



7. Об организации деятельности дневных стационаров лечебно профилактических учреждений: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09/12/99 №438 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – Послед. обновление 16.01.2007
8. О путях совершенствования организации хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях: Решение Коллегии Министерства Здравоохранения СССР. Протокол №3-1 от 13 февраля 1991 г. // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – Послед. обновление 16.01.2007.
9. Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению: Методические рекомендации N165: Утверждены Первым зам. министра 04.11. 2002 N2002/106 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – Послед. обновление 16.01.2007.
10. О ходе реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачах на 2001–2005 годы и на период до 2010 года: Решение коллегии Минздрава России 20–21 марта 2001 г. №6 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – Послед. обновление 16.01.2007.
11. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология – М.: «Миклош», 2002. – 184 с.
12. Показатели заболеваемости и качества оказания амбулаторной ЛОР помощи больным с патологией уха и верхних дыхательных путей / А. И. Крюков [и др.] // Рос. оторинолар. приложение №1. – 2008. – С. 117–120.
13. Современные аспекты хирургического лечения вазомоторного ринита / Л. Ю. Мусатенко [и др.] // Рос. оторинолар. приложение №2. – 2009. – С. 233–236.
14. Стационарозамещающие формы медицинской помощи в Тверской области и их экономический эффект/ Калининская А. А. [и др.] // Здравоохранение. – 2000. – №3. – с. 73–75.
15. Фанта И. В. Научное обоснование организации специализированной амбулаторно-поликлинической оториноларингологической помощи взрослому населению крупного населенного промышленного города в современных условиях: автореф. дис... канд. мед. наук, СПб., 2000. 18 с.
16. Экономика и управление здравоохранением Р. А. Тлеперишев [и др.] – Ростов-на-Дону: «Феникс». – 2009 – 414 с.

УДК: 616. 284. 1:587. 368:616. 28-008. 1-085

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОНАЗОАУРИКУЛЯРНОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ АДГЕЗИВНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ

Х. М. Маткулиев, Е. К. Ким

EFFECT OF ENDONOSEAURIKULAR ELECTROPHORESIS AND CONVENTIONAL THERAPY OF ADHESIVE MIDDLE OTITIS

Kh. M. Matkhuliev, E. K. Kim

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

(Зав. каф. ЛОР болезней – проф. А. М. Хакимов)

Проведено комплексное обследование 50 больным с адгезивным средним отитом неперфоративной формы, с целью определения степени тугоухости и выраженности патологических изменений трансформационной системы среднего уха. Предложен метод эндоназоаурикулярного электрофореза. Проведена консервативная терапия, которая включала: традиционную терапию (меатотимпанальная блокада, катетеризация слуховой трубы с введением р-ра лидазы). В результате консервативной терапии отмечено, что наиболее эффективно, наряду с традиционной терапией, применение эндоназоаурикулярного электрофореза с раствором хонсурида. При этом отмечено улучшение слуха на 10–20 дб. по всей тон шкале.

Ключевые слова: лекарственный электрофорез, средний отит, лекарственный препарат, слух.

Библиография: 6 источников.

Grade of hearing disturbances and pathology of transformation system of middle ear were studied in 50 patients with nonperforative adhesive middle otitis. Was offered endonoseaurikular electrophoresis as additional method with conventional therapy including myatotomy blockage, catheterization of Eustachian tube with lidasa. Maximal effect of treatment (improvement of hearing on 10–20 dBell) was founded in group of additional use of endonoseauricular electrophoresis with chonsurid with conventional therapy.

Key words: Medicine electrophoresis, middle otitis, medicine, hearing.

Bibliography: 6 sources.



Адгезивные средние отиты (АСО) всегда являлись одной из актуальных проблем в оториноларингологии. Это связано с высоким уровнем данной патологии среди общего количества ЛОР заболеваний, отсутствием тенденции к снижению количества людей, страдающих этим заболеванием. [2]

В последнее время наблюдается увеличение числа больных с нарушением слуха, причиной которого является адгезивный средний отит. [4]

АСО является следствием воспалительных процессов среднего уха и характеризуется понижением слуха и возникновением шума. Основными причинами нарушения слуха при адгезивных отитах являются соединительнотканые спайки, известковые отложения, новообразованная костная ткань слизистой оболочки барабанной полости, анкилоз инкудо-стапедияльного сустава, фиброзное заращение и деструкции цепи слуховых косточек и их неподвижность, окостенение круглого окна. [1, 4]

Причинами этих морфологических изменений являются частые рецидивы среднего отита, нерациональное использование антибиотиков, длительное нарушение функции евстахиевой трубы. [5, 6]

Целью данной работы явилось повышение эффективности консервативного лечения адгезивных средних отитов.

