



Амбулаторное наблюдение через 3 месяца микологическое исследование трехкратно с интервалом в 10 дней. Результаты микологического исследования отрицательные. 25. 05. 07 произведена операция – тимпаноластика по IV типу. Через месяц после операции – перфорации нет, отмечается полное приживание трансплантата.

Аудиограмма – сокращение костно-воздушного разрыва в пределах речевых частот на 20–25 дб, смешанная форма тугоухости I–II степени.

Наблюдение в динамике – признаков рецидива отомикоза в течение 6 месяцев не наблюдалось. У данной больной отмечен клинический и функциональный эффект, который выражается в местном излечении клинических проявлений отомикоза и в улучшении слуха до уровня I–II степени.

Таким образом, при наблюдении 25 больных с отомикозом послеоперационной полости среднего уха, из которых 15 больным было проведено комплексное лечение с применением озонотерапии, системных антифугальных препаратов, ревизией послеоперационной полости с последующей тимпанопластикой, отмечена эффективность лечения, выражающаяся в улучшении клинико-функционального результата: уменьшении количества рецидивов в 4,6 раза в исследуемой группе в сравнении с контрольной группой (13,00% и 60,00% соответственно).

Выводы:

1. Дифференцированный подход к анализу выявленных клинико-лабораторных, функциональных и патоморфологических изменений микотических трепанационных полостей среднего уха является одним из условий рационального планирования тимпаноластики при отомикозах среднего уха.
2. Озонотерапия в комплексном лечении микотических послеоперационных полостей среднего уха способствует повышению эффективности лечения отомикозов среднего уха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отомикоз: Метод. рекомендации / А. И. Крюков, В. Я. Кунельская, А. Н. Петровская и др. – М., 2002. – 12 с.
2. Патологические состояния оперированного в прошлом среднего уха и их хирургическое лечение. Метод. рекомендации. / Н. В. Мишенькин, В. И. Лошилов, Л. И. Иванова и др. – Омск, 1980. – 21 с.
3. Толстов Ю. П. О клиническом значении состояния трепанационной полости у больных, перенесших радикальную операцию на среднем ухе / Ю. П. Толстов, И. А. Аникин // Вестн. оторинолар. – 1999. – №1. – С. 44–46.

УДК: 616. 22–008. 5–036. 12–07–08

ВЕГЕТОКОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА

И. Ю. *Герасимова, Е. М. *Зеленкин, Н. В. **Мингалев**

**МЛПУ «Городская клиническая больница №1», г. Новокузнецк
(Главный врач – Д. Г. Даницгер)*

***ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава»*

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Н. В. Мингалёв)

****ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрава», г. Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

Несмотря на широкое внимание, уделяемое в научной литературе патологии голосовых расстройств, многие вопросы лечения, изучения нервно-соматического статуса, вегетативных нарушений у пациентов, остаются до настоящего времени недостаточно изученными [1, 12, 18, 19]. В терапии голосовых расстройств наибольшее распространение нашли медикаментозные



и логопедические методы восстановления голоса [3, 7, 9, 11, 13, 17, 20]. Вместе с тем, неадекватное, либо несвоевременно начатое лечение, особенно у лиц голосо-речевых профессий, затягивает сроки выздоровления и способствует переходу острого процесса в хронический, что нередко может приводить к профессиональной непригодности пациента [5].

Литературные данные свидетельствуют, что у больных с расстройствами голоса, нередко выявляется вегетативная дисфункция, которая может рассматриваться как одна из причин функциональной недостаточности диэнцефальной области, обеспечивающей индивидуальный тембр голоса. В связи с этим, помимо фоновосстановительных методов, в целях усиления эффективности лечения у больных с нарушениями голоса, необходима медикаментозная коррекция вегетативного статуса. В последнее время в практике нашел применение «дневной» транквилизатор грандаксин для нормализации вегетативных расстройств [2, 4, 14, 15, 16].

Цель исследования. Усовершенствовать комплексное лечение больных с рецидивирующими нарушениями голоса путем применения вегетокорректора грандаксина, с учетом состояния вегетативного статуса и клинической характеристики заболевания.

