

Таблица 1.
Структура повторно освидетельствованных больных с тугоухостью по возрастным группам за 1997 — 2003 г. г.

Год	Общее число больных		Возрастные группы, оба пола					
			Женщины до 44 лет, мужчины до 49 лет		Женщины 45-54 лет, мужчины 50-59 лет		Женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
1997	52	100	35	67,3%	13	25,0%	4	7,7%
1998	42	100	26	61,9%	12	28,6%	4	9,5%
1999	54	100	36	66,7%	15	27,8%	3	5,6%
2000	62	100	47	75,8%	12	19,4%	3	4,8%
2001	67	100	42	62,7%	19	28,4%	6	9,0%
2002	64	100	40	62,5%	16	25,0%	8	12,5%
2003	68	100	40	58,8%	16	23,5%	12	17,6%
Всего:	409	100	266	65,0%	103	25,2%	40	9,8%

Таблица 2. Результаты переосвидетельствования больных с тугоухостью за 1997 — 2003 г. г.

Год	Группа инвалидности						Инвалидом не признан		Всего больных	
	II		III		Ребенок - инвалид					
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
1997	1	1,9%	51	98,1%					52	100
1998	2	4,8%	40	95,2%					42	100
1999			54	100,0%					54	100
2000	1	1,6%	59	95,2%	1	1,6%		0,0%	62	100
2001	3	4,5%	61	91,0%	1	1,5%	2	3,0%	67	100
2002	2	3,1%	55	85,9%	4	6,3%	3	4,7%	64	100
2003	2	2,9%	57	83,8%	6	8,8%	3	4,4%	68	100
Всего:	11	2,9%	378	92,2%	12	2,9%	8	2,0%	409	100

По социальному составу это были преимущественно рабочие (52,1%), учащиеся составили 31,0%, служащие — 16,9%.

Лица физического труда составили 52,1%, умственного — 47,9%.

Таким образом, контингент инвалидов вследствие нейросенсорной тугоухости имеет свои особенности и включает относительно большую долю лиц III группы с доминированием женщин — инвалидов в различных возрастных группах со сроком переосвидетельствования. Этот контингент является перспективным в плане реабилитации и нуждается в целенаправленных реабилитационных программах.

Анализ повторной инвалидности вследствие нейросенсорной тугоухости по данным районных БМСЭ г. Москвы за 1997 — 2003 г. г. позволяет сделать следующие выводы:

1. Большинство лиц (90,5%), повторно признанных инвалидами, приходится на трудоспособный возраст.
2. При переосвидетельствовании больных, имеющих инвалидность вследствие нейросенсорной тугоухости, представляется следующая картина: инвалиды II и III группы составляют 95,1% больных, повторно признанных инвалидами, причем большую часть из них составляют инвалиды III группы (92,2%).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРОЛАРИНГОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОСМОТРОВ

И.В. РАЙЦЕЛИС, О.В. ЗИНЧЕНКО.
ООО «Клиника промышленной медицины «Оренбурггазпром», Оренбург.

Высокий уровень распространённости злокачественных новообразований гортани, составляющих 50-60% от всех опухолей лор-органов, и тенденции к его росту определяют необходимость более тщательного проведения дифференциальной диагностики между заболеваниями гортани с целью раннего выявления данной патологии. В этом большую помощь отоларингологу оказывает фиброларингоскопия (ФЛС). Данное исследование с одновременной видеозаписью проводится врачом-эндоскопистом совместно с врачом-отоларингологом.

Работающие на предприятиях ООО «Оренбурггазпром» подвергаются воздействию вредных промышленных факторов, таких как углеводороды, сероводород, пиридин, запыленность, общее переохлаждение. Проявляя «онконастороженность» при проведении периодических профессиональных медицинских осмотров работающих во вредных производственных условиях, мы достаточно часто назначаем ФЛС-исследование. ФЛС назначается пациентам, во время осмотра которых у врача-отоларинголога возникает подозрение на новообразование гортани, при необходимости взя-

тия фрагмента слизистой гортани для цитологического и гистологического исследований, а также в случае трудности проведения не прямой ларингоскопии (свернутый, малоподвижный лепесток надгортанника, прикрывающий собой голосовую щель).

За период с 2001 по 2005 г. нами проведено 60 ФЛС, из них ФЛС + биопсия — 26 (43,3%). Исследования проводились фибробронхоскопом Olympus BF-30 с щипцевой и браш-биопсией (для забора тканей на гистологическое и цитологическое исследования). Обследовано мужчин 54 (90%), женщин 6 (10%), в возрасте от 30-40 лет — 5 (8,3%), 41-50 лет — 19 (31,7%), 51-60 лет — 32 (53,3%), старше 60 лет — 4 (6,7%). У 50 человек (83,3%) были выявлены следующие заболевания: хронический ларингит — 28 (56%), доброкачественные образования (фибромы, папилломы, кисты) — 5 (10%) (фото № 1), злокачественные — с-г гортани — 6 (12%) (фото № 2), предраковые заболевания — дисплазия 2 (4%), кератоз — 3 (6%), лейкоплакия — 4 (8%). Заболевания гортани выявлены у 49 мужчин (98%) и 1 женщины (2%), в возрасте от 30-40 лет — у 4 (8%), 41-50 лет —



у 15 (30%), 51-60 лет — 27 (54%). Больные с с-г гортани были в возрасте от 49 до 57 лет.