Пациенты и методы

Для решения поставленной цели нами обследованы 50 больных с АСО неперфоративной формы во 2 кл. ТМА. Из них 27 человек составили женщины, 23 человек мужчины в возрасте от 10 до 45 лет. Средний возраст больных составил $26,8 \pm 3,2$ года. Давность заболевания варьировала от 4 мес. до 4 лет. В исследование не включались беременные, лица с наркотической и алкогольной зависимостью, с наличием сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы, болезней крови, наследственных заболеваний, а также больные с первичной нейросенсорной тугоухостью.

Комплексное обследование больных включало: общепринятый осмотр ЛОР-органов, отомикроскопию, акуметрию, пороговую и надпороговую аудиометрию, исследование слуха в расширенном диапазоне частот, ультразвуковое исследование слуха.

Отомикроскопия проводилась при помощи отоскопа фирмы «Ка Ве» что позволило нам дать оценку состояния барабанной перепонки.

Пороговая и надпороговая тональная аудиометрия проведена на аудиометре МА 31. Данные пороговой и надпороговой тональной аудиометрии оценивали по степени понижения слуха, которая определялась согласно международной классификации. 1 степень – потеря слуха 20 – 40 дБ. 2 степень – потеря слуха 40 – 60 дБ. 3 степень – потеря слуха 60 – 90 дБ. 4 степень – потеря слуха 90 и выше дБ. Так же мы определяли дифференциальный порог восприятия силы звука (ДПВС) методом Люшера.

Исследование слуха в расширенном диапазоне частот (РДЧ), ультразвуковое исследование слуха (УЗИ) проводились по методике, предложенной Б. М. Сагаловичем, на звуковом генераторе ГЗ – 102 при помощи пьезокерамического телефона из цирконата-титаната. Полученные результаты исследования слуха в расширенном диапазоне частот и УЗИ позволили нам выявить больных с вторичным поражением сенсоневрального аппарата.

Консервативное лечение включало: традиционную терапию (меатотимпанальная блокада, катетеризация слуховой трубы с введением р-ра лидазы), а так же эндоназоаурикулярный электрофорез с хонсуридом. Эндоназоаурикулярный электрофорез проводился при помощи двух электродов (рис), один из которых вводится непосредственно в наружный слуховой проход к барабанной перепонке, а второй непосредственно в носовую полость к устью слуховой трубы. Под воздействием внешнего электрического поля происходит целенаправленное проникновение лекарственного вещества в барабанную полость.

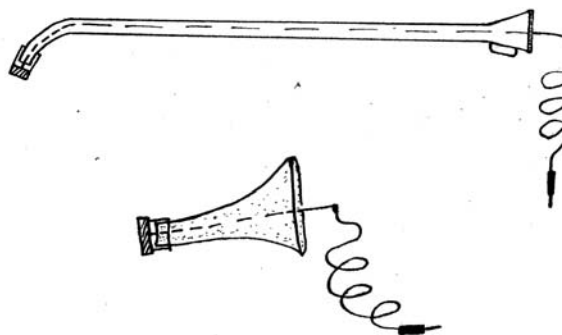


Рис. 1

Рис. 1. Схема эндоназоаурикулярного электрофореза.

Результаты и обсуждение

Из 50 обследованных больных жалобы на понижение слуха и шум в ушах предъявляли 48 человек (96%), 2 человека (4%) жалоб не предъявляли. Из 48 человек, предъявлявших жалобы на понижение слуха, двухстороннее понижение слуха наблюдали 8 человек (16%) от общего количества больных, 40 человек (80%) предъявляли жалобы на понижение слуха с одной стороны.

После проведения акуметрии, у 50 человек (100%) зарегистрировано понижение слуха по типу звукопроводения, в том числе и у 2 человек (4%) не предъявлявших никаких жалоб.

Для выяснения топической диагностики нарушения слуха по тон шкале нами проведена тональная пороговая аудиометрия.

При проведении тональной пороговой аудиометрии выявлено, что понижение слуха на 10–60 дБ на частотах по всей тон шкале наблюдается у 50 человек (100%). В результате проведенной тональной пороговой аудиометрии нами выявлены различные степени нарушения слуха. Так у 20 человек (40%) определилась 1 степень тугоухости, у 18 человек (36%) 2 степень тугоухости, у 12 человек (24%) 3 степень тугоухости.

При определении ДПВС методом Люшера нами выявлено, что у 50 больных (100%) ДПВС колеблется от 1,0 до 2,0, т. е. в пределах нормы.

