

**Выводы:**

1. При реконструкции дефектов средней и верхней зоны лица возможно использование титановых имплантов и изделий на биополимерной основе, а также перемещенных лоскутов из большой грудной и височной мышцы на питающей ножке, что обеспечивает хороший функциональный и косметический эффект.
2. При выборе способа аутопластического закрытия дефектов средней и верхней зоны лица использование височного лоскута имеет ряд преимуществ перед пекторальным: меньшая травматичность операции; отпадает необходимость корригирующей операции (отсечение питающей ножки).
3. Проведенное перед операцией лечение в виде курса дистанционной гамматерапии в суммарной очаговой дозе более 40 Гр, а также выполненная одномоментно операция на лимфопутях шеи отрицательно влияют на заживление послеоперационной раны.
4. Выполнение радикальной операции в плане комбинированного или комплексного лечения больных с местно-распространенными опухолями средней и верхней зоны лица позволяет достичь хороших ближайших онкологических результатов (годовая выживаемость составила 76,5 %).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина – 2000. – 480 с.
2. Неробеев А. И. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. /А. И. Неробеев, Н. А. Плотников. М.: Медицина – 1997. – С. 21–23.

УДК: 616. 28–008. 14:617. 7–072. 1–07

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОФТАЛЬМОСКОПИИ ПРИ НАЧИНАЮЩЕЙСЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА****Т. В. Шидловская, Е. В. Малиева**

*Государственное учреждение «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко АМН Украины», г. Киев  
(Директор – чл.-корр. АМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)*

Роль сосудистого фактора в развитии сенсоневральной тугоухости (СНТ) показана в работах многих исследователей [2, 5, 6, 9, 12].

**Цель** данной работы – изучить состояние глазного дна у пациентов с начинающейся СНТ.

Эта работа продолжает исследования по изучению офтальмоскопической картины глазного дна при СНТ [4, 10].

**Материал и методы.** При этом нами было обследовано 56 пациентов (что составило 112 ушей и глаз) в возрасте от 19 до 50 лет. Контролем служили 15 здоровых нормальнослышающих лиц в возрасте от 25 до 30 лет, которые не имели контакта с шумом или радиацией, а также сосудистых заболеваний.

Исследовался слух на тоны как в обычном (0,125–8) кГц, так и в расширенном (9–12) кГц диапазонах частот. Исследование слуховой функции производили в экранированной и звукоизолированной камере, где уровень шума не превышал 30 дБ, с помощью клинического аудиометра АС-40.

Состояние глазного дна изучалось с помощью прямой и обратной офтальмоскопии, офтальмоскопии с применением красных и зеленых фильтров, а также с использованием анализа фотографий глазного дна, которые проводились с целью подтверждения визуальных изменений на глазном дне в случаях, вызывающих сомнения.



При осмотре глазного дна нас интересовало наличие или отсутствие визуальных изменений сосудов глазного дна, состояние диска зрительного нерва (ДЗН), наличие начальных или выраженных признаков дистрофических изменений центральной области сетчатой оболочки и в частности макулярной области, с учетом данных наименее выраженных изменений на глазном дне.

В первую группу вошли 19 пациентов (38 глаз) без нарушения слуха в области конвенционального диапазона частот (0,125–8) кГц, но с нарушениями его в области (9–16) кГц.

Вторая группа была сформирована из 22 пациентов (44 глаза) с начальными нарушениями слуха по типу звуковосприятия и повышением порогов слуха на тоны как в конвенциональном, так и в расширенном диапазонах частот.

При изучении глазного дна в контрольной группе изменений диска зрительного нерва (ДЗН), сосудистых изменений и очаговой патологии сетчатой оболочки выявлено не было. При этом ДЗН были бледно-розовые, границы четко контурировали, калибр сосудов был равномерным, соотношение артерий к венам было 2:3 и 3:4, что соответствовало возрастной норме, макулярный и фовеолярный рефлекс четко определялись, что согласуется с данными других авторов. [8]

В первой группе с нормальными показателями слуха на тоны в области 0,125–8 кГц и нарушением его в области 9–16 кГц были выявлены начальные изменения сосудов сетчатой оболочки в 84,9 % случаев от числа обследованных глаз этой группы и проявлялись они в различной форме от легкого ангиоспазма и дистонии сосудов (расширение вен, изменение тонуса, извитость сосудистого дерева) [11] (52,63 % случаев), до умеренно выраженных проявлений ангиопатии сетчатой оболочки (симптом Салюса-Гунна I степени, симптом штопоробразных вен – симптом Гвиста, симптом «бычьих рогов») (26,32 % случаев). [7]

Начальный артериолосклероз сетчатой оболочки был выявлен в 5,26 % случаев.

Изменения зрительного нерва варьировали в пределах от легкой до умеренно выраженной деколорации височных половин, что наблюдалось в 28,9 % случаев. При этом выявленные изменения имели сосудистый характер.

В некоторых случаях деколорация диска зрительного нерва (ДЗН) и ступенчатость границ ДЗН носили сочетанный характер в одном и том же глазу.

Нечеткость границ ДЗН выявлена в 26,3 % случаев. У 1-го пациента в обоих глазах границы ДЗН были смазаны и имели фестончатые края за счет друз диска зрительного нерва, что, однако, не исключает присутствия сосудистых нарушений.

В 1-ом случае причиной ступенчатости (смазанности) нижней и ниже-височной границ был начинающийся застойный диск зрительного нерва на фоне артериальной гипертензии, что подтверждается данными литературы (появление отека ткани ДЗН может быть от незначительной ступенчатости до стадии застойного диска зрительного нерва [1,3]).

В 1 группе у 39,47 % больных были обнаружены начальные дистрофические изменения сетчатки в виде легкой крапчатости и зернистости в макулярной области и в 10,53 % – умеренно выраженные изменения в виде парамакулярных и макулярных желтовато-розовых друзоподобных очажков. Значительно выраженных или грубых дистрофических очагов сетчатой оболочки в этой группе выявлено не было.

При изучении состояния сосудов глазного дна во 2-ой группе с нарушением восприятия слуха на тоны как в конвенциональном (0,125–8 кГц), так и в расширенном (9–16 кГц) диапазонах частота встречаемости изменений, характерная для ангиопатии сетчатой оболочки, возросла более чем в два раза по сравнению с первой группой и составила чуть более половины изучаемых случаев (54,55 %).

Количество глаз с ангиодистонией, напротив, уменьшалось в 2 раза по сравнению с 1-ой группой и составило почти четверть изучаемых глаз (22,72 %).

Начальный артериолосклероз сетчатой оболочки был обнаружен в 13,64 % случаев.

Частота встречаемости глаз с функциональными изменениями сосудов и появление глаз с органическими изменениями сосудов глазного дна объясняется более выраженной сосудистой патологией в этой группе.



В литературе отмечается, что при гистологическом исследовании сосудов сетчатки и хориоидеи при гипертонической болезни (ГБ) (без явных проявлений атеросклероза) выявляется гипертрофия мышечных волокон как следствие стойкого спазма, иногда с плазматическим пропитыванием и явлением гиалиноза [1, 11].

При исследовании глаз в поздних стадиях ГБ или сочетанием ее с выраженным атеросклерозом [1, 11] наблюдается фиброзное изменение стенок артериол с выраженным сужением их просвета и облитерацией.

Патологические процессы, происходящие в артериолах, в дальнейшем приводят к развитию ретинопатий [1].

Сосудистые нарушения являются фоном ретинальных изменений центральной области сетчатки и в частности макулярной. Дистрофические изменения характеризуются от легкой смазанности макулярного рефлекса, нежной крапчатости, зернистости, незначительного перераспределения пигмента до появления грубых дистрофических очагов, сопровождающихся значительным снижением центрального зрения.

Во 2-ой группе начальные дистрофические изменения были выявлены в 54,85 % случаев от общего количества глаз этой группы. В ряде сомнительных случаев для выявления или подтверждения наличия этих изменений использовались офтальмохромоскопия в зеленом или красном свете, а также для детального анализа – фотографии глазного дна.

В 20,45 % были обнаружены умеренно выраженные дистрофические изменения, а именно желтые и желтовато-розовые друзоподобные очажки в макулярной или парамаккулярной области, а также «сухие» светлые очажки и участки выраженной диспигментации макулы. Более грубые дистрофические изменения центральной области сетчатки были обнаружены в 4,55 % случаев.

Во 2-ой группе изменения со стороны ДЗН также носили сочетанный характер в ряде случаев и распределялись следующим образом:

1. побледнение височных половин ДЗН – в 38,8 % случаях;
2. ступеванность границ диска выявлена в 36,4 % случаев.

Сопоставляя результаты офтальмоскопии у обследуемых больных 1 и 2 групп можно отметить следующее. В 1-ой группе преобладают функциональные изменения сосудов глазного дна, характерных для ангиодистоний (52 %), ангиопатии встречаются в 2 раза меньше.

Во 2-ой группе ангиодистонии встречаются в 2 раза реже по сравнению с 1 группой, но ангиопатии возрастают более чем в 2 раза по сравнению с 1-ой группой и носят несколько более выраженный характер чем в 1-ой группе. Частота встречаемости артериолосклероза увеличилась практически в 3 раза по сравнению с 1-ой группой.

