

I S S N 1810-4800



РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

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» (годовая подписка)
Для юридических лиц индекс 41223 в каталоге «Пресса России» (годовая подписка)*

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» Минздрава России**

Национальная медицинская ассоциация 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,
научный редактор**

Абдулкеримов Х. Т. (Екатеринбург)

Аникин И. А. (Санкт-Петербург)

Антонив В. Ф. (Москва)

Арефьева Н. А. (Уфа)

Артюшкин С. А. (Санкт-Петербург)

Богомильский М. Р. (Москва)

Борзов Е. В. (Иваново)

Волков А. Г. (Ростов-на-Дону)

Гаджимирзаев Г. А. (Махачкала)

Гаращенко Т. И. (Москва)

Дворянчиков В. В. (Санкт-Петербург)

Егоров В. И. (Москва)

Заболотный Д. И. (Киев, Украина)

Завалий М. А. (Симферополь)

Карнеева О. В. (Москва)

Карпищенко С. А. (Санкт-Петербург)

Киселев А. С. (Санкт-Петербург)

Кокорина В. Э. (Хабаровск)

Коноплев О. И. (Санкт-Петербург)

Кочеровец В. И. (Москва)

Кошель В. И. (Ставрополь)

Крюков А. И. (Москва)

Кунельская Н. Л. (Москва)

Лиленко С. В. (Санкт-Петербург)

Левченко О. В. (Москва)

Мальцева Г. С. (Санкт-Петербург)

Накатис Я. А. (Санкт-Петербург)

Осипенко Е. В. (Москва)

Отвагин И. В. (Смоленск)

Пальчун В. Т. (Москва)

Панкова В. Б. (Москва)

Пацинин А. Н. (Санкт-Петербург)

Пискунов Г. З. (Москва)

Попадюк В. И. (Москва)

Свистушкин В. М. (Москва)

Староха А. В. (Томск)

Степанова Ю. Е. (Санкт-Петербург)

Таварткиладзе Г. А. (Москва)

Шахов А. В. (Нижний Новгород)

Шукурян А. К. (Ереван, Армения)

Юнусов А. С. (Москва)

№ 3(88) 2017 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абабий И. И. (Кишинев, Молдова)	Золотарева М. В. (Симферополь)	Петрова Л. Г. (Минск, Беларусь)
Алиметов Х. А. (Казань)	Иванов Н. И. (Сыктывкар)	Пискунов В. С. (Курск)
Амонов Ш. Э. (Ташкент)	Игнатъева Е. Л. (Петрозаводск)	Полякова С. Д. (Воронеж)
Бабияк В. И. (Санкт-Петербург)	Калинин М. А. (Архангельск)	Портенко Г. М. (Тверь)
Боджоков А. Р. (Майкоп)	Карпова Е. П. (Москва)	Портнов В. Г. (Ленинградская обл.)
Беляев В. М. (Вологда)	Киселев А. Б. (Новосибирск)	Пудов В. И. (Санкт-Петербург)
Блоцкий А. А. (Благовещенск)	Клочихин А. Л. (Ярославль)	Радциг Е. Ю. (Москва)
Бобошко М. Ю. (Санкт-Петербург)	Козлов В. С. (Москва)	Русецкий Ю. Ю. (Москва)
Бойко Н. В. (Ростов-на-Дону)	Коркмазов М. Ю. (Челябинск)	Семенов Ф. В. (Краснодар)
Бойко С. Г. (Сыктывкар)	Кравцова Е. Н. (Петрозаводск)	Сергеев М. М. (Краснодар)
Бойкова Н. Э. (Москва)	Кравчук А. П. (Ижевск)	Сергеев С. В. (Пенза)
Бокучава Т. А. (Мурманск)	Красножен В. Н. (Казань)	Статюха В. С. (Уссурийск)
Бороноев С. А. (Улан-Удэ)	Кржечковская Г. К. (Ставрополь)	Субботина М. В. (Иркутск)
Быковский В. Н. (Псков)	Кротов Ю. А. (Омск)	Тимен Г. Е. (Киев, Украина)
Вахрушев С. Г. (Красноярск)	Кузовков В. Е. (Санкт-Петербург)	Тулебаев Р. К. (Астана, Казахстан)
Виницкий М. Е. (Ростов)	Лавренова Г. В. (Санкт-Петербург)	Уханова Е. А. (Великий Новгород)
Вишняков В. В. (Москва)	Лопатин А. С. (Москва)	Фанта И. В. (Санкт-Петербург)
Гилифанов Е. А. (Владивосток)	Макарина-Кибак Л. Е. (Минск, Беларусь)	Фридман В. Л. (Владимир)
Гуляева Л. В. (Симферополь)	Мареев О. В. (Саратов)	Хакимов А. М. (Ташкент, Узбекистан)
Гусейнов Н. М. (Баку, Азербайджан)	Маркова Т. Г. (Москва)	Хоров О. Г. (Гродно, Беларусь)
Гюсан А. О. (Черкесск)	Машкова Т. А. (Воронеж)	Храбриков А. Н. (Киров)
Давудов Х. Ш. (Москва)	Меркулова Е. П. (Минск, Беларусь)	Храппо Н. С. (Самара)
Джандаев С. Ж. (Астана, Казахстан)	Михайлов Ю. Х. (Чебоксары)	Худиев А. М. (Баку, Азербайджан)
Джамалудинов Ю. А. (Махачкала)	Нажмудинов И. И. (Москва)	Чернушевич И. И. (Санкт-Петербург)
Джапаридзе Ш. В. (Тбилиси, Грузия)	Назарочкин Ю. В. (Астрахань)	Шабалдина Е. В. (Кемерово)
Дроздова М. В. (Санкт-Петербург)	Никонов Н. А. (Воронеж)	Шантуров А. Г. (Иркутск)
Еловииков А. М. (Пермь)	Носуля Е. В. (Москва)	Шахова Е. Г. (Волгоград)
Енин И. П. (Ставрополь)	Овчинников А. Ю. (Москва)	Шидловская Т. В. (Киев, Украина)
Еремина Н. В. (Санкт-Петербург)	Павлов П. В. (Санкт-Петербург)	Шульга И. А. (Оренбург)
Завадский А. В. (Симферополь)	Панин В. И. (Рязань)	Шустова Т. И. (Санкт-Петербург)
Захарова Г. П. (Санкт-Петербург)	Петров А. П. (Якутск)	

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 Групп»

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

сайт: <http://entru.org>

Компьютерная верстка: Т. М. Каргапольцева

Подписано в печать 14.06.2017 г.

Формат: 60×90¹/₈. Объем: усл. печ. л. 18,25.

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

Отпечатано с готовых диапозитивов

в типографии «Политехника-принт».

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

Лицензия ПЛД № 69 291 от 19.10.1998 г.

Зак. тип. 2569.

© СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России, 2017

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, 2017

I S S N 1810-4800



RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY

Medical scientific journal

Founded in 2002

(Published once every two months)

By the decision of the State Commission for Academic Degrees and Titles Presidium

The edition is entered in the list of peer-reviewed journals included

in the newsletter of the State Commission for Academic Degrees and Titles

For individuals, the index 41225 in the catalog „The Russian Press“ (annual subscription)

For legal entities index 41223 in the catalog „The Russian Press“ (annual subscription)

Joint publication

Federal State Institution

„Research and Clinical Center of Otorhinolaryngology“ FMBA of Russia

Federal State Institution

„St. Petersburg Research Institute of

Ear, Nose and Throat and Speech“ Ministry of Health of the Russian Federation

National Medical Association of otolaryngologists



EDITORIAL BOARD

Yu. Yanov – chief editor

N. Daykhes – deputy chief editor

S. Ryazancev – deputy chief editor

V. Tulkin – executive secretary, science editor

Abdulkerimov H. (Yekaterinburg)

Anikin I. (St. Petersburg)

Antoniv V. (Moscow)

Arefeva N. (Ufa)

Artyushkin S. (St. Petersburg)

Bogomilsky M. (Moscow)

Borzov E. (Ivanovo)

Volkov A. (Rostov-on-Don)

Gadzhimirzaev G. (Makhachkala)

Garashchenko T. (Moscow)

Dvorjanchikov V. (St. Petersburg)

Egorov V. (Moscow)

Zabolotnyi D. (Kiev, Ukraine)

Zavali M. (Simferopol')

Karneeva O. (Moscow)

Karpischenko S. (St. Petersburg)

Kiselev A. (St. Petersburg)

Kokorina V. (Khabarovsk)

Konoplev O. (St. Petersburg)

Kocherovets V. (Moscow)

Koshel V. (Stavropol)

Kryukov A. (Moscow)

Kunelskaya N. (Moscow)

Lilenko S. (St. Petersburg)

Levchenko O. (Moscow)

Maltseva G. (St. Petersburg)

Nakatis Y. (St. Petersburg)

Osipenko E. (Moscow)

Otvagin I. (Smolensk)

Palchun V. (Moscow)

Pankova V. (Moscow)

Paschinin A. (St. Petersburg)

Piskunov G. (Moscow)

Popadyuk V. (Moscow)

Svistushkin V. (Moscow)

Staroha A. (Tomsk)

Stepanova Y. (St. Petersburg)

Tavartkiladze G. (Moscow)

Shahov A. (Nizhny Novgorod)

Shukuryan A. (Yerevan, Armenia)

Yunusov A. (Moscow)

EDITORIAL COUNCIL

Ababii I. (<i>Chishinev, Moldova</i>)	Zolotareva M. (<i>Simferopol</i>)	Petrova L. (<i>Minsk, Belarus</i>)
Alimetov H. (<i>Kazan</i>)	Ivanov N. (<i>Syktvykar</i>)	Piskunov V. (<i>Kursk</i>)
Amonov Sh. (<i>Tashkent</i>)	Ignatieva E. (<i>Petrozavodsk</i>)	Polyakova S. (<i>Voronezh</i>)
Babiyak V. (<i>St. Petersburg</i>)	Kalinin M. (<i>Arkhangelsk</i>)	Portenko G. (<i>Tver</i>)
Bodzhokov A. (<i>Maikop</i>)	Karpova E. (<i>Moscow</i>)	Portnov V. (<i>Leningrad region</i>)
Belyaev V. (<i>Vologda</i>)	Kiselev A. (<i>Novosibirsk</i>)	Pudov V. (<i>St. Petersburg</i>)
Blotskii A. (<i>Blagoveshchensk</i>)	Klochikhin A. (<i>Yaroslavl</i>)	Radtsig E. (<i>Moscow</i>)
Boboshko M. (<i>St. Petersburg</i>)	Kozlov V. (<i>Moscow</i>)	Rusetsky Yu. (<i>Moscow</i>)
Boyko N. (<i>Rostov-on-Don</i>)	Korkmazov M. (<i>Chelyabinsk</i>)	Semenov F. (<i>Krasnodar</i>)
Boyko S. (<i>Syktvykar</i>)	Kravtsova E. (<i>Petrozavodsk</i>)	Sergeev M. (<i>Krasnodar</i>)
Boikova N. (<i>Moscow</i>)	Kravchuk A. (<i>Izhevsk</i>)	Sergeyev S. (<i>Penza</i>)
Bokuchava T. (<i>Murmansk</i>)	Krasnozhen V. (<i>Kazan</i>)	Statyuha V. (<i>Ussurijsk</i>)
Boronoev S. (<i>Ulan-Ude</i>)	Krzhechkovskaya G. (<i>Stavropol</i>)	Subbotina M. (<i>Irkutsk</i>)
Bykovskii V. (<i>Pskov</i>)	Krotov Yu. (<i>Omsk</i>)	Timen G. (<i>Kiev, Ukraine</i>)
Vakhrouchev S. (<i>Krasnoyarsk</i>)	Kuzovkov V. (<i>St. Petersburg</i>)	Tulebayev R. (<i>Astana, Kazakhstan</i>)
Vinitskii M. (<i>Rostov</i>)	Lavrenova G. (<i>St. Petersburg</i>)	Ukhanova E. (<i>Veliky Novgorod</i>)
Vishnjakov V. (<i>Moscow</i>)	Lopatin A. (<i>Moscow</i>)	Fanta I. (<i>St. Petersburg</i>)
Gilifanov E. (<i>Vladivostok</i>)	Makarina-Kibak L. (<i>Minsk, Belarus</i>)	Fridman V. (<i>Vladimir</i>)
Gulyaeva L. (<i>Simferopol</i>)	Mareev O. (<i>Saratov</i>)	Khakimov A. (<i>Tashkent, Uzbekistan</i>)
Guseynov N. (<i>Baku, Azerbaijan</i>)	Markova T. (<i>Moscow</i>)	Chorov O. (<i>Grodno, Belarus</i>)
Gyusan A. (<i>Vladikavkaz</i>)	Mashkova T. (<i>Voronezh</i>)	Hrabrikov A. (<i>Kirov</i>)
Davudov H. (<i>Moscow</i>)	Merkulova E. (<i>Minsk, Belarus</i>)	Hrappo N. (<i>Samara</i>)
Dzandaev S. (<i>Astana, Kazakhstan</i>)	Mikhailov Yu. (<i>Cheboksary</i>)	Hudiev A. (<i>Baku, Azerbaijan</i>)
Dzhamaludinov Y. (<i>Makhachkala</i>)	Nazarochkin V. (<i>Astrakhan</i>)	Chernushevich I. (<i>St. Petersburg</i>)
Dzaparidze S. (<i>Tbilisi, Georgia</i>)	Nazhmudinov (<i>Moscow</i>)	Shabaldina E. (<i>Kemerovo</i>)
Drozdova M. (<i>St. Petersburg</i>)	Nikonov N. (<i>Voronezh</i>)	Shanturov A. (<i>Irkutsk</i>)
Elovikov A. (<i>Perm</i>)	Nosulya E. (<i>Moscow</i>)	Shahova E. (<i>Volgograd</i>)
Enin I. (<i>Stavropol</i>)	Ovchinnikov A. (<i>Moscow</i>)	Shidlovskaya T. (<i>Kiev, Ukraine</i>)
Eremina N. (<i>St. Petersburg</i>)	Pavlov P. (<i>St. Petersburg</i>)	Shulga I. (<i>Orenburg</i>)
Zawadzki A. (<i>Simferopol</i>)	Panin V. (<i>Ryazan</i>)	Shustova T. (<i>St. Petersburg</i>)
Zakharova G. (<i>St. Petersburg</i>)	Petrov A. (<i>Yakutsk</i>)	