Материал и методы. Нами было обследовано и пролечено 86 больных с рецидивирующими нарушениями голоса, 28 (34,8%) мужчин, 58 (65,2%) женщин, в возрасте от 16 до 65 лет, которые обратились в фониатрический кабинет поликлиники МЛПУ «ГКБ №1» г. Новокузнецка. Средний возраст составил $43,2 \pm 3,7$ года. У 74,3% обследованных больных профессия была связана с постоянной голосовой нагрузкой (учителя школ, преподаватели вузов, учащиеся музыкальных училищ). У всех больных выявлялись жалобы, собирався анамнез, выяснялась частота и длительность нарушения голоса, стаж работы с голосовой нагрузкой, наличие ЛОР заболеваний, сопутствующей соматической патологии. Клинико-функциональные характеристики голоса включали слуховую балльную оценку голоса, время максимальной фонации (ВМФ), балльную оценку показателей электроларингостробоскопии – индекс вибраторной недостаточности (ИВН) по Иванченко Г. Ф. (1992) [10]. Показатели голосовой функции оценивались в день обращения пациента, в процессе лечения на 7, 14 день и через 3 месяца от начала лечения больного.

Учитывая, что в задачу исследования входила оценка вегетативного статуса, больные консультировались неврологом. Для выявления возможной вегетативной дисфункции у пациента нами был использован опросник Вейна [6] и спектральный анализ вариабельности ритма сердца [1, 8].

В результате проведенного обследования у 46 (53,5%) больных были выявлены функциональные дисфонии, у 29 (34%) больных – краевые новообразования голосовых складок, у 11 (12,5%) – хронический ларингит. У всех больных был выявлен синдром вегетативной дисфункции (по шкале опросника Вейна количество набранных баллов было более 15 у всех пациентов). По данным спектрального анализа вариабельности ритма сердца был выявлен напряженный вегетативный баланс, энергодефицитное состояние организма у всех пациентов (уровень спектральной плотности мощности очень медленных колебаний был менее 30 баллов). При слуховой оценке голоса средняя степень охриплости была выявлена у 66 больных (3 балла), легкая степень охриплости – у 18 (2 балла), глухой голос определялся у 2 пациентов (1 балл). У всех больных показатели времени максимальной фонации не соответствовали норме (у женщин $9,76 \pm 1,58$ с, у мужчин $11,92 \pm 1,79$ с), средние показатели индекса вибраторной недостаточности были значительно больше 1 балла ($1,83 \pm 0,19$).

Все больные, в зависимости от проводимого лечения были разделены на две группы: основную – 44 человека и сравнительную – 42 человека.

В процессе лечения больным было рекомендовано ограничение голосового режима, отказ от курения, приема алкогольных напитков, острой, раздражающей пищи, проводились функциональные тренировки голосового аппарата, занятия дыхательной гимнастикой. Лечение функциональных дисфоний было комплексным. При гипотонусной дисфонии назначался экстракт элеутерококка по 30 капель по утрам в течение 4 недель, вливание в гортань 0,3 мл 0,1% адреналина на 1,0 мл физиологического раствора, 10 сеансов на курс. Проводились ингаляции с щелочной минеральной водой, 10 сеансов на курс, по 5 минут. Также применялись: электро-



форез с ионами кальция на воротниковую зону, 10 сеансов на курс, амплипульс на область гортани, 5–7 сеансов на курс. При гипертонусной дисфонии назначался миодаксам по 150 мг 3 раза в день, курс лечения 10 дней, вливания в гортань 0,5 мл 0,5% новокаина на 1,0 мл физиологического раствора, 10 сеансов на курс. Из физиотерапевтических процедур больные получали электрофорез с ионами брома на воротниковую зону, 5–7 сеансов на курс. При обострении хронического ларингита назначалась антибиотикотерапия – юнидокс по 100 мг один раз в день, в течение 10 дней, вливание в гортань раствора гентамицина 8 мг, один раз в день, курс 7–8 сеансов, ингаляции 0,5% диоксида, 10 сеансов по 6 минут.

Краевые новообразования голосовых складок (узелки, полипы) удалялись под местной анестезией эндоларингеально. После операции больным проводилось внутриворганное вливание суспензии гидрокортизона 0,5 мг на одно вливание, 8–10 сеансов на курс.