При исследовании слуха в расширенном диапазоне частот (РДЧ) нами выявлены некоторые особенности изменения порогов восприятия звуков на низких частотах, т. е. от 20 до 100 Гц. У всех 50 человек (100%) нами отмечено отсутствие восприятия тонов на частотах от 20 до 80 Гц, что косвенно свидетельствует о поражении трансформационной системы среднего уха. Такая картина наблюдалась в основном у тех больных, у которых отмечена потеря слуха на 30–40 дБ. на обычной тон шкале (125 – 2000 Гц). На высоких частотах, т. е. от 10 до 20 кГц. нами выявлены ранние признаки поражения нейросенсорного аппарата улитки. Так у 1 больного (2%) на частоте 12 кГц наблюдается обрыв костной и воздушной проводимости, что свидетельствует о поражении звуковосприятия.

При УЗИ слуха у 1 человека (2%) порог слуховой чувствительности находился в пределах нормы, т. е. от 0,6 в – 1,2 в, а у 49 человек составил 0,5–0,6 в. что говорит о нарушении звукопроводящей системы среднего уха.

Для анализа эффективности консервативной терапии, обследованные больные АСО перфоративной формой нами условно разделены на 2 группы. 1 группа включала 25 человек (50%), которым проведена традиционная терапия: меатотимпанальная блокада, адренализация носовых ходов с последующей катетеризацией слуховой трубы и введение р-ра лидазы, электрофорез с лидазой заушной области. Во 2 группу, вошли 25 больных (50%), которые, наряду с традиционным лечением, получили эндоназоаурикулярный электрофорез с хонсуридом.

После проведенной терапии через 30–35 дней нами проведено комплексное аудиологическое исследование слуха с целью оценки эффективности проведенной терапии в сравнительном аспекте.



Результаты аудиологического исследования показали, что у больных 1 группы, которые получили традиционное лечение, отмечено незначительное улучшение слуха на частотах 250–1000 Гц на 5–10 дБ у 8 больных (16%). Во 2 группе, получивших, наряду с традиционным лечением, эндоназоаурикулярный электрофорез с раствором хонсурида отмечена положительная динамика у 19 больных (38%) на 10–20 дБ по всей тон шкале. Это связано с непосредственным воздействием лекарственного препарата, как на барабанную перепонку и барабанную полость, так и на евстахиеву трубу.

Выводы:

1. При АСО неперфоративной формы характерно нарушение слуха по типу звукопроводения и при длительном течении заболевания, а так же при выраженной степени тугоухости наблюдается сенсоневральный компонент нарушения слуха.
2. В результате консервативной терапии было отмечено, что наиболее эффективным, наряду с традиционной терапией, является применение эндоназоаурикулярного электрофореза с хонсуридом. При этом достоверно отмечено улучшение слуха на 10–20 дБ по всей тон шкале.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зеликович Е. И. КТ височной кости в диагностике адгезивного среднего отита. // Вестн. оторинолар.. 2005. – №2. – С. 39–46.
2. Кузнецов В. С. Тенденции закономерности в распространении патологии среднего уха среди городского населения. Мат. Рос. респ. нуч.-практ. ЛОР конф. М. 1976: С. 29–30.
3. Овчинников Ю. М. О роли и месте тимпаносклероза (отоза) в патологии среднего уха. // Вестн. оторинолар. 1975, – №2. С. 8–17.
4. Отвагин И. В. Характеристика нарушения слуха у лиц трудоспособного возраста в ЦФО. // Там же. 2004. №5. – С. 47–49.
5. Пятакина О. К., Гаров Е. В., Дондитов А. Ц. Тимпаносклероз: Клиника, диагностика, причины, патогенез, лечение. Мат. VIII науч.-практ. конф. оториноларингологов Москвы. 1998.: С. 79–80.
6. Радугин К. Б., Овчинников Ю. М. Адгезивный средний отит. М. Медицина, 1972. – 127 с.

УДК: 616. 213. 6–006. 487

**ЭСТЕЗИОНЕЙРОБЛАСТОМА ПОЛОСТИ НОСА
(ОЛЬФАКТОРНАЯ НЕЙРОБЛАСТОМА)**

**Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, В. И. Самбулов,
С. Б. Цагадаева, О. А. Носова, А. В. Ратова, П. С. Ершов**

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского

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

Авторы описывают клинический случай 25-летнего больного с диагнозом эстезионейробластома, у которого рецидив опухоли обнаружен через 10 лет. Данное наблюдение ещё раз подчеркивает необходимость динамического наблюдения больных, страдающих злокачественными опухолями, на предмет выявления рецидивов, регионарных и отдаленных метастазов.

Ключевые слова: эстезионейробластома, хирургическое лечение, лучевая терапия, иммуногистохимия.

Библиография: 14 источников.

The authors represent a clinical case of the patient 25 years of age with the diagnosis esthesioneuroblastoma, at whom relapse of the tumour is revealed after 10 years. The given supervision still time emphasizes necessity of the dynamic supervision of the patients suffering of malignant tumours, for revealing relapses, the regional and distant metastasises.

Key words: esthesioneuroblastoma, surgery, radiotherapy, immunohistochemistry.

Bibliography: 14 sources.