The journal is registered by the State Press Committee of the Russian Federation.

Registration certificate N 77-13147 PI, July 15, 2002

The journal is published in coordination with the Ministry of Health of the Russian Federation and the Russian Academy of Medical Sciences.

Founders:

Federal State Institution

„Research and Clinical Center of Otorhinolaryngology

FMBA of Russia“

Federal State Institution „Saint-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech“ Ministry of Health of the Russian Federation

Publisher:

Ltd. „Poliforum Group“

All rights in this publication are registered. Reprinting of individual articles and journal without the permission of the publisher is prohibited.

Link to the journal «Russian otorhinolaryngology» is obligatory.

The editors and publisher are not responsible for the content or accuracy of the advertisements.

Responsible for the production: S. Ryazancev, V. Tulkin, S. Ermolchev

Editorial address:

190013, Russia, St. Petersburg,

Str. Bronnitskaya Str., 9.

Tel./Fax: (812) 316-29-32,

e-mail: tulkin19@mail.ru; tulkin@pfco.ru

<http://entru.org>

Computer makeup: T. Kargapolitseva

Approved 14.06.2017.

Format: 60×90¹/₈. Conventional sheets: 18.25.

No of printed copies: 3000.

Printed in Publishing „Politechnika-print“.

St. Petersburg, Izmailovskiy Ave., 18 d.

© St. Petersburg Research Institute of Ear, Nose and Throat and Speech, Ministry of Health of the Russian Federation, 2017

© Research and Clinical Center of Otorhinolaryngology FMBA of Russia, 2017



Содержание

Научные статьи

Арабей А. А., Юрков А. Ю. Эндоскопическая картина гортани у детей с психосоматической и неврологической патологией	9
Безрукова Е. В., Хмельницкая Н. М., Афлитонов М. А. Современные аспекты иммунопатогенеза хронического полипозного риносинусита	16
Гизингер О. А., Коркмазов М. Ю., Щетинин С. А. Анамнестические особенности детей с хроническим аденоидитом	24
Донская О. С., Антонова И. Н., Горбачева И. А. Маркеры патологии в периферической зоне фаций ротовой жидкости у пациентов с биоминералопатиями	30
Жарова Г. В., Царев Г. П., Смирнова И. Ю. Структура коррекционной работы по преодолению вторичного недоразвития речи у детей после кохлеарной имплантации	37
Захарова М. Л., Павлов П. В. Параличи гортани у детей. Тактика ведения больных	41
Ильин С. Н., Аникин И. А., Ноздреватых О. В., Цуциева С. Х., Бокучава Т. А. Диагностические возможности компьютерной и магнитно-резонансной томографий у пациентов с вторичной холестеатомой среднего уха	46
Ильин С. Н., Ноздреватых О. В., Аникин И. А., Цуциева С. Х., Хамгушкеева Н. Н., Бокучава Т. А. Возможности методов лучевой диагностики при изменениях вершины пирамиды височной кости	54
Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Товмасын А. С., Усачева Н. В. Оптимизация диагностики патологии носового клапана	61
Оруч (Вольгова) М. Н. Лечение хронического зуда в ушах. Междисциплинарный взгляд на проблему	66
Радциг Е. Ю., Селькова Е. П., Злобина Н. В. Роль респираторных вирусов в микробиоме носоглотки у детей	72
Семенов Ф. В., Банашек-Мещерякова Т. В., Семенов В. Ф. Облитерация полости среднего уха жировой тканью	78
Чернушевич И. И., Аникин И. А., Агазарян А. Г., Шустова Т. И. Феномен костных секвестров при тимпаносклерозе	81

Обзоры

Волков А. Г. Щадящее инструментальное лечение риносинуситов (обзор литературы)	86
Козаренко М. А., Егоров В. И. «Составляющие» периферического кохлеовестибулярного синдрома (обзор)	94
Мустафаев Д. М., Егоров В. И. Ранения шеи: обзор литературы	103
Стагниева И. В., Бойко Н. В., Гукасян Е. Л., Бачурина А. С. Значение определения цитокинового профиля при назначении персонифицированного лечения заболеваний верхних дыхательных путей. Обзор литературы	110

Из практики

Булгакова М. В., Калакуцкий Н. В., Чеботарев С. Я., Петропавловская О. Ю., Булгаков М. Г. Устранение огнестрельного дефекта верхней челюсти с использованием ревааскуляризованного мягкоткано-костного лопаточного трансплантата (клинический случай)	119
Клочихин А. Л., Бырихина В. В. Редкий случай шванномы плечевого сплетения – трудности гистологической диагностики	124



Мустафаев Д. М. Крупное инородное тело трахеи (швейная игла)	126
Школа фармакотерапии и инновационных технологий	
Камаев А. В., Трусова О. В., Ляшенко Н. Л. Оценка клинической эффективности назальных фильтров в комплексной терапии пациентов с персистирующим аллергическим ринитом	130
Сателлитный симпозиум «Япония–Россия: современные стратегии антибиотикотерапии в оториноларингологии»	138
Некролог	142



Contents

Science articles

Arabei A. A., Yurkov A. Yu. Endoscopic picture of larynx in children with psychosomatic and neurological pathology	9
Bezrukova E. V., Khmel'nitskaya N. M., Aflitonov M. A. The present-day aspects of chronic polypous rhinosinusitis immunopathogenesis	16
Gizinger O. A., Korkmazov M. Yu., Shchetinin S. A. The specific aspects of anamnesis of children with chronic adenoiditis	24
Donskaya O. S., Antonova I. N., Gorbacheva I. A. Pathology markers in the peripheral area of oral fluid facies in patients with biomineralopathology	30
Zharova G. V., Tsarev G. P., Smirnova I. Yu. The structure of correction work on the secondary alalia elimination in children after cochlear implantation.	37
Zakharova M. L., Pavlov P. V. Laryngeal paralysis in children. Clinical management of the patients.	41
Il'in S. N., Anikin I. A., Nozdrevatykh O. V., Tsutsieva S. Kh., Bokuchava T. A. Diagnostic capabilities of computer assisted tomography and magnetic resonance tomography in patients with the secondary middle ear cholesteatoma.	46
Il'in S. N., Nozdrevatykh O. V., Anikin I. A., Tsutsieva S. Kh., Khamgushkeeva N. N., Bokuchava T. A. The capabilities of radiological diagnostics methods in petrous apex changes	54
Kryukov A. I., Tsarapkin G. Yu., Tovmasyan A. S., Usacheva N. V. Optimization of the nasal valve pathology diagnostics	61
Oruch (Vol'gova) M. N. The treatment of chronic ear itching. Interdisciplinary approach to the problem	66
Radtsig E. Yu., Sel'kova E. P., Zlobina N. V. The role of respiratory viruses in nasopharynx microbiome in children	72
Semenov F. V., Banashek-Meshcheryakova T. V., Semenov V. F. Tympanic cavity obliteration with fat tissue	78
Chernushevich I. I., Anikin I. A., Agazaryan A. G., Shustova T. I. The phenomenon of bone sequestra in tympanosclerosis	81
Rewievs	
Volkov A. G. Sparing instrumental treatment of rhinosinusitis (literature review)	86
Kozarenko M. A., Egorov V. I. The "components" of peripheral cochleovestibular syndrome (review)	94
Mustafaev D. M., Egorov V. I. Neck injuries: literature review	103
Stagnieva I. V., Boiko N. V., Ghukasyan E. L., Bachurina A. S. Significance of determination of cytokine profile in the appointment of the personalized treatment of the upper respiratory tract diseases. Literature review.	110
From practice	
Bulgakova M. V., Kalakutskii N. V., Chebotarev S. Ya., Petropavlovskaya O. Yu., Bulgakov M. G. Elimination of a gunshot defect of the upper jaw using revascularised soft tissue-bone scapular transplant (clinical case)	119
Klochikhin A. L., Byrikhina V. V. A rare case of the brachial plexus neurilemmoma – the difficulties of histological diagnostics.	124



Mustafaev D. M. A large foreign object in trachea (sewing needle)	126
School of pharmacotherapy and innovative technologies	
Камаев А. В., Трусова О. В., Лышенко Н. Л. Clinical efficacy of Dobronos nasal filters in complex allergic rhinitis therapy	130
«Japan–Russia: modern antibiotic strategies in otorhinolaryngology»	138
Obituary	142



УДК [616.22: 159.938]-053.2-072.1

doi: 10.18692/1810-4800-2017-3-9-15

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Арабей А. А.¹, Юрков А. Ю.²

¹ ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 91» Департамента здравоохранения Москвы, 115446, Москва, Россия
(Главный врач – М. В. Левитский)

² ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова» ФМБА России, 194291, Санкт-Петербург, Россия
(Главный врач – проф. Я. А. Накатис)

ENDOSCOPIC PICTURE OF LARYNX IN CHILDREN WITH PSYCHOSOMATIC AND NEUROLOGICAL PATHOLOGY

Arabei A. A.¹, Yurkov A. Yu.²

¹ State-Financed Health Institution Children's Municipal Polyclinic No. 91 of the Department of Healthcare of Moscow, Moscow, Russia

² Federal State-Financed Health Institution L.G. Sokolov Memorial Hospital N 122 of the Federal Medico-Biological Agency of Russia, Saint Petersburg, Russia

В статье феномен голоса и его нарушения рассматриваются как проявления деятельности головного мозга, направленный на реализацию фонаторного акта. В связи с этим необходимость оценки характера и степени участия измененной психической сферы в голосовом расстройстве, а также само психоневрологическое лечение, в том числе у детей разного возраста, могут возникать практически у всех фоноатрических больных. Известно, что только 5,3% детей имеют нарушение голоса непосредственно из-за пареза возвратного нерва. В остальных случаях отмечается наличие в анамнезе психотравмирующей ситуации, что является основанием для возможного участия в лечении и реабилитации детей с нарушениями голоса специалистов: невролога, психолога или психиатра.

Ключевые слова: эндоскопия гортани, функциональная дисфония, дисфункция голосовых связок (индуцированная обструкция гортани), психотравмирующая ситуация, психосоматическое заболевание, дизрегуляторная патология ЦНС, доминантное сопряженное торможение.

Библиография: 17 источников.

The article considers the phenomenon of voice and its disorders as the manifestations of brain activity, aimed at implementation of the act of phonation. Therefore, the necessity of assessment of the nature and the degree of participation of the modified mental sphere in the voice disorders, as well as the psychoneurological treatment, inter alia, in children of different ages, may occur almost in all patients with voice disorders. It is known, that only 5.3% of children have voice disorders directly related to the recurrent nerve paresis. In other cases, the patients have a stressful situation in their anamnesis, which forms the basis for the possible involvement of a neurologist, psychologist or psychiatrist in the treatment and rehabilitation of children with voice disorders.

Key words: endoscopy of larynx, functional dysphonia, vocal cord dysfunction (inducible laryngeal obstructions – ILO), stressful situation, psychosomatic disease, dysregulation of the central nervous system, dominant conjugated retardation.

Bibliography: 17 sources.

Появление современных методов исследования голосового аппарата с возможностью видеозаписи и «покадровой эндоскопии» возродило детскую фоноатрию и способствовало подъему

на новый уровень фоноатрической науки в целом [1]. Функциональные нарушения голоса справедливо связывают с невротическими или неврозоподобными состояниями, «однако функ-



СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИММУНОПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Безрукова Е. В.¹, Хмельницкая Н. М.², Афлитонов М. А.¹

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», 193015, Санкт-Петербург, Россия

(¹ Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. А. Артюшкин; ² зав. каф. патологической анатомии – проф. Н. М. Анчиков)

THE PRESENT-DAY ASPECTS OF CHRONIC POLYPOUS RHINOSINUSITIS IMMUNOPATHOGENESIS

Bezrukova E. V.¹, Khmel'nitskaya N. M.², Aflitonov M. A.¹

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov" of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Хронический полипозный риносинусит (ХПРС) представляет собой иммунозависимое заболевание, в основе которого лежат хроническое воспаление и ремоделирование слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Исследование проведено в целях изучения морфологических изменений удаленной из полости носа и околоносовых пазух полипозной ткани для определения структурных особенностей, играющих роль в патогенезе ХПРС. Обследовано 84 человека с ХПРС. В первую группу включено 44 пациента, у которых ХПРС не сочетался с БА. Во вторую группу – 40 больных ХПРС в сочетании с БА. Всем больным выполнялась эндоназальная полипотомия. Удаленный во время операции материал обрабатывали по стандартной методике для получения гистологических препаратов.

При сочетании ХПРС с БА отмечались утолщение базальной мембраны, выраженный отек собственного слоя слизистой оболочки и гиперплазия слизистых желез с образованием кист на фоне выраженной инфильтрации эозинофильными гранулоцитами и плазматическими клетками. При отсутствии БА базальная мембрана не имела четкой структуры, клеточная инфильтрация представлена преимущественно лимфоцитами и нейтрофилами, в меньшей степени эозинофилами и плазматическими клетками.

Ключевые слова: хронический риносинусит, хронический полипозный риносинусит, морфологическая характеристика ремоделированной слизистой оболочки.

Библиография: 16 источников.

Chronic polypous rhinosinusitis (CPR) is an immune disease based of the chronic inflammation and remodelling of the nasal mucosa and paranasal sinuses. The objective of the work is to study morphological changes of the polypous tissue removed from the nasal cavity and paranasal sinuses to determine the structural features characteristic for CPR pathogenesis. The authors examined 84 persons with CPR. The first group included 44 patients in which CPR was not combined with bronchial asthma (BA). The second group comprised 40 patients with CPR with BA. All the patients underwent endonasal polypectomy. The histological material was processed according to the standard method to obtain histological preparations.

In cases of CPR combined with BA the basal membrane thickening was observed, as well as the expressed oedema of the mucous membrane layer and the mucous gland hyperplasia with cysts generation against the background of the expressed infiltration with eosinophil granulocytes and plasma cells. Without BA, the basal membrane had no clear structure, the cellular infiltration was presented mainly by lymphocytes and neutrophils, and, to a lesser extent, by eosinophils granulocytes and plasma cells.

Key words: chronic rhinosinusitis, chronic polypous rhinosinusitis, morphological characteristics of the remodelled nasal mucosa.

Bibliography: 16 sources.

По современным представлениям, хронический риносинусит является хроническим воспалительным иммунозависимым заболеванием. Согласно классификации, предложенной Обществом европейских ринологов (2008, 2012), в Европейском согласительном документе (EPOS 2012) хронический риносинусит делится на фено-

типы: хронический риносинусит (ХРС) с полипами и хронический риносинусит без полипов [1]. В отечественной классификации, предложенной Г. З. Пискуновым в 2006 г., форма риносинусита определяется по характеру воспалительного процесса: хронический катаральный, гнойный, пристеночно-гиперпластический, полипозный,



АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ

Гизингер О. А., Коркмазов М. Ю., Щетинин С. А.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
454097, г. Челябинск, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. М. Ю. Коркмазов)

THE SPECIFIC ASPECTS OF ANAMNESIS OF CHILDREN WITH CHRONIC ADENOIDITIS

Gizinger O. A., Korkmazov M. Yu., Shchetinin S. A.

South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Представлены результаты анализа анамнестических особенностей детей с хроническим аденоидитом, проживающих на территории Челябинской области. Полученные данные сопоставлены с показателями детей без хронического аденоидита. Проспективный анализ включал анамнестические данные 210 детей в возрасте 4–8 лет, из которых у 155 детей был диагностирован хронический аденоидит. 55 детей без клинических признаков хронического аденоидита составили группу контроля и не имели на момент обращения жалоб и клинической картины заболевания. Анализ антенатального и акушерско-гинекологического анамнеза показал большую частоту инфекционно-воспалительных заболеваний, приема antimicrobных препаратов во время беременности, сопутствующих осложнений беременности у матерей детей с хроническим аденоидитом по сравнению с показателями матерей здоровых детей.

Ключевые слова: дети, хронический аденоидит.

Библиография: 14 источников.

The article presents the results of analysis of the specific aspects of anamnesis of children with chronic adenoiditis living on the territory of Chelyabinsk oblast. The obtained data have been compared with those of children without chronic adenoiditis. The prospective analysis included anamnestic data of 210 children aged 4–8 years, chronic adenoiditis was diagnosed in 155 of them. 55 children without clinical signs of chronic adenoiditis made up a control group, they had no complaints and clinical picture of the disease at the time of visit to the clinic. The analysis of antenatal and obstetric and gynaecological history showed a high incidence of infectious and inflammatory diseases, administration of antimicrobial preparations during pregnancy, concurrent complications of pregnancy in mothers of children with the chronic adenoiditis compared with the mothers of healthy children.

Key words: children, chronic adenoiditis.

Bibliography: 14 sources.

В настоящее время хронический аденоидит продолжает лидировать среди инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у детей. Заболевания хроническим аденоидитом в Уральском регионе занимают до 45% в структуре общей заболеваемости детей и сопоставимы с уровнем заболеваемости в Российской Федерации [1]. Анализ литературных данных показывает, что факторами, приводящими к возникновению и (или) обострению хронического аденоидита у детей, являются:

- высокая нагрузка вирусными антигенами [2];
- бактериальная инфекция и аллергическая патология [3];
- иммунодефицитные состояния [3];

- воздействие техногенных факторов [3];
 - плохая аэрация носоглотки (гипертрофия аденоидов, искривление носовой перегородки, вазомоторный ринит) [1];
 - атипичные бактериальные возбудители [2].
- Все чаще у исследователей проблемы хронического аденоидита в педиатрии появляются сведения о роли антенатальных и перинатальных факторов риска при данной патологии [4], однако на сегодняшний момент данные немногочисленны, нередко противоречивы. Рядом авторов показано этиопатогенетическое значение внутриутробной инфекции в формировании патологии плода и новорожденного. Не исключено формирование респираторных расстройств как исхода внутриутробного инфицирования [5]. Все без



МАРКЕРЫ ПАТОЛОГИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЗОНЕ ФАЦИЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БИОМИНЕРАЛОПАТИЯМИ

Донская О. С., Антонова И. Н., Горбачева И. А.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова». 197022, Санкт-Петербург, Россия
(Ректор – акад. РАН, проф. С. Ф. Багненко)

PATHOLOGY MARKERS IN THE PERIPHERAL AREA OF ORAL FLUID FACIES IN PATIENTS WITH BIOMINERALOPATHOLOGY

Donskaya O. S., Antonova I. N., Gorbacheva I. A.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education “Pavlov First Saint Petersburg State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

У пациентов с биоминералопатиями на фоне воспалительных заболеваний пародонта и у пациентов с массивными отложениями зубного камня (возраст от 22 до 60 лет) проведено изучение особенностей кристаллографического рисунка фаций ротовой жидкости методом клиновидной дегидратации. В контрольную группу вошли пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта без массивных отложений зубного камня.

Установлены характеристики периферической зоны фаций ротовой жидкости, патогномичные для каждого вида биоминералопатий: мочекаменная болезнь – преимущественно прямые трещины; желчекаменная болезнь – преимущественно разветвленные трещины с 1, 2, 3 узлами; слюнокаменная болезнь – преобладают аркадные трещины. На основании полученных данных разработаны критерии диагностики мочекаменной болезни, желчекаменной болезни и слюнокаменной болезни у стоматологических пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, биоминералопатии, ротовая жидкость, кристаллография, клиновидная дегидратация.

Библиография: 19 источников.

The authors studied the peculiarities of crystallographic pattern of the oral fluid facies in patients with biomineralopathology against the background of paradontium inflammatory diseases and in patients with the massive deposits of dental scale (aged from 22 to 60 years) by means of wedge dehydration. The control group consisted of the patients with paradontium inflammatory diseases without the massive deposits of dental scale.

The authors identified the characteristics of peripheral area of the oral fluid facies, pathognomonic for each kind of biomineralopathology: urinary stone disease – predominantly straight cracks; gallstone disease – mainly branched cracks with 1, 2, 3 nodes; sialolithiasis – predominantly arcade cracks. Based on the obtained data, the authors developed the criteria for diagnostics of urinary stone disease, gallstone disease and sialolithiasis in dental patients with paradontium inflammatory diseases.

Key words: paradontium inflammatory diseases, biomineralopathologies, oral fluid, crystallography, wedge dehydration.

Bibliography: 19 sources.

Изучение морфологии биологических жидкостей позволяет на основе самоорганизационных процессов прогнозировать развитие органных и системных нарушений. В. Н. Шебалиным и С. Н. Шатохиной в качестве способа дегидратации биологических жидкостей предложен метод клиновидной дегидратации [1].

В отечественной литературе представлено значительное количество работ, посвященных изучению качественной организации фаций ротовой жидкости при заболеваниях полости рта и внутренних органов.

Выявлены морфологические особенности структурообразования ротовой жидкости в раз-

ных возрастных группах [2, 3]. Изучение особенностей кристаллизации ротовой жидкости позволяет проводить диагностику заболеваний желудочно-кишечного тракта [4, 5]. Установлены текстуры ротовой жидкости у детей с периодической болезнью в стадии обострения и ремиссии [6]. Показана зависимость кристаллографических показателей смешанной слюны от вида патологии слюнных желез, в том числе при слюнокаменной болезни [7].

Однако наибольшее число исследований посвящено изучению особенностей микрокристаллизации ротовой жидкости у стоматологических пациентов.



СТРУКТУРА КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ВТОРИЧНОГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Жарова Г. В.¹, Царев Г. П.², Смирнова И. Ю.²

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи»
Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия
(Директор – заслуженный врач РФ, академик РАН, проф. Ю. К. Янов)

² ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России, 194100, Санкт-Петербург, Россия
(Ректор – проф. Д. О. Иванов)

THE STRUCTURE OF CORRECTION WORK ON THE SECONDARY ALALIA ELIMINATION IN CHILDREN AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

Zharova G. V.¹, Tsarev G. P.², Smirnova I. Yu.²

¹ Federal State Budgetary Institution “Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech”,
Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

² Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education “Saint Petersburg State Pediatric Medical
University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Авторы выделяют группы детей после операции кохлеарной имплантации по признаку структуры речевого недоразвития (нарушения) и направленности коррекционной работы.

Ключевые слова: высшие психические функции, кохлеарная имплантация, вторичное недоразвитие речи, коррекционные технологии.

Библиография: 5 источников.

The authors distinguish the groups of children after cochlear implantation surgery according to the principle of alalia (speech disorder) and correction work focus.

Key words: higher mental functions, cochlear implantation, secondary alalia, correction technologies.

Bibliography: 5 sources.

Последствия потери слуха у ребенка (в отличие от взрослого) выходят далеко за рамки медицины и усиливают свое значение в социальном отношении по мере взросления ребенка [1]. Особенно остро проблема потери слуха у детей актуализируется в возрастном диапазоне до 5 лет (сензитивный период по усвоению речи). Утрата слуха в этот период ведет к вторичному недоразвитию речи и негативно отражается на познавательном, волевом и психомоторном развитии ребенка.

Операция кохлеарной имплантации позволяет восстановить нарушенный слух. После кохлеарной имплантации (КИ) глухой ранее ребенок практически одновременно начинает слышать звуковые раздражители. Но по уровню развития речи и слухоречевого внимания (на момент первого подключения импланта) имплантированный ребенок соответствует показателям глухих детей. Именно поэтому уже после первого вклю-

чения импланта маленький пациент нуждается в специализированной терапии по преодолению вторичного речевого недоразвития.

Пациенты и методы исследования. Только за 2011 г. в СПб НИИ ЛОР выполнено 575 операций кохлеарной имплантации, и отмечается отчетливая тенденция к увеличению их количества в последующие годы. В связи с этим актуализируется значимость речевой реабилитации. Но на практике возникают трудности в выборе подхода и коррекционных технологий.

На базе отделения патологии голоса и речи СПб НИИ ЛОР на протяжении многих лет (с 2005 г.) проводятся реабилитационные мероприятия с детьми после КИ. За это время накоплен методический опыт в подходе к коррекционной работе по преодолению вторичного недоразвития речи указанного контингента. Клинико-психологическими и педагогическими методами обследовались имплантированные дети разного



ПАРАЛИЧИ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Захарова М. Л., Павлов П. В.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России, 194100, Санкт-Петербург, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. П. В. Павлов)

LARYNGEAL PARALYSIS IN CHILDREN. CLINICAL MANAGEMENT OF THE PATIENTS

Zakharova M. L., Pavlov P. V.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education “Saint Petersburg State Pediatric Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Нейрогенная патология гортани у детей считается редкой, однако она уверенно занимает 2-е место среди причин врожденного стридора. За последнее десятилетие возросло количество ятрогенных параличей гортани у детей, успешно прооперированных по поводу врожденных пороков сердца и ряда другой патологии.

Цель исследования: провести анализ тактики лечения детей с врожденными и приобретенными параличами гортани.

Метод: ретроспективное исследование историй болезней пациентов с врожденными и приобретенными параличами гортани, проходивших обследование и лечение в Санкт-Петербургском государственном медицинском педиатрическом университете.

Результаты: за период 1995–2016 гг. в клинике оториноларингологии СПбГПМУ наблюдались 105 детей с различными вариантами врожденных и приобретенных параличей гортани.

Ключевые слова: врожденные пороки развития гортани, параличи гортани у детей.

Библиография: 13 источников.

Neurogenic pathology of the larynx in children is considered to be a rare disease; however, it steadily occupies the 2nd position among the causes of congenital stridor. Over the past decade we observe the increase in the number of iatrogenic laryngeal paralyses in children after successful surgery for congenital heart disease and several other pathologies.

The objective of the study: to analyse the clinical management of children with congenital and acquired laryngeal paralysis.

Method: a retrospective study of medical histories of patients with congenital and acquired laryngeal paralysis, examined and treated at Saint Petersburg State Pediatric Medical University.

Results: At the period of 1995 through 2016 105 children with different types of congenital and acquired laryngeal paralyses were observed in otorhinolaryngology clinic of Saint Petersburg State Pediatric Medical University.

Key words: congenital abnormalities of larynx, laryngeal paralysis in children.

Bibliography: 13 sources.

Паралич голосовых складок является второй по частоте причиной стридора у детей первого года жизни [1–3] и составляет около 10% среди врожденной патологии гортани. Также в последние десятилетия отмечается рост приобретенных параличей гортани, основной причиной которых становятся ятрогенные параличи после кардиологических операций.

Повреждение возвратного нерва случается при кардиохирургических вмешательствах у детей. Частота повреждений составляет до 4% по различным данным, особенно часто при оперативных вмешательствах по поводу коарктации аорты – 2,5%.

Хирургическое закрытие боталова протока, особенно у новорожденных с экстремально низкой массой тела (до 1000 г), часто приводит

к парезу (параличу) левого возвратного нерва и проявляется стридором в послеоперационном периоде, осиплостью голоса, проблемами при кормлении и аспирацией [4].

По результатам исследования, целью которого было определить частоту паралича левой голосовой складки (ПЛГС) среди прооперированных по поводу гемодинамически значимого открытого артериального протока (ГЗОАП) недоношенных новорожденных в условиях Санкт-Петербурга, развитие ПЛГС на фоне оперативного закрытия ГЗОАП составила 41,2% [5].

Параличи гортани гетерогенной природы у детей имеют различную клиническую картину и требуют различной тактики. По данным ретроспективного исследования R. C. Miyamoto и соавторов, при 16-летнем наблюдении за 22 пациен-



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ ХОЛЕСТЕАТОМОЙ СРЕДНЕГО УХА

Ильин С. Н.¹, Аникин И. А.¹, Ноздреватых О. В.¹, Цуциева С. Х.¹, Бокучава Т. А.²

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия
(Директор – засл. врач РФ, академик РАН, проф. Ю. К. Янов)

² ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П. А. Баяндина» Минздрава России, 183047, г. Мурманск, Россия

DIAGNOSTIC CAPABILITIES OF COMPUTER ASSISTED TOMOGRAPHY AND MAGNETIC RESONANCE TOMOGRAPHY IN PATIENTS WITH THE SECONDARY MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA

Il'in S. N.¹, Anikin I. A.¹, Nozdrevatykh O. V.¹, Tsutsieva S. Kh.¹, Bokuchava T. A.²

¹ Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

² Regional State-Financed Health Institution Murmansk Regional Clinical Hospital named after P. A. Bajandin, Murmansk, Russia

Цель работы – изучение возможностей компьютерной и магнитно-резонансной томографии у пациентов с вторичной холестеатомой среднего уха в целях повышения диагностики и эффективности лечения. Авторами проведен анализ 40 пациентов, в возрасте от 4 до 63 лет, направленных на компьютерную и магнитно-резонансную томографии с подозрением на холестеатому среднего уха. Предложены КТ- и МР-признаки для верификации холестеатомы.

Ключевые слова: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, височная кость, холестеатома.

Библиография: 14 источников.

The objective of this work is to study the capabilities of computer assisted and magnetic resonance tomography in patients with the secondary middle ear cholesteatoma for improvement of diagnostics and treatment efficacy. The authors carried out the analysis of 40 patients aged 4 through 63 years referred for computer assisted and magnetic resonance tomography suspected of the middle ear cholesteatoma. The authors suggested CT and MRT signs for cholesteatoma verification.

Keywords: computer assisted tomography, magnetic resonance tomography, temporal bone, cholesteatoma.

Bibliography: 14 sources.

У пациентов с подозрением на холестеатому среднего уха традиционным методом лучевой диагностики является рентгенография височных костей. Оптимальными для изучения состояния полостей среднего уха признаны укладки по Шюллеру (косая проекция) и по Майеру (продольная проекция). На рентгенограммах височных костей по Шюллеру удается получить отображение структуры сосцевидного отростка в целом, что особенно важно для диагностики воспалительных и деструктивных процессов. Снимки височных костей по Майеру позволяют исследовать состояние барабанной полости, аттикоантральной области, костных стенок наружного слухового прохода [1, 2].

В рентгеновском изображении вторичная холестеатома проявляется затенением барабанной полости, остеопорозом или деструкцией задневерхней стенки наружного слухового прохода, участком просветления в аттикоантральной области при отсутствии пневматизации сосцевидного отростка, нечеткими размытыми контурами антрума по типу «масляного пятна», увеличением его размеров. Иногда холестеатома может занимать весь сосцевидный отросток. При этом контуры полости, содержащей холестеатому больших размеров, четкие, бухтообразные, со склеротическим ободком [3, 4].

Однако классическое рентгенологическое исследование височных костей имеет недостаточ-



ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ИЗМЕНЕНИЯХ ВЕРХУШКИ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

Ильин С. Н.¹, Ноздреватых О. В.¹, Аникин И. А.¹, Цуциева С. Х.¹,
Хамгушкеева Н. Н.¹, Бокучава Т. А.²

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия
(Директор – засл. врач РФ, академик РАН, проф. Ю. К. Янов)

² ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П. А. Баяндина» Минздрава России, 183047, г. Мурманск, Россия

THE CAPABILITIES OF RADIOLOGICAL DIAGNOSTICS METHODS IN PETROUS APEX CHANGES

Il'in S. N.¹, Nozdrevatykh O. V.¹, Anikin I. A.¹, Tsutsieva S. Kh.¹,
Khamgushkeeva N. N.¹, Bokuchava T. A.²

¹ Federal State Budgetary Institution "Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech", Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

² Regional State-Financed Health Institution Murmansk Regional Clinical Hospital named after P. A. Bajandin, Murmansk, Russia

Цель работы: верификация изменений верхушки пирамиды методами компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Авторами проведен анализ 23 пациентов, направленных в рентгеновское отделение с подозрением на образование верхушки пирамиды.

Ключевые слова: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, височная кость, врожденная холестеатома, холестеринная гранулема.

Библиография: 11 источников.

The objective of the work is the verification of the petrous apex changes using computer assisted and magnetic resonance tomography. The authors carried out the analysis of 23 patients referred to Radiology Department suspected of the petrous apex formation.

Key words: computer assisted tomography, magnetic resonance tomography, temporal bone, congenital cholesteatoma, cholesterol granuloma.

Bibliography: 11 sources.

Верхушка пирамиды височной кости у большинства пациентов имеет спонгиозную структуру, но у 30% населения встречается пневматический тип ее строения. В 5% случаев отмечается асимметричная пневматизация верхушек, когда с одной стороны визуализируется спонгиозная структура, а с другой – воздухоносные ячейки [1]. Асимметричная пневматизация верхушек пирамид на МРТ может быть ошибочно принята за объемное образование, например первичную холестеатому [1, 2].

Врожденная холестеатома (эпидермоид) в верхушке пирамиды образуется в результате дивертикулации в раннем эмбриональном периоде из фрагментов эктодермальных эпителиальных элементов, которые остаются в полости замыкающей невральную трубки или при образовании вторичных мозговых пузырей [3]. Врожденную холестеатому следует дифференцировать с холестеатиновой гранулемой и менингиомой, которые также могут локализоваться в области верхушки пирамиды [4, 5].

Цель исследования. Повышение уровня диагностики у пациентов с изменениями в верхушке пирамиды височной кости методами компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Цель исследования. Повышение уровня диагностики у пациентов с изменениями в верхушке пирамиды височной кости методами компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Пациенты и методы исследования. Исследование височных костей у пациентов с подозрением на образование верхушки пирамиды височной кости проводилось на мультиспиральном компьютерном томографе Siemens Somatom Emotion 16 и высокопольном магнитно-резонансном томографе GE Signa 1.5T.

Компьютерная томография выполнялась в программе high resolution с толщиной среза 0,6 мм, с последующей мультипланарной реконструкцией изображения в корональной проекции.



ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ НОСОВОГО КЛАПАНА

Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Товмасын А. С., Усачева Н. В.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, 117152, Москва, Россия
(Директор – засл. деятель науки РФ, проф. А. И. Крюков)

OPTIMIZATION OF THE NASAL VALVE PATHOLOGY DIAGNOSTICS

Kryukov A. I., Tsarapkin G. Yu., Tovmasyan A. S., Usacheva N. V.

State-Financed Health Institution Scientific and Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology named after L. I. Sverzhevsky of the Department of Healthcare of Moscow, Moscow, Russia

Авторами была усовершенствована диагностика дисфункции наружного носового клапана с применением спектрального акустического анализа звуковых сигналов, с использованием программы Multi Speech. По данной методике обследовано 102 пациента: 70 человек без патологии наружного носового клапана, 32 человека с недостаточностью наружного носового клапана. Результаты исследования: в ходе исследования по регистрации продолжительности дыхания через нос было установлено, что у больных с несостоятельностью наружного носового клапана, приводящей к его коллапсу на вдохе, при пробе Cottle продолжительность вдоха увеличивается на 17,9%, а при форсированном дыхании – уменьшается на 79,8% ($p < 0,05$). У пациентов с рубцовой деформацией преддверия носа при пробе Cottle продолжительность вдоха не изменяется, а при форсированном дыхании – уменьшается на 70,1% ($p < 0,05$).

Ключевые слова: носовой клапан, вазомоторный ринит, передняя активная риноманометрия, ринорезистометрия, спектральный акустический анализ звуковой волны.

Библиография: 7 источников.

The authors improved diagnostics of the external nasal valve dysfunction by means of spectral acoustic analysis of audio signals, using «Multi Speech» program. 102 patients have been examined according to this method: 70 people without the external nasal valve pathology, 32 people with of the external nasal valve failure. The results of the study: based on the study of registration of the nasal breathing duration, it was found that in the patients with the external nasal valve failure, causing its inspiratory collapse, the inhalation duration during Cottle's Test increased by 17,9%, and during the forced respiration it decreased by 79,8% ($p < 0.05$). In patients with cicatricial deformation of the nasal vestibule of the nose the inhalation duration during Cottle's Test did not change, and during the forced respiration it decreased by 70,1% ($p < 0.05$).

Key words: nasal valve, vasomotor rhinitis, frontal active rhinomanometry, rhinoresistometry, spectral acoustic sound wave analysis.

Bibliography: 7 sources.

Одним из сложных вопросов в практической оториноларингологии является диагностика и лечение патологии носового клапана (НК). В настоящее время выделяют наружный и внутренний НК [1], которые представлены комплексом определенных анатомических структур носа. Функциональное состояние НК зависит от его размера и ригидности тканей. Чрезмерное сужение просвета НК или низкая сопротивляемость тканей к деформированию приводят к нарушению носового дыхания. Характеризуя функциональную недостаточность НК, выделяют его статический и динамический коллапс. Распространенность данной патологии среди взрослого населения, страдающего нарушением носового дыхания, достигает 13% [2].

Ввиду того, что НК рассматривается как функциональная единица, образованная комплексом анатомических структур наружного и внутреннего носа, диагностика его патологического состояния несет в себе значительные трудности. Современные методы исследования носового дыхания характеризуются ограниченными возможностями в объективной оценке функционального состояния НК. Технические особенности проведения передней активной риноманометрии (ПАРМ) не позволяют зарегистрировать динамическую несостоятельность наружного НК [3], а ринорезистометрия (РРМ) неинформативна при рубцовых сужениях преддверия носа. В связи с этим функциональная оценка состояния наружного НК основывается на субъективных ощущениях паци-



ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗУДА В УШАХ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Оруч (Вольгова) М. Н.

Г. Измир, Турция

THE TREATMENT OF CHRONIC EAR ITCHING. INTERDISCIPLINARY APPROACH TO THE PROBLEM

Oruch (Vol'gova) M. N.

G. Izmir, Turkey

В статье представлены данные наблюдений и лечения пациентов с хроническим зудом в ушах по предлагаемой нами методике, использованной у 104 пациентов в возрасте 19–75 лет за более чем 10-летний период. Прослежены отдаленные результаты.

Цель. Повысить эффективность лечения и диагностики больных с хроническим зудом в наружном слуховом проходе, приводящим к деформации слухового прохода и ушной раковины, предупредить обострения в виде острого бактериального и грибкового наружного отита, улучшить качество жизни пациентов.

Пациенты и методы. Всем пациентам проведено: обследование уха, горла, носа; общий анализ крови, общий анализ мочи; биохимический анализ крови: АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, общий билирубин, ГГТП; УЗИ печени, поджелудочной железы и желчного пузыря; микроскопическое обследование отделяемого из наружного слухового прохода, а также посев отделяемого на микрофлору. В комплексе лечения использовалась схема: применение желчегонных и гепатопротективных препаратов перорально (фосфолипиды из соевых бобов, расторопша пятнистая), а также местно в ухо противоаллергическое средство, в виде геля – блокатор H1-гистаминовых рецепторов (диметиндена малеат, дифенгидрамина гидрохлорид).

Результат. Существенное снижение интенсивности или исчезновение зуда в наружном слуховом проходе; значительное урежение количества рецидивов острого наружного бактериального или грибкового отита или их отсутствие; восстановление церуминозных и сальных желез кожи наружного слухового прохода, что приводит к возобновлению защитной функции кожного покрова наружного слухового прохода; улучшение функции печени и желчного пузыря; в ряде случаев – исчезновение или уменьшение генитального зуда.

Заключение. При постановке диагноза, назначении лечения, а также для получения клинической эффективности лечения необходимо учитывать роль и патологические изменения гепатобилиарной системы пациента.

Ключевые слова: хронический зуд в ушах, наружный отит, лечение зуда наружного слухового прохода.

Библиография: 12 источников.

The article presents the data of observation and treatment of patients with chronic ear itching according to the author's method performed in 104 patients aged 19–75 years over more than 10 years. The author monitors the long-term results.

The objective is to improve the efficacy of treatment and diagnostics of the patients with chronic itching in the external auditory canal resulting in deformation of the auditory canal and concha, prevent the aggravation in the form of external bacterial and mycotic external otitis, improve the patients' life quality.

Patients and methods: all the patients have undergone ear, throat, nose examination; general blood test, general urine test; biochemical blood assay: ALT, AST, alkaline phosphatase, total bilirubin, GGTP, ultrasonic test of liver, pancreas and gall bladder, microscopic examination of the external auditory canal secretion and the secretion inoculation for microflora. The treatment regimen included peroral administration of cholagogue and hepatoprotective preparations (soya bean phospholipids, Silybum marianum) and topical application of anti-allergic preparation into ear in the form of a gel – histamine H1 receptor antagonist (dimethindene maleate, diphenhydramine hydrochloride).

Results: a significant intensity reduction or cessation of itching in the external auditory canal; a considerable decrease of frequency of the acute external bacterial or mycotic otitis relapse or absence thereof; restoration of ceruminous and sebaceous glands of the external auditory canal skin which results in regeneration of protective function of the external auditory canal skin cover; improvement of liver and gall bladder function; in a number of cases – cessation or reduction of genital itch.



РОЛЬ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСОВ В МИКРОБИОМЕ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ

Радциг Е. Ю.¹, Селькова Е. П.², Злобина Н. В.^{1,3}

¹ ФГБОУ ВПО «Российский научный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова», 117997, Москва, Россия

(Зав. каф. оториноларингологии педиатрического факультета. – засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. М. Р. Богомильский)

² ФГБУ «Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г. Н. Габричевского», 125212, Москва, Россия

(Директор – засл. деятель науки РФ, проф. В. А. Алешкин)

³ Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. акад. Ю. Е. Вельтищева» ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, 125412, Москва, Россия

(И. о. директора – проф. В. В. Длин)

THE ROLE OF RESPIRATORY VIRUSES IN NASOPHARYNX MICROBIOME IN CHILDREN

Radtsig E. Yu.¹, Sel'kova E. P.², Zlobina N. V.^{1,3}

¹ Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pirogov Russian National Research Medical University", Moscow, Russia

² Federal State Budgetary Institution Moscow Scientific Research Institute of Epidemiology and Microbiology named after G. N. Gabrichevskiy, Moscow, Russia

³ Separate Structural Unit Scientific Research Clinical Institute of Pediatrics named after Ju. E. Veltishchev of Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Healthcare of Russia, Moscow, Russia

В статье рассматривается проблема заболеваемости детей, особенно дошкольного возраста, респираторными инфекциями в связи с состоянием структур лимфоидно-глоточного кольца Пирогова–Вальдейера и глоточной миндалины в частности. Оценивается влияние перенесенных респираторных инфекций на состояние микробиомы носоглотки. Приводятся собственные сведения о частоте выделения некоторых респираторных вирусов (методом ПЦР) в материале, взятом с поверхности глоточной миндалины у пациентов с и без ее воспалительных изменений. Представлен цифровой материал о возрастных и сезонных особенностях наличия респираторных вирусов в микробиоме носоглотки детей разных возрастных групп.

Ключевые слова: дети, респираторные вирусы, глоточная миндалина, диагностическая эндоскопия носоглотки, назофарингит, аденоидит, гипертрофия глоточной миндалины.

Библиография: 18 источников.

The article considers the problem of incidence of respiratory diseases in children, especially of preschool age, preconditioned by the state of Waldeyer's tonsillar ring and the pharyngeal tonsil in particular. The article provides assessment of the effect of the previous infectious diseases on the state of the nasopharynx microbiome. The authors present their data on frequency of viruses extraction (by PRC method) in the material taken from the surface of pharyngeal tonsil in patients with the inflammatory changes of the tonsil and without it. The article presents numerical materials about the age- and season-specific features of the presence of respiratory viruses in the nasopharynx microbiome of children of various age groups.

Key words: children, respiratory viruses, pharyngeal tonsil, diagnostic nasopharynx endoscopy, nasopharyngitis, adenoiditis, nasopharynx tonsil hypertrophy.

Bibliography: 18 sources.

Высокая заболеваемость детского населения, особенно дошкольного возраста, обусловлена в основном патологией ЛОР-органов, с преимуще-

ственным поражением лимфоидно-глоточного кольца (особенно глоточной миндалины) [1]. Носоглоточная (глоточная) миндалина – струк-



ОБЛИТЕРАЦИЯ ПОЛОСТИ СРЕДНЕГО УХА ЖИРОВОЙ ТКАНЬЮ

Семенов Ф. В., Банашек-Мещерякова Т. В., Семенов В. Ф.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
350063, г. Краснодар, Россия

(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – проф. Ф. В. Семенов)

TYMPANIC CAVITY OBLITERATION WITH FAT TISSUE

Semenov F. V., Banashek-Meshcheryakova T. V., Semenov V. F.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education “Kuban State Medical University”
of Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar, Russia

В статье приводится случай облитерации среднего уха у пациентки 45 лет, обратившейся в клинику с жалобами на непрекращающуюся в течение многих лет оторею и перенесшей 4 операции по поводу врожденной аномалии развития наружного уха (микротия, атрезия наружного слухового прохода – НСП), парааурикулярного свища и хронической сенсоневральной тугоухости III степени.

В данной работе подробно описывается ход вмешательства, в результате которого в течение 12 месяцев наблюдения выявлено отсутствие жалоб со стороны оперированного уха. Таким образом, жировая облитерация среднего уха может быть использована в качестве метода выбора при безуспешном лечении воспаления послеоперационной полости у больных хроническим гнойным средним отитом в тех случаях, когда реконструктивная слухоулучшающая операция невозможна или не показана. Последнее имеет место у пациентов с выраженной сенсоневральной тугоухостью.

Ключевые слова: хронический средний отит, трепанационная полость, оторея, отоликворея, облитерация жировой тканью.

Библиография: 2 источника.

The article presents a case of the middle ear obliteration in a 45 years old female patient that complained of a long-term continuous otorrhea and underwent 4 surgeries for congenital middle ear development abnormality (microtia, external auditory canal (EAC) atresia), paraauricular fistula and stage 3 chronic sensorineural hearing loss.

The work provides detailed description of the course of interference that resulted in the fact, that no complaints of the operated ear have been observed for 12 months. Therefore, the fat tissue obliteration of tympanic cavity may be used as the method of choice in case of treatment of post-surgical cavity without result in patients with the chronic suppurative otitis media in the cases where reconstructive hearing improvement surgery is impossible or is not indicated. The latter is observed in the patients with the expressed sensorineural hearing loss.

Key words: chronical otitis media, trepanation cavity, otorrhea, otoliquorrhea, fat tissue obliteration.

Bibliography: 2 sources.

Облитерация полостей среднего уха жировой тканью является практически единственным способом избавления пациента от хронического воспалительного процесса после перенесенных операций со значительным удалением тканей и большим дефектом в области височной кости. Техника облитерации предусматривает тщательное удаление эпидермиса и холестеатомы из всех отделов среднего уха. Облитерации подлежит также вход в слуховую трубу со стороны барабанной полости. Операция завершается созданием «слепого» мешка из кожи наружного слухового прохода. Целью нашей работы было накопление опыта жировой облитерации среднего уха у больных ХГСО с послеоперационным воспалением трепанационной полости, не поддающемся консервативным и стандартным хирургическим методам лечения.

Облитерация полостей среднего уха жировой тканью, взятой из абдоминальной области, в оте-

чественной научной литературе описывается не часто. В то же время этот метод хирургического лечения имеет свои показания и в ряде случаев является практически единственным способом избавления пациента от хронического воспалительного процесса [1, 2].

Вопрос об облитерации следует рассмотреть в качестве метода лечения в следующих случаях.

1. Состояние после открытого типа санации среднего уха, когда, несмотря на правильную технику выполнения операции и консервативное лечение, сохраняется оторея в сочетании с выраженной сенсоневральной тугоухостью. Особенно показана облитерация у пациентов, перенесших несколько хирургических вмешательств.

2. Рецидивирующая отоликворея (спонтанная, посттравматическая или ятрогенная) в случае большого дефекта твердой мозговой оболочки.



ФЕНОМЕН КОСТНЫХ СЕКВЕСТРОВ ПРИ ТИМПАНОСКЛЕРОЗЕ

Чернушевич И. И., Аникин И. А., Агазарян А. Г., Шустова Т. И.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России,
190013, Санкт-Петербург, Россия
(Директор – засл. врач РФ, академ. РАН, проф. Ю. К. Янов)

THE PHENOMENON OF BONE SEQUESTRA IN TYMPANOSCLEROSIS

Chernushevich I. I., Anikin I. A., Agazaryan A. G., Shustova T. I.

Federal State Budgetary Institution “Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech”,
Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

В статье представлены результаты гистологического исследования фрагментов патологической ткани костной плотности, полученных в ходе операций при удалении типичных массивных очагов тимпаносклероза в области медиальной стенки барабанной полости. Полученные данные опровергают гипотезу о неоостеогенезе в очагах тимпаносклероза и подтверждают предположение о том, что тимпаносклероз – медленно прогрессирующее дистрофическое заболевание, сопровождающееся асептическим некрозом костной ткани. Авторы делают заключение о том, что оссифицированные тимпаносклеротические очаги являются фрагментами некротизированной кости, т. е. костными секвестрами.

Ключевые слова: тимпаносклероз, костный секвестр, неоостеогенез.

Библиография: 15 источников.

The article presents the results of histological examination of fragments of pathological tissue fragments of bone density, obtained during the operations of removing the typical massive foci of tympanosclerosis in the area of the medial wall of the tympanic cavity. The obtained data disprove the hypothesis of neoosteogenesis in tympanosclerosis foci and confirm the assumption that tympanosclerosis is a slowly progressing dystrophic disease accompanied by aseptic necrosis of the bone tissue. The authors conclude that the ossified tympanosclerotic foci are the fragments of necrotized bone, i. e. bone sequestra.

Key words: tympanosclerosis, bone sequester, neo-osteogenesis.

Bibliography: 15 sources.

Тимпаносклероз – хроническое негнойное заболевание, которое характеризуется поражением слизистой оболочки среднего уха с последующим ее гиалинозом и обызвествлением, что приводит к поражению звукопроводящего аппарата среднего уха и тугоухости [1–4].

В качестве основного этиологического фактора в развитии тимпаносклероза рассматривают воспаление, а основным механизмом формирования характерных тимпаносклеротических очаговых изменений – так называемых тимпаносклеротических «бляшек» – считают эктопическую кальцификацию [5–7].

При тимпаносклерозе в соединительно-тканых структурах среднего уха проявляются признаки гиалиновой дистрофии: ткань становится бледной, плотной и расслаивающейся. Гиалиновые массы подвергаются дистрофическому обызвествлению за счет выпадения солей кальция с формированием хрящеподобной и костеподобной ткани. Это дает основание расценивать тимпаносклероз как неспецифический дегенеративно-дистрофический процесс, который, по

мнению многих авторов, может иметь место при любом хроническом воспалении. В исследуемых образцах операционного материала от больных тимпаносклерозом гистологически не выявляют ни воспалительного вала, ни рубцовой капсулы. В то же время в слизистой оболочке отмечаются признаки хронического вялотекущего воспаления с преобладанием склеротических изменений, что свидетельствует о давности процесса [5, 6, 8, 9].

Большая часть авторов относят тимпаносклероз к завершенным формам фиброзирующих средних отитов, описывая его как заключительную стадию катарального воспаления слизистой оболочки барабанной полости. В то же время результаты некоторых последних исследований свидетельствуют о незавершенности продуктивной фазы воспалительного процесса, доказательством чего являются уровни цитокинов и гистологические особенности операционного материала [5, 8, 10].

Одним из малоизученных аспектов морфологии тимпаносклероза остается так называемая ос-



УДК 616.216.1-002-089.874(048.8)

doi: 10.18692/1810-4800-2017-3-86-93

ЩАДЯЩЕЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИНОСИНУСИТОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Волков А. Г.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
344000, г. Ростов-на-Дону, Россия
(Ректор – проф. С. В. Шлык)

SPARING INSTRUMENTAL TREATMENT OF RHINOSINUSITIS (LITERATURE REVIEW)

Volkov A. G.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "The Rostov State Medical University"
of Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russia

В статье представлен краткий обзор литературы, посвященной вопросам современных методов лечения параназальных синуситов. Проведен анализ оптимизации хирургического лечения параназальных синуситов и их осложнений с использованием приемов эндоназальной эндоскопической хирургии. Определена эффективность использования трепанопункции как щадящего метода лечения при неосложненных формах фронтита.

Ключевые слова: параназальный синусит, трепанопункция.

Библиография: 67 источников.

The article provides a brief review of literature sources devoted to the advanced methods of paranasal sinusitis treatment. The author performed analysis of optimization of surgical treatment of paranasal sinusitis and complications thereof using the endonazal endoscopic surgery techniques. The article determines the efficacy of trephination as a sparing treatment of uncomplicated forms of frontitis.

Key words: paranasal sinusitis, trephination.

Bibliography: 67 sources.

Воспалительная патология ЛОР-органов составляет 87% от всех обращений к оториноларингологу [1], в последнее десятилетие заболеваемость параназальными синуситами (ПНС) выросла, а удельный вес госпитализированных больных с этой патологией ежегодно увеличивается почти в 3 раза. Проблема своевременной диагностики и лечения ПНС в настоящее время является достаточно актуальной [2], несмотря на появление новых современных способов консервативного и хирургического лечения. По данным разных авторов [3, 4], в настоящее время ПНС занимают первое место среди воспалительных заболеваний ЛОР-органов.

Околоносовые пазухи (ОНП) представляют собой единую морфологическую и функциональную системы [5] с близкими этиологическими факторами и механизмами развития заболеваний [6], поэтому при изучении эпидемиологии ПНС следует оценивать распространенность за-

болеваний не только каждой пазухи в отдельности, но и их сочетанного поражения.

С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов считают, что ОНП представляют собой уникальные анатомические образования, являющиеся резервными защитными элементами верхних дыхательных путей, глазницы и мозга [7]. Эту защитную функцию нужно понимать в самом широком смысле слова, учитывая мукоцилиарную систему, постоянство температуры, закономерности аэродинамики и другие факторы.

Первичным очагом поражения ОНП, как правило, являются изменения в передних и средних клетках решетчатых пазух, обуславливающие нарушение вентиляции и мукоцилиарного очищения верхнечелюстной и лобной пазух. В передних отделах среднего носового хода вдыхаемый воздух меняет свое направление, что способствует осаждению здесь взвешенных в нем частиц, включая микробы и аллергены, а при появлении в области остиоме-



«СОСТАВЛЯЮЩИЕ» ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНОГО СИНДРОМА (ОБЗОР)

Козаренко М. А.¹, Егоров В. И.²

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, 190013, Санкт-Петербург, Россия
(Директор – засл. врач РФ, академик РАН, проф. Ю. К. Янов)

² ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия
(Директор – проф. Ф. Н. Палеев)

THE “COMPONENTS” OF PERIPHERAL COCHLEOVESTIBULAR SYNDROME (REVIEW)

Kozarenko M. A.¹, Egorov V. I.²

¹ Federal State Budgetary Institution “Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech”, Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

² State budgetary healthcare Institution of Moscow area Moscow’s Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimírsky, 129110, Moscow, Russia

В статье выполнен краткий литературный обзор работ отечественных и зарубежных авторов, посвященных изучению периферического кохлеовестибулярного синдрома и выявлению эндолимфатического гидропса лабиринта при различных нозологических формах, возможности улучшения дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: меньеровский симптомокомплекс, эндолимфатический гидропс лабиринта, внутричерепное давление.

Библиография: 82 источника.

The article presents a brief literature review of domestic and foreign authors’ publications, devoted to the study of peripheral cochleovestibular syndrome and identifying the endolymphatic labyrinth hydrops in various nosological forms and the possibilities of differential diagnostics.

Key words: Meniere’s symptom complex, endolymphatic labyrinth hydrops, intracranial pressure.

Bibliography: 82 sources.

В собирательное понятие «периферический кохлеовестибулярный синдром» входят нозологические единицы с абсолютно различными этиопатогенетическими механизмами. Встречаемость конкретных патологий, по данным разных авторов, весьма варьирует. А четкое представление об эпидемиологии отдельных заболеваний имеет важное значение для грамотного проведения общемедицинских организационных, как лечебных, так профилактических мероприятий. В этом контексте сразу обозначаются проблемы дифференциальной диагностики. В настоящей работе рассматриваются состояния, при которых может присутствовать так называемый меньеровский симптомокомплекс, классически включающий понижение слуха на одно или оба уха, субъективный ушной шум различной тональности в одном или обоих ушах, приступы головокружения, как правило, системного характера.

Среди врачей наиболее известна болезнь Меньера. В настоящее время пока широко распространено мнение, что сущностью патогенетического субстрата болезни Меньера является эндолимфатический гидропс лабиринта. Однако окончательно этот вопрос не решен, так как экспериментальный эндолимфатический гидропс не идентичен гидропсу при болезни Меньера [1, 2]. Указывается различная ее интразональность от 1 случая на 100 000 населения [3] до 50–100 случаев [4] и 20–200 [5]. Предполагается, что бессимптомная эндолимфатическая водянка, которая предшествует болезни Меньера, распространена более широко, чем эндолимфатический гидропс, выявляемый магнитно-резонансной томографией [6]. Сложность диагностики связана с особенностями клинических проявлений. Кохлеарную моносимптоматику в начале болезни Меньера отмечают у 54,4% [7]. Временная за-



РАНЕНИЯ ШЕИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Мустафаев Д. М., Егоров В. И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия
(Директор – проф. Ф. Н. Палеев)

NECK INJURIES: LITERATURE REVIEW

Mustafaev D. M., Egorov V. I.

State-Financed Health Institution of Moscow Region Moscow Regional Scientific and Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirskiy, Moscow, Russia

Одной из сложных и актуальных проблем современной неотложной хирургии является лечение пострадавших с ранениями шеи. Массивная кровопотеря, асфиксия, воздушная эмболия, обусловленные повреждением магистральных сосудов шеи, сочетанное повреждение полых органов определяют прогрессирующую дестабилизацию жизненно важных функций организма, тяжесть состояния и высокую летальность данной категории пациентов. В настоящей статье представлен обзор литературы, посвященной вопросам диагностики и лечения ранений шеи. В обзоре освещены такие проблемы, как история развития взглядов на ранения шеи, эпидемиология, классификация, вопросы диагностики и тактика лечения.