Все больные основной группы, помимо вышеприведенного лечения, получали грандаксин по 50 мг 2 раза в день, в течение 3 недель.

Основными объективными критериями выздоровления являлись: восстановление ранее измененных голосовых складок (отсутствие воспалительных изменений), нормальные показатели ВМФ, нормализация амплитуды и частоты колебаний голосовых складок, положительный феномен краевого смещения слизистой оболочки, приближение ИВН к 1,0 баллу.

В результате проведенного лечения 86 больных с рецидивирующими нарушениями голоса получены следующие данные. В основной группе через 3 месяца голос восстановился полностью у 32 (70,5%) пациентов, до глухого у 12 (27,5%), средние показатели ВМФ у всех пациентов были нормальными (у женщин $16,55 \pm 1,44$ с, у мужчин $21,33 \pm 2,04$ с), средние показатели ИВН нормализовались и составили $1,03 \pm 0,05$ баллов у всех больных ($p=0,03$). В сравнительной группе через 3 месяца голос полностью восстановился у 4 (9%) больных, глухой голос определялся у 29 (70%) человек, легкая степень охриплости у 9 (21%) пациентов, средние показатели ВМФ составили у женщин $14,31 \pm 1,71$ с, у мужчин $16,77 \pm 0,78$ с, причем у 34 (81%) пациентов нормальные показатели ВМФ не определялись, средний показатель ИВН составил $1,17 \pm 0,08$ и стал нормальным (1 балл) у 10 (23,8%) пациентов.

Уровень вегетативной дисфункции в основной группе нормализовался у 34 (77%) пациентов, у остальных 10 (23%) пациентов снизился на 65,8% по сравнению с исходными данными. В сравнительной группе уровень вегетативной дисфункции нормального показателя не достиг у всех пациентов, но снизился по сравнению с исходным на 27,8% ($p<0,05$).

В основной группе показатели спектральной плотности мощности очень медленных колебаний вариабельности ритма сердца (СПМ VLF) достоверно улучшились по всем пяти спектрам, данные соответствовали нормальным показателям (более 30 баллов) ($p=0,03$). Показатели СПМ VLF в сравнительной группе достоверно улучшились при проведении теста умственной нагрузки и в периодах восстановления, по остальным двум спектрам нормальные показатели не определялись ($p=0,08$).

Длительность временной нетрудоспособности в основной группе составила $14 \pm 1,9$ дней, в сравнительной группе – $18,7 \pm 2,5$ дней, значительно больше, чем в основной группе ($p<0,05$).

Выводы:

Анализ полученных результатов показал, что применение вегетокорректора грандаксина является эффективным методом лечения больных с рецидивирующими нарушениями голоса, приводит к быстрому восстановлению голосовой функции, нормализации вегетативного статуса, сокращает число дней временной нетрудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н. А. Влияние фонационной нагрузки на показатели кардиореспираторной системы при гипотонусной дисфонии / Н. А. Агаджанян, Ю. С. Василенко, А. И. Смирнова // *Vestn Otorinolaringol.* – 2005. – №4. – С. 15–17.
2. Александровский Ю. А. Грандаксин глазами психиатров и интернистов / Ю. А. Александровский // *В мире лекарств.* – 1999. – №2.
3. Алиматов Х. А. Неврологические и морфофункциональные аспекты дискинезий гортани: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. / Х. А. Алиматов. Казань, 1995. – 36 с.