В 1 случае выявлены эндоскопические признаки с-г гортани, при гисто- и цитологических исследованиях — дискератоз. В 3 случаях проводились контрольные исследования (2 пациентам после лучевой терапии, 1 больному для гистологического подтверждения с-г гортани). Все выявленные больные взяты на диспансерный учёт и направлены на лечение в Областной онкологический диспансер или в Областной центр эндо- и микрохирургии верхних дыхательных путей.

Таким образом, ФЛС является необходимым и обязательным методом исследования гортани при подозрении на хронические и онкозаболевания с целью их дифференциальной диагностики, а также у пациентов с особенностями анатомии гортани, что позволяет на более ранних сроках выбрать и провести наиболее эффективное лечение.

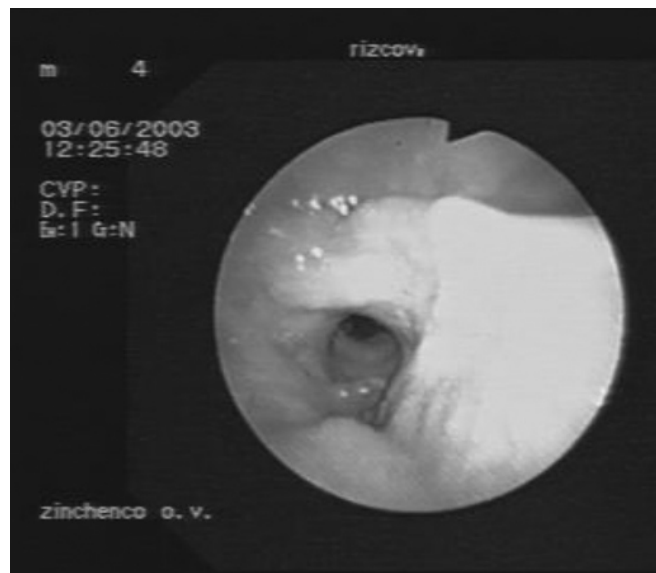


Фото 1. Папиллома гортани



Фото 2. Плоскоклеточный рак гортани

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МИЦЕТОМЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

О.В. МОРОЗОВА.

Кафедра оториноларингологии КГМА.

Грибковое тело (мицетомы) чаще всего выявляется в верхнечелюстной пазухе и может иметь те же клинические проявления, что и синуситы, вызванные другой патогенной флорой, включая зловонный насморк. Наиболее вероятной причиной образования грибкового тела в верхнечелюстной пазухе является проникновение в нее во время пломбирования верхнего зуба пломбировочного материала. Дело в том, что при достаточно больших размерах пазухи верхушки корней шести зубов (от клыка до третьего большого коренного) могут находиться очень близко от ее дна. Иногда периодонт этих зубов и слизистая дна верхнечелюстной пазухи разделяются лишь тонкой пластинкой кости.

В малопневматизированных черепах самыми близкими к пазухе являются первый, второй и третий большие коренные и второй малый коренной зубы. Высокий процент случаев интимной анатомической связи зубов с верхнечелюстной пазухой объясняет, почему клинически довольно часто наблюдается переход воспалительного процесса с корней зубов на слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи, а при пломбировании зубного канала проникновение пломбировочного материала через поврежденную костную пластинку в полость синуса.

При лучевых методах диагностики обнаруживаются патологические изменения в околоносовых синусах, характерные для хронического воспалительного процесса, проявляющиеся гиперплазией слизистой оболочки, наличием патологического содержимого. Нередко определяются рентгеноконтрастные включения, представляющие собой пломбировочный материал. При

эндоскопическом осмотре полости носа и, в частности, среднего носового хода, остиомеатального комплекса, выявляются воспалительные изменения слизистой оболочки в виде отдельных полипов, гиперплазии, блокирующие естественное соустье верхнечелюстной пазухи. При эндоскопическом исследовании самой верхнечелюстной пазухи с целью диагностики или во время хирургического вмешательства находят серо-черные, реже серовато-желтые фрагменты напоминающего глину вещества — плесневого грибка рода *Aspergillus*, размеры которых могут варьировать от 1 мм и менее до размера практически самой пазухи. Характерно среди грибковых масс наличие одного или нескольких плотных кусочков зубной пломбы — основного причинного фактора данного заболевания. Слизистая оболочка пазухи утолщена, воспалена. Удаление грибкового тела вместе с пломбировочным веществом — единственный метод лечения этого заболевания. При неполном удалении грибковых масс или пломбировочного материала заболевание может рецидивировать.

В ринологическом центре г. Казани было обследовано 19 пациентов с мицетомой верхнечелюстной пазухи, 12 женщин и 7 мужчин в возрасте 20-55 лет. Длительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет. Во всех случаях процесс был односторонним. Обследование включало выяснение анамнеза, эндоскопию полости носа при помощи ригидных эндоскопов 0° и 30° производства НПО «ЭлеПС», рентгенокомпьютерное исследование околоносовых синусов, определение мукоцилиарного клиренса слизистой оболочки носа, микроскопическое исследование содержи-