Ключевые слова: шея, ранения.

Библиография: 30 источников.

One of the most difficult and urgent problems of the present-day surgery is the treatment of patients with neck injuries. Massive hemorrhage, asphyxia, air embolism caused by the damage of the great neck vessels; the combined injuries of hollow organs determine the progressive destabilization of the vital functions of organism, the condition severity and high mortality of this category of patients. This article presents a review of the literature dedicated to diagnostics and treatment of neck injuries. The review highlights such issues as the history of the development of views on the neck injuries, epidemiology, classification, diagnostics and treatment.

Key words: neck, injuries.

Bibliography: 30 sources.

Одной из сложных и актуальных проблем современной неотложной хирургии является лечение пострадавших с ранениями шеи. Массивная кровопотеря, асфиксия, воздушная эмболия, обусловленные повреждением магистральных сосудов шеи, сочетанное повреждение полых органов определяют прогрессирующую дестабилизацию жизненно важных функций организма, тяжесть состояния и высокую летальность данной категории раненых.

Древнейшим свидетельством о ранениях шеи является египетский папирус, относящийся к 3000 г. до н. э., найденный и переведенный Эдвардом Смитом. В папирусе, автором которого является Имхотеп, имеются данные о ранении шеи с повреждением пищевода [1, 2]. Самая распространенная методика временной остановки кровотечения путем дозированного пальцевого прижатия сосуда описывалась Клавдием Галеном (130–200 гг. н. э.) в труде «De anatomicis administrationibus». А. Паре в 1552 г. перевязал общую сонную артерию и внутреннюю яремную вену при ранении шеи шпагой [3]. В 1803 г.

Флеминг опубликовал результат лечения раненого в шею путем перевязки общей сонной артерии [4].

В целом до XIX века опыт лечения ранений шеи носил собирательный характер, число благоприятных исходов исчислялось единицами. Первопроходцем в систематическом изучении ранений шеи был наш соотечественник Н. И. Пирогов. Так, в 1855 г. Н. И. Пирогов впервые дал систематизированное изложение клиники и лечения повреждения сосудов. Привел топографо-анатомические обоснования доступов к магистральным сосудам человеческого тела. Во время Крымской войны им были произведены четыре перевязки сонных артерий, две из них имели благоприятный исход [5].

Беспрецедентный опыт в лечении ранений шеи человечество приобрело в XX в., во время двух кровопролитных мировых войн.

Число больных с ранениями шеи не уменьшается в связи с неблагоприятной криминальной обстановкой и наличием локальных военных конфликтов. По данным литературы, частота ра-



ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПЕРСониФИЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Стагниева И. В.¹, Бойко Н. В.¹, Гукасян Е. Л.¹, Бачурина А. С.²

¹ФБГОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону, Россия
(Зав. каф. болезней уха, горла, носа – проф. А. Г. Волков)

²МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко», 344018, г. Ростов-на-Дону, Россия
(Главный врач – докт. мед. наук Д. В. Сизякин)

SIGNIFICANCE OF DETERMINATION OF CYTOKINE PROFILE IN THE APPOINTMENT OF THE PERSONALIZED TREATMENT OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT DISEASES. LITERATURE REVIEW

Stagnieva I. V.¹, Boiko N. V.¹, Ghukasyan E. L.¹, Bachurina A. S.²

¹Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "The Rostov State Medical University" of Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russia

²Municipal Budgetary Healthcare Institution Municipal Hospital No. 1, named after N. A. Semashko, Rostov-on-Don, Russia

В настоящее время накоплено достаточно много сведений об участии цитокинов в патогенезе заболеваний носа и околоносовых пазух, лимфокольца глотки. Скорость и специфичность реакции цитокинового профиля на различные внешние воздействия позволяют использовать их в качестве маркера воспаления и индикатора эффективности применения различных методов лечения. Изучение цитокинового профиля дает информацию о тяжести воспалительного процесса, его переходе на системный уровень и прогнозе, что важно учитывать при назначении персонализированного лечения. Проведен анализ результатов оригинальных исследований по этой проблеме. Показано, что изучение роли цитокинов в патогенезе воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей определяет перспективы цитокиновой/антицитокиновой терапии. Освещен опыт применения некоторых цитокин-блокирующих препаратов и рекомбинантных цитокинов в лечении заболеваний носа, околоносовых пазух, лимфокольца глотки. Можно заключить, что дальнейшее изучение вопроса поможет решить многие проблемы диагностики и лечения заболеваний верхних дыхательных путей.

Ключевые слова: цитокины, цитокиновая терапия, антицитокиновая терапия, риносинусит, аденоидит, тонзиллит.

Библиография: 46 источников.

Currently, there is quite a lot of available information on the participation of cytokines in the pathogenesis of diseases of nose and paranasal sinuses and tonsil lymphoid ring. The rate and specificity of the reaction of cytokine profile on various external exposures let us use them as an inflammation marker and an indicator of the efficacy of various treatment methods. The study of cytokine profile provides information on the severity of the inflammatory process, its transition to the system level and prognosis, which is important to consider in personalized treatment prescription. The article provides analysis of results of original researches on this subject. It is shown that the study of the role of cytokines in the inflammatory diseases of the upper respiratory tract determines the prospects of the cytokine/anti-cytokine therapy. The authors give coverage to the experience of application of some cytokine-blocking preparations and recombinant cytokines in the treatment of diseases of nose, paranasal sinuses and tonsil lymphoid ring. It can be concluded that the further study of the issue will provide solution of a number of problems related to diagnostics and treatment of the upper respiratory tract diseases.

Key words: cytokines, cytokine therapy, anti-cytokine therapy, rhinosinusitis, adenoids, tonsillitis.

Bibliography: 46 sources.



УДК 616.716.1-001.45-089.844

doi: 10.18692/1810-4800-2017-3-119-123

УСТРАНЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ДЕФЕКТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО МЯГКОТКАНО-КОСТНОГО ЛОПАТОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Булгакова М. В.¹, Калакуцкий Н. В.², Чеботарев С. Я.², Петропавловская О. Ю.², Булгаков М. Г.²

¹ ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова» ФМБА России, 194291, Санкт-Петербург, Россия
(Главный врач – засл. врач РФ, проф. Я. А. Накатис)

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, 197022, Санкт-Петербург, Россия
(Ректор – проф., академик РАН С. Ф. Багненко)

ELIMINATION OF A GUNSHOT DEFECT OF THE UPPER JAW USING REVASCULARISED SOFT TISSUE-BONE SCAPULAR TRANSPLANT (CLINICAL CASE)

Bulgakova M. V.¹, Kalakutskii N. V.², Chebotarev S. Ya.², Petropavlovskaya O. Yu.², Bulgakov M. G.²

¹ Clinical Hospital N 122 named after L. G. Sokolov, Saint Petersburg, Russia

² Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education “Pavlov First Saint Petersburg State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

В современных условиях (боевые действия в «горячих точках» и зонах локальных вооруженных конфликтов) возрастает количество раненых с обширными огнестрельными травмами челюстно-лицевой области. При проведении реабилитации указанной категории пациентов необходимо применять мультидисциплинарный подход к лечению с вовлечением в лечебный процесс команды специалистов, включающей, кроме челюстно-лицевого хирурга, стоматолога-хирурга, стоматолога-ортопеда, оториноларинголога, сурдолога, офтальмолога, невролога, при необходимости нейрохирурга, специалиста по лучевой диагностике, нутрициолога. В данной статье представлен клинический случай успешного лечения пациента с тяжелой минно-взрывной травмой, полученной в результате военного конфликта.

Ключевые слова: латеральный лопаточный лоскут, реконструкция верхней челюсти.

Библиография: 3 источника.

Under the present-day conditions (military operations in “flash points” and the local armed conflict areas) the number of wounded with extensive firearm injuries of maxillofacial area is constantly increasing. In the process of rehabilitation of this category of patients it is necessary to apply a multidisciplinary approach to treatment where a team of experts involved in the process of treatment will include, alongside with a maxillofacial surgeon, a dental surgeon, a prosthodontist, an otorhinolaryngologist, an audiologist, an ophthalmologist, a neurologist and, where necessary, a neurosurgeon, an X-ray specialist and a nutritionist. This article presents a clinical case of successful treatment of a patient with a severe mine-blast injury sustained in a military conflict.

Key words: lateral scapular graft, maxillary reconstruction.

Bibliography: 3 sources.

В современных условиях (боевые действия в «горячих точках» и зонах локальных вооруженных конфликтов) возрастает количество раненых

с обширными огнестрельными травмами челюстно-лицевой области. Общеизвестно, что подобные ранения приводят к развитию грубых ана-



РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ШВАННОМЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ – ТРУДНОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Клочихин А. Л., Бырихина В. В.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, 150000, г. Ярославль, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)

A RARE CASE OF THE BRACHIAL PLEXUS NEURILEMOMA – THE DIFFICULTIES OF HISTOLOGICAL DIAGNOSTICS

Klochikhin A. L., Byrikhina V. V.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Yaroslavl State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Yaroslavl, Russia

Одной из редких неэпителиальных опухолей головы и шеи является шваннома. За последние 15 лет отмечается увеличение частоты злокачественной формы. Такое существенное изменение связано со значительными успехами в области иммуногистохимической диагностики злокачественных шванном. В литературе нам не встретилось описания случая шванномы плечевого сплетения на шее, связанного с трудностями в морфологической верификации диагноза. В связи с этим хотим поделиться собственным клиническим наблюдением данного заболевания.

Ключевые слова: шваннома, шванновские клетки, иммуногистохимическая диагностика.

Библиография: 3 источника.

Neurilemoma is one of the rare head and neck non-epithelial tumours. Over the past 15 years there has been an increase of the malignant forms frequency. Such a significant change is related to significant advances in immunohistochemical diagnostics of malignant neurilemmomas. In the literature sources, we have not found any description of cases of the brachial plexus neurilemoma on the neck, related to the difficulties in the morphological verification of the diagnosis. In this regard, we want to share our own clinical observation of the disease.

Key words: neurilemoma, Schwann cells, immunohistochemical diagnostics.

Bibliography: 3 sources.

Среди опухолей головы и шеи неэпителиальные опухоли диагностируются в среднем в 1–3% случаев и отличаются разнообразной гистологической структурой. Одной из них является шваннома (невринома, неврилеммома) – опухоль, исходящая из шванновских клеток или леммоцитов [1]. Это вспомогательные клетки нервной ткани, из которых формируется оболочка длинных отростков нервных клеток и ганглиев. Невринома периферического нерва представляет собой солитарную и капсулированную опухоль, растущую на одной стороне нерва и не прорастающую его.

По структуре опухоль может быть как доброкачественной, так и злокачественной. Гистологически доброкачественная шваннома проявляется в любом из двух основных типов: Антони А и Б. Для типа А характерна компактная группировка вытянутых клеток с двухрядным палисадообразным расположением ядер. Опухоли типа Антони Б характеризуются беспорядочным и рыхлым расположением округло-овальных опухолевых клеток со светлой цитоплазмой.

Микроскопически злокачественная шваннома представлена веретенообразными клетками, формирующими широкие переплетающиеся клеточно-волокнистые пучки. Малигнизация шванномы отмечается крайне редко. Анализируя данные литературы, посвященной диагностике опухолей мягких тканей, можно отметить значительное увеличение частоты постановки диагноза злокачественной шванномы, особенно за последние 15 лет. Такое существенное изменение связано со значительными успехами в области иммуногистохимической диагностики шванном. Иммуногистохимическое исследование с использованием набора антител дает возможность получить дополнительную информацию для постановки правильного диагноза [2, 3]. В доступной нам литературе мы не встретили описания случая шванномы плечевого сплетения на шее, а также трудности в морфологической верификации диагноза. В связи с этим хотим представить собственное наблюдение.

Пациентка Н., 52 года, обратилась в Ярославский онкологический центр хирургии «Голова-



КРУПНОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ТРАХЕИ (ШВЕЙНАЯ ИГЛА)

Мустафаев Д. М.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия
(Директор – проф. Ф. Н. Палеев)

A LARGE FOREIGN OBJECT IN TRACHEA (SEWING NEEDLE)

Mustafaev D. M.

State-Financed Health Institution of Moscow Region Moscow Regional Scientific and Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirovskiy, Moscow, Russia

В трахее инородное тело может задерживаться лишь в редких случаях. Для этого оно должно иметь либо размер, допускающий прохождение его через голосовую щель и делающий невозможным проникновение его в бронх, либо особую форму, позволяющую ему цепляться за стенки трахеи или вклиниваться между ними. Автор представляет случай из практики: необычное крупное инородное тело (швейная игла) в трахее у подростка 14 лет.

Ключевые слова: швейная игла, трахея.

Библиография: 4 источника.

A foreign object can remain in trachea only in rare cases. For that, it should have either a size providing its passing through the glottis and preventing its penetration into the bronchus, or a special form providing its clinging to the trachea walls or wedging between them. The author presents a case study: an extraordinary large foreign object (sewing needle) in the trachea in a 14 years old child.

Key words: sewing needle, trachea.

Bibliography: 4 sources.

В трахее инородное тело может задерживаться лишь в редких случаях. Для этого оно должно иметь либо размер, допускающий прохождение его через голосовую щель и делающий невозможным проникновение его в бронх, либо особую форму, позволяющую ему цепляться за стенки трахеи или вклиниваться между ними [1, 2].

Находящееся в трахее инородное тело редко остается в одном положении длительное время. Иногда оно баллотирует, иногда закрывает сильнее то правый, то левый бронх [1–3].

Клиническая картина при инородных телах трахеи весьма своеобразна. Симптомы нарушения дыхания имеются во всех случаях. Наблюдается приступообразный коклюшеобразный кашель, который особенно усиливается по ночам, когда ребенок беспокоится. Приступы кашля бывают длительными, мучительными, иногда с рвотой, могут сопровождаться цианозом лица, а в случае ущемления инородного тела при его смещении в гортань вызывать асфиксию. При попадании инородного тела в трахею возникает «эффект копилки». Раздражение рефлексогенных зон гортани препятствует выкашливанию инородного тела за счет быстрого смыкания голосовых складок, что и способствует баллотированию его в трахее. Именно характерным признаком нефиксированных инородных тел трахеи является

симптом баллотирования, имеющий большое диагностическое значение. При беспокойстве, плаче, смехе и кашле отчетливо выслушивается флотация («хлопанье»), возникающее вследствие баллотирования инородного тела и ударов его о стенки трахеи и голосовые складки во время вдоха и выдоха. В этот момент слышен хлопающий звук, похожий на тот, который возникает при откупоривании бутылки с газированной водой. Баллотирование инородного тела нередко слышно на расстоянии, а еще лучше определяется при выслушивании фонендоскопом или путем прикладывания ладони к передней поверхности шеи. Также можно услышать свистящий звук, возникающий в результате сужения воздушной струи между стенками трахеи и самим инородным телом [1–3].

Состояние больных при наличии инородных тел, фиксированных в трахее, бывает очень тяжелым. Дыхание учащено и затруднено, наблюдается втяжение уступчивых мест грудной клетки, выражен акроцианоз. Пациент старается занять положение, в котором ему легче дышать. Голос обычно чистый. При перкуссии отмечается корочный звук над всей поверхностью легких, а при аускультации дыхание ослаблено с обеих сторон. В трахее из-за слабой выраженности рыхлой соединительнотканной клетчатки не возникает



УДК 616.211-002.193-056.3-007.4-08

doi: 10.18692/1810-4800-2017-3-130-137

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЗАЛЬНЫХ ФИЛЬТРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩИМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Камаев А. В., Трусова О. В., Ляшенко Н. Л.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России, 194100, Санкт-Петербург, Россия
(Зав. каф. аллергологии и клинической фармакологии ФП И ДПО – проф. Д. С. Коростовцев)

CLINICAL EFFICACY OF DOBRONOS NASAL FILTERS IN COMPLEX ALLERGIC RHINITIS THERAPY

Kamaev A. V., Trusova O. V., Lyashenko N. L.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Saint Petersburg State Pediatric Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Аллергический ринит (АР) – распространенное хроническое воспалительное заболевание, для которого в настоящее время требуется длительная контролирующая терапия. Причиной обострений АР служит контакт с аллергенами. В настоящем исследовании мы оцениваем эффективность назальных фильтров в комплексной терапии легкого и среднетяжелого АР с бытовой и эпидермальной сенсибилизацией.

В 6-недельный открытый наблюдательный протокол включены 50 пациентов в возрасте от 5 до 42 лет: 2 недели вводного периода и 4 недели интервенции. Завершили исследование 46 человек; по причине дискомфорта выбыли 3, 1 – в результате некомплаентности. Получено статистически значимое снижение общей выраженности симптомов АР (шкала TNSS) в группе легкого ринита, а по показателям «зуд в носу» и «чихание» – для обеих групп. Число дней экстренного приема антигистаминов уменьшилось, а число бессимптомных дней увеличилось в результате использования назальных фильтров – статистически значимо в обеих группах.

Можно рекомендовать использование назальных фильтров в комплексной терапии персистирующего легкого и среднетяжелого АР для большинства пациентов.

Ключевые слова: круглогодичный аллергический ринит, назальные фильтры, элиминация, дети.

Библиография: 17 источников.

Allergic rhinitis (AR) is a wide spread chronic respiratory disease requiring prolonged anti-inflammatory treatment. AR exacerbations follow the contact with allergen / allergens. We evaluate nasal filters efficacy in complex AR of mild and moderate severity therapy in patients with house dust and animal dander sensitization.

6-week open study included 50 patients 5 to 42 years old. The study included 2-week enrollment and 4-week treatment periods. 46 patients completed the treatment period, 3 were excluded due to nasal discomfort during filter use, and one patient due to non-compliance.

In mild AR patients we revealed significant reduction in all AR symptoms according to the TNSS scale. In moderate AR patients we found significant reduction in nasal itch and sneezing only.

In comparison with the enrollment period, the number of days with as-needed antihistamine intake reduced and the number of symptom-free days increased significantly in both mild and moderate AR groups.

Nasal protective filters can be recommended for complex therapy in mild and moderate AR in most patients.

Key words: perennial allergic rhinitis, nasal filters, elimination, children.

Bibliography: 17 sources.

Аллергический ринит (АР) – распространенное хроническое заболевание, которое при неконтролируемом течении ограничивает физическую

и социальную активность больных. На протяжении последних 25–30 лет в большинстве стран мира наблюдается неуклонный рост числа паци-



САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ «ЯПОНИЯ–РОССИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ»

26–27 апреля 2017 г. состоялся традиционный VI Петербургский международный форум оториноларингологов России. В программе форума приняли участие более 2500 оториноларингологов из 70 регионов Российской Федерации, а также специалисты из стран ближнего (Белоруссия, Казахстан, Узбекистан, Армения, Азербайджан) и дальнего (Германия, Польша, Япония) зарубежья. В программе форума было заявлено 11 секций по различным направлениям оториноларингологии (детская оториноларингология, патология глотки, ринология, отиатрия, аудиология, сурдология, вестибулология, фониатрия), на которых были заслушаны и обсуждены около 264 докладов.

Кроме этих, одновременно работавших секций, были представлены 4 практических мастер-класса по современным методам хирургических вмешательств на среднем ухе и гортани, а также 11 спутниковых симпозиумов. Спутниковые симпозиумы, подготовленные фармакологическими компаниями с привлечением ведущих отечественных и зарубежных специалистов представили наиболее интересные данные в области оториноларингологии и смежных специальностей (микробиология, аллергология, антибиотикотерапия). Одним из самых ярких, наиболее запомнившихся участникам форума спутниковых симпозиумов был представленный компанией

«Р-фарм» спутниковый симпозиум «Япония–Россия: современные стратегии антибиотикотерапии в оториноларингологии».

В качестве основного докладчика на данный симпозиум был приглашен заведующий кафедрой оториноларингологии, хирургии головы и шеи медицинского университета японского города Вакаямы профессор М. Хотоми. Он выступил с программным докладом «Современная стратегия терапии острого синусита в Японии».

Наши отечественные оториноларингологи довольно хорошо знакомы со стандартами лечения острых синуситов в странах Евросоюза (EPOS-2012) и США (IDSA-2012). На прошедших форумах неоднократно выступали разработчики европейских стандартов (профессор К. Бахерт и другие). Оба этих стандарта были переведены на русский язык, опубликованы и обсуждались на различных секциях. Но с японской оториноларингологией наши отечественные специалисты недостаточно знакомы по целому ряду причин: редкие контакты с японскими оториноларингологами, малая доступность современной японской оториноларингологической литературы в отечественных источниках, языковые трудности, в связи с чем лишь малая часть специализированных японских материалов переведена на английский язык. Поэтому выступление профессо-



Спутниковый симпозиум «Япония–Россия: современные стратегии антибиотикотерапии в оториноларингологии».



ПАМЯТИ СТАРЕЙШЕГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ПЕТЕРБУРГА

13 апреля 2017 г. на 94-м году ушел из жизни Александр Петрович Ярославский, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке. Жизнь А. П. Ярославского, прошедшая в сложный период отечественной истории, была наполнена многими событиями, через которые ему было суждено пройти достойно.

Александр Петрович родился 26 марта 1924 г. в семье служащего Кировского завода. В школьные годы его, как и многих мальчишек, вдохновила героическая экспедиция «Челюскина» во льдах Северного Ледовитого океана, и он решил поступить в Ленинградский арктический институт и стать полярником. Однако для этого ему, сыну служащего, необходимо было заработать трудовой рабочий стаж, закончив рабфак. В 1941 г., когда Ярославский окончил школу, началась война, институт был закрыт, и он был переведен в Военно-морскую медицинскую академию. Вскоре после начала блокады Ленинграда академия была направлена в Самарканд, где курсантов разместили в полуразрушенной средневековой крепости. Снабжение было крайне ограничено. Иногда курсанты не могли ходить на занятия из-за нехватки обуви, которую они меняли на продукты, и носили обувь по очереди. Учитывая подобное положение, преподаватели сами приходили в крепость к курсантам и там принимали зачеты и экзамены.

В 1943 г. ввиду острого недостатка в армии медицинского персонала и врачей прямым приказом Сталина курсантам, окончившим второй курс и получившим минимальную практическую подготовку, было присвоено звание лейтенанта и дано направление в действующую армию военфельдшерами. А. П. Ярославский был направлен в воздушно-десантные войска. Его жизнь на фронте отмечена не только медалями, но и двумя орденами – Отечественной войны и Красной Звезды. Дороги войны привели Ярославского в освобожденный Харьков, где вновь начал работать медицинский институт. Там он смог, опять же в ускоренном темпе, окончить третий курс при Харьковском медицинском институте. После окончания войны и демобилизации Ярославский завершил медицинское образование в 1-м ЛМИ им. И. П. Павлова, после чего был принят в клиническую ординатуру во 2-й ЛМИ на ЛОР-кафедру, которую тогда возглавлял профессор К. Л. Хилов. Перед способным и энергичным молодым человеком открывалась широкая дорога в науку. Кроме того, К. Л. Хилов, в прошлом спортсмен и хоккеист, очень симпатизировал Ярославскому, выступавшему за волейбольную команду мастеров от Военно-морской медицинской академии и участвовавшему в соревнованиях на первенство СССР. Профессор Хилов, возвращаясь из клиники домой, нередко подкидывал Ярославского на своем «Москвиче» в спортзал, и как тот заметил: «Вот, Саша, я тебя подвожу на тренировку, а мне Воячек запретил заниматься спортом». Вскоре после окончания ординатуры, Ярославский был снова призван в армию и через некоторое время назначен на должность начальника ЛОР-отделения при Выборгском военном госпитале. Однако он не прерывал связи с кафедрой и смог завершить кандидатскую диссертацию, со-