4. Артеменко А. Р. Грандаксин в лечении психовегетативных расстройств / А. Р. Артеменко, В. Ю. Окнин // Медицинские новости. – 2001. – №11.
5. Василенко Ю. С. Голос. Фониатрические аспекты. / Ю. С. Василенко // М.: Энергоиздат, 2002.
6. Вейн А. М. Эффективность грандаксина в коррекции психовегетативных расстройств. / А. М. Вейн, А. Р. Артеменко, В. Ю. Окнин и др. // Клиническая медицина. – 1999. – №6. – С. 41–45.
7. Вильсон Д. К. Нарушения голоса у детей. / Д. К. Вильсон // Пер. с англ. М.: Медицина, 1990.
8. Герасимова И. Ю. Способ прогнозирования и коррекции лечения функциональных нарушений голоса / И. Ю. Герасимова, А. Н. Флейшман // Пат. РФ 2299009. – 20.05.2007.
9. Дмитриев Л. Б. Фониатрия и фонопедия. / Л. Б. Дмитриев, Л. М. Телелева, С. Л. Таптапова и др. // Руководство. М.: Медицина. – 1990. – 214 с.
10. Иванченко Г. Ф. Функциональная микрохирургия у больных с нарушением голоса при параличах и рубцовых деформациях гортани: Автореф. ...дис. д-ра мед. наук. – М., 1992. – 269 с.
11. Калинин М. А. Клинико-физические особенности функциональной голосо-речевой системы у преподавателей школ: Автореф. дис.... докт. мед. наук. – /М. А. Калинин. Архангельск, 2000. – 29 с.
12. Лебедев И. А. Психическая патология у лиц, страдающих функциональными голосовыми расстройствами (особенности клиники и лечения): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. /И. А. Лебедев. М., 1993. – 43 с.
13. Орлова О. С. Система логопедической работы по профилактике и коррекции нарушений голоса у лиц речевых профессий: Автореф. дис. ...докт. пед. наук. О. С. Орлова. М., 1998. – 56 с.
14. Поморцев А. В. Применение грандаксина для коррекции биоритма вегетативного тонуса у женщин с наружным генитальным эндометриозом / А. В. Поморцев, Г. В. Гудков, И. В. Поморцева и соавт. // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. – 2000. – №1. – С. 120–125.
15. Регистр лекарственных средств. – М., 2003.
16. Штрыголь С. Ю. Транквилизаторы (анксиолитики): фармакологические свойства, направления совершенствования, проблемы безопасности применения / С. Ю. Штрыголь, Т. В. Кортунова, Д. В. Штрыголь // Провизор. – 2005 – №20. – С. 45–47.
17. Юрков А. Ю. Функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных с полипами голосовых складок / А. Ю. Юрков, Т. И. Шустова, Ю. Е. Степанова // Вестн. оторинолар. – 2000. – №3. – С. 52–54.
18. Яхин К. К. Пограничные психические расстройства у больных с дисфониями (психосоматические соотношения) / К. К. Яхин, Л. К. Галиуллина // Consilium medicum. – 2007. – Т. 02. – №2. – С. 37.
19. Янов Ю. К. Влияние функционального состояния вегетативной нервной системы на течение послеоперационного периода при удалении полипов голосовых складок с помощью Nd:YAG-лазера / Ю. К. Янов, А. Ю. Юрков, А. Е. Усков с соавт. // Вестник оториноларингологии. – 2005. – №3. – С. 32.
20. Long-term outcome of hyperfunctional voice disorders based on a multiparameter approach. / Van Lierde KM, Claeys S, De Bodt M, et al. // Voice. 2007 Mar; 21 (2):179–88.

УДК: 616. 321+617. 53] –002. 36:614. 256–08

ОБ ОШИБКАХ ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ БОКОВЫХ ФЛЕГМОН ГЛОТКИ И ШЕИ

Г. М. Григорьев, Х. Т. Абдулкеримов, С. А. Мальцев

ГОУ ПВО Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Х. Т. Абдулкеримов)

Среди гнойных осложнений воспалительных заболеваний боковые флегмонозные процессы глотки и шеи занимают особое место. В отличие от паратонзиллярного и заглоточного абсцессов, диагностика и лечение которых не вызывает особых затруднений, распознавание этих процессов в начальной стадии не всегда возможно, а их локализация (близость гортани, магистральных сосудов шеи и средостения) представляет опасность для жизни пациентов [1, 3–8].

Особенностями этих состояний являются наличие многообразных причин и быстрое распространение инфекции по венозной лимфатической сети, а также по клетчаточным пространствам шеи вплоть до средостения; осложнениями же могут явиться стеноз гортани, аррозийное кровотечение, сепсис, медиастинит, тромбоз кавернозного синуса, гнойный менингит [2, 9].

По Международной классификации болезней (МКБ – 10, 1996) предусмотрены следующие шифры для различных флегмонозных процессов в области боковой стенки глотки и шеи: