

Key words: Milgamma, Milgamma compositum, sensorineural hearing loss, noise otoprotection.

Bibliography: 16 sources.

Актуальность проблемы профессиональной сенсоневральной тугоухости (ПСНТ) определяется большой распространенностью заболевания среди рабочих трудоспособного возраста, занятых на «шумоопасных» производствах.

В настоящее время ПСНТ занимает второе место в общероссийской структуре профессиональных заболеваний, а среди профессиональных заболеваний ЛОР-органов – первое (54,8%) [3, 8] и зачастую приводит к ограничению или утрате профессиональной трудоспособности.

Тенденция снижения этих показателей, к сожалению, неудовлетворительная, так как на ряде производств (авиационном, железнодорожном, нефтехимическом и др.) шумовой фактор является на текущий день неустранимым.

Сохранение здоровья рабочих «шумоопасных» профессий, профилактика потенциального развития тугоухости от воздействия интенсивного производственного шума, повышение эффективности лечения и реабилитации больных ПСНТ является основной задачей, стоящей перед профпатологами-отоларингологами.

Особенно остро стоит проблема ПСНТ на предприятиях газодобывающей и перерабатывающей промышленности.

Современные технологии газовой отрасли, путем совершенствования технологического процесса, оборудования и разработки все более совершенных средств коллективной и индивидуальной защиты, значительно снижают контакт работника с факторами производственной среды.



**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК АВТОРЕФЕРАТОВ
ДИССЕРТАЦИЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
14.00.04 (НОВЫЙ ШИФР 14.01.03) «БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА»,
ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДИССЕРТАЦИОННЫЕ СОВЕТЫ РОССИИ В 2005 г.**

Абдихаликов Ж.А. Дифтерийное бактерионосительство при хроническом тонзиллите и гипертрофии небных миндалин у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.09 <Педиатрия> : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Абдихаликов Жангара Абдихаликович ; [Кыргиз. мед. ин-т переподготовки и повышения квалификации, Ошская обл. дет. больница]. – Бишкек, 2005. – 22 с. Библиогр.: 8 назв.

Азимова Д.Ж. Раннее сорбционно-ферментативное дренирование в лечении тонзиллогенных флегмон шеи : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Азимова Динара Жолдасовна ; [Новосиб. гос. мед. акад.]. – Новосибирск, 2005. – 20 с. Библиогр.: 7 назв.

Алексанян Т.А. Современные аспекты лечебно-диагностической тактики при остром бактериальном синусите : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Алексанян Тигран Альбертович ; [Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2005. – 28 с. Библиогр.: 2 назв.

Аль Джаюси Язид Абдельхалим. Диагностика ранних форм нарушений функций ушного лабиринта ангио-вертебрального генеза : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Аль Джаюси Язид Абдельхалим ; [С.-Петерб. гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова]. – СПб., 2005. – 22 с. Библиогр.: 11 назв.

Амутов И.А. Комплексный подход к лечению риносинусита и синдрома обструктивного апноэ во сне : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Амутов Идрис Абдрахимович ; [Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2005. – 23 с. Библиогр.: 7 назв.

Андреева И.В. Клинико-гигиенические критерии профессиональной пригодности работников голосо-речевых профессий железнодорожного транспорта : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Андреева Ирина Викторовна ; [Всерос. науч.-исслед. ин-т жел.-дор. гигиены, Науч.-клинич. центр оториноларингологии]. – М., 2005. – 22 с. Библиогр.: 5 назв.

Артюшкин С.А. Острая сенсоневральная тугоухость и актуальность выявления генетических маркеров наследственных тромбофилий : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> : спец. 14.00.29 <Гематология и переливание крови> / Артюшкин Сергей Анатольевич ; [Рос. науч.-исслед. ин-т гематологии и трансфузиологии, С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования]. – СПб., 2005. – 22 с. Библиогр.: 5 назв.

Астафурова О.В. Цитокины назального секрета у больных аллергическим ринитом на фоне специфической иммунотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.36 <Аллергология и иммунология> ; спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Астафурова Оксана Васильевна ; [Науч.-исслед. ин-т клинич. иммунологии Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук, Сиб. гос. мед. ун-т]. – Новосибирск, 2005. – 24 с. Библиогр.: 13 назв.

Астащенко С.В. Повышение эффективности тимпаноластики с использованием ультратонких аллохрящевых трансплантатов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Астащенко Светлана Витальевна ; [С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2005. – 25 с. Библиогр.: 4 назв.

Атнашева Р.Р. Показатели иммунной системы у больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом в сочетании с разными формами хронического фарингита : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> : спец. 14.00.36 <Аллергология и иммунология> / Атнашева Рената Рашитовна ; [С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова]. – СПб., 2005. – 15 с. Библиогр.: 7 назв.

Бакаева Т.А. Внутривенная инфузионная озонотерапия в комплексном лечении кохлеовестибулярной дисфункции у работников железнодорожного транспорта : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Бакаева Татьяна Анатольевна ; [Самар. гос. мед. ун-т]. – Самара, 2005. – 23 с. Библиогр.: 5 назв.

