



РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY

Медицинский научно-практический журнал

Основан в 2002 году

(Выходит один раз в два месяца)

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

*Для физических лиц индекс 41225 в каталоге «Пресса России»
Для юридических лиц индекс 41223 в каталоге «Пресса России»*

Совместное издание

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

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

Российское общество оториноларингологов



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

№ 4 (59) 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)	Мингалиев 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 Минздрава России»

Издатель:

ООО «Полифорум»

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

Ссылка на журнал «Российская оториноларингология» обязательна.

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

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

Адрес редакции:

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

Компьютерная верстка: Т. М. Каргапольцева

Подписано в печать 25.07.2012 г.

Формат: 60×90¹/8. Объем 22,75 усл. печ. л.

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

Отпечатано с готовых диапозитивов

в типографии «К-8».

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

Лицензия ПЛД № 69 291 от 19.10.1998 г.

Зак. тип. 2355.

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

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



УДК:616.284-002.2-006.25

**ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХОЛЕСТЕАТОМЫ У БОЛЬНЫХ
С ТУБО-ТИМПАНАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО
ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА****И. А. Аникин¹, А. А. Корнеенков, Т. А. Бокучава, Л. В. Полшкова****THE REASONS FOR THE FORMATION OF CHOLESTEATOMA
IN PATIENTS WITH TUBOTYMPANIC DISEASE
(SAFE TYPE OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA)****I. A. Anikin, A. A. Korneenkov, T. A. Bokuchava, L. V. Polshkova**¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития
России»

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

² ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П. А. Баяндина»

(Главный врач – А. В. Голованов)

³ ООО «Клиника промышленной медицины», Оренбург

(Главный врач – С. М. Подлужный)

На основе анализа опыта оперативных вмешательств у 631 пациента с туботимпанальной формой хронического отита установлено, что увеличение продолжительности течения хронического гнойного среднего отита и длительная ремиссия заболевания могут нести угрозу развития холестеатомы. Определено, что решающее значение для формирования холестеатомы играют локализация перфорации, состояние фиброзного и костного кольца, присутствие мiringосклероза, изменения слизистой оболочки барабанной полости в виде метаплазии, тимпаносклероза, фиброзных, рубцовых изменений. Выявленные данные обуславливают необходимость тщательной ревизии тимпанальной полости для предотвращения развития ятрогенной холестеатомы.

Ключевые слова: туботимпанальная форма хронического гнойного среднего отита, холестеатома, барабанная полость.

Библиография: 19 источников.

On the basis of experience of surgical interventions in 631 patients with tubo-tympanic form of chronic otitis media found that increasing the duration of chronic suppurative otitis media and prolonged remission of the disease may pose a threat to the development of cholesteatoma. It was determined that the critically important for the formation of cholesteatoma is the localization of perforation, status of fibrosis and bone rings, the presence of miringosclerosis, changes in the mucous membrane of the tympanum as metaplasia, tympanosclerosis, fibrosis, scarring. Identified data necessitate a thorough audit of the tympanic cavity to prevent the development of iatrogenic cholesteatoma.

Key words: tubotympanic type of chronic suppurative otitis media, cholesteatoma, tympanic cavity.

Bibliography: 19 sources.

Международная классификация болезней (МКБ-10) Всемирной организации здравоохранения выделяет две формы хронического гнойного среднего отита (ХГСО): эптитимпаноантральную и туботимпанальную. Туботимпанальная форма (мезотимпанит) считается доброкачественной формой ХГСО, поскольку воспалительный процесс поражает в основном



УДК:616.21-089.81:614.211.003.13

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СТАЦИОНАР ЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

И. М. Алибеков, А. Р. Белявский, Х. Т. Абдулкеримов

CLINIC – THE ECONOMIC AND SOCIAL IMPORTANCE OF A HOSPITAL OF REPLACING TECHNOLOGIES IN OUT-PATIENT OTORHINOLARYNGOLOGY

I. M. Alibekov, A. R. Belyavsky, H. T. Abdulkерimov

*Комитет по здравоохранению Администрации г. Сургута
(Председатель – А. Р. Пелевин)*

*Министерство здравоохранения Свердловской области
(Министр – А. Р. Белявский)*

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия
Минздравсоцразвития РФ», Екатеринбург*

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Х. Т. Абдулкеримов)

Проведен анализ работы амбулаторных хирургических вмешательств за 2003–2011 г. Пролечено более 9272 пациентов и выполнено более 10 140 стационар замещающих операций с применением современных технологий в условиях Севера. Получены хорошие результаты. Сделаны выводы о медицинской и экономической целесообразности амбулаторной хирургии.

Ключевые слова: амбулаторная хирургия, современные технологии, экономика, Север.

Библиография: 4 источника.

The analysis of work of out-patient surgical interventions for 2003–2011g is carried out. More than 9272 patients and more than 10 140 hospital of replacing operations with application of modern technologies in the conditions of the North are treated. Good results are received. Conclusions are drawn on medical and economic feasibility of out-patient surgery.

Key words: out-patient surgery, modern technologies, economy, North.

Bibliography: 4 sources.

Современная экономическая ситуация остро ставит вопрос более рационального соотношения амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Качественные изменения в системе оказания медицинской помощи населению в нынешних условиях возможны, прежде всего, в свете пересмотра взглядов на характер и объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых больным в амбулаторно-поликлинических учреждениях [4].

Цель работы. Совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в условиях амбулатории, соответственно расширение возможностей амбулаторной хирургической службы в сфере оказания медицинской помощи населению, а также повышение экономической эффективности деятельности ЛПУ на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий, профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.



ЛИТЕРАТУРА

1. Анестезия и оперативная оториноларингология в амбулаторных условиях / А. А. Чесноков [и др.]. Мат. 1-го Петербургского форума. – СПб., 2012. – Т. 1. – С. 7–10.
2. Ирригационная терапия с применением аквадора при эндоскопических операциях и применением CO₂-лазера в амбулаторной ЛОР-хирургии / И. М. Алибеков [и др.] // Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. СПб., 2011. – Т. 3. – С. 15.
3. Пискунов Г. З. Современная амбулаторная хирургия в оториноларингологии: пособие для врачей. – М., 2007. – 17 с.
4. Экономическая значимость стационар замещающих технологий в оториноларингологии / А. А. Чесноков [и др.] // Мат. 1-го Петербургского форума. – СПб., 2012. – Т. 1. – С. 77–78.

Алибеков Иманкарим Магомедович – канд. мед. наук, зав. ЛОР-отделением городской поликлиники № 3, главный оториноларинголог г. Сургута. 628400, ХМАО-Югра, Тюменская обл., Сургут, ул. Энергетиков, д. 14. тел./факс: 8-3432-52-59-01; 52-58-87, e-mail: alibekovu@bk.ru; **Белявский** Аркадий Романович – докт. мед. наук, министр здравоохранения Свердловской обл., e-mail: mzso@zdravso.ru; **Абдулкеримов** Хийит Тагирович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Уральской ГМА. 620109, Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 189. тел.: 8-3432-400-476; 400-614, e-mail: tag@r66.ru

УДК: 616.28-008:611.817.1

МОЗЖЕЧОК**(СООБЩЕНИЕ ПЕРВОЕ: АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, СЕМИОТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ)**

И. А. Аникин¹, В. И. Бабияк², В. А. Воронов², Н. Е. Конеченкова³, А. Н. Пащинин²

CEREBELLUM**(THE FIRST MESSAGE: ANATOMIC AND FUNCTIONAL FEATURES, SEMIOTICS DISEASES)**

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 Минздрава России»

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

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

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

³ Санкт-Петербургский государственный университет

(Зав. каф. оториноларингологии и офтальмологии – проф. Я. А. Накатис)

Заболевания мозжечка (Мзч) представляют большой практический интерес для ЛОР-специалистов, отоневрологов, вестибулологов, логопедов и др., поскольку многие из этих заболеваний могут, с одной стороны, являться следствием патологических состояний ЛОР-органов, с другой – имитировать эти состояния, затрудняя диагностику основного патологического процесса.

Ключевые слова: мозжечок, ножки мозжечка, кора мозжечка, ядра мозжечка, ушной лабиринт, атаксия, нистагм.

Библиография: 11 источников.

The diseases of the cerebellum present the big practical interest for LOR specialist, otoneurologist, labyrinthologist, speech therapist and others since many from these diseases can be, on the one hand,



УДК 616.284-006.488-089

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОТИАТРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПАРААНГЛИОМ ВИСОЧНОЙ КОСТИ****И. А. Аникин, М. В. Комаров****LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT
OF THE OTIATRIC FORM OF PARAGANGLIOMA OF THE TEMPORAL BONE****I. A. Anikin, M. V. Komarov***ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа
и речи Минздрава России»**(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

В статье выполнен анализ отдаленных морфологических и функциональных результатов у пациентов с отиатрической формой параангиом височной кости, которые проходили оперативное лечение в клинике СПб НИИ ЛОР с 1989 по 2011 г. Сравниваются отдаленные морфологические результаты в послеоперационных группах пациентов в зависимости от применявшихся хирургических методик. Проводится оценка отдаленных функциональных результатов. Авторы приходят к выводу, что щадящий способ удаления параангиомы височной кости отиатрической формы, разработанный в СПб НИИ ЛОР, является хирургическим методом выбора.

Ключевые слова: *отдаленные функциональные результаты, отдаленные морфологические результаты, параангиома височной кости.*

Библиография: *7 источников.*

This article represents an analysis of long-term morphological and functional results in patients with otiatric form of paraganglioma of the temporal bone, which were operated in S.-Petersburg's ENT Research Institute's clinic 1989 to 2011. Authors compared long-term postoperative morphological results in groups of patients, depending on the applied surgical techniques. Also long-term functional results were evaluated. Authors conclude that a gentle technique to remove otiatric form of paraganglioma of the temporal bone that was developed in S.-Petersburg's ENT Research Institute, is a surgical method of choice.

Key words: *long-term functional results, long-term morphological results, paraganglioma of the temporal bone.*

Bibliography: *7 sources.*

Хирургическое лечение параангиом височной кости, даже отиатрической формы, представляет собой одну из наиболее сложных задач, с которыми может сталкиваться отохирург в своей практике. Но прогресс в развитии хирургических техник за последние более чем 60 лет с момента открытия этих опухолей дает надежду на достижение положительных морфологических и функциональных результатов [1, 4–7].

Главная проблема, возникающая в течение оперативного вмешательства и требующая решения, это кровотечение, которое действительно можно назвать профузным. Оно затрудняет полноценную ревизию среднего уха, что приводит к высокому риску процеживания опухоли.

Если рассматривать выполнение радикальной операции на больном ухе по классически описанному способу [3] как отправную точку в развитии хирургии параангиом височной кости, нельзя не упомянуть о главных ее недостатках. Основное время в выполнении этого вмешательства занимает создание объемной трепанационной полости. И только после этого резкими и грубыми движениями проводится вылушивание. В течение нескольких секунд трепанационная полость заполняется кровью, что приводит отохирурга в большинстве случаев к выбору неправильного решения – скорейшему тампонированию полости с целью остановить кровотечение. В этом случае фрагменты опухоли даже в слуховой трубе или среди трабекул гипотимпанума остаются нетронутыми и в последующем служат источниками продолженного



Выводы

Оперативное вмешательство, выполняемое по разработанному щадящему способу, позволяет достигать социально-адекватного слуха у 75% пациентов. В то время как вероятность процедуры опухоли остается на достаточно низком уровне.

На этом фоне способ удаления опухоли путем выполнения радикальной или рерадикальной операции выглядит крайне невыигрышно, так как при нем вероятность получения даже удовлетворительного морфологического результата составляет менее 30%. В то время как функциональный результат на оперированном ухе выражается в смешанной тугоухости 3–4-й степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин И. А., Комаров М. В. Хирургическая техника удаления отиатрической формы параганглиомы латерального основания черепа // Рос. оторинолар. – 2011. – № 3. – С. 10–14.
2. Аникин И. А., Комаров М. В. Особенности хирургической тактики при рецидивировании гломусной опухоли (параганглиомы) уха // Там же. – № 5. – С. 20–23.
3. Вайшенкер П. Г. Хирургическое лечение гломусных опухолей среднего уха и яремной ямки // Вестн. оторинолар. – 1976. – № 3. – С. 72–76.
4. Forest J. A., Jackson C. G., McGrew B. M. Long-Term Control of Surgically Treated Glomus Tympanicum Tumors // Otology & Neurotology. – 2001. – P. 232–236.
5. Glomus tympanicum tumour: an alternative surgical technique / M. S. Rohit [et al.] // The Journal of Laryngology & Otology. – 2003. – Vol. 117. – P. 462–466.
6. Hearing Results After Hypotympanotomy for Glomus Tympanicum Tumors / K. Papaspyrou [et al.] // Otology & Neurotology. – 2011. – N 2. – P. 291–296.
7. Middle ear and mastoid glomus tumors (glomus tympanicum): An algorithm for the surgical management / M. Sanna [et al.] // Auris Nasus Larynx. – 2010. – Vol. 37. – P. 661–668.

Аникин Игорь Анатольевич – докт. мед. наук, руководитель отдела высокотехнологичной медицинской помощи СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-982-2251, e-mail: lor-obshestvo@bk.ru;
Комаров Михаил Владимирович – очный аспирант СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-982-2251, e-mail: 7_line@mail.ru

УДК 616.216.1-002-072.1-089-053.3/.5

ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ

Р. А. Бруйка², М. М. Сергеев¹, Б. Б. Мусельян², Д. Л. Перехода²

ENDONASAL ENDOSCOPIC SURGERY IN SOME DISEASES OF PARANASAL SINUSES IN CHILDREN

R. A. Bruyaka, M. M. Sergeev, B. B. Muselyan, D. L. Perekhoda

¹ ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар (Ректор – С. Н. Алексеенко)

² Краснодарская детская краевая клиническая больница (Главный врач – проф Е. И. Клещенко)

Под наблюдением находились 198 детей в возрасте 4–17 лет. Были выявлены: хоанальный полип + верхнечелюстной синусит – 81 больной, кисты верхнечелюстной пазухи – 111 человек, полипозные формы синусита – 6 случаев. Всем пациентам произведены эндоназальные ринохирургические операции под видеондоскопическим контролем. За весь период наблюдения в связи с рецидивом заболевания повторные эндоскопические манипуляции проведены 11 (5%) больным.

Ключевые слова: эндоназальная ринохирургия, синуситы, кисты, хоанальный полип.

Библиография: 13 источников.



The total of 198 children at the age 4-17 year old were diagnosed with the following diseases: antro-choanal polyp and maxillary sinusitis (81 patient); cysts of the maxillary sinus (111 patients) and rhinosinusitis with polyps (6 patients). All patients were treated by endonasal surgery with video-endoscopic control. The recurrence of symptoms was a reason for secondary endoscopic intervention in 11 (5%) patients.

Key words: *endonasal rhinosurgery, sinusitis, cyst, choanal polyp.*

Bibliography: 13 sources.

Высокий уровень патологии полости носа и околоносовых пазух среди других заболеваний ЛОР-органов связан с многочисленными местными и общими причинами: анатомические отклонения в носу, возрастание патогенности микроорганизмов (бактерий, вирусов), снижение иммунитета у детей, изменение экологии, влияние профессиональных вредностей [6, 11, 13].

Заболеваемость хроническими синуситами на 1000 населения (за последние 8 лет) ежегодно увеличивается на 1,5–2%, а затраты на лечение составляют более чем 3,5 миллиарда долларов в год [4, 5]. В США каждый седьмой взрослый страдает синуситом, а у 31 миллиона пациентов синусит диагностируется ежегодно [12].

На смену традиционным хирургическим вмешательствам при синуситах пришли более современные щадящие способы лечения. Это вызвано появлением эндоскопической техники и разработкой новых малоинвазивных функциональных операций. С помощью этих операций можно эндоназально вскрыть пораженные пазухи, удалить патологические образования, восстановить адекватную аэрацию и дренаж синусов. Очень важной задачей корригирующих эндоназальных вмешательств является устранение препятствий на пути воздушного потока, идущего по общему носовому ходу к хоанам. В противном случае струя вдыхаемого воздуха может вызвать микротравму эпителия, нарушив его целостность и барьерную функцию, что способствует инфицированию слизистой оболочки микроорганизмами и развитию воспалительной реакции [6].

Клиническая эффективность таких малоинвазивных методик доказана в работах ряда отечественных и зарубежных исследователей, опубликованных в последние годы [4, 5].

О. А. Денисова и Т. И. Гаращенко [3] считают основными преимуществами эндоскопических вмешательств при осложненных острых синуситах у детей следующие: безопасность (визуализация); возможность проведения «локальных» вмешательств; достижение клинического результата при наличии аномалий строения полости носа; создание стойкого адекватного дренажа из околоносовых пазух; противорецидивное действие.

Об успешных итогах применения эндоскопических вмешательств при синуситах, гипертрофических ринитах и при устранении патологии внутриносовых структур сообщили А. А. Куликов и соавт. [8] и Р. К. Тулебаев и соавт. [9].

А. А. Чесноков и соавт. [7] представили положительные результаты использования эндоскопической ринохирургии для устранения нарушений носового дыхания при хронических заболеваниях носа в амбулаторных условиях.

Высокий экономический и социальный эффекты от внедрения новых технологий в виде малоинвазивной эндоскопической ринохирургии в сравнении с классическими радикальными вмешательствами констатировала в своих расчетах А. К. Шишева [10]. Автор настаивает на целесообразности более широкого овладения эндоскопическим оборудованием врачами большинства оториноларингологических учреждений.

Однако И. В. Горбонос и соавт. [2] подчеркивают, что внутриносовые операции, выполненные с помощью микроэндоскопических эндоназальных технологий, не всегда приводят к купированию воспалительного процесса в околоносовых пазухах.

Цель исследования. Анализ результатов современных эндоскопических вмешательств при различных заболеваниях полости носа и околоносовых синусов у детей, госпитализированных в ЛОР-отделение Краснодарской детской краевой больницы за последние 5 лет (2007–2011).

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 198 больных (мальчиков – 111, девочек – 87). Возраст пациентов – от 4 до 17 лет. Ежегодная помесечная госпитализация в



УДК 616.28-009:314.14:669.6/.7

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ**С. И. Геюшова****CONDITION OF MORBIDITY NEUROSENSORY HEARING LOSS OF WORKERS OF OIL-PROCESSING INDUSTRY****S. I. Goyushova**

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

Проведенное пилотное проспективное отоскопическое исследование с последующей по показаниям аудиометрией выявило довольно высокий уровень заболеваемости нейросенсорной тугоухостью (НСТ) работников нефтеперерабатывающей промышленности (НПП), составившей в среднем $18,2 \pm 0,9\%$ при интенсивности тугоухости $62,5 \pm 1,6$ дБ. Низкая медицинская обращаемость по поводу НСТ обусловлена как слабой клинической симптоматикой заболевания, ее стертой, так и боязнью профессиональной деqualификации. Лишь при стойкой тугоухости работники НПП обращаются за специализированной помощью. Поэтому для предотвращения необратимых осложнений НСТ необходимо участить профилактические обследования работников НПП с разъяснением необходимости своевременной обращаемости при развитии признаков тугоухости.

Ключевые слова: нейросенсорная тугоухость, профессиональная заболеваемость, нефтеперерабатывающая промышленность.

Библиография: 16 источников.

Undertaken a pilot prospective otoscopic research with a subsequent audiometry educed the high enough level of morbidity the neurosensory hearing loss (NHL) of workers oil-processing industry, averaging $18,2 \pm 0,9\%$ at intensity of hearing loss of $62,5 \pm 1,6$ dB. Low medical turned on an occasion NHL is conditioned both weak clinical symptomatology of disease, effaced and by dread of professional disqualification. Only at a proof hearing loss the workers of oil-processing industry apply for the specialized help. Therefore for prevention of irreversible complications of NHL it is necessary to make more frequent the prophylactic inspections of workers of oil-processing industry with elucidation of necessity to timely turned at development of signs of hearing loss.

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

Bibliography: 16 sources.

В течение последних 10 лет во всем мире при оценке состояния здоровья работников организованных коллективов стали больше внимания уделять хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ), о чем свидетельствует один из последних документов ВОЗ, посвященный анализу этой проблемы (WHO, 2008 [15]). ХНИЗ обуславливают существенные затраты работодателя, связанные с нетрудоспособностью и компенсационными выплатами [4, 10–12].

На текущий день проведено множество исследований эффективности профилактических вмешательств на рабочем месте. Результаты этих исследований оказались неоднозначными. В некоторых исследованиях получена значительная эффективность в отношении обеспечения трудоспособности работников, а в ряде случаев и значительный социально-экономический эффект, важный для работодателя. В других исследованиях положительного эффекта не выявлено. Вероятно, универсального алгоритма профилактического вмешательства не существует. Однако выработка общих подходов к организации и проведению профилактического скрининга и вмешательства возможна и необходима [4, 6, 13, 15].

В структуре профессиональной заболеваемости по частоте своей медико-социальной значимости особенно выделяется нейросенсорная тугоухость (НСТ), частота выявляемости которой превышает 17% [3]. По данным ВОЗ в настоящее время с нарушениями слуха в мире



11. Mills P. R. The development of a new corporate specific health risk measurement instrument, and its use in investigating the relationship between health and well-being and employee productivity // *Environ Health*. – 2005. – 4:1.
12. Munz D., Kohler J., Greenberg C. Effectiveness of a comprehensive worksite management program: combining organisational and individual interventions // *Int. J. Stress Manag.* – 2001. – 8:1. – P. 49–62.
13. Netterstrom B., Conrad N., Bech P. The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. *Epidemiol // Rev.* – 2008. – 30:1. – P. 118–132.
14. Rapin I. Auditory neuropathy // *Hear. Research*. – 2004. – Vol. 179, iss. 1–2. – P. 32–47.
15. RCP Faculty of public Health Medicine Committee on Health Promotion. Health Promotion in the Workplace. Guidelines for Health Promotion No. 40. London, UK: Royal College of Physicians. 2005.
16. WHO Preventing Noncommunicable Diseases in the work place through Diet and Physical Activity. WHO // World Economic Forum Report of a joint Event WHO. – 2008. – P. 52.

Геюшова Сакина Ислам кызы – врач-оториноларинголог Центральной больницы нефтяников. Баку, AZ1025, ул. Ю. Сафарова, д. 17, тел. (+99412)521-08-50, e-mail: sakinagoyushova@rambler.ru; sakina06@mail.ru

УДК: 611. 853-073.753.5: 616.283.1-089.844

ВЛИЯНИЕ РАЗМЕРОВ ОКНА УЛИТКИ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И ВИБРОПЛАСТИКИ

Х. М. Диаб, С. Н. Ильин, С. Б. Сугарова

THE INFLUENCE OF ROUND WINDOW SIZES ON DETERMINATION OF COCHLEAR IMPLANTATION AND VIBROPLASTY SURGICAL APPROACH

H. M. Diab, S. N. Iljin, S. B. Sugarova

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

В настоящее время благодаря развитию отохирургии, кохлеарной имплантации и имплантации среднего уха (Vibrant Soundbridge) стало возможным реабилитировать пациентов со снижением слуха высокой степени. Помимо увеличения количества операций расширяются показания к ним. Разрабатываются и совершенствуются хирургические техники для введения активного электрода и установки FMT-катушки (Floating Mass Transducer) в окно улитки. Статья посвящена измерению окна улитки (диаметр, площадь, размер костного навеса, subiculum) применительно к вибропластике и кохлеарной имплантации. Измерения проводились в костной лаборатории, на компьютерных томограммах височных костей, магнитно-резонансных томограммах внутреннего уха и интраоперационно. На основании полученных данных определялась возможность прогнозировать хирургический подход к окну улитки.

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

Библиография: 10 источников.

Nowadays, thanks to the development of otosurgery, cochlear and middle ear implantation (Vibrant Soundbridge) it is possible to rehabilitate patients with severe hearing loss. Besides the rising number of operations the range of indications is getting wider as well. Techniques of active electrode induction and Floating Mass Transducer installation at the round window are being worked out and improved. This work is dedicated to the round window measuring (diameter, area, subiculum size) with regard to vibroplasty and cochlear implantation. Measurements were made at the bone laboratory, with the help of computer and magnetic resonance tomogrammes and intraoperatively. It demonstrates the possibility to forecast operational approach to the round window on the basis of computer and magnetic resonance tomogrammes survey.



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 Floating Mass Transducer (FMT-катушка) в окно улитки. Помимо увеличения количества операций расширяются показания к ним. Кандидатами для отбора на кохлеарную имплантацию стали пациенты с оссификацией улитки и аномалиями развития среднего и внутреннего уха, а установка импланта среднего уха Vibrant Soundbridge (VSB) стала возможна для пациентов, которым ранее проводились тимпанопластики, радикальные операции на ухе, стапедопластики, а также пациентов с аномалиями развития среднего уха [1, 2].

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 с соавт. доказали в своих работах эффективность установки Vibrant Soundbridge 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 необозримо или обозрима лишь его часть. При этом необходимо убрать костные навесы, которые, как правило, занимают переднее или задне-верхнее положения [12].

При хирургических манипуляциях в области окна улитки высока вероятность повреждения анатомических структур и развития послеоперационных осложнений (вестибулопатия, снижение остаточного слуха). Поэтому для минимизации хирургической травмы необходимо иметь четкое представление о 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).

Цель исследования. Изучение микроанатомии окна улитки (диаметра, площади, глубины ниши круглого окна, костных навесов, subiculum) на височных костях, компьютерных и магнитно-резонансных томограммах и интраоперационно в целях повышения эффективности вибропластики и кохлеарной имплантации.

Пациенты и методы. Мы исследовали анатомию окна улитки:

- на 31 препарате кадаверной височной кости;
- на 40 компьютерных томограммах;
- на 35 магнитно-резонансных томограммах с трехмерной визуализацией улитки;
- у 45 пациентов во время проведения оперативных вмешательств (кохлеарная имплантация или вибропластика).

Измерения окна улитки на височных костях. Все височные кости находились в 70%-ном формальдегиде. Были произведены срезы на уровне окон таким образом, чтобы обеспечить доступ к мысу, окнам и каналу лицевого нерва. Молоточек и наковальня были удалены. Затем проводились измерения с помощью кронциркуля. Диапазон измерений 10 мм. Цена деления шкалы 0,005 мм. Максимально допустимые погрешности 0,015 мм.

С помощью кронциркуля производились измерения окна улитки (диаметр, площадь), а также измерение навеса над окном, subiculum перед окном, степень выраженности данных отростков.

Для измерения глубины ниши окна улитки мы использовали микроинструмент, диаметр которого постепенно уменьшался к кончику. Длина инструмента составила 14 см, а диаметр кончика – 0,5 мм.

Далее мы моделировали операции с помощью пробного электрода для кохлеарной имплантации и FMT-катушки для вибропластики. В большинстве случаев приходилось снимать костные навесы и subiculum. Эти данные мы также учитывали.



УДК:616.283.1-089.843:616.281

СПОСОБ ДОСТУПА К СТРУКТУРАМ ВНУТРЕННЕГО УХА ПРИ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПУТЕМ ФОРМИРОВАНИЯ МОБИЛИЗОВАННОГО КОЖНО-КОСТНОГО ЛОСКУТА

Х. М. Диаб, В. Е. Кузовков, С. А. Еремин, Ю. К. Янов

APPROACH TO THE INNER EAR STRUCTURES IN COCHLEAR IMPLANTATION WITH THE "POSTERIOR WALL FLAP"

Н. М. Diab, V. E. Kuzovkov, S. A. Eremin, Yu. K. Yanov

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

При проведении кохлеарной имплантации в некоторых случаях оказывается недостаточно классического трансмастоидального подхода с наложением задней тимпаностомы для введения активного электрода кохлеарного импланта в улитку. Разработанный способ формирования костно-кожного лоскута из задней стенки наружного слухового прохода служит для улучшения обзора и облегчения доступа к структурам внутреннего уха через барабанную полость. После введения электрода мобилизованный лоскут возвращается на место и укрепляется стеклоиономерным цементом.

Разработанный метод использован у 10 пациентов. Классический трансмастоидальный подход применялся в 20 случаях. Срок наблюдения составил от 6 до 12 месяцев после оперативного вмешательства. Таких осложнений, как экструзия электрода, втяжение задней стенки наружного слухового прохода, образование ретракционных карманов, нарушение целостности барабанной перепонки и др., не отмечалось. Разработанный метод хирургического подхода для кохлеарной имплантации эффективен, обеспечивает хороший обзор барабанной полости, облегчает наложение кохлеостомы и введение электрода в улитку. Функциональные результаты были сопоставимы с данными, полученными у пациентов, которым кохлеарная имплантация проводилась классическим трансмастоидальным способом.

Ключевые слова: среднее ухо, кохлеостома, кохлеарная имплантация, стеклоиономерный цемент.

Библиография: 9 источников.

It has been proved by many authors that classic mastoidectomy and posterior tympanotomy approach for cochlear implantation (CI) is not sufficient for an electrode array insertion into the scala tympany in some difficult cases.

The technique of "posterior wall flap" is proposed to facilitate approach to the inner ear structures during CI. The "posterior wall flap" is consolidated with the glass-ionomeric cement after an electrode insertion.

The developed technique was applied in 10 patients. The follow-up ranged from 6 to 12 months. No complications (electrode extrusion, displacement of posterior wall of external auditory canal, retraction pockets etc.) were revealed.

Functional outcome correlated with data obtained from CI users who underwent the classic mastoidectomy – posterior tympanotomy procedure.

Key words: middle ear, cochleostomy, cochlear implantation, glass ionomer cement.

Bibliography: 9 sources.

Кохлеарная имплантация (КИ) в настоящее время является наиболее эффективным способом реабилитации пациентов с двусторонней сенсоневральной тугоухостью IV степени и глухотой [3–6, 9]. Этот метод эффективен как в случае приобретенной тугоухости, так и при врожденных дефектах слуха [4, 9]. КИ в раннем возрасте способствует не только приобретению слуховой функции, но и формированию речи, а также социальной адаптации пациента [4].



УДК:616.283.1-089.843

СПОСОБ ФИКСАЦИИ АКТИВНОГО ЭЛЕКТРОДА КАК ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Х. М. Диаб, В. Е. Кузовков, Р. В. Карапетян

THE METHOD OF ACTIVE ELECTRODE FIXATION AS THE SURGICAL STAGE OF COCHLEAR IMPLANTATION

Н. М. Diab, V. E. Kuzovkov, R. V. Karapetyan

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

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

В статье изложен способ фиксации активного электрода в трепанационной полости при выполнении хирургического этапа кохлеарной имплантации у пациентов, перенесших радикальные операции на среднем ухе. Способ заключается в формировании костных туннелей: первый туннель формируется у заднего края мастоидальной части трепанационной полости, второй туннель – в нижних отделах мастоидальной части трепанационной полости таким образом, что верхняя стенка туннеля оставляется незамкнутой, представляя собой навес в виде «клюва».

В «шпоре» над лицевым нервом борами формируется третий туннель таким образом, чтобы оси отверстий туннеля и круглого окна находились в одной плоскости.

Разработанный метод использован в 15 случаях. Срок наблюдения составил от 1 года до 2 лет после оперативного вмешательства. Данный вариант хирургической тактики проведения кохлеарной имплантации эффективен, обеспечивает надежную защиту активного электрода от внешней среды в трепанационной полости и дает возможность профилактировать такие осложнения, как экструзия и миграция активного электрода.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, хронический гнойный средний отит, полость после радикальной операции, фиксация активного электрода.

Библиография: 14 источников.

The article describes the method of active electrode fixation in the tympanomastoidal cavity during cochlear implantation in patients, who underwent canal-wall down mastoidectomy in the middle ear. The method resides in forming bone tunnels: first tunnel is formed in the posterior edge of the mastoid cavity, second one – in the lower part of mastoid cavity, so that the upper wall of the tunnel is left opened, like a "beak". Above the bony canal of the facial nerve (in the facial ridge) the third tunnel is formed so that the axes of the tunnel opening and round window are on the same plane. The developed method was used in 15 patients. The follow-up examination ranged from 1 to 2 years after surgery. Complications such as extrusion, migration of the active electrode, and etc. were not revealed. This method of surgical approach for cochlear implantation is effective. It provides safe and protection for active electrode from the environment in tympanomastoidal cavity.

Key words: cochlear implantation, chronic suppurative otitis media, tympanomastoidal cavity, active electrode fixation.

Bibliography: 14 sources.

В литературе описаны многочисленные варианты проведения кохлеарной имплантации после радикальной операции, однако большинство трудов посвящены способам облитерации мастоидальной полости (РО), реконструкции задней стенки НСП, и лишь единичные авторы описывают технические сложности при введении и фиксации активного электрода [2, 4, 6, 7, 11].

Тем не менее количество осложнений по-прежнему не снижается, в большинстве случаев это связано с недостаточной фиксацией активного электрода, приводящей к его экструзии и дислокации [3, 8, 10, 11, 13, 14].

Job T. F. Postelmans и соавт. (2009) предлагают метод фиксации активного электрода с помощью мышечного лоскута и фибринового клея или иономерного цемента [5] к задней стенке



УДК: 616.284-004-089.844-06:616-007.253]036.1-036.22

**БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПЕРИЛИМФАТИЧЕСКИХ ФИСТУЛ ЛАБИРИНТА
ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ****А. М. Еловиков¹, А. А. Селянинов², С. В. Лиленко³, Ю. И. Няшин²****BIOMECHANICAL AND CLINICAL ASPECTS
OF PERILYMPHATIC FISTULAS OF THE LABYRINTH
AFTER STAPEDOPLASTY****A. M. Elovikov, A. A. Selyaninov, S. V. Lilenko, Y. I. Nyashin**¹ ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера Минздравсоцразвития России»

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

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)

Дано биомеханическое обоснование образования перилимфатической фистулы после стапедопластики. При движении протеза стремечка, кроме поступательных движений для передачи звука, совершает качающиеся движения, вплоть до ударных. Именно эти перемещения ножки протеза в отверстии стремечка и перилимфатическом пространстве могут стать причиной развития фистулы. При клиническом обследовании 349 пациентов после стапедопластики установлено, что частота перилимфатических фистул составила $1,15 \pm 0,51\%$. Основными клиническими проявлениями были: флюктуация остроты и снижение слуха, шум в ушах, головокружение и лабиринтная атаксия. При реоперациях у всех пациентов выявлена центральная фистула под ножкой протеза стремечка.

Ключевые слова: математическая модель среднего уха, отосклероз, протез стремечка, перилимфатическая фистула, рестапедопластика.

Библиография: 9 источников.

Biomechanical substantiation of perilymphatic fistula formation after stapedoplasty is given in the paper. The stapes' prosthesis moves progressively to transmit the sound. Apart from these movements, the swinging lateral motions are registered, that can lead to trauma of labyrinth. Clinical examination of 349 patients after stapedoplasty demonstrated that frequency of perilymphatic fistulas was $1,15 \pm 0,51\%$. The main clinical manifestations were: fluctuation of hearing and progressive hearing loss, tinnitus, dizziness and labyrinthine ataxia. Central fistula under a stapes' prosthesis was revealed after repeated operation in all the patients.

Key words: biochemical model of middle ear, otosclerosis, stapes prosthesis, perilymphatic fistula, revision stapedectomy.

Bibliography: 9 sources.

Перилимфатическая фистула (ПФ) в области преддверия ушного лабиринта является причиной для реопераций в 30,7% [3–5, 8, 9]. Образование ПФ после операций на стремечке связано с особенностями хирургической техники, а также с механическими причинами, действующими после операции. Формированию фистулы способствуют:

- давление протеза на край окна преддверия;
- чрезмерная длина протеза и избыточное давление поршня на лоскут;
- неполное приживление трансплантата и его некроз;
- нарушение защитной функции мышц барабанной полости [1, 3–5].



кладной механики Пермского национального исследовательского политехнического университета. 614990, Пермь, Комсомольский пр., д. 29, тел.: (342) 239-17-02; **Няшин** Юрий Иванович – засл. д. н. РФ, докт. техн. наук, зав. каф. теоретической и прикладной механики Пермского национального исследовательского политехнического университета. 614990, Пермь, Комсомольский пр., д. 29, тел.: (342) 239-17-02; **Лиленко** Сергей Васильевич – докт. мед. наук, профессор, вед. н. с. отдела патофизиологии уха, зав. вестибулологической лабораторией Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-400-15-34.

УДК: 616.321:616.42]-007.61-02-071.3

НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ГРУППЫ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Г. И. Кирий

SOME MECHANISMS OF INFLUENCE OF CONSTITUTIONAL FACTORS ON FORMATION OF GROUP OF SICKLY CHILDREN

G. I. Kiriy

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет
Минздравсоцразвития России»

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

Проведены параллели между степенью гипертрофии носоглоточной миндалины и соматометрическими характеристиками часто болеющих детей. Статистически доказана связь между различными соматотипами и степенью увеличения носоглоточной миндалины. Статья является попыткой подойти к проблеме аденоидов с точки зрения конституциональных типов.

Ключевые слова: соматотип, аденоиды, носоглоточная миндалина, часто болеющие дети, мукоцилиарный транспорт.

Библиография: 12 источников.

Parallels are drawn between the pharyngeal tonsil hypertrophy level and the somatometric characteristics sickly children. Statistically established is the association between different somatotypes and the pharyngeal tonsil enhancement degree. This article is an attempt to approach the adenoid problem from the standpoint of constitutional types.

Key words: somatotype, adenoids, the pharyngeal tonsil, sickly children, mucociliar transport.

Bibliography: 12 sources.

Часто болеющие дети (ЧБД) в настоящее время составляют одну из самых многочисленных диспансерных групп детского населения. Этот термин появился в отечественной медицинской литературе в первой половине 80-х годов прошлого века, однако последующие почти что тридцать лет не внесли ясность в решение этой не только медицинской, но и социальной и экономической проблемы.

Ежегодно в России регистрируется до 65–72 тысяч случаев острых респираторных инфекций (ОРИ) на 100 000 детского населения [12]. При этом 50–65% всех случаев приходится на ограниченную (15–20% общей популяции) группу ЧБД. Особую группу ЧБД составляют дети с хроническими аденоидными вегетациями. В общей детской популяции доля детей с данной патологией колеблется от 20 до 50%, доходя до 70% в группе ЧБД [8]. Существует точка зрения, что частота ОРИ до 8 раз в год, если они возникают в раннем возрасте в период адаптации к детскому коллективу и протекают неосложненно, является вариантом нормы [8].

Большинство исследователей отмечают отсутствие грубых изменений в иммунной системе ЧБД, поэтому неправомерным являются термины «вторичный иммунодефицит», «иммунная



4. У всех детей с гипертрофией носоглоточной миндалины мукоцилиарный клиренс угнетен, что, в свою очередь, приводит к частым ОРИ, аденоидитам, а следовательно, усугубляет степень гипертрофии лимфокольца глотки.

5. Нарушения мукоцилиарного клиренса при гипертрофии носоглоточной миндалины носят компенсированный характер независимо от степени гипертрофии.

6. Проведенные клинико-морфологические сопоставления показывают значение конституциональных особенностей и неспецифических адаптационных реакций, что открывает новые возможности комплексной дифференцированной программы реабилитации детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аденоиды и часто болеющие дети – клинико-морфологические параллели / М. Г. Лукашевич [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2010. – № 4. – С. 35–37.
2. Алгоритм оценки соматических типов детей периода второго детства: Метод. рекомендации / А. В. Кондрашев [и др.]. – Ростов-на-Дону. – 2006. – 28 с.
3. Быкова В. П. Лимфоэпителиальные органы в системе местного иммунитета слизистых оболочек // Архив патологии. – 1995. – № 6. – С. 16–22.
4. Быкова В. П., Пискунов Г. З. Миндалины и аденоиды. IV международный симпозиум в Генте // Рос. ринол. – 2000. – № 1. – С. 43–45.
5. Гаращенко Т. И. Затрудненное носовое дыхание у детей: диагностика и принципы лечения // Педиатрия. – 2008. – № 5. – С. 68–75.
6. Дорохов Р. Н., Петрухин В. Г. Методика соматотипирования детей и подростков / Медико-педагогические аспекты подготовки юных спортсменов. – Смоленск. – 1989. – С. 4–14.
7. Дорохов Р. Н., Губа В. П. Спортивная морфология: учебн. пособие. – М.: СпортАкадемПресс, 2002. – 236 с.
8. Иммунная недостаточность и часто болеющие дети / М. Н. Ярцев [и др.] // Consilium Medicum. Прил. Педиатр. – 2006. – № 1. – С. 13–18.
9. Исследование мукоцилиарной транспортной системы слизистой оболочки носа у здоровых лиц / С.З. Пискунов [и др.] // Рос. ринология. – 1995. – № 3. – С. 60–62.
10. Морфофункциональная характеристика небных и глоточной миндалин / В. П. Быкова [и др.] // Архив патологии. – 1996. – № 6. – С. 16–21.
11. Самсыгина Г. А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // Леч. врач. – 2009. – № 1. – С. 10–15.
12. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций / Л. С. Намазова [и др.] // Педиатр. фармак. – 2006. – № 3. – С. 18–23.

Кирий Галина Игоревна – аспирант каф. болезней уха, горла и носа Ростовского ГМУ. 344010, Ростов-на-Дону, пер. Ворошиловский, д. 105, тел.: 8-928-757-54-36, e-mail: 2918604@mail.ru

УДК: 616.22:616.211]-008.5

ОСОБЕННОСТИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ

Е. Е. Корень, Ю. Е. Степанова

THE NASAL BREATHING STATUS OF THE OF THE PATIENTS WITH DYSPHONIAS

E. E. Koren, Y. E. Stepanova

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

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

В статье представлены результаты эндоскопического исследования и передней активной риноманометрии у 150 больных с органическими и функциональными дисфониями. Полученные данные свидетельствуют о нарушении носового дыхания у больных с органическими наруше-



ниями голоса. Наиболее выраженные изменения выявлены у пациентов с хроническим ларингитом.

Ключевые слова: передняя активная риноманометрия, органические и функциональные дисфонии, носовое дыхание.

Библиография: 15 источников.

The article presents the results of the endoscopic and anterior rhinomanometry analysis which has been made for 150 patients with organic and functional dysphonias. The findings suggest that the nasal breathing disorders in patients with organic changes of voices. Most pronounced changes observed in patients with chronic laryngitis.

Key words: anterior rhinomanometry, organic and functional dysphonias, nasal breathing.

Bibliography: 15 sources.

Известно, что голосовой аппарат представляет собой комплекс органов и систем, принимающих участие в процессе голосообразования. Нарушение морфофункциональной структуры каждого из отделов приводит к развитию дисфоний. Полость носа с околоносовыми пазухами является важной частью резонаторной системы голосового аппарата. Звуковые волны, резонирующие в околоносовые пазухи, повышают тонус голосовых мышц, что способствует усилению звука и улучшению его тембральной окраски [8, 10].

Влияние нарушений носового дыхания, вызванного различными заболеваниями носовой полости, на функцию гортани изучалось как отечественными, так и зарубежными авторами. Большинство оториноларингологов отмечают, что патологические состояния носа и околоносовых пазух могут быть причиной заболеваний голосового аппарата как органического, так и функционального характера [3, 5, 7, 8, 10–12, 14, 15].

Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению влияния резонаторного аппарата на функциональное состояние гортани, статей, представляющих сравнение объективных показателей носового дыхания, полученных при передней активной риноманометрии у больных с органическими и функциональными дисфониями, мы не встретили. Следует отметить, что в исследованиях различных авторов принимали участие пациенты с заведомо известной патологией носа и околоносовых пазух, у которых в последующем оценивали состояние гортани [1, 2, 4, 9, 13, 16]. В нашей работе, напротив, мы изучали состояние носового дыхания у больных с уже диагностированными нарушениями голосовой функции.

Цель исследования. Анализ функционального состояния верхних резонаторов (полости носа и околоносовых пазух) у больных с функциональными и органическими дисфониями.

Пациенты и методы. Объективная оценка состояния носового дыхания проведена у 185 человек. В исследовании приняли участие 150 пациентов с дисфониями: 99 (66%) женщин и 51 (34%) мужчина, все они были профессионалами голоса (артисты оперных и драматических театров, студенты-вокалисты, преподаватели, священнослужители). Средний возраст больных составил $33,8 \pm 1,7$ года. В контрольную группу вошли 35 здоровых человек без заболеваний носа и околоносовых пазух (29 женщин и 6 мужчин), средний возраст в этой группе оказался $30,9 \pm 3,1$ года.

Все больные были объединены в две группы: с функциональными (ФД) и органическими дисфониями (ОД). Длительность нарушений голосовой функции в группе больных с ФД составила $1,6 \pm 1,2$ года, а с ОД – $2,1 \pm 1,0$ года. В группу с ФД вошли 57 человек с функциональной дисфонией по гипотонусному типу; группа из 93 чел. с ОД была разделена на три подгруппы: с хроническим ларингитом (ХЛ) – 32 человека, с узелками голосовых складок (УГС) – 30 больных, полипами голосовых складок (ПГС) – 31 пациент.

Следует отметить, что 10 (17%) больных с функциональной и 20 (21%) с органическими дисфониями предъявляли жалобы на периодическое затруднение носового дыхания через одну половину носа и только 1 (2%) пациент с ФД и 2 (2%) с ОД отмечали заложенность носа с обеих сторон.

Видеоэндоскопическое исследование полости носа было проведено гибким эндоскопом. Ни у кого из пациентов не было выявлено острого или обострения хронического процесса.

Для оценки состояния носового дыхания применен метод *передней активной риноманометрии* (ПАР). Изучали скорость объемного потока (СОП) и суммарное сопротивление (СС)



УДК: 616.216.1-07-002-009.48-053.4

ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТА У ДЕТЕЙ С ДРЕНИРОВАНИЕМ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

С. С. Лиманский, О. В. Кондрашова, О. Л. Шуюпова

TREATMENT OF A SINUSITIS AT CHILDREN WITH DRAINAGE OF SINE

S. S. Limansky, O. V. Kondrashova, O. L. Shujupova

*Клиника «Доктор Лиманский» Пензенского Министерства здравоохранения и социального развития**(Директор – О. В. Кондрашова)*

Альтернативой пункционному методу является метод принудительного дренирования придаточных пазух носа через естественные отверстия. Данный метод, использующим принудительное дренирование околоносовых синусов (верхнечелюстного, клиновидного и лобного) через естественные соустья, применяется авторами с 1995 г. в повседневной амбулаторной практике не только у взрослых, но и у детей. Метод зарекомендовал себя как эффективный и необходимый инструмент для достижения хорошего результата при синуситах в самых сложных ситуациях и способствует не только санации синусов, но и уменьшению аденоидов. Аденомия потребовалась только у 6,5% пациентов с аденоидами 2–3-й степени.

В статье приведены клинические примеры, иллюстрирующие эффективность метода.

Ключевые слова: риносинусит, принудительное дренирование, дети, аденоиды, естественное соустье.

Библиография: 65 источников.

Alternative to a puncture method is the method of forced drainage sinuses of a nose through natural ostiums. The given method, with use compulsory drainage sinuses (maxillar, sphenoidal and frontal) through natural ostiums, is applied by authors since 1995 in daily out-patient practice not only at adults, but also at children. The method has recommended itself as the effective and necessary tool for achievement of good result at rhinosinusitis in the most difficult situations and promotes not only sanitations of sine, but also to reduction of adenoids. Adenotomy it was required only to 6,5% of patients.

In this article clinical examples of efficiency of method are given.

Key words: rhinosinusitis, forced drainage, children, adenoids, natural ostium.

Bibliography: 65 sources.

Заболевания околоносовых синусов могут иметь место у детей уже с 1,5 лет, а в возрасте до 7 лет встречаются у 36,6% обследованных детей [12]. Данная патология имеет тенденцию к увеличению и достигает у детей 30% [57], а у госпитализированных детей 50–60% [8, 17, 31, 49].

Современная оториноларингология располагает большим арсеналом лечебных средств [45]. Большинство публикаций последних лет свидетельствует о стремлении отойти от пункционного метода [7, 36, 38, 45, 48, 60]. Когда речь идет о «беспункционном способе» лечения, предполагается, что при этом не пунктируется гайморова пазуха. Однако синуситы у детей чаще протекают как распространенные процессы и касаются не только поражения верхнечелюстного синуса. Воспаление клиновидного синуса встречается у 44% при синуситах у детей [20]. Поражение лобного синуса у детей при полисинуситах, по данным Е. Б. Молчановой, А. С. Юнусова, О. И. Поповой (2011), встречаются практически всегда [35].

Активное внедрение фармфирмами пероральных антибиотиков новых поколений создает иллюзорное представление о возможности отмены дренажного метода при лечении гнойных процессов. Однако имеются весомые основания считать преждевременной отмену принципа *ibi pus ubi evasua*.

Системная антибиотикотерапия приводит к воздействию на всю микрофлору – патогенную и сапрофитную, что приводит к дисбактериозу, колонизации слизистых оболочек госпи-



УДК: 616.22-073.756.8

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ГОРТАНИ

И. В. Литвиненко, Т. А. Бичурина, М. В. Ростовцев

EXPERIENCE OF APPLICATION OF MAGNETIC-RESONANCE TOMOGRAPHY AT RESEARCH OF THE LARYNX

I. V. Litvinenko, T. A. Bichurina, M. V. Rostovtsev

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава»
(Зав. каф. онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии – А. В. Важенин)

ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
(Главный врач – М. В. Бавыкин)

Проблема дифференциальной диагностики рака гортани и хронического ларингита сохраняет свою актуальность. Развитие злокачественной опухоли возможно на фоне хронического воспаления гортани. Хронический гиперпластический ларингит представляет наибольшую опасность для малигнизации. Магнитно-резонансная томография проведена 57 пациентам с подозрением на заболевание гортани. У 13 пациентов диагностирован хронический гиперпластический ларингит, у 30 – рак гортани. Нами проанализированы возможности магнитно-резонансной томографии при выявлении хронических воспалительных и неопластических заболеваний органа. Метод высокоэффективный для определения первичного объема опухоли, распространения опухоли в окружающие ткани и хрящи гортани.

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

Библиография: 25 источников.

The problem of differential diagnostics of the larynx cancer and chronic laryngitis keeps its relevance to date. Development of malignant tumor is possible against the background of chronic inflammation of the larynx. Chronic hyperplastic laryngitis poses the greatest danger of malignisation. For the purposes of our research, MRI has been administered to 57 patients putatively afflicted with a laryngeal disease. 13 of the patients have thus been diagnosed to have chronic hyperplastic laryngitis, and 30 – to have larynx cancer. We have analysed the capabilities of MRI for discovery of chronic inflammatory and neoplastic diseases of the organ. The method is highly efficient for determining the primary volume of tumor, the tumor spread into surrounding tissues and larynx cartilages.

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

Bibliography: 25 sources.

Раннее выявление рака гортани представляет одну из актуальных и социально значимых проблем в современной клинической онкологии. Среди злокачественных опухолей головы и шеи новообразования гортани занимают 1-е место, а в структуре общей онкологической заболеваемости – 9-е место. В 2006 г. доля пациентов с начальными стадиями злокачественного процесса гортани составила по России 33,7%, третьей стадии – 48,4%. При первичной диагностике отдаленные метастазы были выявлены у 16% больных. Одногодичная летальность при раке гортани составляет 32,1%. Несоответствие запущенности и одногодичной летальности свидетельствует о весьма высокой частоте клинических ошибок в оценке распространенности опухолевого процесса у больных [1, 2, 4, 5, 8, 10, 11, 14].

В настоящее время одним из методов, используемых для диагностики новообразований гортани, является магнитно-резонансная томография (МРТ). По многочисленным исследованиям МРТ имеет высокую чувствительность и разрешающую способность в изображении мягких тканей, это дает возможность выявлять даже небольшие патологические изменения органа [3, 6, 7, 12, 13].

Научные изыскания зарубежных ученых показали, что возможности МРТ значительно улучшают точность дооперационной постановки диагноза. Исследователи отмечают высо-



УДК:616.22-009.11-031.4-089.844

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОДНОСТОРОННИХ ПАРАЛИЧЕЙ ГОРТАНИ

К. М. Магомедова, Х. Ш. Давудов, И. И. Нажмуудинов, Е. В. Осипенко,
И. А. Михалевская, К. В. Акопян, И. О. Куликов, И. Г. Гусейнов, М. Ю. Хоранова

INCREASE OF EFFICIENCY OF TREATMENT OF UNILATERAL PARALYSES OF A LARYNX

K. M. Magomedova, H. Sh. Davudov, I. I. Nagmudinov, E. V. Osipenko,
I. A. Michaleskaia, K. V. Akopyan, I. O. Kulikov, I. G. Guseinov, M. Uy. Choranova

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

В статье рассматривается опыт использования метода лечения больных с односторонним параличом гортани – тиреопластики тип 1. Операция направлена на медиализацию пораженной голосовой складки для улучшения параметров голоса, результаты которой оценивали методом акустического анализа.

Ключевые слова: односторонний паралич гортани, дисфония, тиреопластика тип 1.

Библиография: 8 источников.

The article reviews the experience of using the method of treatment of patients with unilateral paralysis of the larynx – thyroplastic type 1. The operation used for medialization affected vocal cord to improve the parameters of voice, which results were evaluated by acoustic analysis before and after intervention.

Key words: unilateral paralysis of the larynx, dysphonia, thyroplastic type 1.

Bibliography: 8 sources.

Несмотря на достижения в современной хирургии, совершенствования в разработке эффективных методов диагностики, профилактики и лечении поражения возвратного нерва, процент больных с односторонним параличом гортани не снижается. По данным Ю. С. Василенко и С. Г. Романенко (2000), Н. С. Ко (2006), С. Н. Chen (2007), основной причиной развития одностороннего паралича гортани является повреждение возвратного нерва при операциях на щитовидной железе [1, 4, 5]. По данным исследований этот процент составил от 43,3 до 68%. Новообразования щитовидной железы занимают второе место в этиологии одностороннего паралича – от 12 до 29,9%, параличи центрального генеза составляют от 3,8–4,5%, идиопатические параличи – 11%. Менее распространенными причинами стали травмы шеи и операции на шее, метастазы, заболевания органов средостения, сдавливающие нижний гортанный нерв на всем его протяжении, невриты после инфекционных заболеваний. Известны редкие случаи развития паралича вследствие постинтубационной травмы и анкилоза перстнечерпаловидного сустава. Как видно из выше сказанного, преимущественным этиопатогенетическим фактором остается хирургическая травма возвратного нерва и при изучении хронологии заболевания тенденции к уменьшению этого процента нет. Нарушение двигательной функции гортани влечет за собой нарушение дыхательной, защитной и голосообразующей функций. Наиболее частой жалобой является дисфония, особенно для пациентов с речевой профессией, что часто приводит к инвалидности и возможным психологическим расстройствам. Нередко больные подвергаются повторным операциям, длительной консервативной и фонопедической терапии, что оставляет вопрос лечения односторонних параличей гортани актуальным до настоящего времени.

Основной целью всех предложенных хирургических методов лечения односторонних параличей гортани является медиализация парализованной голосовой складки. Многими авторами неоднократно разрабатывались новые способы восстановления поврежденного нерва, однако большинство из них заканчивались нейроатрофией и отказом от данного лечения. Широкое



6. Isshiki N., Okamura E. L., Ishikawa T. Thyroplasty type I (lateral compression) for dysphonia due to vocal cord paralysis or atrophy // Acta Otolaryngol. – 1975. – Vol. 80, N 5–6. – P. 465–473.
7. Recent modifications in thyroplasty type I / Isshiki N. [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1989. – Vol. 98, N 10. – P. 777–779.
8. Thyroplasty as a new phonosurgical technique / N. Isshiki [et al.] // Acta Otolaryngol. – 1974. – Vol. 78, N 5–6. – P. 465–473.

Магомедова Камила Магомедовна – канд. мед. наук, врач-оториноларинголог НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: kamila-m@mail.ru; 8-926-244-29-91; **Давудов** Хасан Шахманович – докт. мед. наук, профессор, зам. директора НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: prof.davudov-otolar@mail.ru; **Нажмудинов** Ибрагим Исмаилович – канд. мед. наук, вед. н. с. НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, тел. 8-916-051-86-96, e-mail: ibragimlor@mail.ru; **Осипенко** Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, доцент НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: nxhosipenko71@yandex.ru; **Михалевская** Ирина Анатольевна – канд. пед. наук, логопед отдела фонии и заболеваний гортани НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: irinafonoped@mail.ru; **Акопян** Карен Валерьевич – канд. мед. наук, вед. н. с. отдела онкологии НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: ajbolit_67@mail.ru; **Куликов** Игорь Олегович – канд. мед. наук, н. с. НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: kigor@mail.ru; **Гусейнов** Исмаил Гасанович – м. н. с. НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: ismail1982@mail.ru; **Хоранова** Марина Юрьевна – м. н. с. НКЦ оториноларингологии, 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: marina17.03@mail.ru

УДК 616.211-089.844

О ТЕХНИКЕ РЕЗЕКЦИИ НОСОВОГО ГОРБА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА

В. А. Медведев

ON TECHNIQUE NASAL HUMP REDUCTION AT THE COMBINED DEFORMATIONS OF A NOSE

V. A. Medvedev

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

Проведен анализ результатов хирургического лечения пациентов с ринокифозом, комбинированным с другими деформациями наружного носа. В контрольной и основной группах было по 35 больных со следующими комбинированными деформациями: ринокифосколиозом; ринокифозом, комбинированным с лордозом и сколиозом; ринокифозом и опущением кончика носа, а также с ринокифозом и рубцами наружного носа.

В контрольной группе горб резецировался с помощью широкого долота, мобилизация костей носа и приведение их в срединное положение осуществлялись путем пальцевого давления.

В основной группе резекция горба носа производилась по собственной технологии. При этом использовали инструмент для удаления горба носа и инструмент для мобилизации костей носа, а также некоторые новые технологические приемы проведения операций.

Отмечено снижение процента послеоперационных деформаций носа с 11,5 % в контрольной группе до 2,9 % в основной группе.

Ключевые слова: деформация носа, носовой горб, ринопластика.

Библиография: 10 источников.

The purpose of research consist in improvement of results rhinoplastic operations, made by the patients with rhinokifosis, combined with other deformations of a nose.

The analysis of results of surgical treatment of the patients with rhinokifosis, combined with other deformations of an external nose is carried out. In control and basic groups was till 35 patients with the



following combined deformations: with rhinokifoscoliosis; with rhinokifosis, combined with lordosis and scoliosis; with rhinokifosis and inferior nasal tip, and also with rhinokifosis and cicatrices of an external nose.

In control group a hump reduction with the help wide chisel, mobilization bones of a nose and displacement them in the middle position was carried out by manual pressure. In the basic group a reduction hump of a nose was made on own technology. Thus the instrument for removal of a hump of a nose and instrument for mobilization bones of a nose, and also some new technological ways of realization of operations was used.

The decrease of percent postoperative of deformations of a nose from 11,5 % in control group, up to 2,9 % – in the basic group is marked.

Key words: deformation of a nose, nasal hump, rhinoplastic operations.

Bibliography: 10 sources.

Ринопластика – один из сложнейших разделов пластической хирургии и, прежде всего, потому, что нос – это наиболее открытая и заметная часть лица, мельчайшие изъяны которой, увы, очевидны. Во-вторых, нос имеет сложную, часто асимметричную анатомию, изменять которую необходимо с высокой, поистине микрохирургической точностью [2].

Предложено множество способов удаления горба носа, к которым относятся удаление горба носа с помощью пилки [3], резекция горба носа при помощи широкого долота [4, 10], шлифовывание горба носа рашпилем или шлифовка носового горба высокочастотным бором [9], удаление горба носа ножом-долотом после сепаровки горба от мягких тканей снаружи и изнутри [5].

Однако количество пациентов с повторными деформациями носа после резекции горба носа остается достаточно высоким. Так, из 157 обратившихся в ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии» после уменьшения носа и удаления горбинки носа жалобы на остаточный горб были у 43 (27,4%) пациентов, широкий нос – у 16 (10,2%), неровность спинки носа – у 17 (10,8%), деформацию концевой отдела – у 26 (16,6%); сочетанные деформации (две и более) – у 44 (28%), затруднения носового дыхания – у 11 (7%) [1].

Таким образом, вопрос о рациональной технике резекции носового горба остается открытым. Тем более это относится к комбинированным деформациям носа, если одной из деформаций является носовой горб. При комбинированных деформациях носа удаление горба производится лишь в качестве одного из нескольких одномоментных вмешательств, что требует не только отработанной и надежной методики резекции горба носа, но и рациональной последовательности всех этапов проведения операции.

Цель исследования. Улучшение результатов ринопластических вмешательств, производимых больным с ринокифозом, комбинированным с другими деформациями носа.

Материалы и методы исследования. Мы проанализировали результаты хирургического лечения ринокифоза, комбинированного с другими деформациями наружного носа у пациентов, оперированных в оториноларингологическом отделении ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» г. Рязани с 2007 по 2011 гг.

В основной и контрольной группах было по 35 больных. В каждой из групп было: по 22 больных с ринокифосколиозом; по 5 пациентов с ринокифозом, комбинированным с лордозом и сколиозом; по 5 больных с ринокифозом и опущением кончика носа; по 3 больных с ринокифозом и рубцами наружного носа.

В контрольной группе удаление горба носа выполнялось традиционным способом: горб резецировался с помощью широкого долота, мобилизация костей носа и приведение их в срединное положение осуществляли путем пальцевого давления.

В основной группе резекция горба носа производилась по собственной технологии. При этом использовали разработанные нами инструмент для удаления горба носа [7] и инструмент для мобилизации костей носа [8], а также некоторые новые технологические приемы проведения операций.

Наша техника резекции горба носа сводится к следующему. Через правый межхрящевой разрез вводят сконструированный нами направляющий инструмент для эндоназального удаления горба носа. Инструмент устанавливают так, чтобы горб «проваливался» в его овальное



УДК:612.825.249+612.843.7]:612.821.8

СЕНСОРИКА ВОСПРИЯТИЯ РОДНОЙ И ИНОЯЗЫЧНОЙ РЕЧИ**В. В. Наумов****SENSORICS OF NATIVE AND FOREIGN SPEECH PERCEPTION****V. V. Naumov**

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный технический университет»
(Зав каф. лингвистики и межкультурной коммуникации факультета
иностранных языков – проф. Н. И. Алмазова)

«Слышать можно и глазами, – сказал однажды
один немолодой духовник, после того как оглох, –
а королем станет тот, у кого самые длинные уши».

Ф. Ницше «Веселая наука» [3]

В статье рассматривается механизм порождения и восприятия речи на родном и иностранном языках. Анализируется роль и функции зрительных и слуховых анализаторов языковой личности.

Ключевые слова: сенсорика речепроизводства, зрительные и слуховые анализаторы, билингвизм.

Библиография: 8 источников.

Speech production and perception mechanism in native and foreign languages is considered. The role and functions of visual and auditory analyzers in linguistic identity are studied.

Key words: speech production sensorics, visual and auditory analyzers, bilingualism.

Bibliography: 8 sources.

Парадоксальность вынесенной в эпиграф цитаты великого немецкого философа только кажущаяся.

Компенсаторные возможности человеческого организма колоссальны и ограничены только волей и целеустремленностью индивида, утратившего один из способов взаимодействия с внешним миром.

Лишенные слуха люди действительно используют зрительный анализатор в качестве основного сенсорного устройства, позволяющего оценивать реакцию собеседника на то или иное сообщение, отправленное адресату с помощью жестов: движений пальцев рук и мимики лица.

Не случайно один из ведущих отечественных физиологов зрения В. Д. Глезер [1] считает глаза «частью мозга, вынесенной наружу». Ухо, разумеется, тоже имеет непосредственное отношение к деятельности мозга, контролирующего процессы порождения и восприятия речи, но можно ли его считать частью мозга? Попытаемся проанализировать деятельность этих сенсорных устройств, используемых человеком в речевой деятельности.

Оба анализатора имеют функциональное сходство, состоящее в отборе и характеристике наиболее важных ключевых коммуникативных единиц, необходимых для восприятия речевой информации и ее корректной интерпретации, проще говоря, понимания услышанного.

Одновременная работа двух анализаторов (глаза и уха) обеспечивает носителю языка возможность полностью контролировать коммуникативный акт за счет речевой рефлексии, осуществляющей подбор и способы реализации тех или иных языковых единиц, соответствующих данной речевой ситуации.

В этом случае коммуникация имеет реактивную основу: речевой посыл (раздражитель, стимул), как правило, получает соответствующую по содержанию и форме реакцию. Коммуникативные сбои, впрочем, достаточно часты и обусловлены внешними факторами, переводящими ситуацию общения из обычного рефлексивного фона в состояние возбуждения психики, стимулирующей напряженную работу мозга, заставляющего за доли секунды принять решение.



жение, стимулировали мозг к порождению семиотически неоднородного нарратива (текста) с широким диапазоном количественных и качественных параметров.

Глаза человека – это, действительно, часть мозга, ответственная за идентификацию объекта зрения и аналитическую интерпретацию его свойств. Но глаза индивида, носителя языка, в данном случае видят только то, что позволяет видеть мозг. Поэтому аналитизм как доминирующую функцию зрения следует считать характеристикой, в значительной мере зависимой от интеллекта и определяющей архитектуру письменного дискурса.

Механизм устной речи по сути своей рефлексивен. Аналитические возможности устной языковой личности ограничены во времени, особенно в диалогической речи. Слуховые анализаторы объективно менее эффективны в процессе восприятия и обработки информации, хотя функционально слух и зрение схожи. У них одна задача – донести до мозга изображение воспринимаемого объекта или его слуховой образ. Однако у слуховых и зрительных рецепторов разный потенциал в реализации своих функций, что обнаруживается в невозможности равнозначной замены одного анализатора другим, представленного триадой «зрение – мышление – язык», форма в большей степени, нежели в звуковом речепроизводстве, подчинена функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глезер В. Д. Зрение и мышление. Л.: Наука, 1985. – 206 с.
2. Наумов В. В. Государство и язык. Формулы власти и безвластия. – М.: URSS, 2010. – 182 с.
3. Ницше Ф. Веселая наука. – СПб.: Азбука-Классика, 2002. – 350 с.
4. Поливанов Е. Д. Статьи по общему языкознанию. – М.: Наука, 1968. – 158 с.
5. Речевое общение в условиях языковой неоднородности / Под ред. Л. П. Крысина. – М.: URSS, 2000. – 224 с.
6. Сепир Э. Избранные труды по языкознанию и культурологии. – М.: Наука, 1993. – 203 с.
7. Федорова К. С. Лингвоповеденческие стратегии в ситуации общения с иностранцем: автореф. дис. ... канд. филол. наук. – СПб., 2002. – 16 с.
8. Фрейд З. Психопатология обыденной жизни. – СПб.: Азбука-Классика, 2007. – 179 с.

Наумов Владимир Викторович – докт. филол. наук, профессор каф. лингвистики и межкультурной коммуникации фак-та иностранных языков Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. 195251, Санкт-Петербург, ул. Политехническая, д. 19, моб. тел.: 8-921-311-75-39.

УДК: 611.21:616.211-072.1

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ КЛИНОВИДНО-НЕБНОЙ АРТЕРИИ

Г. А. Полев, Н. А. Дайхес, В. В. Виноградов, М. А. Лабазанова

ENDOSCOPIC ANATOMY OF THE SPHENO-PALATINE ARTERY: SURGICAL ASPECTS

G. A. Polev, N. A. Dayhes, V. V. Vinogradov, M. A. Labazanova

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

Статья посвящена исследованию вариабельности анатомии клиновидно-небной артерии. При эндоскопической диссекции 30 препаратов изучены возможные варианты локализации клиновидно-небного отверстия, решетчатого гребня перпендикулярной пластинки небной кости, количество и локализация ветвей клиновидно-небной артерии. Результаты исследования позволяют усовершенствовать метод селективной эндоназальной каутеризации клиновидно-небной артерии при кровотечениях из задних отделов полости носа.

Ключевые слова: эндоскопическая анатомия, клиновидно-небная артерия, носовое кровотечение.

**Библиография:** 22 источника.

The article is dedicated to sphenopalatine artery anatomic variability. Possible variants of sphenopalatine foramen localization, ethmoidal crest of perpendicular plate of palatal bone position, amount and localization of sphenopalatine artery branches are studied during endoscopic dissection of lateral nasal wall on 30 cadaveric specimen. Results of this study allow to improve the selective endonasal sphenopalatine artery cauterization technique in posterior epistaxis treatment.

Key words: endoscopic anatomy, sphenopalatine artery, posterior epistaxis.

Bibliography: 22 sources.

Носовые кровотечения являются одной из наиболее актуальных проблем оториноларингологии, в некоторых случаях представляют угрозу жизни пациента [5]. В случаях неэффективности консервативной терапии в сочетании с различными видами тампонады полости носа возникает необходимость в хирургических методах остановки носового кровотечения. Наиболее часто такая необходимость возникает при кровотечениях из задних отделов полости носа вследствие анатомо-топографических особенностей строения латеральной стенки полости носа и особенностей кровоснабжения слизистой оболочки полости носа [2, 22].

Носовые кровотечения классифицируются на передние и задние, границей при этом служит вертикальная плоскость, проходящая через естественное соустье верхнечелюстной пазухи. Источником переднего носового кровотечения, как правило, является сплетение Киссельбаха, представляющее собой анастомоз терминальных ветвей бассейнов внутренней и наружной сонной артерий в передних отделах перегородки носа. Источником заднего носового кровотечения наиболее часто является сплетение Вудраффа – анастомоз глоточной и задней септальной ветвей клиновидно-небной артерии. Последняя входит в полость носа у места прикрепления вертикальной пластинки средней носовой раковины к латеральной стенке полости носа через клиновидно-небное отверстие (КНО) [8,13].

В 1992 г. R. Budrovich и R. Saetti описали эндоскопический доступ для лигирования клиновидно-небной артерии при лечении носовых кровотечений [4]. Несмотря на высокую эффективность эндоскопического трансназального лигирования клиновидно-небной артерии как метода остановки кровотечения из задних отделов полости носа [7, 6], некоторые авторы указывают на технические трудности при выделении ее ветвей. Неэффективность данной операции, по некоторым данным, варьирует от 2 до 10% [9, 12, 16, 18]. Предрасполагает к этому индивидуальность строения латеральной стенки полости носа:

- локализация и строение клиновидно-небного отверстия [3, 14, 19, 21];
- наличие дополнительного отверстия (foramen accesorium);
- вариабельность ветвления клиновидно-небной артерии [1, 15, 17, 20].

Наличие анатомических вариантов строения данной области, а также недостаточная освещенность эндоскопической анатомии клиновидно-небной артерии и ее ветвей в отечественной литературе объясняют трудности при их выделении и лигировании как метода лечения носовых кровотечений из задних отделов полости носа.

Цель исследования. Описание анатомии области клиновидно-небного отверстия на латеральной стенке полости носа во время эндоскопической диссекции на трупном материале, а также разработка оптимального хирургического доступа к клиновидно-небной артерии, позволяющего выделить все возможные анатомические варианты ее ветвей. Особое внимание уделено нахождению стабильных анатомических ориентиров, позволяющих хирургу точно ориентироваться в столь сложном анатомическом регионе.

Материалы и методы. Критерием исключения из исследования были трупы с анамнезом травмы наружного носа, хирургических вмешательств в полости носа в связи с возможным изменением анатомии внутриносовых структур. Произведена диссекция 30 препаратов с обеих сторон. Во время каждой эндоскопической диссекции производилась фотодокументация с помощью системы захвата изображения.

Каждая диссекция осуществлялась строго по следующему плану. После введения в полость носа ригидного торцевого эндоскопа Karl Storz 4 мм производили медиализацию средней носовой раковины. Далее элеватором Фреера производился вертикальный разрез мукопериоста



УДК: 616.28-008.1-07(571.56)

**АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СЛУХА
В СЛУЧАЙНОЙ ВЫБОРКЕ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Ф. М. Терютин^{1,3}, Н. А. Барашков^{1,3}, Э. Е. Федотова², А. В. Соловьев^{1,3},
В. Г. Пшенникова^{1,3}, Л. А. Кларов⁴, Л. М. Васильева², А. М. Рафаилов³,
А. Н. Аргунова^{3,4}, А. Н. Хорунов³, В. В. Савельев³, А. А. Кожевников⁴,
С. А. Федорова^{1,3}**

**AUDIOLOGICAL ANALYSIS OF THE HEARING THRESHOLDS
IN A RANDOM SAMPLE OF YOUNG INDIVIDUALS**

**F. M. Teryutin, N. A. Barashkov, E. E. Fedotova, A. V. Soloviev,
V. G. Pshennikova, L. A. Klarov, L. M. Vasilyeva, A. M. Rafailov,
A. N. Argunova, A. N. Khorunov, V. V. Savelyev, A. A. Kozhevnikov,
S. A. Fedorova**

¹ РАМН «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем Сибирского отделения РАМН»

(Директор – проф. М. И. Томский)

² ГУ «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия)», г. Якутск

(Генеральный директор – канд. мед. наук В. С. Петров)

³ Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова, г. Якутск
(Ректор – проф. Е. И. Михайлова)

⁴ ГУ «Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия)», г. Якутск
(Главный врач – канд. мед. наук Б. В. Андреев)

В работе представлены результаты аудиологического анализа порогов слуха в случайной выборке лиц молодого возраста ($n = 126$ индивидов в возрасте от 17 до 44 лет; средний возраст – 23,95 лет $\pm 4,2$ года) без жалоб на снижение слуха. Среди обследованных мужчины составили 34,1% ($n = 43$), женщины – 65,9% ($n = 83$), преимущественно якуты (62,7%) по этнической принадлежности. Показатели пороговой тональной аудиометрии на частотах 0,25; 0,5; 1,0; 2,0; 4,0 и 8,0 кГц анализировались ретроспективно, отдельно на каждое ухо ($n = 252$). Отологически здоровыми признаны 98,8% ($n = 249$) ушей, с патологией – 1,2% ($n = 3$) уха. Средний показатель в речевом диапазоне частот (РДЧ) (0,5; 1,0; 2,0; 4,0 кГц) для всей выборки составил 10,2 дБ, значение медианы – 10,0 дБ. Отклонение от медианы в сторону ухудшения зарегистрировано у 29 (11,5%) ушей, отклонение от медианы в сторону лучшего слуха у 24 (9,5%) ушей. Согласно международной классификации усредненные пороги слуха в РДЧ у 2% ($n = 5$) ушей соответствуют потере слуха легкой степени, слух в пределах нормы у 98% ($n = 247$). Выявлено, что частота 4,0 кГц у обследованных ушей воспринимается достоверно лучше, чем другие измеренные частоты ($p < 0,05$). Порог слуха на частоте 8,0 кГц у обследованных ушей повышался достоверно чаще, чем на других измеренных частотах ($p < 0,05$).

Ключевые слова: слух, аудиометрия, случайная выборка, трудоспособные лица.

Библиография: 16 источников.

This article presents the results of audiological analysis of hearing thresholds in a random sample of young individuals ($n = 126$ subjects aged 17 to 44 years, mean age 23,95 years $\pm 4,75$ years) with no complaints of hearing loss. Among investigated individuals there were male 34,1% ($n = 43$), female 65,9% ($n = 83$), by ethnicity 62,7% were Yakuts. According to the results of otologic examination 98,8% ($n = 249$) ears were healthy, 1,2% ($n = 3$) ears were pathologic. Hearing thresholds were obtained in frequencies of 0,25, 0,5, 1,0, 2,0, 4,0 and 8,0 kHz, for each ears separately ($n = 252$). The Pure-tone averages (0,5, 1,0, 2,0, and 4,0 kHz) for total samples were 10.2 dB (the median = 10,0 dB).



Key words: *hearing, audiometry, random sample, able-bodied persons.*

Bibliography: *16 sources.*

Слух является одним из ведущих дистантных анализаторов пространственной ориентации и коммуникации [3]. Индивидуальные биоакустические возможности имеют важное значение для развития второй сигнальной системы, а в последующем и для полноценной жизни в социуме [7]. Снижение слуха является распространенным сенсорным нарушением. При этом могут быть ограничены способности индивида к общению, обучению, трудовой деятельности и ориентации в пространстве, при выраженной потере слуха может наступить ранняя инвалидизация [9, 14].

Орган слуха человека воспринимает звуки в диапазоне частот от 0,016 до 20 кГц, при этом пороги слуха имеют возрастные особенности. В работах ряда отечественных авторов имеются сведения об уровнях порогов слуха у здоровых индивидов, акцентирующих внимание на возрастных изменениях порога слуха на высоких и средних частотах (пресбиакузис) [1, 3, 6, 8, 16]. Существуют различные классификации патологий слуха, степеней выраженности, и все они отличаются друг от друга по методам оценки (шепотная речь, разговорная речь, аудиометрические пороги слуха, усредняемые частоты), ранжированию степеней (3-, 4-, 5-й степеней), уровню порогов слуха в степенях (патологией считается уровень с 11 дБ и более, 21 дБ и более или 26 дБ и более) [14]. Однако в подобных классификациях нормальные пороги слуха не регламентируются, лишь теоретически любое повышение от 0 дБ точки аудиометра можно считать отклонением от нормальных порогов слышимости [12]. В СССР документом, регламентирующим возрастные изменения порогов слуха человека, являлся ГОСТ 12.4.062–78 «ССБТ. Шум. Методы определения потерь слуха человека», применявшийся для оценки потерь слуха людей, подвергавшихся воздействию вредного производственного фактора (шума) [5]. В основу этого ГОСТа положены исследования В. Е. Остапкович и др. (1978) [16]. Следует отметить, что данный государственный стандарт имел срок действия с 01.01.1980 до 01.01.1985 г. и сведения о его пролонгации либо замене другими стандартами отсутствуют. Для разработки научно обоснованных критериев оценки состояния слуха актуальными являются исследования, направленные на изучение нормальных порогов слуха среди лиц разных возрастных групп, с учетом пола и, возможно, других критериев, например климатогеографических особенностей региона проживания.

Цель исследования. Анализ порогов слуха у жителей Республики Саха (Якутия) в случайной выборке лиц молодого трудоспособного возраста без жалоб на снижение слуха.

Пациенты и методы. В качестве референтной группы были обследованы люди, не предъявляющие жалоб на снижение слуха. Всем участникам объяснялись цели, задачи и суть методов исследования. Исследования выполнялись с письменного информированного согласия на обследование (работа одобрена локальным комитетом по биомедицинской этике при ЯНЦ КМП СО РАМН, г. Якутск). Исследование включало: опрос участников для выяснения краткого анамнеза жизни, жалоб, этнической принадлежности (путем составления родословной до трех поколений), сведений о заболеваниях, травмах и факторах внешней среды; физикальные методы исследования ЛОР-органов (отоскопия, риноскопия, фарингоскопия) оториноскопом; функциональные пробы стандартным набором камертонов (пробы Вебера, Ринне и Федеричи); функциональное исследование (пороговая тональная аудиометрия на частотах 0,25; 0,5; 1,0; 2,0; 4,0 и 8,0 кГц, по показаниям – импедансометрия) с помощью аудиометра MAICO ST20, аудиометра поликлинического GSI 61, импедансометра AT 235.

Количество обследованных 126 индивидов (252 уха). В выборке мужчины составили 34,1% ($n = 43$), женщины – 65,9% ($n = 83$) в возрасте от 17 до 44 лет (средний возраст составил $23,95 \pm 4,72$ года). Якуты составили 62,7% ($n = 79$), русские 4,0% ($n = 5$), татары 0,8% ($n = 1$), метисы и потомки от межэтнических браков с учетом национальной принадлежности родителей до трех поколений – 28,5% ($n = 33$), национальность одного из родителей достоверно не установлена у 4,0% ($n = 5$) участников. По местам рождения 35,7% ($n = 45$) обследованных были из числа городского, 64,3% ($n = 81$) из числа сельского населения. У 5,6% ($n = 7$) обследованных были близкие родственники с тугоухостью.



Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова (СВФУ). 677010, Республика Саха (Якутия), Якутск, ул. Кулаковского, д. 36, тел.: 8-(4112)496842, e-mail: Archinay@mail.ru; **Аргунова** Аграфена Николаевна – канд. мед. наук, доцент каф. госпитальной терапии, профессиональных болезней и клинической фармакологии медицинского института СВФУ им. М. К. Аммосова. 677010, Республика Саха (Якутия), Якутск, ул. Кулаковского, д. 36; раб. тел.: 8-(4112)-363046; **Хорунов** Алексей Николаевич – канд. мед. наук, старший преподаватель каф. госпитальной терапии, профессиональных болезней и клинической фармакологии медицинского института СВФУ им. М. К. Аммосова. 677010, Республика Саха (Якутия), Якутск, ул. Кулаковского, д. 36; тел.: 8-(4112)-363046; **Савельев** Вячеслав Васильевич – канд. мед. наук, старший преподаватель каф. факультетской хирургии, урологии, онкологии и оториноларингологии медицинского института СВФУ им. М. К. Аммосова. 677010, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, ул. Кулаковского, д. 36. тел.: 8-(4112)-363046; **Кожевников** Андрей Александрович – врач профпатолог, главный внештатный профпатолог Министерства здравоохранения РС(Я), директор Якутского республиканского центра профессиональной патологии, Республиканская больница № 2. 677005, Республика Саха (Якутия), Якутск, ул. П. Алексеева, д. 83 «А», тел.: 8-(4112)-430224; e-mail: ycspp@mail.ru; **Федорова** Сардана Аркадьевна – докт. биол. наук. зав. лаб. молекулярной генетики отдела молекулярной генетики ЯНЦ КМП СО РАМН. 677010, Республика Саха (Якутия), Якутск, Сергеляхское шоссе, д. 4, раб. тел./факс: 8-(4112)-321981; e-mail: fedorovasardaana@mail.ru

УДК: 617.513-006-073.756.8

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ РЕДКИХ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ, ОТЛИЧАЮЩИХСЯ ДЕСТРУКТИВНЫМ РОСТОМ

Г. А. Фейгин, Г. О. Миненков

COMPUTED TOMOGRAPHY SIGNS IN DIAGNOSIS OF SOME RARE DESTRUCTIVE TUMOR-LIKE DISEASES OF SUBTEMPORAL REGION

G. A. Feigin, G. O. Minenkov

*Кыргызско-Российский славянский университет, г. Бишкек, Кыргызская Республика
(Зав. курсом оториноларингологии – хирургии головы и шеи – проф. Г. А. Фейгин)
Медицинский центр «Медипол», г. Бишкек, Кыргызская Республика
(Директор – З. К. Камчыбеков)*

Целью работы стало оценить возможности компьютерной томографии в диагностике некоторых редких опухолеподобных образований подвисочной области, отличающихся деструктивным ростом. Для этой цели было обследовано 8 пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом. Детальный анализ полученных данных помог выявить основные, характерные для этих заболеваний, компьютерно-томографические признаки. Полученные критерии позволили не только предположить наличие того или иного опухолеподобного заболевания, но и, с определенной долей достоверности, отличить их от опухолевого поражения уже в доверификационный период обследования. Оценка данных компьютерной томографии также позволила проследить распространенность поражения в пределах и за пределами подвисочной области.

Ключевые слова: компьютерная томография, опухолеподобные заболевания, подвисочная область.

Библиография: 9 источников.

Purpose – to evaluate the diagnostic opportunities of computed tomography in diagnosis of some rare destructive tumor-like diseases of subtemporal region. For this purpose 8 patients with histological confirmed diagnosis were examined. Detailed analysis of computed tomography data helped to verify



the basic computed tomography signs. The final criterion's allowed not only to expect the presence of tumor-like disease, but with the certain rate of possibility differentiate it from timorous disease in pre-verification period. On the basis of computed tomography findings it became possible to trace the extension in and out of subtemporal region.

Key words: *computed tomography, tumor-like disease, subtemporal region.*

Bibliography: *9 sources.*

Поражение подвисочной области объемным процессом, как правило, является вторичным и генетически связано с опухолевой инвазией злокачественных и доброкачественных распространенных опухолей носоглотки, ротоглотки, околоносовых пазух и околоушной слюнной железы. Описание различных по гистогенезу опухолевых поражений достаточно часто встречается в данных литературы [3, 5, 7, 8]. Значительно реже регистрируется поражение подвисочной области объемным процессом, имеющим иной, неопухолевый генез. К такого рода поражению можно отнести различные патологические процессы: кисты, лимфадениты различного генеза, а также заболевания, связанные с нарушением эмбриогенеза (десмоид). Они, как и опухоли, характеризуются прогрессирующим ростом, обуславливающим деформацию и нарушение целостности анатомических структур [1, 2, 4–6, 9]. Детальный анализ полученных данных КТ-исследования в некоторых случаях позволяет отличить их от опухолевого поражения уже в доверификационный период обследования, что, несомненно, важно для последующего дооперационного планирования хирургического лечения [2, 4, 5, 8, 9].

Пациенты и методы обследования. За период с 2001 по 2012 г. в отделении оториноларингологии-хирургии головы и шеи было обследовано 8 пациентов с различными редкими опухолеподобными заболеваниями подвисочной области, отличающимися деструктивным ростом. Из них у 3 пациентов был диагностирован десмоид (агрессивный фиброматоз, десмома), у 3 – 1-камерный эхинококк и у 2 – специфический (туберкулезный) лимфаденит.

Общеклиническое обследование обязательно включало в себя проведение компьютерно-томографического исследования (КТ-исследование). Последнее осуществляли на спиральном компьютерном томографе в аксиальной плоскости толщиной среза 3 мм. Анализ данных КТ-исследования осуществлялся с учетом структуры и плотности опухолеподобного заболевания, его формы, контуров и границ, а также характера остеодеструкции прилежащих костных структур и мягкотканых анатомических образований.

Результаты КТ-исследования в обязательном порядке сопоставляли с интраоперационными находками и патоморфологическими заключениями.

Результаты и обсуждение. Различные по генезу объемные образования подвисочной области характеризовались определенными компьютерно-томографическими симптомами и их сочетаниями, анализ которых позволил нам выявить и описать основные семиотические признаки встретившихся в нашей практической работе опухолеподобных образований подвисочной области и проследить распространенность поражения как в пределах, так и за пределами описываемой области.

В целом для рассматриваемой группы опухолеподобных образований на КТ характерно наличие тени, вариабельной по структуре и плотности, имеющей различную форму и внутренний «рисунок». Границы тени во всех наблюдениях характеризовались четкими контурами со смещением и атрофией от давления костных структур различной степени выраженности, а также сдавлением и смещением мягкотканых структур. У 5 пациентов отмечались наличие дефектов в костных образованиях, их фрагментация с признаками нарастающего растяжения от давления и атрофии.

Кроме схожих КТ-признаков были выявлены и дифференциально-диагностические различия. Для их демонстрации приводим некоторые, наиболее показательные, на наш взгляд, компьютерные томограммы, выполненные у пациентов с десмоидом, эхинококкозом и туберкулезным лимфаденитом, с локализацией их в подвисочной области (рис. 1–3).

При КТ-исследовании пациента с десмоидом в подвисочной области слева отмечается наличие дополнительного образования неоднородно-мягкотканой плотности (от +50,8 до +75,2 ед.Н.), с четкими, неровными контурами размерами до 44,5х35,0 мм в поперечнике.



8. Муратов М. В., Микиртичан Г. Л. Особенности оказания специализированной помощи детям с ЛОР-патологией в детских поликлиниках Санкт-Петербурга: проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. – Вып. 7. – СПб., 2002. – С. 232–234.
9. Стволинский И. Ю. Научное обоснование методологических и организационных подходов к обеспечению медико-социальных потребностей детского населения при медицинском обслуживании: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 2003. – 38 с.
10. Фанта И. В. Научное обоснование организации специализированной амбулаторно-поликлинической оториноларингологической помощи взрослому населению крупного промышленного города в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2000. – 19 с.
11. Шипова В. М. Организация нормирования труда в здравоохранении / Под ред. О. П. Щепина. – М.: Грантъ, 2002. – 624 с.
12. Щербук Ю. А., Симаходский А. С., Эрман Л. В. Педиатрия Санкт-Петербурга: вчера, сегодня, завтра: опыт работы Санкт-Петербурга по снижению младенческой смертности: сб. науч.-практ. работ / Под ред. А. А. Баранова, Ю. А. Щербука. – СПб.: Человек и его здоровье, 2009. – С. 9–22.

Филимонов Сергей Владимирович — профессор каф. гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМА, доцент каф. оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, тел.: 8-812-334-15-86, e-mail: opvspb@mail.ru; **Волкова** Светлана Анатольевна — врач-оториноларинголог ГБУЗ ГП № 19 Детского поликлинического отделения № 43 Фрунзенского района Санкт-Петербурга, e-mail: 6997@yandex.ru

УДК: 616.322-002.2

КОРРЕКЦИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛАКУНАРНЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ КОМПЛЕКСОМ АНТИОКСИДАНТНЫХ ВИТАМИНОВ И АМИНОКИСЛОТ

З. Ф. Хараева, Э. К. Азаматова, Г. С. Мальцева¹, Е. В. Михальчик², Л. Г. Коркина¹

THE CORRECTION OF OXIDATIVE STRESS OF PATIENTS WITH ACUTE LACUNAR TONSILLITIS BY COMPLEX OF ANTIOXIDANT VITAMINS AND AMINOACIDS

Z. F. Kharaeva, E. K. Azamatova, G. S. Maltseva, E. V. Mikhali'chik, L. G. Korkina

ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова»

(Ректор — проф. Б. С. Карамурзов)

¹ *ФГБУ «СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития России»*

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

² *ФГУ «НИИ физико-химической медицины ФМБА РФ», Москва*

(Директор — проф. В. И. Сергиенко)

В период обострения хронического тонзиллита (ангины) происходит мощный выброс радикалов нейтрофилами [продукция супероксиданион радикала, повышенный выброс внеклеточных кислородных радикалов, повышение концентрации нитратов (нитритов) в плазме] на фоне выявленного снижения антиоксидантных параметров крови больных. Комплекс антиоксидантных витаминов и аминокислот [в состав входят убихинон (коэнзим Q), витамин Е (альфа-токоферол-ацетат), фосфолипиды сои (лецитин), альфа-метионин и селен] способствует устранению выявленного дисбаланса прооксидантной и антиоксидантной систем, уменьшая тем самым риск развития радикал-зависимого повреждения собственных органов и тканей при хронических инфекционных заболеваниях. В отличие от широко применяемых в клинической практике препаратов антиоксидантов сбалансированный комплекс не уменьшает уровень ра-



дикалов в острый период рецидива заболевания, компенсируя в то же время спад ферментов антиокислительной защиты.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, окислительный стресс, антиоксиданты.

Библиография: 8 источников.

In relapse of a chronic tonsillitis there is a powerful elevation of production of radicals by neutrophils (production superoxide radical, the raised emission of extracellular oxygen radicals, increase of concentration of nitrates/nitrites in plasma) against the revealed decrease of antioxidative parameters of blood of patients. The complex of antioxidants vitamins and amino acids (consist from ubiquinone (coenzyme Q₁₀), soya's phospholipids, alpha-tocopherol, lecithin and selenium) promotes elimination of the revealed, reducing thereby risk of development a radical-dependent of damage of own cells and tissues at chronic infectious diseases. Unlike preparations of antioxidants widely applied in clinical practice complex of antioxidant vitamins and amino acids doesn't reduce level of radicals during the sharp period of relapse of disease, compensating during too time recession of enzymes of antioxidizing protection.

Key words: chronic tonsillitis, oxidative stress, antioxidants.

Bibliography: 8 sources.

Хронический тонзиллит (ХТ) занимает центральное место в патологии ЛОР-органов и имеет важное значение в клинике внутренних болезней. Длительная персистенция микроорганизмов имеет разные причины и связана с особенностями как микроорганизмов, так и иммунной системы [1]. В настоящее время очевидно, что функциональная несостоятельность защитных сил организма становится причиной нарушенной реакции организма на чужеродные структуры или утраты толерантности к собственным антигенам. Один из механизмов поражения собственных клеток и тканей связан с повышенным радикалообразованием при длительной микробной нагрузке, что особенно значимо при хронических инфекционных заболеваниях [4–6]. Известно, что под воздействием бактериальных частиц и (или) их метаболитов фагоцитирующие клетки крови и тканей взрывообразно продуцируют высокоактивные метаболиты кислорода (супероксид-радикал, гипохлорит, гидроксил-радикал) и азота (оксид азота и пероксинитрит), имеющие целью инактивировать, обездвижить, убить и подготовить к полноценному фагоцитозу микроорганизмы [2]. Для предотвращения опосредованной свободными радикалами самодеструкции клеток-фагоцитов и воспалительного повреждения подлежащих тканей происходит индукция генов, кодирующих ферменты антирадикальной защиты, такие как каталаза и супероксид дисмутаза [2]. В последние годы установлена тесная взаимосвязь между многими патологическими состояниями и процессами усиленного образования радикалов [4], что сопровождается повреждением собственных органов и тканей. В связи с этим представляют интерес изучение состояния основных факторов антиоксидантной системы и радикал-формирующей способности нейтрофилов крови больных с обострением хронического тонзиллита, а также поиск средств коррекции антиоксидантной защиты организма.

Пациенты и методы. Объектом исследования были больные, госпитализированные в Республиканский центр по борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями г. Нальчика. Обследовано 75 больных хроническим тонзиллитом в период обострения заболевания: 40 пациентов с фолликулярной ангиной средней степени тяжести и 35 пациентов с лакунарной ангиной. Возраст больных – от 16 до 45 лет (45 мужчин и 30 женщин). Исследуемые группы пациентов были однородны по частоте рецидивов острого тонзиллита в год (в среднем от 3 до 5) и длительности заболевания (в среднем 8–12 лет). Выделение бактерий при исследовании микрофлоры миндалин и их идентификацию производили общепринятыми методами бактериологического исследования при поступлении больных в стационар до приема антибактериальной терапии.

Всем больным назначался комплекс лечебных мероприятий: в острый период антибактериальная терапия широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения – цефиксим в форме тригидрата в дозе 400 мг в сутки в течение 6 дней), детоксикационная терапия, десенсибилизирующая терапия, местная терапия, включающая полоскания и местную обработку миндалин дезинфицирующими препаратами (раствор фурацилина, метиленовой сини), витаминотерапия, физиотерапия и симптоматическое лечение. 35 пациентов с лакунарной



УДК: 616.284-002.258-06

**ФИСТУЛА ЛАБИРИНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ****Н. В. Бойко¹, В. Н. Колесников²****LABYRINTHINE FISTULA IN CHRONIC OTITIS MEDIA****N. V. Boiko¹, V. N. Kolesnikov²**¹ ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

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

² Областной консультативно-диагностический центр, г. Ростов-на-Дону

(Главный врач – канд. мед. наук Д. В. Бурцев)

Фистула лабиринта (ФЛ) – относительно редкое осложнение хронического гнойного среднего отита. Нарушения вестибулярной и слуховой функции при ФЛ не имеют специфических характеристик, присущих только данному заболеванию. Взгляды на стратегию и тактику лечения ФЛ противоречивы. В данной статье приведен обзор литературы, посвященной дискуссионным вопросам диагностики и хирургического лечения фистулы лабиринта.

Ключевые слова: фистула лабиринта, холестеатома, хронический гнойный средний отит.

Библиография: 39 источников.

Labyrinthine fistula (LF) is a relatively rare complication in chronic otitis media. Vestibular and auditory dysfunctions in LF do not possess any characteristics peculiar to this disease only. Views on the LF treatment strategy and tactics are often controversial. The article contains a review of literature on the debated questions of labyrinthine fistula diagnostics and treatment.

Key words: labyrinthine fistula, cholesteatoma, chronic otitis media.

Bibliography: 39 sources.

Фистула лабиринта (ФЛ) – относительно редкое осложнение хронического гнойного среднего отита (ХГСО) (табл.). Чаще всего (в 75–94% случаев) фистула формируется в стенке латерального полукружного канала в связи с особенностями его расположения; возможно ее образование и в других отделах лабиринта (задний и верхний полукружные каналы, область преддверия, основание стремечка), в 5,9–23% случаев обнаруживаются множественные фистулы [2, 11, 17, 19].

Как правило, фистулы встречаются при холестеатомном ХГСО, однако описаны случаи их выявления и при отсутствии холестеатомы [4, 9, 31].

Диагностика ФЛ на дооперационном этапе представляет определенные трудности, с одной стороны, в связи с возможностью длительного бессимптомного течения заболевания у 33–57% больных [5], с другой стороны, вследствие отсутствия универсальных диагностических критериев.

Наиболее надежный и специфичный клинический признак ФЛ – появление кратковременного головокружения при повышении давления в наружном слуховом проходе или манипуляциях в ухе. Головокружение сопровождается тошнотой, нистагмом в сторону пораженного уха, отклонением головы и (или) туловища в противоположную нистагму сторону. Положительная прессорная проба выявляется от 21,7 до 83,9% случаев [2, 16, 12]. Большой разброс статистических данных можно объяснить разными типами и размерами фистул, вошедших в выборку. Ложноотрицательная прессорная проба может быть обусловлена значительным количеством



33. Surgical treatment of labyrinthine fistula in cholesteatoma surgery / N. Quaranta [et al.] // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2009. – Vol. 140, N 3. – P. 406–411.
34. Surgical treatment of labyrinthine fistula in patients with cholesteatoma / Y. Ueda [et al.] // J. Laryngol. Otol. Suppl. – 2009. – Vol. 31. – P. 64–67.
35. Surgical treatment of labyrinthine fistula caused by cholesteatoma with semicircular canal occlusion / Z. Chen [et al.] // Acta Otolaryngol. 2010. – Vol. 130, N 1. – P. 75–78.
36. The clinical investigation of labyrinthine fistula associated with chronic otitis media. Article in Chinese / T. Zhang [et al.] // Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. – 2005. – Vol. 19, N 4. – P. 153–154.
37. Treatment of labyrinthine fistula with interruption of the semicircular canals / T. Kobayashi [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1995. – Vol. 121. – P. 469–475.
38. Triple semicircular canal occlusion for the treatment of Meniere's disease / S. Yin [et al.] // Acta Otolaryngol. – 2008. – Vol. 128. – P. 739–743.
39. Vanden Abeele D., Offeciers F. E. Management of labyrinthine fistulas in cholesteatoma // Acta Otorhinolaryngol. Belg. – 1993. – Vol. 47. – P. 311–321.

Бойко Наталья Владимировна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Ростовского ГМУ. 344000, Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 29, тел.: 903-433-41-13, e-mail: nvboiko@gmail.com; **Колесников** Вадим Николаевич – врач-оториноларинголог Областного консультативно-диагностического центра. 344000, Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, д. 127, тел.: 928-612-15-12, e-mail: vn_kolesnikov@mail.ru

УДК: 616.216.1-006

О ЛОЖНЫХ КИСТАХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Г. А. Гаджимирзаев, С. Н. Абдулаева, Р. Г. Гаджимирзаева

ABOUT THE FALSE CYSTS OF PARANASAL SINUSES (REVIEW OF LITERATURE)

G. A. Gadjimirzaev, S. N. Abdulaeva, R. G. Gadjimirzaeva

ГОБУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия Росздрава»
г. Махачкала

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

Авторы прослеживают развитие взглядов исследователей на причины формирования, диагностики и лечение кистоподобных образований в верхнечелюстных пазухах. В частности, обсуждаются различные мнения о роли аллергического фактора в генезе ложных кист, современные методы консервативного и оперативного лечения.

Ключевые слова: ложные кисты, причины формирования, диагностика, лечение.

Библиография: 79 источников.

Authors trace development of looks of researchers on reasons of forming, diagnostics and treatments of cystiform educations in genyantrums. In particular different opinions come into question of role of allergic factor in genesis of false cysts, modern methods of conservative and operative treatment.

Key words: false cysts, reasons of forming, diagnostician, treatment.

Bibliography: 79 sources.

В клинической практике оториноларингологов довольно часто встречаются кисты околоносовых пазух (ОНП) разного генеза. В большинстве случаев кистозные образования формируются в верхнечелюстных пазухах (ВЧП). Согласно признанной специалистами классификации кисты подразделяются на четыре вида:

- истинные (ретенционные, секреторные);
- ложные (кистоподобные образования, лимфангиэктотические, гидроцеле, несекреторные псевдокисты);



73. Lederer E. Z. The problem of nasal polyps // J. Allergy. – 1959. – Vol. 30. – P. 420–424.
74. Li T., Kitano M., Chen X. M., Ortho-keratinized odontogenic cyst: a clinicopathological and immunocytochemical study of 15 cases // Histopathology. – 1988. – Vol. 32, N 3. – P. 242–251.
75. Mazeraut M. Maxillary sinus cysts. Methods of surgical treatment // Polish otolaryngology. – 2008. – Vol. 62, N 5. – P. 578–581.
76. Palva T., Palva A. Allergic changes in the mucosa of the chronically infected maxillary sinus // J. Pract. Oto-laryng. – 1962. – Vol. 24. – P. 1–7.
77. Paparella N. M. Mucosal cyst of maxillary sinus // Arch. otolaryng. – 1956. – Vol. 74. – N 6. – P. 650–657.
78. Pertison B., Hanssen H., Nasal mucosal changes in children with frequent infections // Arch. otolaryng. – 1987. – Vol. 113, N 12. – P. 1294–1300.
79. Schamblough J. E. Nasal allergy for the practising rhinologist // Ann. Otol., rhin. & laryng. – 1945. – Vol. 54. – P. 43–48.

Гаджимирзаев Гаджимурад Абдусаматович – докт. мед. наук, проф., зав. ЛОР-кафедрой Дагестанской ГМА. Махачкала, пл. Ленина, д. 1, тел.: 8(8722)67-75-75; **Абдулаева** Сапияханум Нурмагомедовна, аспирант той же кафедры. Махачкала, пл. Ленина, д. 1, тел.: 8(8722)62-01-60; **Гаджимирзаева** Раисат Гаджимурадовна – канд. мед. наук, ассистент той же кафедры. Махачкала, пл. Ленина, д. 1, тел.: 8-928-675-88-17.

УДК: 616.216.1-002.3-089

БАЛЛОННАЯ СИНУСОПЛАСТИКА: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В МИРЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ДАННОЙ МЕТОДИКИ В ПРАКТИКУ В РОССИИ

М. А. Лабазанова, Е. В. Владыкина, Г. А. Полев

BALLOON SINUPLASTY: WORLD EXPERIENCE AND PERSPECTIVES OF THE GIVEN TECHNIQUE IN RUSSIA

М. А. Labazanova, E. V. Vladykina, G. A. Polev

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Данная работа представляет собой обзор литературы, посвященной анализу результатов исследований лечения хронических синуситов методом баллонной синусопластики в мире, «плюсы и минусы» данной методики и перспективы ее применения в России.

Ключевые слова: *околоносовые пазухи, хронический синусит, баллонная синусопластика.*

Библиография: *10 источников.*

This article is a literature review, analyzing the history of balloon sinuplasty introduction in the world, major studies' pattern, highlighting its results, «cos and pros» of this method and perspectives of this method in Russia.

Key words: *paranasal sinuses, chronic sinusitis, balloon sinuplasty.*

Bibliography: *10 sources.*

Заболевания околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре ЛОР-патологий. Число госпитализированных больных по поводу заболеваний ОНП ежегодно увеличивается на 1,5–2%; среди пациентов, госпитализированных в ЛОР-стационары, они составляют 15–36% случаев [1].

Важно отметить, что частота развития воспалительных заболеваний околоносовых пазух обусловлена их распространенностью, тенденцией к хроническому и рецидивирующему течению и недостаточностью традиционных методов лечения. Меняется структура самой патологии в сторону увеличения числа сочетанных поражений ОНП, а также хронических и вялотекущих процессов [2, 3].



УДК: 616.225.4-006-089:616.22-072.1

ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕХНИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК ПРИ НЕПРЯМОЙ ЛАРИНГОСКОПИИ

Г. В. Вержбицкий

VOCAL CORDS TUMORS SURGICAL TREATMENT OPTIMIZATION AT AN INDIRECT LARINGOSCOPY.

G. V. Verzbysky

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург

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

В статье описана оригинальная методика подведения выкусывателя гортанных щипцов к патологическому образованию гортани при непрямой ларингоскопии, которая, по мнению автора, значительно упрощает выполнение эндоларингеальных вмешательств.

Ключевые слова: голосовая складка, эндоларингеальная хирургия, непрямая ларингоскопия.

Библиография: 3 источника

Article describes the technique of guttural forceps induction to a larynx tumor at an indirect laryngoscopy, which, in my opinion, simplifies endolaryngeologist operations.

Key words: vocal cord, endolaryngeal surgery, indirect laryngoscopy.

Bibliography: 3 sources.

В большинстве случаев удаление доброкачественных опухолей гортани, инородных тел и проведение биопсии у взрослых людей выполняется при непрямой ларингоскопии под местной анестезией. Этот способ лечения с точки зрения опытного ларинголога является наиболее щадящим и безопасным для пациента в отличие от прямой ларингоскопии под местной анестезией, требующей от обеих сторон (пациента и врача) физического и психологического напряжения, связанного с преодолением (выпрямлением) ороларингеального угла и возникающих при этом неприятных ощущениях [1, 2].

Еще более трудоемкой является операция под общим обезболиванием, требующая участия опытного анестезиолога, назофарингеальной интубации, инъекционной подачи газовой смеси, релаксации больного и контроля дыхания.

Поэтому при прочих равных условиях предпочтение отдается методике удаления опухоли (биопсии) под местной анестезией при непрямой ларингоскопии. Однако при любом доступе имеется технический нюанс, особенно рельефно выступающий при непрямой ларингоскопии. Речь идет о точности подведения гортанных щипцов к конкретному участку гортани. Этот момент для начинающего ЛОР-хирурга представляется наиболее трудным в связи с имеющим место обратным зеркальным отображением ларингоскопической картины. Это требует, как правило, неоднократной коррекции положения рукоятки гортанных щипцов и режущей насадки, прежде чем она встанет в нужное положение для захвата и удаления опухоли (инородного тела и т. д.)

Точность подведения насадки особенно важна при локализации ограниченного новообразования в области голосовой складки, поскольку отсечение его должно быть в пределах слизистой оболочки и без захвата подлежащей эластической основы голосовой связки. В противном случае возникает стойкий постоперационный дефект выкусывания – щербина голосовой



В завершении отметим, что мы используем описанный способ наведения гортанных щипцов как в клинических, так и в педагогических целях при обучении клинических ординаторов и врачей циклов повышения квалификации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас оперативной оториноларингологии / Под ред. В. С. Погосова. – М.: Медицина. – 1983. – 416 с.
2. Супрунов В. К. Доброкачественные опухоли гортани // В кн.: Хирургические болезни глотки, гортани и пищевода / Под ред. В. Г. Ермолаева. – М.: Медгиз, 1954. – 485 с.
3. Удостоверение на рац. предложение № 1311 от 29.02.88 г. Г. В. Вержбицкий. Способ подведения гортанных щипцов при эндоларингеальных операциях. – Новокузнецк, 1988.

Вержбицкий Геннадий Вацлавич – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. Городская Покровская больница. 199106, Санкт-Петербург. В. О., Б. П., д. 85, тел.: 8-812- 322-25-57.

УДК: 612.119-089.843-06:[616.211+616.831]-002.72

**СЛУЧАЙ РИНОЦЕРЕБРАЛЬНОГО МУКОРМИКОЗА
У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ
ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**

**С. А. Карпищенко¹, Е. С. Уtimiшева², О. И. Долгов^{1, 2}, В. Н. Овечкина²,
О. С. Успенская², А. Г. Волкова², Т. С. Богомолова³**

**CASE OF RHINOCEREBRAL MUCORMYCOSIS IN PATIENT AFTER
ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELLS TRANSPLANTATION**

**S. A. Karpischenko, E. S. Utimischeva, O. I. Dolgov, V. N. Ovechkina,
O. S. Uspenskaya, A. G. Volkova, T. S. Bogomolova**

¹Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова

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

²Клиника «Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой»
(Директор клиники – проф. Б. В. Афанасьев)

³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,
НИИ медицинской микологии им. П. Н. Кашкина
(Директор НИИ медицинской микологии – проф. Н. В. Васильева)

В статье приведен случай развития инвазивного мукоормикоза у пациентки после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

Подробно описаны клинические проявления заболевания, динамика поражения околоносовых пазух, проведение хирургического эндоскопического вмешательства в условиях панцитопении.

Авторы приходят к выводу, что при соответствующей подготовке даже у пациентов с низкими показателями свертывающей системы крови возможно проведение эндоскопической ринохирургии по показаниям. Описываемая в статье риноцеребральная форма мукоормикоза характеризуется высокой летальностью даже при массивной противогрибковой терапии в сочетании с хирургическим лечением.

Ключевые слова: мукоормикоз, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, эндоскопическая ринохирургия.

Библиография: 19 источников.



The article is describe case of invasive form of mucormycosis in patient after allogeneic hematopoietic stem cells transplantation.

The clinical manifestations of the disease, the dynamics of destruction of the paranasal sinuses and endoscopic surgical intervention in pancytopenia are described in detail.

The main conclusion: this type of laser resection is the most effective in comparison with chordectomy and arytenoidectomy.

The authors conclude, that with appropriate training, even in patients with low levels of blood coagulation, endoscopic sinus surgery may be performed. Despite massive antifungal therapy in combination with surgical treatment, rhinocerebral form of mucormycosis is characterized by high mortality.

Key words: mucormycosis, hematopoietic stem cells transplantation, endoscopic sinus surgery.

Bibliography: 19 sources.

Воспалительные поражения околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре ЛОР-заболеваний и составляют, по данным различных авторов, от 15 до 36% среди всех больных, находящихся на стационарном лечении [8]. В последнее десятилетие наблюдается рост числа поражений ЛОР-органов, обусловленных условно-патогенными грибами, паразитирующими на слизистых оболочках [2]. Это связано с существенным увеличением факторов риска их развития, среди которых ведущие позиции занимают иммунодефицитные состояния, вызванные длительным использованием глюкокортикоидных и иммуносупрессивных препаратов при лечении онкологических заболеваний, болезней крови, СПИДе, дисбиоз как следствие массивной антибактериальной терапии, а также соматическая патология, в частности сахарный диабет, бронхиальная астма и др. [5].

Оппортунистические микозы занимают особое место среди всех грибковых заболеваний, поскольку их возникновение и последующее развитие патологических процессов происходят у иммунокомпроментированных пациентов [4]. Реципиенты, которым была выполнена аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК), особенно от неродственного донора, имеют высокий риск развития бактериальных и грибковых инфекций, в том числе вызванных условно-патогенными микроорганизмами за счет длительной гранулоцитопении, дефекта системы фагоцитоза, нарушения клеточного и гуморального иммунитета, функциональной асплинии. Доля больных с гемобластомами, у которых развиваются редкие инвазивные формы грибковых инфекций, имеет тенденцию к увеличению во всем мире [18]. Частота инвазивных микозов у пациентов после алло-ТГСК составляет 7–33%, общая летальность от этого вида осложнений, даже при активной терапии, достигает 90% [6].

В последнее время в мировой литературе стали появляться публикации о случаях инвазивного поражения околоносовых пазух (ОНП), обусловленных зигомикозом (муکورмикозом). Впервые зигомицеты были описаны А. Paltauf в 1885 г. [5]. Эти низшие грибы, патогенные для человека, относятся к отделу *Zygomycota*, подотделу *Mucoromycotina*, порядку *Mucorales* (муکورовые) [10]. Порядок включает, по разным системам, от 6 до 8 семейств (около 250 видов). Они являются самыми многочисленными грибами, включают в себя представителей родов *Rhizopus*, *Mucor*, *Lichteimia* (*Absidia*), *Rhizomucor* и *Apophysomyces* [3, 9].

Муکورовые грибы распространены повсеместно. Они обитают в почве, часто встречаются в гниющих отходах и пищевых продуктах, особенно в хлебе и зерне [1]. Ведущие пути передачи: дыхательный, чрескожный, алиментарный. Культуры грибов довольно крупные, активно развиваются на искусственных питательных средах, колонии серовато-белого, коричневого или бурого цветов. При микроскопическом исследовании для этого вида грибка характерен широкий ветвящийся несептированный мицелий, на вершине которого в большом количестве формируются спорангиеносцы с темноокрашенными шаровидными спорангиями [3, 9].

Муکورмикоз является третьим по распространенности инвазивным микозом после кандидоза и аспергиллеза, встречающимся у пациентов с гематологическими заболеваниями и перенесших аллогенную трансплантацию стволовых клеток [12].

Основными клиническими вариантами муکورмикоза являются: риноцеребральный, легочный, с первичным поражением кожи и подкожной клетчатки, диссеминированный и гастроинтестинальный [1, 7, 14, 17, 19].



УДК 616.283.1-089.168.1:621.398

**РАЗВИТИЕ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ: ОСОБЕННОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ****С. В. Левин¹, В. Е. Кузовков¹, С. В. Астащенко¹, Е. А. Левина¹,
С. Г. Вахрушев², А. В. Жарский²****THE DEVELOPMENT OF TELECOMMUNICATION TECHNOLOGIES IN
COCHLEAR IMPLANT: PECULIARITY AND PROSPECTS****S. V. Levin, V. E. Kuzovkov, S. V. Astashenko, E. A. Levina, S. G. Vakhrushev,
A. V. Zharskiy**¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла и речи
(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)² Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. Г. Вахрушев)

Использование телемедицинских технологий позволяет повысить эффективность реабилитации пациентов после операции кохлеарной имплантации (КИ). В работе описана комплексная методика проведения удаленного отбора пациентов, интраоперационного тестирования кохлеарных имплантов, удаленной настройки пациентов, программно-аппаратного обеспечения. Рассмотрены основные особенности дистанционной поддержки пациентов и выявлены наиболее часто встречающиеся проблемы при использовании данной методики.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, удаленная настройка, телемедицина, слухопротезирование, дистанционная поддержка.

Библиография: 14 источников.

The use of telemedicine technology can improve the effectiveness of rehabilitation of patients after surgery, cochlear implantation. This paper describes a comprehensive methodology for remote patient selection, intraoperative testing of cochlear implants, remote configuration patients hardware. The main features of remote support to patients and to identify the most common problems, when using this technique.

Key words: cochlear implantation, telemedicine technology.

Bibliography: 14 sources.

В настоящее время кохлеарный имплант является самым высокотехнологичным и сложным медицинским протезом в мире. В то же время количество прооперированных пациентов в мире на начало 2011 г. составляло 219 тысяч. В Санкт-Петербургском НИИ уха горла и речи сегодня наблюдаются более 2500 пациентов, перенесших операцию кохлеарной имплантации (КИ). Каждый из этих пациентов нуждается в реабилитации после операции кохлеарной имплантации. Ежедневно в институте оперируются новые пациенты, и эта цифра постоянно растет. Важно отметить, что в связи со значительным увеличением числа проимплантированных пациентов все более очевидной становится их неоднородность.

В СПб НИИ уха горла, носа и речи имплантируются пациенты:

- различного возраста (от 7 мес. до 72 лет);
- с различным сроком глухоты;



УДК: 616.288-002

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО И БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВОГО ОТИТА

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

EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE TOPICAL COMBINED THERAPY FOR TREATMENT OF BACTERIAL AND MIXED (FUNGAL AND BACTERIAL) EXTERNAL OTITIS

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

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

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

В данной статье приведен анализ опыта применения ушных капель кандибиотик в лечении наружного диффузного отита как бактериальной, так и бактериально-грибковой этиологии. Выявлено, что применение кандибиотика в качестве монотерапии позволяет достичь клинического эффекта практически в 80% случаев как в группе с бактериально-грибковыми отитами, так и в группе с бактериальными отитами.

Ключевые слова: бактериальный наружный отит, бактериально-грибковый наружный отит, местная терапия.

Библиография: 9 источников.

This article summarizes the experience of application of ear drops Candibiotic for the treatment of external diffuse otitis both as a bacterial and a bacterial-fungal. It was revealed that the use of Candibiotic as monotherapy, can achieve clinical effect in almost 80% of cases in the group with bacterial-fungal otitis and bacterial otitis.

Key words: bacterial otitis externa, bacterial-fungal otitis externa, local therapy

Bibliography: 9 sources.

Термин наружный диффузный отит описывает патологическое состояние, заключающееся в воспалении кожи наружного слухового прохода, что выражается в отеке, гиперемии кожи, отделении гноя и боли в пораженном ухе [8].

Наиболее частыми возбудителями наружного диффузного отита выступают золотистый стафилококк, синегнойная палочка, грибы рода *Candida* [5–7, 9].

Одним из самых популярных препаратов, применяющихся в виде ушных капель, выступает кандибиотик. Благодаря его многокомпонентному составу, включающему антибактериальный препарат (хлорамфеникол), антигрибковый препарат с антибактериальной активностью (клотримазол), глюкокортикостероид и местный анестетик, данный препарат способен эффективно снимать болевой синдром, уменьшать силу воспалительных реакций и элиминировать возбудитель.

Кандибиотик существует на фармацевтическом рынке с 2003 г., и зарекомендовал себя как средство терапии наружных грибковых и бактериально-грибковых отитов [1–3]. Однако на практике он обладает высокой эффективностью при применении также и в случаях сугубо бактериальных наружных отитов [4].

В данной статье выполнен анализ опыта применения препарата кандибиотик в качестве монотерапии в отношении пациентов с наружным бактериальным и бактериально-грибковым отитом в поликлинике СПб НИИ ЛОР за 2011 г. и первую половину 2012 г.

Цель исследования. Ретроспективно определить эффективность применения ушных капель кандибиотик в качестве монотерапии различной воспалительной патологии уха.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с клиническим диагнозом наружный диффузный отит, получавших в качестве лечения ушные капли кандибиотик в виде монотерапии в течение 2011–2012 г.



УДК: 616.211-002.193-056.3:615.218.2

ВЛИЯНИЕ ЛЕВОЦЕТИРИЗИНА (ГЛЕНЦЕТ) НА КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

С. В. Царев, А. А. Цывкина, Л. В. Лусс

CLINICAL SYMPTOMS AND FUNCTIONAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS USING LEVOCETIRIZINE (GLEN CET)

S. V. Tsarev, A. A. Tsyvkina, L. V. Luss

*ФГБУ ГНЦ «Институт иммунологии ФМБА России», Москва
(Директор — академик Р. М. Хаитов)*

Цель работы: оценить клиническую эффективность, безопасность и переносимость левоцетиризина (гленцет) у больных аллергическим ринитом (АР).

Обследованы 50 больных круглогодичным аллергическим ринитом (КАР) легкой и средней степеней тяжести с сенсibilизацией к аллергенам домашней пыли. Среди них были 29 женщин и 21 мужчина в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст пациентов составил $30,47 \pm 10,7$ года. В работе использованы стандартные клиничко-лабораторные (осмотр аллергологом-иммунологом, ЛОР-специалистом, проведена передняя риноскопия и др.), функциональные (назальная пикфлоуметрия) и аллергологические методы исследования. Для оценки аллергического статуса использовали сбор аллергологического, фармакологического, пищевого анамнеза, кожные прик-тесты с различными группами аллергенов.

При аллергологическом обследовании у всех пациентов была выявлена сенсibilизация к бытовым аллергенам, у 11 человек — к эпидермальным, у 23 — к пыльцевым. Отличный результат лечения (при суммарной интенсивности симптомов от 0 до 2 баллов) получен у 14 (29,8%) человек из 47 обследованных, хороший (интенсивность симптомов в сумме 3–4 балла) — у 23 (48,9%), удовлетворительный (интенсивность симптомов в сумме 5–6 баллов) — у 4 (8,5%). Появление значимого клинического эффекта у большинства больных отмечено в течение первых суток приема препарата.

Перед началом лечения средний балл интенсивности симптомов у 47 анализируемых пациентов составил в сумме по четырем симптомам 9,75 балла (от 8 до 13 баллов у отдельных больных), после лечения — 4,3 балла (от 0 до 12 баллов), $p < 0,05$ при сравнении двух зависимых групп до и после лечения. Клинический эффект по динамике симптомов подтверждался объективным осмотром (передней риноскопией), цитологическим исследованием назального секрета и положительной динамикой показателей пиковой скорости вдоха через нос.

Получены данные, свидетельствующие о высокой клинической эффективности (87,2%) препарата гленцет в лечении КАР. Выявлены хорошая переносимость и безопасность использования гленцета. Слабый седативный эффект, не требующий отмены препарата, выявлен только у 8,5%. Блокатор H1-гистаминовых рецепторов II поколения левоцетиризина дигидрохлорида гленцет может быть рекомендован для лечения больных аллергическим круглогодичным ринитом.