**Выводы:** Проведенные исследования показали, что прослеживается определенная зависимость между состоянием слуховой функции и офтальмоскопическими изменениями на глазном дне у больных уже с начинающейся сенсо-невральной тугоухостью сосудистого генеза. Поэтому целесообразно проводить исследования глазного дна с помощью офтальмоскопии и учитывать выявленные нарушения при лечении таких больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бунин А. Я. Микроциркуляция глаза/А. Я. Бунин, Л. А. Кацнельсон, А. А. Яковлева. – М.: Медицина, 1984. – 176 с.
2. Евдошенко Е. А. Нейросенсорная тугоухость/Е. А. Евдошенко, А. Л. Косаковский – К.: Здоров'я, 1989. – 112 с.
3. Жабоедов Г. Д. Патологические аспекты атрофии зрительного нерва как проявление нейрооптической дистрофии/ Г. Д. Жабоедов, Р. Л. Скрипнин, М. В. Сидорова// Международный медицин. журн. – 2002. – т. 8. – № 3. – С. 85–96
4. Значение офтальмоскопии и электрокардиографии при сенсоневральной тугоухости сосудистого генеза/ Т. В. Шидловская, Т. А. Шидловская, Е. В. Малиева и др. //Рос. оторинолар. – 2004. – № 6(13). – С. 44–47.
5. Острая нейросенсорная тугоухость (по материалам клиники болезней уха, горла и носа ММА им. И. М. Сеченова) / Ю. М. Овчинников, Н. П. Константинова, Л. Н. Мельникова и др. // Вестн. оторинолар. – 1996. – № 3. – С. 12–18.
6. Пальчун В. Т. Острая и внезапная нейросенсорная тугоухость/В. Т. Пальчун., Б. М. Сагалович//Там же. – 1994. – № 5–6. – С. 5–12.

7. Патология органа зрения при общих заболеваниях / Ф. И. Комаров, А. П. Нестеров, М. Г. Морголис и др. – М.: Медицина, 1982. – 286 с.
8. Плитас П. С. Офтальмоскопический атлас/П. С. Плитас. – М.:Медгиз, 1960. – 225 с.
9. Покотиленко А. К. Морфологическая характеристика и патогенез внутреннего уха при гипертонической болезни: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. / А. К. Покотиленко К., 1967. – 36 с. /
10. Роль офтальмоскопії та електрокардіографії при сенсоневральній приглухуватості судинного генезу/ Т. В. Шидловська, Т. А. Шидловська, О. В. Малієва и др. //Журн. вушн., нос. та горл. хвор. – 2004. – № 5. – С. 166.
11. Сомова В. В. К вопросу об извитости ретинальных сосудов/В. В. Сомова//Офтальмологический журн. – «Здоровье». – 1987. – № 8. – С. 449–513.
12. Шидловська Т. В. “Сенсоневральна приглухуватість”/ Т. В. Шидловська, Д. І. Заболотний, Т. А. Шидловська. К.: «Логос», 2006. – 752 с.

УДК 612. 72:611–018. 7–053

## ЧАСТОТА БИЕНИЯ РЕСНИЧЕК МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПОЛОСТИ НОСА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

**В. В. Шиленкова**

*\* Ярославская государственная медицинская академия  
(Зав. каф. ЛОР-болезней – проф. А. Л. Клочихин)*

Первое описание цилиарной активности эпителия было сделано Sharpey в 1835 году (цит. по N. A. Cohen, 2006) [8]. Однако, несмотря на более чем 170-летнюю историю изучения принципиальных механизмов двигательной активности цилиарного аппарата (ДАЦА) слизистых оболочек респираторного тракта у здоровых людей и при различных заболеваниях, многие вопросы по-прежнему остаются нерешенными и вызывают повышенный интерес среди исследователей. В частности, до сих пор нет единого мнения о возрастных показателях частоты биения ресничек (ЧБР). По данным отечественных и зарубежных ученых, средние значения ЧБР у взрослых находятся в пределах от 5 до 12 Гц [4, 5, 9, 10,11, 12]. М. А. Chilver с соавторами, изучив ДАЦА у 76 здоровых индивидуумов в возрасте от 6 месяцев до 43 лет, установил, что у детей ЧБР достоверно выше, чем у взрослых. По данным автора у 95 % обследованных детей ЧБР в среднем составила 12,8 Гц, в то время как у 95 % взрослых – 11,5 Гц ( $p < 0,01$ ). В остальных случаях показатель ДАЦА был от 6 до 24 % ниже установленной ими нормы [7].

В последнее время в отечественной литературе замечен значительный интерес к изучению ДАЦА слизистых оболочек верхних дыхательных путей и влияния на ЧБР различных лекарственных препаратов и болезней [1, 2, 3, 5, 6]. Однако в детской практике данный вопрос изучен не достаточно. Отсутствуют возрастные показатели ЧБР цилиарного эпителия полости носа у детей.

**Целью работы** явилось определение возрастных норм частоты биения ресничек слизистой оболочки полости носа у здоровых детей.

**Материал и методы.** Для решения поставленной задачи обследовано 38 здоровых детей в возрасте от 7 до 17 лет. Девочек было 20, мальчиков – 18. Средний возраст детей составил  $12,9 \pm 2,5$  лет. Ограничение в возрасте (не моложе 7 лет) было обусловлено тем, что процедура взятия соскоба со слизистой оболочки полости носа для подсчета ЧБР не является безболезненной, в особенности при заборе материала со средней носовой раковины. Поэтому было решено исключить из исследования группу дошкольников. Все дети были разделены на три возрастные группы: младший школьный возраст (7–10 лет), средний школьных возраст (11–14 лет) и подростковый возраст (15–17 лет). Первую возрастную подгруппу составили 10 детей, из них 5 мальчиков и 5 девочек. Во вторую возрастную группу вошли 13 детей (6 мальчиков и 7 девочек), в третью – 15 детей (7 мальчиков и 8 девочек).