

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)

№ 6(91) 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)	Статьюха 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)	Тулбаев 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 27.11.2017 г.

Формат: 60×90¹/₈. Объем: усл. печ. л. 19,0.

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)

N 6 (91) 2017

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. Kargapol'tseva

Approved 27.11.2017.

Format: 60×90¹/₈. Conventional sheets: 19.0.

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

Волков А. Г., Пискунов И. С., Ящинский Л. Б., Золотова Т. В., Пискунов В. С. Хронический диффузный остеомиелит лобной кости. Сохраняются ли проблемы с лечением заболевания? Сообщение II	9
Диаб Х. М., Дайхес Н. А., Юсифов К. Д., Кондратчиков Д. С., Пашнина О. А. Случаи осложнений кохлеарной имплантации	21
Диаб Х. М., Караян А. С., Корвяков В. С., Михалевич А. Е., Пашнина О. А., Умаров П. У., Кондратчиков Д. С. Клинический случай пластики лицевого нерва после его повреждения при проведении антростаомидотомии у ребенка	28
Егоров В. И., Амхадова М. А., Гергиева Т. Ф., Марченко А. С. Взаимосвязь развития синусита при операции синус-лифтинга у пациентов после ранее проведенного хирургического вмешательства в области верхнечелюстной пазухи	36
Егоров В. И., Самбулов В. И., Козаренко М. А. Перилимфатическая и внутричерепная гипотензия (краткий обзор литературных данных и собственный опыт)	41
Егоров В. И., Юнусов А. С., Сайдулаева А. И. Использование трансептального доступа при хирургическом лечении врожденных атрезий хоан в детском возрасте	51
Еременко Ю. Е. Экспериментальное обоснование диагностических критериев хронического гиперпластического риносинусита	56
Еремина Н. В., Попов М. Н. Влияние гипергравитации краниокаудального направления на состояние слуховой функции у больных с профессиональной нейросенсорной тугоухостью	60
Иванов С. А. Особенности приобретенных дефектов носа различной этиологии.	66
Кадыров М. Б., Маградзе Г. Н., Пименов К. П. Результаты системного подхода к исследованию больных острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации с оценкой выраженности и структуры трех синдромов: Синдрома ПСАФ аутодезадаптации, Синдрома местного воспаления, Синдрома системного воспалительного ответа	72
Корвяков В. С., Диаб Х. М., Пашнина О. А., Ахмедов Ш. М., Михалевич А. Е. Секундомирингопексия.	80
Лабазанова М. А., Кириченко И. М., Галкина Т. А. Баллонная синусопластика как современный малоинвазивный метод хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом	89
Песоцкая М. В., Колядич Ж. В. Операционные находки хирургического этапа кохлеарной имплантации	95
Портенко Г. М., Шматов Г. П. Хронический тонзиллофарингит и информационная технология его диагностики	100
Решульский С. С., Дайхес Н. А., Виноградов В. В., Хорук С. М. Возможности применения антибиотика с противоопухолевой активностью для предупреждения развития рубцов гортани после эндоларингеальных резекций по поводу плоскоклеточного рака	107
Семенов Ф. В., Соколов М. Ю. Применение трансплантатов при реконструктивной хирургии ретротимпанальных отделов среднего уха	110



Скибицкая Н. Ф., Семенов Ф. В. Применение биологического клея на основе цианоакрилата для фиксации костнозамещающих препаратов при мастоидопластике.	118
Станишевский Р. О., Киселев А. Б. Применение ботулотоксина типа а в целях улучшения функциональных показателей бронхиального дерева у пациентов с двусторонним параличом гортани	123
Степанова Ю. Е., Готовяхина Т. В., Корень Е. Е., Усков А. Е., Певцов Д. И. Эндоскопическая диагностика предопухолевых заболеваний и рака гортани в практике врача-фониатра.	128
Из практики	
Кравцова Е. Н., Щетинина О. В. Миелоидная саркома в практике врача-оториноларинголога	135
Очилзода А. А. О множественных живых инородных телах полости носа, ротоглотки и уха	140
Юбилей	
70 лет Халиду Аразхановичу Алиметову	142
Игорь Андреевич Шульга (к 70-летию со дня рождения)	144
Статьи, опубликованные в журнале в 2017 г.	146



Contents

Science articles

Volkov A. G., Piskunov I. S., Yashchinskii L. B., Zolotova T. V., Piskunov V. S. Chronic diffuse osteomyelitis of the frontal bone. Do the problems with the disease diagnosis still exist? Message II.	9
Diab Kh. M., Daikhes N. A., Yusifov K. D., Kondratchikov D. S., Paschinina O. A. The cases of complications after cochlear implantation	21
Diab Kh. M., Karayan A. S., Korvyakov V. S., Mikhalevich A. E., Paschinina O. A., Umarov P. U., Kondratchikov D. S. A clinical case of facial nerve reconstruction after its damage during antromastoidotomy in a child	28
Egorov V. I., Amkhadova M. A., Gergieva T. F., Marchenko A. S. The interrelation between the development of sinusitis during sinus-lifting surgery and the previous interventions in the maxillary sinus area	36
Egorov V. I., Sambulov V. I., Kozarenko M. A. Perilymphatic and intracranial hypotension (a brief review of literature data and authors' experience)	41
Egorov V. I., Yunusov A. S., Saidulaeva A. I. Transseptal access in surgical treatment of congenital choanal atresias in children.	51
Eremenko Yu. E. Experimental substantiation of diagnostic criteria of chronic hyperplastic rhinosinusitis	56
Eremina N. V., Popov M. N. The effect of craniocaudal direction hyper-gravitation on the state of acoustic function in patients with occupational sensorineural hearing loss	60
Ivanov S. A. Specific features of acquired nose defects of various etiologies	66
Kadyrov M. B., Magradze G. N., Pimenov K. P. The results of the system approach to examination of patients with acute inflammatory diseases of maxillofacial localization with the assessment of severity and structure of three syndromes: syndrome of psycho-sensor-anatomy-functional automisadaption, local inflammation syndrome, systemic inflammatory response syndrome	72
Korvyakov V. S., Diab Kh. M., Pashchinina O. A., Akhmedov Sh.M., Mikhalevich A. E. Secondomiringopexy	80
Labazanova M. A., Kirichenko I. M., Galkina T. A. Balloon sinuplasty as a present-day minimum invasion surgery method of treatment of the patients with chronic suppurative maxillary sinusitis	89
Pesotskaya M. V., Kolyadich Zh. V. The findings of surgical stage of cochlear implantation	95
Portenko G. M., Shmatov G. P. Chronic tonsillopharyngitis and information technology for its diagnostic.	100
Reshul'skii S. S., Daikhes N. A., Vinogradov V. V., Khoruk S. M. The opportunities of using an antitumor antibiotic for prevention of larynx cicatrices development after endolaryngeal resections for squamous cell cancer	107
Semenov F. V., Sokolov M. Yu. The use of grafts in reconstructive surgery of the retrotympenic area of the middle ear	110
Skibitskaya N. F., Semenov F. V. The use of cyanoacrylate biological adhesive for fixation of bone preparations in mastoidoplasty	118
Stanishevskii R. O., Kiselev A. B. The use of botulinum toxin a for improvement of bronchial tree functions in the patients with bilateral laryngeal paralysis.	123



Stepanova Yu. E., Gotovyakhina T. V., Koren' E. E., Uskov A. E., Pevtsov D. I. Endoscopic diagnosis of premalignant diseases and laryngeal cancer in the phoniatic practice	128
From practice	
Kravtsova E. N., Shchetinina O. V. Myeloid Sarcoma In The Practice Of Otorhinolaryngologist	135
Ochilzoda A. A. About numerous living foreign objects in the cavities of nose, nasopharynx and ear	140
Jubilee	
70 years Khalid Arazmanovich Alimetov	142
Igor Andreevich Shulga (on the occasion of his 70th birthday)	144
Articles published in the journal in 2017	146



УДК 616.715.5-018.46-002

doi: 10.18692/1810-4800-2017-6-9-20

ХРОНИЧЕСКИЙ ДИФфуЗНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЛОБНОЙ КОСТИ. СОХРАНЯЮТСЯ ЛИ ПРОБЛЕМЫ С ЛЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ? СООБЩЕНИЕ II

Волков А. Г.¹, Пискунов И. С.², Ящинский Л. Б.¹, Золотова Т. В.¹, Пискунов В. С.²

¹ ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344019, г. Ростов-на-Дону, Россия
(Ректор – проф. С. В. Шлык)

² ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305000, г. Курск, Россия
(Ректор – проф. В. А. Лазаренко)

CHRONIC DIFFUSE OSTEOMYELITIS OF THE FRONTAL BONE. DO THE PROBLEMS WITH THE DISEASE DIAGNOSIS STILL EXIST? MESSAGE II

Volkov A. G.¹, Piskunov I. S.², Yashchinskii L. B.¹, Zolotova T. V.¹, Piskunov V. S.²

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

² Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education „Kursk State Medical University“ of Ministry of Health of Russian Federation, Kursk, Russia

Представлен обзор способов лечения хронического диффузного остеомиелита лобной кости различными подходами к очагу поражения на примерах Курской и Ростовской клиник. Рассматриваются оригинальные способы одно- и двухэтапного хирургического лечения хронического диффузного остеомиелита лобной кости. Обсуждаются особенности предлагаемых способов. Рассматриваются возможности пластики дефектов рубцово измененных мягких тканей лобной области и представлены собственные способы их закрытия. Описан клинический случай.

Ключевые слова: лобная кость, лобные пазухи, хронический остеомиелит, облитерация лобных пазух, рубцовые изменения мягких тканей, пластика тканей лобной области.

Библиография: 73 источника.