СОДЕРЖАНИЕ

Дискуссионный раздел

С. С. Лиманский

Стадийность воспалительного процесса – элемент классификации синусита	3
---	---

Научные статьи

З. Б. Агаронова, Ш. М. Ахмедов, И. Т. Мухамедов, М. В. Лекишвили, И. Л. Жидков, А. С. Зеянин, Е. З. Кочарян

Хирургическая реабилитация пациентов с «болезнью оперированного уха»	10
--	----

Ш. Э. Амонов, С. Х. Саидов, А. Ш. Амонов

Комплексная диагностика экссудативного среднего отита у детей	14
---	----

И. А. Аникин, В. И. Бабияк, В. А. Воронов, Н. Е. Конеченкова, А. Н. Пашинин

Мозжечок (Сообщение второе: историческая справка, синдромы)	17
---	----

Н. В. Бойко, Г. Г. Сорока, А. П. Давыдова

Современные особенности мастоидита у детей	25
--	----

А. Г. Волков, А. Р. Боджоков, И. И. Ромашевская

Характер репаративных процессов в эксперименте при различных вариантах пластики деминерализованных костных трансплантатов	32
---	----

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

Эпидемиология аллергического ринита, бронхиальной астмы в детской популяции	37
---	----

С. И. Геюшова

Характер влияния нейросенсорной тугоухости на трудоспособность и качество жизни работников нефтяной промышленности	42
--	----

Х. М. Диаб, И. А. Аникин, Н. Н. Хамгушкеева

Интраоперационный мониторинг лицевого нерва при аномалии развития среднего и внутреннего уха	46
--	----

А. М. Еловиков

Результаты применения модифицированного тefлонового протеза стремечка для стапедопластики	53
---	----

А. М. Еловиков, А. А. Селянинов, Ю. И. Няшин, С. В. Лиленко

Условия функционирования протеза стремени с позиции биомеханического моделирования.	57
--	----

В. А. Калягин, Т. Г. Кузнецова, Т. С. Овчинникова

Влияние ритмических раздражителей на качество речи заикающихся	62
--	----

Ж. З. Каримов

Современные методы диагностики острых воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи	67
---	----

Л. А. Кулакова, И. В. Бодрова, А. С. Лопатин, С. К. Терновой

Функциональная мультиспиральная компьютерная томографии височных костей – реальная альтернатива диагностической тимпанотомии.	71
--	----

М. О. Кустов, С. А. Артюшкин, П. В. Начаров, Г. В. Вержбицкий, Л. А. Гребенщикова, Ю. Н. Кутуков

Содержание С-реактивного белка в сыворотке крови у больных бактериальным наружным диффузным отитом.	77
--	----

К. А. Матвеев

Влияние реуранопластики на состояние слуховой функции у детей с врожденными расщелинами неба	81
--	----

В. А. Медведев

Риносептопластика при посттравматической комбинированной деформации носа в виде ринолордоза и кифоза.	85
--	----

Ю. В. Митин, А. Ю. Шидловский Дифференциальные пороги силы звука по методу Люшера у больных с сенсоневральной тугоухостью при вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности	89
К. И. Нестерова Анализ клинико-анатомических предпосылок формирования хронической гнойной патологии околоносовых пазух на основе принципов современной многомерной статистики	95
Г. М. Портенко, Е. Г. Портенко, Г. П. Шматов О патогенезе хронического тонзиллита по данным усовершенствованных информационных технологий	102
А. Р. Сакович Концентрация С-реактивного белка у пациентов с острым гнойным синуситом	113
И. А. Сребняк Энзиматическая активность в ретракционных карманах у пациентов хроническим средним отитом	117
С. Б. Сугарова, Х. М. Диаб, С. В. Астащенко Анатомические особенности окна улитки применительно к вибропластике и кохлеарной имплантации	121
Н. В. Шартанова Аллергический ринит у спортсменов высших достижений в различных видах спорта	126
Е. А. Шевчик, В. М. Свистушкин, Н. М. Захарова, С. Н. Шатохина, Г. Н. Никифорова, А. В. Ратова, С. А. Кокорева, Г. А. Голубовский Значение NO-терапии в репаративном процессе после тимпанопластики	132
В. П. Шпотин, А. И. Проскурин Сравнительные результаты вариантов saniрующих операций на ухе	137
Ю. К. Янов, В. И. Пудов, Д. С. Клячко Использование интраоперационных стапедальных рефлексов для настройки речевых процессов	140
Обзоры	
М. М. Грекова, И. А. Аникин, С. В. Рязанцев Хирургическое лечение двусторонних паралитических стенозов гортани (Литературный обзор)	144
М. Г. Дедова, В. И. Самбулов, В. М. Свистушкин, Н. М. Захарова О диагностике злокачественных новообразований гортани	155
Из практики	
А. В. Гербергаген Бешенство, актуальные аспекты для оториноларинголога	161
И. Т. Мухамедов, Ш. М. Ахмедов, Г. А. Полев, З. Б. Агаронова Холестероловая гранулема пещеры сосцевидного отростка с интракраниальным ростом	163
Школа фармакотерапии	
К. И. Нестерова Респираторные фторхинолоны в лечении хронических гнойных риносинуситов: клинико-экономическая оценка	167
И. В. Райцелис, И. А. Шульга Применение Мильгаммы и Мильгаммы композитум в целях шумовой отопротекции	174
Юбилей	
Чесноков Анатолий Антонович	181
Информационный раздел	
Библиографический список авторефератов диссертаций по специальности 14.00.04 (новый шифр 14.01.03) «Болезни уха, горла и носа», представленных в диссертационные советы России в 2005 г.	184
Рецензия на книгу Теоретические проблемы нарушений плавности речи: Коллективная монография / Под ред. Ю. О. Филатовой	192