Ключевые слова: аллергический ринит, антигистаминные препараты, гистамин

Библиография: 3 источника

Background. Study of the effectiveness, safety and tolerability of levocetirizine (Glencet) in patients with AR.

50 patients (29 women and 21 men) with AR were observed. The age of patients was from 18 till 65 years (the average age of patients was $30,47 \pm 10,7$). We used standard clinical examination, laboratory methods, functional methods and allergological research. To assess the allergic status we used allergy and food history, skin prick tests with various groups of allergens.

Sensibilization to the house dust allergens was identified by all patients, sensibilization to the epidermal allergens was identified by 11 patients and sensibilization was identified to the pollen allergens in 23 patients.



The results of study showed the effectiveness of levocetirizine (Glencet) in treatment of the AR. Excellent results of treatment was obtained in 29,8% of cases, the good results of treatment was obtained in 48.9% of cases and satisfactory results of treatment was obtained in 8,5% of cases.

The clinical effect was confirmed by an objective examination (anterior rhinoscopy), cytology of nasal secretions and the positive dynamics of functional methods.

The study demonstrated a high clinical efficacy (87,2%) of Glencet for the conservative treatment of AR. Glencet can be recommended for the therapy of AR. Moderate sedation found in 8.5% of cases.

Key words: allergic rhinitis, antihistamines, histamine.

Bibliography: 3 sources.

Аллергический ринит (АР) – это хроническое заболевание, в основе которого лежит IgE-опосредованное аллергическое воспаление, вызванное воздействием аллергенов на слизистую оболочку полости носа. АР проявляется четырьмя основными симптомами: ринореей, затруднением носового дыхания, чиханием и жжением (зудом) в полости носа; у некоторых больных присоединяется anosmia [1].

АР относится к наиболее распространенным АЗ. В мире им страдают по крайней мере 10–40% населения [2]. Многолетние эпидемиологические исследования показывают прогрессирующий рост числа лиц, страдающих АР. В разных регионах Российской Федерации распространенность АР колеблется в пределах от 12,7 до 24% [3].

Даже легкие и непродолжительные проявления АР оказывают нежелательное действие на психологическое состояние и социальную жизнь людей, а также ограничивают профессиональную деятельность человека. Адекватное лечение приводит к уменьшению клинических проявлений и улучшению качества жизни пациента.

Известно, что аллергический ответ является сложным процессом, который включает в себя дегрануляцию тучных клеток, активацию Т-лимфоцитов, эпителиальных и эндотелиальных клеток, накопление в тканях эозинофилов и в меньшей степени базофилов, а также синтез и высвобождение хемокинов. Образование и секреция М тучными клетками, эозинофилами и базофилами прямо и (или) косвенно определяет появление и выраженность симптомов аллергии. Г участвует в механизме практически всех основных симптомов аллергии, стимулируя H1-рецепторы. В связи с этим при фармакотерапии АР препаратами первой линии считаются АГП, основным действием которых является блокирование H1-рецепторов на мембранах клеток различных тканей.

По мере получения новых данных по механизму развития аллергических реакций, создавались принципиально новые группы АГП, воздействующих на различные звенья аллергического ответа, отличающиеся степенью сродства и селективности к гистаминовым рецепторам. Характер же самой дополнительной противоаллергической активности у разных АГП нового поколения может существенно различаться и проявляется преимущественным действием на разные типы клеток-мишеней аллергии.

В конечном счете, выраженность противогистаминного эффекта зависит от степени занятости H1-рецепторов АГП, которая наряду со сродством к рецепторам определяется и концентрацией свободного вещества вблизи H1-рецепторов: чем выше свободная концентрация АГП, тем выше занятость рецепторов этим веществом, а следовательно, тем выше клинический эффект. В связи с этим можно полагать, что H1-АГП для достижения своего основного фармакологического действия должен иметь низкое значение объема распределения в тканях. Среди всех известных АГП наименьший объем распределения (0,4–0,5 л/кг) имеет левоцетиризин (как и его предшественник цетиризин), в то время как, например, мизоластин имеет объем распределения 1–1,2 л/кг, фексофенадин — 5,4–5,8 л/кг, а дезлоратадин — наивысшее значение этого показателя — 49 л/кг.

Одним из АГП последнего поколения является левоцетиризина гидрохлорид. Недавно на фармацевтическом рынке появился новый препарат левоцетиризина дигидрохлорида производства компании «Гленмарк Фармасьютикалз Лтд.» (Индия), торговое название гленцет, являющийся воспроизведенным аналогом оригинального препарата – ЛС с хорошо изученными фармакологическими свойствами.



ПОРТЕНКО ГЕННАДИЙ МИХАЙЛОВИЧ

22 июля 2011 года исполнилось 70 лет со дня рождения и 47 лет трудовой деятельности заслуженного врача РФ, заслуженного изобретателя СССР, заслуженного работника науки и образования Тверской области, заслуженного гражданина поселка Селижарово Тверской области, профессору, заведующему кафедрой оториноларингологии Тверской государственной медицинской академии Портенко Геннадию Михайловичу.

После окончания Калининского государственного института в 1964 году и очной аспирантуры по оториноларингологии во 2-м МОЛМИ в 1969 году Портенко Г. М. работает в ТГМА с сентября 1969 года на кафедре оториноларингологии вначале ассистентом, доцентом, а с 1990 года заведующим кафедрой. За это время он подготовил 6 кандидатов медицинских наук и 2 докторов медицинских наук. Им опубликовано около 400 научных статей, более 40 учебно-методических пособий, 3 монографии, около 20 изобретений. Через интернатуру и клиническую ординатуру подготовлено более 100 ЛОР-специалистов, работающих как в Тверской области, так и в других городах России, Ближнего и Дальнего Зарубежья.

Основное научное направление кафедры – это полипозный риносинусит и хронический тонзиллит.

Г. М. Портенко является председателем Тверского научно-практического общества оториноларингологов, членом аттестационной комиссии по оториноларингологии при Министерстве здравоохранения Тверской области, членом Ученого совета Тверской ГМА, членом аттестационной конкурсной комиссии и членом ЦКМС ТГМА, председателем редакционного издательского совета Академии.

Г. М. Портенко является высококвалифицированным ЛОР-специалистом. Он внедрил на базе Областной клинической больницы слуховосстанавливающие операции (стапедопластику и тимпаноластику), слухосохраняющие операции (эндоауральную аттикоадитусантротомию), эндоскопические щадящие операции в полости носа и околоносовых пазухах.

Профессор Г. М. Портенко – высококвалифицированный лектор, преподаватель, руководитель студенческого кружка, коммуникабельный человек, активный научный работник, сплотивший трудоспособный коллектив кафедры, глава семейной династии врачей (дочь – оториноларинголог, докт. мед. наук, доцент; сын – детский хирург, канд. мед. наук, доцент; внучка – студентка ТГМА).

Поздравляем Геннадия Михайловича со славным юбилеем и желаем ему здоровья, трудового и жизненного долголетия, благополучия.

Коллектив кафедры оториноларингологии Тверской государственной медицинской академии.

Коллектив Тверской областной клинической больницы.

Правление научно-практического Тверского общества оториноларингологов.

Редакция журнала «Российская оториноларингология»



РЕЦЕНЗИЯ НА МОНОГРАФИЮ ПРОФЕССОРА А. С. КИСЕЛЕВА «Н. И. ПИРОГОВ. СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ ВЕЛИКОГО ХИРУРГА»

Мы, оториноларингологи, давно знаем Алексея Сергеевича Киселева не только как высококвалифицированного врача, педагога, но и как талантливого писателя-историка медицины. Вот и очередная, объемная монография, пожалуй, наиболее полно отображает личность, характер и основные вехи жизни и становления Н. И. Пирогова как великого гражданина России и великого хирурга и не только своего времени!

В монографии 360 страниц, использовано около 40 источников, подтверждающих положения, которые, по мнению автора, наглядно иллюстрируют то, почему Н. И. Пирогов стал именно великим гражданином своего отечества и неоспоримо великим ученым и хирургом! И к тому же Николай Иванович Пирогов – почетный гражданин Москвы! Чтобы заслужить эти высокие и почетные звания, Николай Иванович всю жизнь, начиная с детских, юношеских лет, с упорством талантливого, целеустремленного человека преодолевал множество трудностей и препятствий на этом пути.

В монографии доходчиво, интересно, отнюдь не скучно, как иногда бывает в жизнеописаниях подобного рода, рассказано о путях становления, развития этого сложного человека, который следовал тому, как сказано в старинной китайской поговорке: «Посеешь поступок – пожнешь привычку, посеешь привычку – пожнешь характер, посеешь характер – пожнешь судьбу».

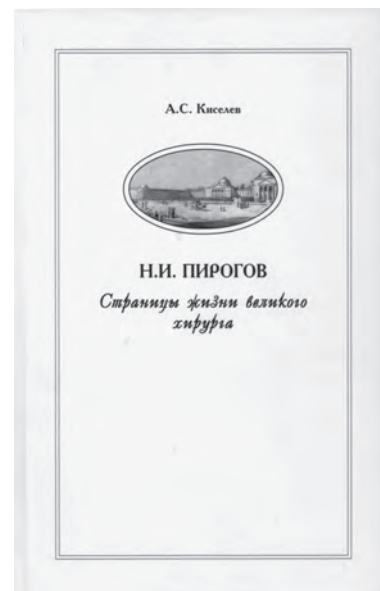
Полагаю, что в монографии правильно уделено внимание патриотическим высказываниям Николая Ивановича, причем это не оголтелый патриотизм, а взвешенная позиция мудрого человека. Приводятся слова Николая Ивановича: «Не родился я в эпоху русской славы (родился в 1810 году. — Прим. Ю. О.) и искреннего народного патриотизма, какой были годы моего детства, едва ли из меня вышел космополит. Я так думаю потому, что у меня очень рано развилась, вместе с глубоким сочувствием к Родине, какая-то непреодолимая безразличность к национальному хвастовству, ухарству и шовинизму». С огромным уважением относится к своим немецким учителям, отдавая должное особенностям немецкого характера при выполнении научных исследований и обучении основам хирургии. Приведены интересные и ценные сведения этого периода жизни Николая Ивановича.

Глубина отношения к выбранной профессии, с молодых лет стремление к глубокому познанию сути любого предмета. Именно поэтому он, по рекомендации Е. О. Мухина, авторитетнейшего врача того времени, в возрасте 14 лет (по уставу Университета 16) был зачислен в Московский университет.

Монография написана интеллигентным языком, в ней приводится столько поучительных сведений, сообщить которые нет возможности в данной рецензии, что можно бесконечно возвращаться к только что прочитанному.

Монография А. С. Киселева о Н. И. Пирогове – высококвалифицированный труд, обогативший нашу отечественную историческую литературу.

Рекомендую всем ознакомиться с этим выдающимся трудом.



Академик Ю. Овчинников,
11.10.2011.



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

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

**24–25 января 2013 г.
проводит очередную,
60-ю научно-практическую конференцию
«Молодые ученые — российской оториноларингологии»**

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

Авторы и соавторы — не старше 35 лет.

Материалы конференции будут опубликованы в первом номере журнала «Российская оториноларингология» за 2013 г.

Публикация бесплатная (при соблюдении объема статьи и своевременной отправке).

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

Статьи направлять **Тулкину Валентину Николаевичу** до 1 ноября 2012 г.
редакция НИИ ЛОР, ул. Бронницкая, д. 9, Санкт-Петербург, 190013.
Тел./факс: 812-316-29-32; e-mail: tulkin19@mail.ru; tulkin@pfco.ru

Оргкомитет

СОДЕРЖАНИЕ

Оригинальные статьи

- И. А. Аникин, А. А. Корнеев, Т. А. Бокучава, Л. В. Полшкова**
Причины формирования холестеатомы у больных с тубо-тимпанальной формой
хронического гнойного среднего отита..... 3

Научные статьи

- И. М. Алибеков, А. Р. Белявский, Х. Т. Абдулкеримов**
Клинико-экономическая и социальная значимость стационар замещающих
технологий в амбулаторной оториноларингологии 12
- И. А. Аникин, В. И. Бабияк, В. А. Воронов, Н. Е. Конеченкова,
А. Н. Пащинин**
Мозжечок (Сообщение первое: анатомо-функциональные особенности,
семиотика заболеваний) 15
- И. А. Аникин, М. В. Комаров**
Отдаленные результаты хирургического лечения отиатрической формы
параганглиом височной кости. 22
- Р. А. Бруйка, М. М. Сергеев, Б. Б. Мусельян, Д. Л. Перехода**
Эндоназальная эндоскопическая хирургия при некоторых заболеваниях
околоносовых пазух у детей 26
- С. И. Геюшова**
Состояние заболеваемости нейросенсорной тугоухостью работников
нефтеперерабатывающей промышленности 30
- Х. М. Диаб, С. Н. Ильин, С. Б. Сугарова**
Влияние размеров окна улитки на определение тактики проведения
хирургического этапа кохлеарной имплантации и вибропластики 34
- Х. М. Диаб, В. Е. Кузовков, С. А. Еремин, Ю. К. Янов**
Способ доступа к структурам внутреннего уха при кохлеарной имплантации
путем формирования мобилизованного кожно-костного лоскута..... 40
- Х. М. Диаб, В. Е. Кузовков, Р. В. Карапетян**
Способ фиксации активного электрода как хирургический этап кохлеарной
имплантации..... 45
- А. М. Еловигов, А. А. Селянинов, С. В. Лиленко, Ю. И. Няшин**
Биомеханические и клинические аспекты перилимфатических фистул лабиринта
после стапедопластики 50
- Г. И. Кирий**
Некоторые механизмы влияния конституциональных факторов на формирование
группы часто болеющих детей 54
- Е. Е. Корень, Ю. Е. Степанова**
Особенности носового дыхания у больных с нарушением голосовой функции 59

С. С. Лиманский, О. В. Кондрашова, О. Л. Шуюпова Лечение синусита у детей с дренированием околоносовых пазух	64
И. В. Литвиненко, Т. А. Бичурина, М. В. Ростовцев Опыт применения магнитно-резонансной томографии при исследовании гортани	73
К. М. Магомедова, Х. Ш. Давудов, И. И. Нажмудинов, Е. В. Осипенко, И. А. Михалевская, К. В. Акопян, И. О. Куликов, И. Г. Гусейнов, М. Ю. Хоранова Повышение эффективности лечения односторонних параличей гортани	81
В. А. Медведев О технике резекции носового горба при комбинированных деформациях носа	84
В. В. Наумов Сенсорика восприятия родной и иноязычной речи	89
Г. А. Полев, Н. А. Дайхес, В. В. Виноградов, М. А. Лабазанова Хирургические аспекты эндоскопической анатомии клиновидно-небной артерии	96
Ф. М. Терютин, Н. А. Барашков, Э. Е. Федотова, А. В. Соловьев, В. Г. Пшенникова, Л. А. Кларов, Л. М. Васильева, А. М. Рафаилов, А. Н. Аргунова, А. Н. Хорунов, В. В. Савельев, А. А. Кожевников, С. А. Федорова Аудиологический анализ состояния слуха в случайной выборке лиц молодого возраста	101
Г. А. Фейгин, Г. О. Миненков Компьютерно-томографические особенности некоторых редких опухолеподобных образований подвисочной области, отличающихся деструктивным ростом	110
С. В. Филимонов, С. А. Волкова Анализ затрат рабочего времени врача-оториноларинголога при оказании медицинской специализированной помощи детскому населению города в условиях поликлиники	115
З. Ф. Хараева, Э. К. Азаматова, Г. С. Мальцева, Е. В. Михальчик, Л. Г. Коркина Коррекция окислительного стресса у больных с острым лакунарным тонзиллитом комплексом антиоксидантных витаминов и аминокислот.	120
Обзор	
Н. В. Бойко, В. Н. Колесников Фистула лабиринта у больных хроническим гнойным средним отитом	127
Г. А. Гаджимирзаев, С. Н. Абдулаева, Р. Г. Гаджимирзаева О ложных кистах околоносовых пазух (обзор литературы)	132
М. А. Лабазанова, Е. В. Владыкина, Г. А. Полев Баллонная синусопластика: опыт применения в мире и перспективы внедрения данной методики в практику в России	141
Из практики	
Г. В. Вержбицкий Об оптимизации техники хирургического лечения опухолей голосовых складок при непрямой ларингоскопии	145

С. А. Карпищенко, Е. С. Уtimiшева, О. И. Долгов, В. Н. Овечкина, О. С. Успенская, А. Г. Волкова, Т. С. Богомолова Случай риноцеребрального мукормикоза у пациентки после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток	147
Школа фармакотерапии	
С. В. Левин, В. Е. Кузовков, С. В. Асташенко, Е. А. Левина, С. Г. Вахрушев, А. В. Жарский Развитие телекоммуникационных технологий в кохлеарной имплантации: особенности и перспективы	154
С. В. Рязанцев, И. А. Аникин, М. В. Комаров Опыт применения местной комбинированной терапии в лечении наружного бактериального и бактериально-грибкового отита	160
С. В. Царев, А. А. Цывкина, Л. В. Лусс Влияние левоцетиризина (Гленцет) на клинические симптомы и функциональные показатели у больных аллергическим ринитом	166
Юбилей	
Портенко Геннадий Михайлович	173
Информационный раздел	
Научно-практическая конференция, г. Душанбе	174
Рецензия на монография профессора А. С. Киселева «Н. И. Пирогов. Страницы жизни великого хирурга»	176
«Молодые ученые — российской оториноларингологии»	177