The article provides a review of methods of treatment of chronic diffuse osteomyelitis of the frontal bone with various approaches to the lesion based on the examples of Kursk and Rostov clinics. The article presents original methods of one- and two-stage surgical treatment of chronic diffuse osteomyelitis of the frontal bone. The authors discuss the specific features of the suggested methods. The article considers the opportunities of plastic surgery of the defects of cicatricial soft tissue of the frontal area and presents the authors' genuine methods of closure thereof. There is a case history.

Key words: frontal bone, frontal sinuses, chronic osteomyelitis, frontal sinus obliteration, cicatricial changes of soft tissue, plastic surgery of the frontal area tissues.

Bibliography: 73 sources.

Лечение хронического диффузного остеомиелита лобной кости (ХДОЛК), включающего воспалительный процесс в стенках лобных пазух и, нередко, в близлежащих образованиях лицевого скелета, до настоящего времени является крайне сложной и неоднозначно решаемой проблемой.

В настоящее время смертность от осложнений остеомиелита плоских костей черепа составляет 20–40% [1].

Считается, что единственным способом лечения является хирургический [2], однако в последние годы стали отмечать и возможность терапев-



СЛУЧАИ ОСЛОЖНЕНИЙ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Диаб Х. М.¹, Дайхес Н. А.¹, Юсифов К. Д.², Кондратчиков Д. С.¹, Пащинина О. А.¹

¹ ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии»
Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации, 123182, Москва, Россия
(Директор – член-корр. РАН, проф. А. Н. Дайхес)

² ГУ «Республиканский госпиталь им. А. Гейдарова» Министерства внутренних дел
Азербайджанской Республики, AZ 1069, г. Баку, Азербайджанская Республика
(Начальник – полковник-лейтенант медицинской службы И. Бабаханов)

THE CASES OF COMPLICATIONS AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

Diab Kh. M.¹, Daikhes N. A.¹, Yusifov K. D.², Kondratchikov D. S.¹, Paschinina O. A.¹

¹ Federal State Budgetary Institution “Clinical Research Centre for Otorhinolaryngology
to the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation”, Moscow, Russia

² State Institution Republic Hospital named after A. Hejdarov of the Ministry of Internal Affairs
of the Republic of Azerbaijan, Baku, the Republic of Azerbaijan

Цель исследования. Совершенствование методов хирургического этапа кохлеарной имплантации за счет анализа клинических находок при неправильном введении активного электрода в спиральный канал улитки и определение тактики ведения данных пациентов.

Материалы и методы. За период с 2014 по 2016 г. в ФГБУ НКЦ оториноларингологии РФ, Госпитале МВД имени А. Гейдарова Азербайджанской Республики по программе кохлеарной имплантации было обследовано и прооперировано 920 пациентов в возрасте от 8 месяцев до 24 лет.

Результаты. Было выявлено 4 случая неправильного введения активного электрода в улитку. Из них 3 случая зафиксировано у детей в возрасте 3–6 лет с аномалиями развития внутреннего уха и 1 случай у взрослой пациентки с нормальной анатомией височной кости. Во всех четырех случаях потребовалось повторное хирургическое вмешательство.

Заключение. Неправильное расположение электродной решетки должно быть включено в дифференциальный диагноз в тех случаях, когда пациенты даже через несколько лет после имплантации не имеют прироста слуха. Экстракохлеарное смещение активного электрода является нечастым осложнением, опубликованный в литературе показатель заболеваемости составляет в среднем 0,37% [16]. Тем не менее этот диапазон скорее всего занижен, и истинная заболеваемость может оставаться неизвестной до тех пор, пока не будет универсальной централизованной базы данных для записи таких случаев. В большинстве подобных случаев, описанных в литературе, и в настоящем исследовании тактика ведения заключается в эксплантации и реимплантации.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, активный электрод, кохлеостома, оссификация лабиринта.

Библиография: 16 источников.

The objective of study: To improve the methods of surgical stage of cochlear implantation by means of analysis of clinical findings during incorrect insertion of the active electrode into the spiral canal of the cochlea and the decision on such patients management.

Materials and methods: At the period of 2014 through 2016, 920 patients aged 8 months to 24 years, were examined and operated on in the Federal State Budgetary Institution Clinical Research Centre of Otorhinolaryngology of the Russian Federation and the Hospital of the Ministry of Internal Affairs named after A. Hejdarov of the Republic of Azerbaijan in the framework of cochlear implantation program.

Results: The authors revealed 4 cases of incorrect insertion of the active electrode into the cochlea. Of them, 3 cases have been observed in children aged 3–6 years with the abnormalities of the inner ear development and 1 case in an adult patient with the normal temporal bone anatomy. Each of the 4 cases required repeated surgery.

Conclusion: Improper positioning of the electrode grid should be included in the differential diagnosis in cases that even in several years after the implantation the patients have no hearing improvement. Extracochlear displacement of active electrode is a rare complication, the published incidence is in average 0.37% [16]. However, this range is probably underestimated, and the true incidence may remain unknown until universal centralized database for recording of such cases is created. In majority of such cases described in the literature and in this study the management approach is explantation and reimplantation.

Keywords: cochlear implantation, active electrode, cochleostomy, labyrinth ossification.

Bibliography: 16 sources.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЛАСТИКИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПОСЛЕ ЕГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТРОМАСТОИДОТОМИИ У РЕБЕНКА

Диаб Х. М., Караян А. С., Корвяков В. С., Михалевич А. Е., Пашинина О. А., Умаров П. У., Кондратчиков Д. С.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России, 123182, Москва, Россия
(Директор – член-корр. РАН, проф. Н. А. Дайхес)

A CLINICAL CASE OF FACIAL NERVE RECONSTRUCTION AFTER ITS DAMAGE DURING ANTROMASTOIDOTOMY IN A CHILD

Diab Kh. M., Karayan A. S., Korvyakov V. S., Mikhalevich A. E., Paschinina O. A., Umarov P. U., Kondratchikov D. S.

Federal State Budgetary Institution Clinical Research Centre for Otorhinolaryngology to the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Moscow, Russia

В статье описан клинический случай пластики лицевого нерва у ребенка 3 лет после его повреждения во время проведения антромастоидотомии по поводу острогнойного мастоидита. В кратком обзоре литературы представлено описание этиологии повреждения лицевого нерва, которое чаще всего связано с отсутствием (невыраженностью) анатомических ориентиров вследствие разрушений при гнойных, опухолевых процессах, а также при распространенной холестеатоме. Восстановление лицевого нерва путем сшивания конец в конец или пластика аутографтом других двигательных нервов до сих пор остается спорным, но перспективным направлением. Данный клинический случай лишний раз подтверждает необходимость проведения мониторинга лицевого нерва во время проведения любых санитизирующих операций на ухе.

Ключевые слова: лицевой нерв, травма лицевого нерва, шов лицевого нерва.

Библиография: 9 источников.

The article describes a clinical case of facial nerve plastic reconstruction in a 3-year-old child after its damage during antromastoidotomy for acute purulent mastoiditis. A brief literature review presents a description of facial nerve damage etiology, which is in most cases related to the absence (poverty) of anatomical landmarks due to destruction in purulent, tumorous processes, as well as in common cholesteatoma. Restoration of the facial nerve by end-to-end stitching or plastic surgery to autografts of other motor nerves is still a controversial but promising direction. This clinical case adds further credence to the need for facial nerve monitoring during any sanitizing ear surgery.

Key words: facial nerve, facial nerve trauma, facial nerve suture.

Bibliography: 9 sources.

Ятрогенное повреждение лицевого нерва не только влияет на черты лица, но и приводит к серьезным нарушениям адаптации в социальном, психологическом и экономическом аспектах жизни пациента. Возникшие нарушения приводят к слезотечению и лагофтальму, эктропиону века, опущению бровей, что в конечном итоге вызывает кератопатию. Потеря мышечного тонуса носового клапана приводит к заложенности носа. Дисгевзия и неэффективное сокращение периоральной мускулатуры ведет к нарушению приема пищи и питья, дизартрии и активному слюнотечению.

Из всех черепно-мозговых нервов лицевой поражается чаще всего по причине его длинного

протяжения в голове. Нерв включает несколько компонентов:

- 1) общий чувствительный (афферентный) – общая чувствительность от небольшой области ушной раковины, наружного слухового прохода, наружной поверхности барабанной перепонки, небольшой области кожи за ухом;
- 2) специальный чувствительный (афферентный) – проведение вкусовых ощущений от передних двух третей языка и мягкого неба;
- 3) бранхиогенный двигательный (эфферентный) – иннервация мимических мышц лица;
- 4) парасимпатический (висцеральный эфферентный) – стимуляция секреции поднижнече-



ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗВИТИЯ СИНУСИТА ПРИ ОПЕРАЦИИ СИНУС-ЛИФТИНГА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАНЕЕ ПРОВЕДЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Егоров В. И., Амхадова М. А., Гергиева Т. Ф., Марченко А. С.

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

THE INTERRELATION BETWEEN THE DEVELOPMENT OF SINUSITIS DURING SINUS-LIFTING SURGERY AND THE PREVIOUS INTERVENTIONS IN THE MAXILLARY SINUS AREA

Egorov V. I., Amkhadova M. A., Gergieva T. F., Marchenko A. S.

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

В статье представлен краткий обзор современной научной литературы, отражающей важность целостности анатомических структур носа, в частности остиомеатального комплекса, при проведении вмешательств в области верхнечелюстной пазухи. Также представлены данные ретроспективного анализа развития послеоперационного синусита у пациентов с ранее проводимыми эндоскопическими вмешательствами в области верхнечелюстных пазух.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, остиомеатальный комплекс, синус-лифтинг, крючко-видный отросток.

Библиография: 19 источников.

The article presents a brief review of contemporary scientific literature, reflecting the importance of the integrity of nose anatomical structures, in particular, ostiomeatal complex, in maxillary sinus surgery. Besides, the authors present a retrospective analysis of postoperative sinusitis in the patients who have previously undergone endoscopic interventions in the area of the maxillary sinuses.

Key words: maxillary sinus, osteomeatal complex, sinus-lifting, unciniate process.

Bibliography: 19 sources.

Проблема верхнечелюстных синуситов является междисциплинарной для стоматологии и оториноларингологии. Согласно мнению ряда авторов послеоперационные синуситы возникают чаще у пациентов с предрасположенностью к такому типу патологии [1–3]. Поэтому важно уметь распознавать как патологию, так и специфические анатомические особенности пазухи, которые могут привести к осложнениям. Немаловажным фактором при определении этих параметров является сотрудничество врача хирурга-стоматолога и врача-оториноларинголога. В фундаментальных работах А. Proetz и W. Messerklinger по исследованию физиологии и патофизиологии носа и околоносовых пазух доказано, что одна из ведущих ролей в развитии воспалительных процессов в параназальных синусах принадлежит боковой стенке носа, где располагаются соустья пазух и узкие ходы между структурами, формирующими эту стенку [4, 5].

Цель исследования. Определить взаимосвязь развития синусита при операции синус-лифтинга у пациентов после ранее проведенного хирургического вмешательства в области верхнечелюстной пазухи.

В настоящее время передовым методом санации очагов хронической инфекции околоносовых пазух является эндоназальная эндоскопическая ринохирургия (FESS – functional endoscopic sinus surgery), которая основана на восстановлении естественных вентиляционно-дренажных путей с наименьшим изменением анатомических структур и максимальным сохранением слизистой оболочки. Понятие «функциональная эндоскопическая хирургия» основано на принципе обратимого изменения слизистой оболочки и принципе сохранения активности цилиарного респиаторного эпителия дыхательных путей, что представляет собой физиологическое состояние здоровых пазух.



ПЕРИЛИМФАТИЧЕСКАЯ И ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ (КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

Егоров В. И.¹, Самбулов В. И.¹, Козаренко М. А.²

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, Москва, Россия
(Директор – проф. Ф. Н. Палеев)

² 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)

PERILYMPHATIC AND INTRACRANIAL HYPOTENSION (A BRIEF REVIEW OF LITERATURE DATA AND AUTHORS' EXPERIENCE)

Egorov V. I.¹, Sambulov V. I.¹, Kozarenko M. A.²

¹ State-Financed Health Institution of Moscow Region Moscow Regional Scientific and Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirovskiy, Moscow, Russia

² Saint-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech of Ministry of Health of the Russian Federation, Saint-Petersburg, Russia

В статье отражаются полиморфность и сложность диагностики синдрома пониженного внутричерепного давления. Подчеркивается необязательность наличия позиционно зависимых цефалгий. Обращается внимание на частое присутствие оториноларингологических проявлений данной патологии в виде понижения слуха, нередко – флюктуирующего, наличие приступов системных головокружений, субъективного ушного шума. Ставится под сомнение редкость возникновения синдрома пониженного внутричерепного давления. На основании собственного опыта предлагаются аудиометрические тесты, позволяющие улучшить диагностику синдрома пониженного внутричерепного давления и, соответственно, перилимфатической гипотензии лабиринта.

Ключевые слова: головная боль, головокружение, внутричерепная гипотензия, флюктуация слуха, сенсоневральная тугоухость.

Библиография: 51 источник.

The article reflects the polymorphism and complexity of diagnostics of low intracranial pressure syndrome. The authors emphasize the facultative nature of positionally dependent cephalgias. Attention is drawn to the frequent otorhinolaryngological manifestations of this pathology in the form of hearing loss, often – fluctuating one, the attacks of systemic vertigo, subjective ear noise. The authors put in question the rarity of low intracranial pressure syndrome. Based on their own experience, the authors suggest audiometric tests to improve the diagnostics of low intracranial pressure syndrome and, correspondingly, perilymphatic labyrinth hypotension.

Key words: headache, vertigo, intracranial hypotension, hearing fluctuation, sensorineural hearing loss.

Bibliography: 51 sources.

Головокружение и головная боль – одни из наиболее частых причин, заставляющих людей обращаться за медицинской помощью. К примеру, в системе здравоохранения Америки каждый год на лечение почти 4 миллионов пациентов с указанными жалобами расходуется 4 миллиарда долларов [1]. Отечественных данных нам найти не удалось.

G. Schaltenbrand впервые в 1938 г. описал синдром спонтанной позиционной головной боли с ригидностью шеи, тошнотой, рвотой, субъективным ушным шумом и головокружением у боль-

ных с низким давлением цереброспинальной жидкости, который в настоящее время называется синдромом внутричерепной гипотензии (СВГ) [2].

Заболеваемость СВГ в странах Запада составляет 2–5 случаев на 100 000 населения [3, 4]. Чаще развивается у женщин, соотношение женщины/мужчины приблизительно 2/1. Появление симптомов, включая головную боль, происходит, как правило, на четвертое-пятое десятилетие жизни [4, 5]. Однако случаи СВГ были описаны во всех возрастных группах [4, 6]. Подчеркивается,



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНССЕПТАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ АТРЕЗИЙ ХОАН В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Егоров В. И., Юнусов А. С., Сайдулаева А. И.

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

TRANSSEPTAL ACCESS IN SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL CHOANAL ATRESIAS IN CHILDREN

Egorov V. I., Yunusov A. S., Saidulaeva A. I.

State budgetary healthcare Institution of Moscow area Moscow's Regional Research Clinical Institute
named after M. F. Vladimirovsky, Moscow, Russia

В статье представлен авторский метод устранения врожденной атрезии хоан транссептальным доступом. За период с 2015 по 2016 г. в ГБУЗ МО МОНИКИ им М. Ф. Владимирского прооперировано 10 детей с врожденной атрезией хоан в возрасте от 2 до 9 лет. У 4 больных (66,7%) хирургическое вмешательство было повторным после операции, выполненной интраназальным доступом. Все атрезии были односторонними, полных атрезий было 6, неполных – 4. Девочек с атрезией хоан было 7, мальчиков – 3. Стойкое формирование просвета хоаны после лечения по предлагаемой нами методике наступает через 3–4 недели после операции, что подтверждено эндоскопическими исследованиями носоглотки, проводимыми в динамике.

Ключевые слова: врожденная атрезия хоан, зарращение хоанальных отверстий, хоанальная атрезия, атрезия полости носа.

Библиография: 8 источников.

This article presents the authors' method of elimination of congenital choanal atresia by transseptal access. At the period of 2015 through 2016, 10 children with congenital choanal atresia aged 2 to 9 years have been operated on in State-Financed Health Institution of Moscow Region Moscow Regional Scientific and Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirovsky, in 4 patients (66.7%) the surgical intervention was repeated after the operation performed by means of intranasal access. All the atresias were unilateral, 6 atresias were complete and 4 – incomplete. There were 7 girls and 3 boys with atresias. Persistent formation of choanal lumen after the treatment according to our method takes place in 3–4 weeks after surgery, which is confirmed by endoscopic nasopharynx examination in dynamics.

Key words: congenital choanal atresia, choanal openings atresia, choanal atresia, nasal cavity atresia.

Bibliography: 8 sources.

Врожденные пороки в структуре детской заболеваемости и смертности занимают одно из первых мест. Ежегодно 5–8% новорожденных рождаются с теми или иными врожденными и наследственными дефектами. У 60% детей пороки развития лица и черепа сочетаются с другими видами аномалий.

В настоящее время, по данным зарубежной и отечественной литературы, на 5000–7000 новорожденных приходится один случай врожденной атрезии хоан. В 90% случаев атрезия хоан бывает костной. Соотношение девочки/мальчики составляет 2:1, чаще встречаются односторонние атрезии (в 75% случаев) [1, 2].

Этиология пороков и аномалий развития до конца не изучена. Общепризнан многофакторный характер врожденных аномалий че-

люстно-лицевой области, который определяется взаимодействием множества разнообразных этиологических причин [2].

Врожденная атрезия хоан является следствием сохранения носонейной мембраны, возникающей между 6-й и 12-й неделями гестации, вследствие сближения и последовательного сращения заднего края сошника с задними концами носовых раковин. Эту патологию впервые описал в 1829 году Otto. Согласно классификации врожденных пороков развития наружного носа и его полости Б. В. Шеврыгина атрезия хоан является персистенцией. Атрезия хоан может быть: одно- и двусторонней; частичной или полной; перепончатой, хрящевой, костной или смешанной [3].

При полной атрезии хоан очень часто одновременно наблюдаются нарушения формирова-



ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА

Еременко Ю. Е.

ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии»,
220004, Минск, Республика Беларусь
(Директор – канд. мед. наук Н. И. Гребень)

EXPERIMENTAL SUBSTANTIATION OF DIAGNOSTIC CRITERIA OF CHRONIC HYPERPLASTIC RHINOSINUSITIS

Eremenko Yu. E.

State Institution Republican Center for Research and Practice in Otolaryngology, Minsk, Belarus

В эксперименте разработана модель формирования локальных хронических воспалительных процессов в полости носа. Установлено, что смоделированное в эксперименте хроническое гиперпластическое воспаление слизистой оболочки полости носа проявляется изменениями поведенческих реакций, снижением прироста массы тела, повышением глубокой температуры тела, развитием толерантности на повторное местное введение инфекционно-аллергических раздражителей, что подтверждает клинические данные о взаимосвязи локального и системного иммунного ответа при хроническом гиперпластическом риносинусите и определяет поиск диагностических характеристик заболевания.

Ключевые слова: воспаление, риносинусит, экспериментальная модель, диагностические характеристики.

Библиография: 6 источников.

The authors in the process of experiment developed a model of generation of local chronic inflammatory processes in the nasal cavity. It has been established that the chronic hyperplastic inflammation of the nasal cavity mucous membrane simulated in the experiment, manifests itself in the changes of behavioral responses, the reduced body weight gain, high deep body temperature, development of tolerance for repeated local injection of infectious-allergic irritants, which confirms the clinical data on the interrelation between the local and systemic immune response in chronic hyperplastic rhinosinusitis and determines the search for diagnostic characteristics of the disease.

Key words: inflammation, rhinosinusitis, experimental model, diagnostic characteristics.

Bibliography: 6 sources.

Воспаление – типовой патологический процесс, который характеризуется однотипным течением вне зависимости от причины, его вызвавшей, и развивается в ответ на любое повреждение ткани (механическое, химическое, термическое, инфекционное или иммунное). В воспалительном процессе различают три последовательно сменяющие друг друга фазы: острое, подострое и хроническое воспаление. Хронический воспалительный процесс характеризуется действием в ткани в качестве медиаторов воспаления цитокинов – белковых веществ, которые выделяют клетки в ходе иммунной реакции. Ведущая роль в хронической воспалительной реакции принадлежит цитокинам 4, 6, 8, ФНО и др. [1].

Воспаление при хроническом полипозном риносинусите (ХПРС) сопровождается изменениями иммунного статуса:

- накоплением плазматических клеток;
- эозинофильной и лимфоцитарной инфильтрацией;

- повышенной проницаемостью стенок сосудов;
- увеличением количества и дегрануляцией тучных клеток;
- отеком собственного слоя слизистой оболочки;
- появлением белковых комплексов [2, 3].

При этом отек стромы вызывает сдавление микроциркуляторных структур, что связывают с морфологическими изменениями в ганглиях и нервных стволах. При хронизации и рецидивировании полипов постепенно начинается формирование фиброзных изменений в слизистой оболочке носа и околоносовых пазух [1, 4]. Назальный секрет – это первая линия защиты слизистой оболочки полости носа [5]. Он контактирует с небольшим количеством цитокинов, других медиаторов воспаления, спродуцированных эпителиальными и иммунокомпетентными клетками. Данные пептиды включаются в регуляцию воспаления и иммунной защиты [4].



ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГРАВИТАЦИИ КРАНИОКАУДАЛЬНОГО НАПРАВЛЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Еремина Н. В.¹, Попов М. Н.²

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург, Россия (Ректор – проф. О. Г. Хурцилава)

² ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443093, г. Самара, Россия (Ректор – лауреат Государственной премии РФ, дважды лауреат премии Правительства РФ, засл. деятель наук РФ, академик РАН, проф. Г. П. Котельников)

THE EFFECT OF CRANIOCAUDAL DIRECTION HYPER-GRAVITATION ON THE STATE OF ACOUSTIC FUNCTION IN PATIENTS WITH OCCUPATIONAL SENSORINEURAL HEARING LOSS

Eremina N. V.¹, Popov M. N.²

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

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Samara State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russia

В работе представлены результаты сравнительного анализа применения гравитационной терапии в комплексном лечении нейросенсорной тугоухости профессионального генеза по данным исследования остроты слуха и тональной пороговой аудиометрии. Под наблюдением находились 62 больных с установленным диагнозом – профессиональной нейросенсорной тугоухостью. Показана наиболее выраженная эффективность комплексного лечения нейросенсорной тугоухости с использованием гравитационной терапии.

Ключевые слова: профессиональная нейросенсорная тугоухость, гравитационная терапия, аудиометрия, острота слуха.

Библиография: 10 источников.

The work provides the results of comparative analysis of gravitational therapy application in complex treatment of sensorineural hearing loss of occupational genesis, based on the results of auditory acuity and tonal threshold audiometry examination. The authors observed 62 patients with the established diagnosis of occupational sensorineural hearing loss. The article presents the most expressed efficacy of complex treatment of sensorineural hearing loss by means of gravitational therapy.

Key words: occupational sensorineural hearing loss, gravitational therapy, audiometry, auditory acuity.

Bibliography: 10 sources.

На протяжении многих десятилетий проблема снижения слуха, его диагностика и лечение не теряют своей актуальности. По данным Всемирной организации здравоохранения численность населения с социально значимыми нарушениями слуха увеличивается с каждым годом, что обусловлено многообразием неблагоприятных факторов, воздействующих на слуховой анализатор [1, 2].

Причиной развития профессиональной потери слуха является воздействие на работников производственного шума, уровень которого превышает утвержденный гигиенический норматив.

В Российской Федерации предельно допустимый уровень шума производственных помещений установлен санитарными нормами и составляет 80 дБА (СН2.2.4/2.1.8.562–96 «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки»). На фоне происходящей интеллектуализации труда, роста удельного веса операторских профессий отмечается повышение значения шумов средних уровней – ниже 80 дБА. Указанные уровни не вызывают потерь слуха, но, как правило, оказывают мешающее, раздражающее и утомляющее дей-



ОСОБЕННОСТИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТОВ НОСА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Иванов С. А.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
246000, г. Гомель, Республика Беларусь

SPECIFIC FEATURES OF ACQUIRED NOSE DEFECTS OF VARIOUS ETIOLOGIES

Ivanov S. A.

Educational Institution Gomel State Medical University, Gomel, the Republic of Belarus

Проанализированы особенности дефектов наружного носа различной этиологии. Исследованы демографические характеристики пациентов, параметры дефектов, особенности реконструктивных мероприятий. Материал: 217 пациентов с приобретенными дефектами наружного носа: удаление злокачественных опухолей – 161, лучевое лечение злокачественных опухолей – 6, травмы – 18, удаление доброкачественных опухолей – 29, другие – 3. Среди пациентов с новообразованиями преобладали лица женского пола, среди травмированных – мужчины. Средний возраст пациентов с новообразованиями выше, чем травмированных. Дефекты после удаления злокачественных опухолей и травматических повреждений имели больший размер и глубину, чаще включали субъединицы нижней трети носа, чаще требовали реконструктивных мероприятий, чем дефекты после удаления доброкачественных опухолей.

Ключевые слова: дефекты наружного носа, реконструкция наружного носа, этиология дефектов носа.

Библиография: 20 источников.

The authors analyzed the specific features of external nose defects of various etiologies and studied the demographic characteristics of the patients, clinical parameters of the defects and the specific features of reparatory activities. Materials: 217 patients with the acquired defects of the external nose: excision of malignant tumors – 161 patients, radiation treatment of malignant tumors – 6 patients, traumas – 18 patients, excision of benign tumors – 29 patients, other etiology – 3 patients. Female patients predominated in oncologic group, male patients – in traumatized group. The average age of the patients with neoplasms was higher than that of traumatized patients. The size and depth of the defects after excision of malignant tumors and traumatic damage were greater, they more often included the subunits of the lower third of the nose and more often required reconstructive actions than the defects after the benign tumors excision.

Key words: external nose defects, external nose reconstruction, nasal defects etiology.

Bibliography: 20 sources.

Наружный нос (НН) является наиболее выступающей частью лица и подвержен интенсивному воздействию внешних повреждающих факторов. Наиболее частые причины образования приобретенных дефектов (ПД): травматические повреждения, удаление опухолей, хронические инфекционные заболевания [1–5]. НН имеет сложный анатомический рельеф и три слоя тканей. Устранение приобретенных дефектов (ПД) этой локализации представляет собой серьезную хирургическую проблему [6–9]. Выбор способа реконструкции зависит от площади, локализации, глубины, состояния окружающих тканей [5–10]. В ряде работ указано, что этиология ПД также может влиять на выбор способа пластического замещения (ПЗ) [3, 5, 11–12].

Этиологические факторы имеют особенности в зависимости от эпохи и географического региона. Исторически самым древним фактором, приводившим к утрате части НН, следует считать механическую травму. Выступающее положение носа приводило к частым повреждениям при столкновениях с животными и людьми [13]. В государствах Древней Индии, Средневековой и Ренессансной Европы было распространено отсечение НН для стигмации преступников и пленных. Утрата НН в поединках гладиаторов и фехтовальщиков была одним из первых вариантов спортивной травмы и становилась показанием к корригирующим мероприятиям [2, 13]. Военные конфликты по мере развития вооружений и числа участников приводили к возрастанию частоты и



РЕЗУЛЬТАТЫ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К ИССЛЕДОВАНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ С ОЦЕНКОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ТРЕХ СИНДРОМОВ: СИНДРОМА ПСАФ АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ, СИНДРОМА МЕСТНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА

Кадыров М. Б., Маградзе Г. Н., Пименов К. П.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, 197022, Санкт-Петербург, Россия (Зав. каф. стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии – А. И. Яременко)

THE RESULTS OF THE SYSTEM APPROACH TO EXAMINATION OF PATIENTS WITH ACUTE INFLAMMATORY DISEASES OF MAXILLOFACIAL LOCALIZATION WITH THE ASSESSMENT OF SEVERITY AND STRUCTURE OF THREE SYNDROMES: SYNDROME OF PSYCHO-SENSOR-ANATOMY-FUNCTIONAL AUTOMISADAPTION, LOCAL INFLAMMATION SYNDROME, SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE SYNDROME

Kadyrov M. B., Magradze G. N., Pimenov K. P.

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

Статья посвящена совершенствованию комплексного исследования больных острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой локализации с позиций системного подхода – оценкой выраженности и структуры трех синдромов: синдрома ПСАФ аутодезадаптации, синдрома местного воспаления (МВ), синдрома системного воспалительного ответа (СВО). На основании анализа результатов комплексного обследования 119 больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации авторы установили следующее.

У больных острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации не выявлено достоверной парной корреляции между выраженностью синдрома ПСАФ аутодезадаптации, синдрома МВ и синдрома СВО в динамике заболевания.

Системный подход к обследованию больных острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации с использованием синдрома ПСАФ аутодезадаптации, синдрома МВ и синдрома СВО позволяет выделить три варианта течения заболевания по соотношению выраженности соматических и психологического компонентов болезни: психосоматический, сбалансированный, соматопсихический вариант.

Системный подход к обследованию больных острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации с оценкой выраженности и структуры синдрома ПСАФ аутодезадаптации, синдрома МВ и синдрома СВО позволяет разработать индивидуально ориентированную программу лечения и своевременно вносить в нее обоснованные коррективы.

Ключевые слова: синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной (ПСАФ) аутодезадаптации, системный подход, синдром местного воспалительного ответа, синдром системного воспалительного ответа, психосоматический тип течения заболевания.

Библиография: 14 источников.

The article is devoted to improvement of comprehensive examination of patients with acute inflammatory processes of maxillofacial localization from the viewpoint of system approach – evaluation of intensity and structure of the three syndromes: syndrome of psycho-sensor-anatomy-functional automisadaption (PSAF), local inflammatory (LI) syndrome, systemic inflammatory response syndrome (SIRS). Based on the analysis of the results of comprehensive examination of 119 patients with acute inflammatory diseases of maxillofacial localization, the authors found the following.



СЕКUNДОМИРИНГОПЕКСИЯ

Корвяков В. С.¹, Диаб Х. М.^{1,2}, Пащинина О. А.¹, Ахмедов Ш. М.¹, Михалевич А. Е.¹

¹ ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России,
123182, Москва, Россия

(Директор – член-корр. РАМН, проф. Н. А. Дайхес)

² ГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н. И. Пирогова», 117197, Москва, Россия

(Зав. каф. оториноларингологии факультета дополнительного профессионального образования –
член-корр. РАМН, проф. Н. А. Дайхес)

SECONDOMIRINGOPEXY

Korvyakov V. S.¹, Diab Kh. M.^{1,2}, Pashchinina O. A.¹, Akhmedov Sh.M.¹, Mikhalevich A. E.¹

¹ Federal State Budgetary Institution “Clinical Research Centre for Otorhinolaryngology
to the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation”, Moscow, Russia

² State Budgetary Educational Institution of Higher Education Pirogov Russian National Research
Medical University, Moscow, Russia

В статье представлены: теоретическое обоснование, методика и результаты секундомирингопексии – операции, направленной на улучшение слуха у пациентов с хронической вторичной улитковой сенсоневральной тугоухостью. Показана необходимость дифференциальной диагностики первичной и вторичной сенсоневральной тугоухости в целях отработки показаний и противопоказаний к выполнению данного хирургического лечения и получения положительных функциональных результатов.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, хирургическое лечение, секундомирингопексия.

Библиография: 7 источников.

This article presents: theoretical substantiation, methodology and results of secondomyringopexy – the operation aimed at improvement of hearing in the patients with the chronic secondary cochlear sensorineural hearing loss. The authors present the necessity of differential diagnostics of primary and secondary sensorineural hearing loss for the purpose of working out indications and contraindications to this surgical treatment and obtaining positive functional results.

Key words: sensorineural hearing loss, surgical treatment, secondomyringopexy.

Bibliography: 7 sources.

По данным Всемирной организации здравоохранения, около 4% людей в мире страдают нарушениями слуха, при этом доминирующей формой является сенсоневральная тугоухость (СНТ). Если на долю кондуктивной и смешанной форм, обусловленных заболеваниями среднего уха, приходится около 30%, то на долю СНТ – около 70% [1]. СНТ принято подразделять на первичную и вторичную [2, 3]. Первичная обусловлена патологическим процессом, происходящим непосредственно в структурах рецептора или анализатора, который вызывает восходящую дегенерацию волосковых клеток улитки, спирального ганглия, волокон слухового нерва и восходящих путей слухового анализатора в головном мозге. Вторичность СНТ состоит в том, что повреждение возникает в результате патологического процесса, имеющего начало вне структур рецепторных

клеток и слухового анализатора, а потому носит функциональный характер, по крайней мере на начальных этапах своего развития. Первичная СНТ, в свою очередь, подразделяется на первичную истинную, обусловленную наследуемой генетической этиологией, и первичную ложную, которая развивается вследствие воздействия ототоксических лекарственных препаратов, инфекций (чаще вирусов, которые тропны к нервной ткани слухового анализатора), сосудистых расстройств, акустической травмы. Вторичная СНТ делится также на ложную, которая может быть обусловлена метаболическими, токсическими, аллергическими, сосудистыми, эндокринными, психоэмоциональными нарушениями, и вторичную истинную, которая характеризуется изменениями во внутреннем ухе, поэтому мы в дальнейшем будем называть ее вторичной кох-



БАЛЛОННАЯ СИНУСОПЛАСТИКА КАК СОВРЕМЕННЫЙ МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ

Лабазанова М. А.^{1,2}, Кириченко И. М.¹, Галкина Т. А.²

¹ ФГБУ «ГНЦ РФ – ФМБЦ им. А. И. Бурназяна» ФМБА России,
123098, Москва, Россия

(Генеральный директор – докт. мед. наук, доцент А. С. Самойлов)

² ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России,
123182, Москва, Россия

(Директор – член-корр. РАН, проф. Н. А. Дайхес)

BALLOON SINUPLASTY AS A PRESENT-DAY MINIMUM INVASION SURGERY METHOD OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE MAXILLARY SINUSITIS

Labazanova M. A.^{1,2}, Kirichenko I. M.¹, Galkina T. A.²

¹ Federal State Budgetary Institution A. I. Burnazian State Scientific Centre of the Russian Federation of the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Moscow, Russia

² Federal State Budgetary Institution Clinical Research Centre of Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Moscow, Russia

В статье приведены литературные и собственные данные о диагностике хронического гнойного верхнечелюстного синусита. Подробно описан метод баллонной синусопластики в лечении хронического верхнечелюстного синусита. Представлены критерии отбора пациентов, ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Ключевые слова: хронический верхнечелюстной синусит, остиомеатальный комплекс, эндоскопическая хирургия, баллонная синусопластика, гайморотомия.

Библиография: 11 источников.

The article presents the literature and the authors' own data on diagnostics of chronic suppurative maxillary sinusitis. The authors describe in details a method of balloon sinuplasty in the treatment of chronic maxillary sinusitis and present the criteria of selection of patients, short-term and long-term treatment results.

Key words: chronic maxillary sinusitis, osteomeatal complex, endoscopic surgery, balloon sinuplasty, maxillary sinusotomy.

Bibliography: 11 sources.

Несмотря на стремительное развитие эндоскопической техники и функциональной эндоназальной хирургии придаточных пазух носа, проблема хронических синуситов до сих пор окончательно не решена [1–4].

По-прежнему существуют разногласия во взглядах на соотношение хирургического лечения и консервативной терапии в лечении больных хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом [5]. Разрабатываются более малоинвазивные вмешательства на околоносовых пазухах при хроническом гнойном верхнечелюстном синусите, среди которых можно выделить метод баллонной синусопластики [6, 7].

Впервые информация о баллонной синусопластике как о возможном методе хирургиче-

ского лечения хронического верхнечелюстного синусита появилась в 2006 году. Тогда же было проведено первое крупное исследование с использованием методики баллонной синусопластики верхнечелюстных пазух. Данный метод был апробирован на 11 секционных препаратах [8–11]. Первым многоцентровым исследованием эффективности данной методики является CLEAR [9]. Тогда методика баллонной синусопластики была применена на 358 синусах. По итогам 24-недельного наблюдения соустье функционировало в 80,5% случаев.

Первые отдаленные результаты после баллонной синусопластики были опубликованы в 2008 году [9, 10]. Пациенты, оперированные в рамках исследования CLEAR и давшие согласие на даль-



ОПЕРАЦИОННЫЕ НАХОДКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Песоцкая М. В., Колядич Ж. В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии»,
220004, Минск, Республика Беларусь
(Директор – канд. мед. наук Н. И. Гребень)

THE FINDINGS OF SURGICAL STAGE OF COCHLEAR IMPLANTATION

Pesotskaya M. V., Kolyadich Zh. V.

State Institution Republican Center for Research and Practice in Otolaryngology, Minsk, Belarus

Проанализированы протоколы операций кохлеарной имплантации (КИ) 261 пациента в возрасте от 8 месяцев до 16 лет. Все операции КИ были выполнены в РНПЦ оториноларингологии в 2010–2017 гг. по разработанному нами методу с приемами, обеспечивающими минимальные степени травматичности и уровни осложнений. Операционные находки были отмечены у 56 (21,5%) пациентов из 261, общее количество находок – 60. Обнаруженные анатомические варианты строения среднего и внутреннего уха были сгруппированы по принципу их отношения к определенному этапу выполнения КИ: доступу к полостям среднего уха – 4 случая (6,66%), доступу во внутреннее ухо – 19 (31,6%), формированию ложа приемника импланта – 30 (50%). В отдельную группу выделены особенности расположения лицевого нерва. У каждого 5-го пациента (21,5%) имелись анатомические особенности, усложняющие проведение операции, повышающие риск осложнений, у каждого 11-го пациента (8,8%) анатомические особенности затрудняли доступ во внутреннее ухо.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, операционные находки, метод выполнения.

Библиография: 4 источника.

The authors analyzed the records of surgery for cochlear implantation (CI) of 261 patients aged 8 months through 16 years. All CI operations were performed at Republican Center for Research and Practice in Otolaryngology at the period of 2010-2017 according to our methods and using the techniques providing the minimal degree of injuries and complications. The surgical findings have been revealed in 56 (21.5 %) of 261 patients, the total number of findings is 60. The detected anatomical variants of the middle and inner ear structure were grouped according to the principle of their relationship to a certain stage of CI: the access to the middle ear cavity – 4 cases (6.66%), the access to the inner ear – 19 (31.6%), the formation of the implant receiver bed – 30 (50%). The specific features of the facial nerve position have been referred to the separate group. Each 5th patient (21.5%) had anatomical features complicating the surgery and increasing the risk of complications occurrence, in every 11th patient (8.8%) the anatomical features complicated the access to inner ear.

Key words: cochlear implantation, operational findings, implementation method.

Bibliography: 4 sources.

Рост распространенности инвалидизирующих потерь слуха, согласно последним статистическим данным ВОЗ, приводит к экономическим затратам, связанным с игнорированием данной проблемы, до 750 миллиардов долларов в год в мировом масштабе [1].

Самый эффективный, не имеющий на сегодняшний день равноценной альтернативы, метод реабилитации пациентов с нейросенсорной глухотой – кохлеарная имплантация. В отличие от тугоухих пациентов, имеющих возможность выбора между слухоулучшающей операцией и электроакустической коррекцией слуха, глухие пациенты такой возможности не имеют. На сегодняшний день в мире насчитывается около 500 000 носи-

телей КИ, в России – 7000. В Республике Беларусь это направление хирургической реабилитации пациентов с нейросенсорной глухотой достаточно новое, только в последние годы оно стало доступным для всех граждан страны Беларусь, имеющих показания. К настоящему времени в республике выполнено более 500 КИ.

Важнейшим условием успеха реабилитации пациентов методом КИ является успешное проведение хирургического этапа. При этом любое хирургическое вмешательство имеет риск развития осложнений [2]. Несмотря на огромное число выполняемых ежегодно операций КИ и множество предлагаемых методов проведения хирургического этапа КИ, вопрос осложнений данного



ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ И ИНФОРМАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЕГО ДИАГНОСТИКИ

Портенко Г. М.¹, Шматов Г. П.²

¹ ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, 170100, г. Тверь, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. Г. М. Портенко)

² ФГБОУ ВО «Тверской государственный технический университет», 170026, г. Тверь, Россия
(Зав. каф. информатики и прикладной математики – проф. Н. К. Жиганов)

CHRONIC TONSILLOPHARYNGITIS AND INFORMATION TECHNOLOGY FOR ITS DIAGNOSTIC

Portenko G. M.¹, Shmatov G. P.²

¹ Federal State Budgetary Institution of Higher Vocational Education Tver State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Tver, Russia

² Federal State Budgetary Institution of Higher Vocational Education Tver State Technical University, Tver, Russia

С помощью современных информационных технологий доказано наличие одного хронического воспалительного заболевания глотки в виде хронического тонзиллофарингита и хронического фаринготонзиллита в зависимости от преимущественного поражения элементов глотки: небных миндалин или слизистой оболочки глотки. В помощь врачу для диагностики данных патологий разработан метод «деревья классификации» по установленным информационно значимым симптомам хронического тонзиллита и хронического фарингита в категориях «Жалобы» и «ЛОП-статус».

Ключевые слова: хронический тонзиллофарингит, хронический фаринготонзиллит, информационные технологии, метод «деревья классификации».

Библиография: 9 источников.

Using the advanced information technologies, the authors proved one chronic inflammatory diseases of the pharynx in the form of chronic tonsillopharyngitis and chronic pharyngotonsillitis depending on predominant damage of the pharynx elements: palatine tonsil or pharyngeal mucosa. To help the doctor in diagnostics of these pathologies, the authors developed a method of “classification trees” according to the established informatively significant symptoms of chronic tonsillitis and chronic pharyngitis in the category “Complaints” and “ENT-status”.

Key words: chronic tonsillopharyngitis, chronic pharyngotonsillitis, information technologies, “classification trees” method.

Bibliography: 9 sources.

Хронический фарингит (ХФ) по своей клинической симптоматике трудно различим с хроническим тонзиллитом (ХТ). Этому способствует отсутствие объективных критериев диагностики хронического тонзиллита [1–6].

Портенко Г. М. с соавт. [6] и Мирзоевой Е. З. с соавт. [7] с помощью современных информационных технологий доказана общность этиологии и патогенеза, а также клинической симптоматики этих двух отдельно выделяемых хронических воспалительных нозологий глотки с помощью кластерного и корреляционного анализов.

Это позволило признать данные нозологии как единый хронический воспалительный процесс глотки, т. е. хронический тонзиллофарингит [8].

Общий патогенез ХТ и ХФ в виде иммунологического, нервно-рефлекторного дисбаланса,

банального и аллергического воспаления приводит к нарушению местного биоценоза глотки, при котором страдают неотъемлемые элементы глотки – как слизистая оболочка глотки (СОГ), так и небные миндалины (НМ). Отсюда необходимо ставить диагнозы: хронический тонзиллофарингит или хронический фаринготонзиллит, учитывая преимущественное поражение одного из элементов глотки – небных миндалин или слизистой оболочки глотки [8, 9].

Анализ информативности симптомов заболевания для любого врача и особенно для оториноларинголога представляет собой сложную медико-биологическую задачу в связи с тем, что симптомы зачастую функционально не связаны друг с другом, имеют слабую связь или наблюдается практически ее отсутствие. Применение для



ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКА С ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ АКТИВНОСТЬЮ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ РУБЦОВ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПО ПОВОДУ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА

Решульский С. С.¹, Дайхес Н. А.¹, Виноградов В. В.¹, Хорук С. М.²

¹ ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, 123182, Москва, Россия
(Директор – член-корр. РАН, проф. Н. А. Дайхес)

² Филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, 680009, г. Хабаровск, Россия
(Директор – С. М. Хорук)

THE OPPORTUNITIES OF USING AN ANTITUMOR ANTIBIOTIC FOR PREVENTION OF LARYNX CICATRICES DEVELOPMENT AFTER ENDOLARYNGEAL RESECTIONS FOR SQUAMOUS CELL CANCER

Reshul'skii S. S.¹, Daikhes N. A.¹, Vinogradov V. V.¹, Khoruk S. M.²

¹ Federal State Institution „Scientific Clinical Centre of Otolaryngology“ of Federal Medical-Biological Agency of Russia”, Moscow, Russia

² Khabarovsk Branch of Clinical Research Centre of Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Khabarovsk, Russia

Развитие медицинских технологий и связанных с этим интерес онкологов к органосохранному лечению привели к увеличению пациентов с рубцовыми деформациями гортани после эндоларингеальных резекций. Разработка принципов профилактики рубцовых деформаций у пациентов после резекций гортани является актуальным и важным вопросом, требующим изучения. В статье приведены сравнительные характеристики двух методов профилактики рубцевания в области передней комиссуры гортани при выполнении эндоларингеальных резекций по поводу плоскоклеточного рака.

Ключевые слова: гортань, рак, рубец, эндопротез, передняя комиссура.

Библиография: 6 источников.

The development of medical technologies and the related interest of oncologists in organ-preserving treatment led to an increase in patients with cicatricial laryngeal stenosis after endolaryngeal resection. The development of the principles of prevention of scar deformities in patients after laryngeal resections is an urgent and important issue that needs to be studied. The article gives comparative characteristics of two methods of prevention of scarring in the area of anterior commissure of the larynx when performing endolaryngeal resections for cancer.

Key words: larynx, cancer, scar, endoprosthesis, anterior commissure.

Bibliography: 6 sources.

Создание лазеров в 60-х годах 20-го века существенно расширило возможности хирурга и положило начало эре лазерной хирургии. Разработка специального инструментария и микроскопов, адаптированных к лазерной установке, сделали возможным выполнение малоинвазивных хирургических вмешательств в области гортани. По мере накопления опыта применения данной методики резонно вставал вопрос о разработке показаний и противопоказаний к использованию метода. Большой интерес лазерная хирургия

представляет в лечении пациентов со злокачественными новообразованиями гортани [1–3].

В 2000 году Европейской рабочей группой по оториноларингологии была создана классификация эндоларингеальных лазерных резекций при злокачественных новообразованиях. В 2006 году классификация была дополнена еще одним типом резекции в области передней комиссуры гортани. На сегодняшний день большинство хирургов мира придерживаются данной классификации при выполнении эндоларингеальных резекций,



ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ РЕТРОТИМПАНАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ СРЕДНЕГО УХА

Семенов Ф. В., Соколов М. Ю.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
350063, г. Краснодар, Россия
(Зав. каф. болезней уха горла и носа – проф. Ф. В. Семенов)

THE USE OF GRAFTS IN RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE RETROTYMPANIC AREA OF THE MIDDLE EAR

Semenov F. V., Sokolov M. Yu.

State Budgetary Educational Institution of Higher Vocational Education Kuban State Medical University
of the Ministry of Healthcare of Russia, Krasnodar, Russia

Вопросы хирургического лечения и реабилитации пациентов, страдающих хроническим гнойным средним отитом (ХГСО), являются одними из наиболее насущных в современной отиатрии. Последнее связано со значительным количеством неудовлетворительных результатов при выполнении как saniрующих, так и реконструктивно-функциональных вмешательств. Большинство отохирургов в настоящее время придерживаются мнения, что наряду с санацией необходимо восстанавливать и архитеконику среднего уха, тем самым устранять предрасполагающие к воспалению условия. И немаловажное значение при решении этой задачи имеет реконструктивная хирургия ретротимпанальных отделов среднего уха.

Ключевые слова: мастоидальная полость, мастоидопластика, трансплантат.

Библиография: 50 источников.

The issues of surgical treatment and rehabilitation of the patients suffering from chronic suppurative otitis media (CSOM) belong to the most urgent problems in the present-day otiatrics. The latter is related to the significant number of unsatisfactory results in both sanitizing and reconstructive-functional interventions. Currently, most otosurgeons hold the opinion that alongside with sanation, it is necessary to restore the middle ear architectonics, thereby eliminating the conditions predisposing to inflammations. Reconstructive surgery of the middle ear retrotympanic regions is of high importance for solving this task.

Key words: mastoid cavity, mastoidoplasty, graft.

Bibliography: 50 sources.

Достаточно распространенным хирургическим вмешательством как у нас в стране, так и за рубежом остается saniрующая операция на среднем ухе с удалением задней костной стенки наружного слухового прохода (открытый тип) [1]. Это связано со значительным количеством больных хроническим гнойным средним отитом, у которых патологический процесс сопровождается развитием холестеатомы, требующей удаления больших участков височной кости. С помощью такой операции, безусловно, можно добиться хорошего saniрующего эффекта, профилактики внутричерепных и вестибулярных осложнений, но к полному выздоровлению больного зачастую она не приводит [2–4]. У 20–30% оперированных пациентов не удается обеспечить стойкую ремиссию. Остаются жалобы на периодическое или постоянное гноетечение из уха, выраженное снижение слуха или полную глухоту на оперированное ухо, возможны шум в ушах, вестибулярные расстройства [3, 4]. Трепанационная полость, обра-

зующаяся после таких операций, точнее ее заживление, многие десятилетия является нерешенной проблемой отохирургии. Особенно выделяются деструктивные формы ХГСО, при которых формируется обширный дефект в области височной кости. По данным Ф. В. Семенова и соавт. (2005), плохое заживление послеоперационной полости, с развитием длительного вялотекущего гнойного процесса, образованием грануляций, кист, рубцовых мембран, наблюдается в 13–35% случаев [5]. У ряда зарубежных авторов встречаются данные о том, что образующаяся в результате полость не заживает у 20–60% оперированных больных в течение 6 и более месяцев [6, 7].

V. D. Jansen (1984) отмечал наличие неэпидермизированной полости после радикальной операции на ухе у 30% больных. Причиной нарушения эпидермизации являлись высокая задняя костная стенка наружного слухового прохода, углубление (карман) в области верхушки сосцевидного отростка, узкий слуховой проход, затруд-



ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО КЛЕЯ НА ОСНОВЕ ЦИАНОАКРИЛАТА ДЛЯ ФИКСАЦИИ КОСТНОЗАМЕЩАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ МАСТОИДОПЛАСТИКЕ

Скибицкая Н. Ф., Семенов Ф. В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
350063, г. Краснодар, Россия
(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – проф. Ф. В. Семенов)

THE USE OF CYANOACRYLATE BIOLOGICAL ADHESIVE FOR FIXATION OF BONE PREPARATIONS IN MASTOIDOPLASTY

Skibitskaya N. F., Semenov F. V.

State Budgetary Educational Institution of Higher Vocational Education Kuban State Medical University
of the Ministry of Healthcare of Russia, Krasnodar, Russia

Целью работы было поставлено улучшение функциональных результатов лечения больных хроническим гнойным средним отитом путем применения биологического клея на основе цианоакрилата для фиксации костнозамещающего вещества при облитерации полости сосцевидного отростка – мастоидопластикой. В исследовании участвовали 40 пациентов с хроническим гнойным средним отитом. Во всех случаях была выполнена санирующая операция открытого типа с облитерацией полости сосцевидного отростка костнозамещающим веществом. В качестве костнозамещающего вещества использовали «Биосит-Ср-Элкор». В основную группу вошло 20 человек, которым было произведено укрепление костнозамещающего вещества биоклеем на основе цианоакрилата. В контрольной группе из 20 человек операции проводили без использования биоклея. Оценку морфологических и функциональных результатов операции проводили после удаления тампонов (на 12-й день), через 1 и 12 месяцев после операции. Проводились отоскопия и компьютерная томография. В процессе исследования выяснилось, что использование биоклея на основе цианоакрилата «Сульфакрилат» при мастоидопластикой снижает риск смещения костнозамещающего вещества из полости сосцевидного отростка в барабанную полость в послеоперационном периоде до образования физиологической фиксации за счет регенерации тканей среднего уха. Клей на основе цианоакрилата не влияет на процесс остеоинтеграции и не оказывает токсического влияния на состояние внутреннего уха.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, мастоидопластика, облитерация трепанационной полости, биоклей на основе цианоакрилата.

Библиография: 16 источников.

The objective of the work was to improve the functional outcomes in the patients with chronic suppurative otitis media by means of application of cyanoacrylate biological adhesive for fixation of bone substance in obliteration of mastoid cavity – mastoidoplasty. The study involved 40 patients with chronic suppurative otitis media. In all cases, the patients were performed an open sanitizing operation with mastoid process cavity obliteration with bone substance. “Biosit-MS-Elkor” was used as bone-replacement substance. The index group included 20 people with bone substance reinforcement with cyanoacrylate biological adhesive. In the control group of 20 people the operations were performed without biological adhesive. Assessment of morphological and functional results of the operation was performed after removal of the swabs (on the 12th day), and in 1 and 12 months after surgery. The patients underwent otoscopy and computer-aided tomography. The study revealed that the use of cyanoacrylate biological adhesive “Sulfacrylate” in mastoidoplasty reduces the risk of displacement of bone substance from the mastoid process cavity into tympanic cavity in the postoperative period before the occurrence of the physiological fixation due to the middle ear tissue regeneration. The cyanoacrylate adhesive does not affect the process of osseous integration and does not produce toxic effects on the inner ear condition.

Key words: chronic suppurative otitis media; mastoidoplasty; cavity obliteration; cyanoacrylate biological adhesive.

Bibliography: 16 sources.

В настоящее время основным методом лечения больных хроническим гнойным средним отитом является санирующая операция, сочетающаяся по показаниям с тем или иным типом тимпаноластики. Санирующая операция на

среднем ухе с удалением задней костной стенки наружного слухового прохода (открытый тип) остается достаточно распространенным хирургическим вмешательством как у нас в стране, так и во всем мире [1–3].



ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А В ЦЕЛЯХ УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ПАЦИЕНТОВ С ДВУСТОРОННИМ ПАРАЛИЧОМ ГОРТАНИ

Станишевский Р. О.¹, Киселев А. Б.²

¹ ЗАО «Медицинский центр „Авиценна“» группы компаний «Мать и Дитя»,
630099, г. Новосибирск, Россия
(Руководитель клиники оториноларингологии – Р. О. Станишевский)

² ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
630091, г. Новосибирск
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Б. Киселев)

THE USE OF BOTULINUM TOXIN A FOR IMPROVEMENT OF BRONCHIAL TREE FUNCTIONS IN THE PATIENTS WITH BILATERAL LARYNGEAL PARALYSIS

Stanishevskii R. O.¹, Kiselev A. B.²

¹ CJSC Medical Center AVICENNA of the group of companies Mother and Child, Novosibirsk, Russia

² State Budgetary Educational Institution of Higher Vocational Education Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Novosibirsk, Russia

В статье приведена оценка использования ботулотоксина типа А в терапии больных двусторонним параличом гортани (ДПГ), основанная на исследовании изменения показателей спирометрии FVC, FEV1, FEV/FVC, PEF, MEF75, MEF50, MEF25 и измерения расстояния между голосовыми складками до и после лечения. Проведено клиническое обследование 19 больных ДПГ, которые в зависимости от метода лечения были разделены на две группы: 1-я группа – 7 больных ДПГ, проводились фонопедические упражнения и дыхательная гимнастика; 2-я группа – 12 больных ДПГ, проводилась инъекция ботулотоксина типа А в мышцы гортани. В динамике лечения у пациентов 1-й группы на фоне фонопедических упражнений и дыхательной гимнастики существенных изменений по спирометрии и эндоскопическом контроле ширины голосовой щели не выявлено, у пациентов 2-ой группы показатели спирометрии до и после лечения составили: FVC – до 3,30 после 3,55; FEV1 – до 1,72 после 2,80; FEV/FVC – до 52 после 78; PEF – до 1,97 после 3,36; MEF75 – до 1,73 после 3,03; MEF50 – до 1,41 после 2,76; MEF25 – до 1,25 после 1,63, расстояния между голосовыми складками составило до введения препарата в среднем 2 мм, через 14 дней после проведенного лечения ботулотоксином ширина голосовой щели составила в среднем 5 мм.

В результате проведенного исследования выявлено улучшение показателей спирометрии: FVC – 41%; FEV1 – 42%; FEV/FVC – 34%; PEF – 35%; MEF75 – 35%; MEF50 – 47%; MEF25 – 46%. Увеличение расстояния между голосовыми складками в среднем составило 50%, о чем свидетельствует эндоскопический контроль. Таким образом, установлено, что применение ботулотоксина типа А улучшает проходимость бронхиального дерева, показатели спирометрии, а также дыхание у пациентов с двусторонним параличом гортани.

Ключевые слова: двусторонний паралич гортани, ботулотоксин типа А, объем форсированного выдоха, спирография, эндоскопия.

Библиография: 16 источников.

The article provides the assessment of the use of Botulinum toxin A in the treatment of patients with bilateral laryngeal paralysis (BLP), based on the study of changes of spirometry parameters FVC, FEV1, FEV / FVC, PEF, MEF75, MEF50, MEF25 and the measurement of distance between the vocal folds before and after the treatment. A clinical examination covered 19 patients with BLP, which, depending on the treatment method, were divided into 2 groups: the 1st group included 7 BLP patients, who did phonopedic exercises and respiratory gymnastics. The second group included 12 BLP patients with Botulinum toxin A injections into the larynx muscles. In the 1st group patients treatment dynamics, no significant changes have been revealed in spirometry and endoscopic control of the width of the fissure of glottis associated with phonopedic exercises and respiratory gymnastics, in the second group patients of spirometry parameters before and after the treatment were as follows: FVC – up to



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА ГОРТАНИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ФОНИАТРА

Степанова Ю. Е., Готовяхина Т. В., Корень Е. Е., Усков А. Е., Певцов Д. И.

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

ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF PREMALIGNANT DISEASES AND LARYNGEAL CANCER IN THE PHONiatric PRACTICE

Stepanova Yu. E., Gotovyakhina T. V., Koren' E. E., Uskov A. E., Pevtsov D. 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

Рак гортани продолжает занимать ведущие позиции среди злокачественных новообразований верхних дыхательных путей. Выявление рака гортани на стадии *in situ* происходит только в 2,3–6% случаев. Это обусловлено сложностью дифференциальной диагностики между дискератозом и раком *in situ* голосовых складок.

Цель исследования – определить патогномичные дифференциально-диагностические признаки видеоэндостробиоскопической и аутофлюоресцентной картины гортани у больных с предопухолевыми заболеваниями и ранними стадиями рака голосовых складок.

В исследование включено 110 пациентов с предопухолевыми заболеваниями и подозрением на ранние стадии рака голосовых складок. Всем больным была выполнена биопсия участков слизистой оболочки, вызвавших онкологическую настороженность. В результате плоскоклеточный рак гортани *in situ* и T1 выявлен у 58 (52,7%), хронический гиперпластический ларингит с дисплазией слизистой оболочки II–III степени тяжести – 32 (29,1%), хронический гиперпластический ларингит с участками метаплазии – 12 (10,9%) пациентов, доброкачественное новообразование – 4 (3,6%), опухолеподобные образования – 4 (3,6%) пациентов.

По данным видеоэндостробиоскопии среди 58 больных раком у большинства, 46 (79,3%) пациентов, колебания голосовой складки и слизистая волна в области поражения отсутствовали. Реже они были сохранены, но уменьшенной амплитуды, нерегулярные. При аутофлюоресцентной эндоскопии практически у всех пациентов наблюдали уменьшение интенсивности флюоресценции – 57 (98,3%) случаев.

У 32 пациентов с дисплазией II–III степени при видеоэндостробиоскопии колебания голосовых складок были уменьшенной амплитуды, нерегулярные – в 30 (93,7%) наблюдениях, слизистая волна останавливалась на участке поражения в 27 (84,4%) наблюдениях. Колебания голосовых складок отсутствовали у 2 (6,3%) больных. При аутофлюоресцентной эндоскопии чаще всего отмечали увеличение интенсивности флюоресценции – 25 (78,1%) пациентов.

Своевременное проведение видеоэндостробиоскопии в сочетании с аутофлюоресцентной эндоскопией гортани позволяет повысить эффективность диагностики предопухолевых изменений и раннего рака голосовых складок.

Ключевые слова: рак гортани, ранняя диагностика, предраковые заболевания гортани, видеоэндостробиоскопия гортани, аутофлюоресцентная эндоскопия гортани.

Библиография: 19 источников.

Laryngeal cancer still occupies the leading position among malignant neoplasms of the upper respiratory tract. The detection of laryngeal cancer *in situ* occurs only in 2.3–6% of cases. It is explained by the complexity of differential diagnosis between dyskeratosis and cancer *in situ* of the vocal folds.

The objective of the study was to identify pathognomonic differential-diagnostic signs of videoendostroboscopic and auto-fluorescent larynx picture in the patients with premalignant diseases and early stages of the vocal folds cancer.

The study included 110 patients with premalignant diseases and suspected for early stage of laryngeal cancer. All the patients underwent biopsy of mucosa areas that caused oncological alertness. As a result, squamous cell carcinomas *in situ* and T1 have been detected in 58 (52.7%) patients, chronic hyperplastic laryngitis with stage 2-3 mucosa dysplasia – in 32 (29.1%), chronic hyperplastic laryngitis with metaplasia sections – 12 (10.9%) patients, benign neoplasms – 4 (3.6%), tumor-like diseases – 4 (3.6%) patients.

According to videoendostroboscopy results, most of 58 patients with cancer, 46 (79.3%) people, had no vocal fold vibrations and mucotic waves. Less frequently they were preserved, but had reduced amplitude and



УДК 616.212.4-006.443

doi: 10.18692/1810-4800-2017-6-135-139

МИЕЛОИДНАЯ САРКОМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Кравцова Е. Н.¹, Щетинина О. В.²

¹ ГБУЗ «Республиканская больница им. В. А. Баранова»,
185000, г. Петрозаводск, Республика Карелия, Россия
(Главный врач – Т. Д. Карапетян)

² ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,
185000, г. Петрозаводск, Республика Карелия, Россия
(Ректор – проф. А. В. Воронин)

MYELOID SARCOMA IN THE PRACTICE OF OTORHINOLARYNGOLOGIST

Kravtsova E. N.¹, Shchetinina O. V.²

¹ State-Financed Health Institution V. A. Baranov Republican Hospital, Petrozavodsk,
the Republic of Karelia, Russia

² State Budgetary Educational Institution of Higher Vocational Education Petrozavodsk State University,
Petrozavodsk, the Republic of Karelia, Russia

Первичная миелоидная саркома (МС) является редкой опухолью. Еще реже с этим заболеванием встречаются оториноларингологи. Это клиническое наблюдение описывает необычный случай заболевания первичной МС у молодой женщины. Многократные морфологическое и иммуногистохимическое исследования не сразу подтвердили диагноз. Этот случай представлен для того, чтобы напомнить о возможности необычной презентации МС в тех случаях, когда врачи сталкиваются с трудностями дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: оториноларинголог, опухоль, миелоидная саркома, оперативное лечение.

Библиография: 16 источников.

The primary myeloid sarcoma (MS) is a rare tumor. Otorhinolaryngologists face this disease even more rarely. This clinical case observation describes an unusual case of primary MS disease in a young woman. First, multiple morphological and immunohistochemical examination did not confirm the diagnosis. This case is shown to remind about the possibility of unusual presentation of MS, when doctors face difficulties of differential diagnostics.

Key words: otorhinolaryngologist, tumor, myeloid sarcoma, operative treatment.

Bibliography: 16 sources.

Миелоидная саркома (МС) (экстремедулярная миелоидная опухоль, гранулоцитарная саркома, хлорома) – это опухоль, с которой практикующий оториноларинголог встречается крайне редко [1–5]. При анализе литературных источников мы не нашли упоминаний о локализации данной опухоли в пределах ЛОР-органов. Описаны клинические наблюдения локализации МС в смежных анатомических областях (орбита, слезная железа, верхнечелюстная кость, кости черепа) [6]. Поэтому описанный случай представляет особый клинический интерес.

Первое описание МС принадлежит перу британского ученого, анатома и врача А. Бернса (1811) [7–9]. Позже, в 1953 году, английский врач А. Кинг заметил, что для таких опухолей характерен зеленоватый цвет. Впоследствии эту опухоль называли «хлоромой», так как она часто имеет зеленый цвет из-за присутствия миелопероксидазы – фермента лизосом нейтрофилов, относящегося к гем-содержащим белкам [1, 2, 10]. В 1967 году Раппапорт предложил для названия этой опухоли термин «гранулоцитарная саркома» [цит. по 3, 4]. В последние годы вместо термина



О МНОЖЕСТВЕННЫХ ЖИВЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПОЛОСТИ НОСА, РОТОГЛОТКИ И УХА

Очилзода А. А.

Городской центр здоровья, 775700, г. Худжанд, Республика Таджикистан
(Главный врач – Г. А. Мирзохошимова)

ABOUT NUMEROUS LIVING FOREIGN OBJECTS IN THE CAVITIES OF NOSE, NASOPHARYNX AND EAR

Ochilzoda A. A.

Municipal Health Centre, 775700, Khujand, the Republic of Tajikistan

Автором представлен случай из практики множественных живых инородных тел – аскариды в полости носа, ротоглотке и ухе.

Особенность данного наблюдения заключается в том, что обнаружено заполнение множественных живых инородных тел – аскарид – в полость носа, ротоглотку и ухо, что встречается крайне редко.

Ключевые слова: живые инородные тела, аскарида, полость носа, ухо.

Библиография: 6 источников.

The author presented a case report of numerous living foreign objects – round worms in the cavities of nose, nasopharynx and ear.

The specific feature of this observation is the fact of crawling of the numerous living foreign objects – round worms – into the cavity of nose, nasopharynx and ear, which occurs extremely rarely.

Key words: living foreign objects, round worms, nasal cavity, ear.

Bibliography: 6 sources.

Инородные тела в ЛОР-органах встречаются сравнительно часто, особенно у детей [1–3].

Однако случаи живых инородных тел наблюдаются значительно реже. Описаны случаи живых инородных тел, таких как рыба в ротоглотке, пиявки в гортаноглотке, в лакунах небных миндалин, в верхних дыхательных путях [1–3], морская улитка в полости носа [4], таракан в наружном слуховом проходе [5].

В доступной литературе нам не удалось найти описания случая множественных живых инородных тел – аскариды в полости носа, ротоглотке и ухе, поэтому считаем целесообразным привести наши наблюдения.

Аскарида во взрослой стадии паразитирует в тонком кишечнике, длина ее достигает 25–40 см [6]. Кишечный аскаридоз может давать ряд осложнений: непроходимость кишечника, аскаридозный аппендицит, аскаридоз печени, поджелудочной железы. Крайне редко отмечается заполнение аскарид в дыхательные пути с развитием асфиксии, при рвоте может попасть в ротоглотку, носоглотку, в полость носа и придаточные пазухи носа.

Больная К-ва З., 8 лет, 8 августа 2010 г. в 2 часа ночи доставлена в ЛОР-клинику Согдийской областной больницы с жалобами на беспокойство,

продолжительные головные боли, головокружение, схваткообразные боли вокруг пупка, периодическую рвоту, неприятные ощущения в полости носа, чувство ползания живого инородного тела в ротоглотке, затруднение носового дыхания и чувство ползания в ухе, тягостное ощущение в ухе, понижение слуха, боль в левом ухе. Состояние девочки средней степени тяжести, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не пальпируются, артериальное давление 110/80 мм рт. ст., пульс 88 ударов в минуту.

Из анамнеза выяснено, что за три дня до обращения больная обследована гельминтологом и лабораторно обнаружены яйца глистов – аскариды. Были назначены противоглистная терапия – альдазол по 200 мг однократно один раз в неделю – и диета. На третьи сутки лечения, внезапно, со слов родителей, состояние ребенка ухудшилось: появились боли в животе, тошнота, периодически рвота, в рвотных массах родители обнаружили 4 аскарид длиной до 15 см.

При осмотре в клинике: при передней риноскопии справа и слева в носовых ходах обнаружены подвижные живые инородные тела черного цвета, дыхание через нос резко затруднено, тупым пуговчатым зондом определено мягкое, ограниченно подвижное живое инородное тело, при смор-