

ФГУ «НКЦ
оториноларингологии
ФМБА России»,
Москва

ГУ «МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского»,
клиника и кафедра
оториноларингологии,
Москва

Диагностика и лечение кохлеовестибулярных нарушений

Д. м. н., проф. О.В. Зайцева

Проблема диагностики и лечения кохлеовестибулярных нарушений — одна из наиболее актуальных в современной оториноларингологии, что определяется высоким уровнем заболеваемости и недостаточной эффективностью существующих методов лечения.

В нашей стране число больных с кохлеовестибулярными нарушениями составляет 13-14 человек на 10 тыс. населения [2]. При массовых обследованиях в Российской Федерации значительные нарушения слуха отмечены у 0,68—2% населения [6]. Отечественные и зарубежные авторы едины во мнении о преобладании среди лиц, страдающих кохлеовестибулярными расстройствами, наиболее активного и трудоспособного населения, что придает этой проблеме социальную значимость [1, 16].

Диагностические возможности современной медицины позволяют в короткие сроки клинически установить диагноз. Чаще больные приходят на прием к отоневрологам спустя довольно длительное время от начала заболевания, когда симптомы, определяющие клиническую картину, уже ярко выражены [3]. Поздняя обращаемость облегчает диагностику, но, к сожалению, нередко ухудшает лечебный прогноз. Среди причин развития кохлеовестибулярных нарушений у лиц трудоспособного возраста на первом месте стоит вертебробазиллярная сосудистая недостаточность и остеохондроз шейного отдела позвоночника [1, 16].

Клинически кохлеовестибулярный синдром проявляется нарушением

слуховой и вестибулярной функции и характеризуется шумом в ушах и нарушением слуха при поражении слухового анализатора, системным головокружением, нарушением равновесия, появлением спонтанного нистагма при поражении вестибулярного анализатора. Все это может сопровождаться вегетативными нарушениями в виде тошноты, рвоты, повышения или снижения артериального давления, бледностью или гиперемией кожных покровов.

Головокружение — один из наиболее частых симптомов, встречающихся в медицинской практике. Среди причин обращения к врачам разных специальностей оно составляет 3-4%. При опросе более 20 тыс. человек в возрасте от 18 до 64 лет выяснилось, что за последний месяц более 20% испытали головокружение, из них свыше 30% страдают головокружением на протяжении более 5 лет [18]. При опросе 1000 человек в возрасте старше 65 лет, проведенном N. R. Colledge, R. M. Barr-Hamilton в 1996 г., о наличии головокружения сообщили 30% респондентов [12]. Головокружение нередко приводит к значительному ухудшению качества жизни больного, ограничивая его независимость от посторонней помощи в обиходе, зачастую вызывая стойкую утрату трудоспособности.

Головокружение развивается в результате дисбаланса сенсорной информации, поступающей от основных афферентных систем, обеспечивающих пространственную ориентацию, — вестибулярной, зрительной и проприоцептивной. Большое значение имеют также наруше-

ния центральной обработки информации и эфферентного звена двигательного акта. Кроме того, определенную роль играет патология опорно-двигательного аппарата.

Считается, что приступ головокружения в основном обусловлен изменением функциональных взаимосвязей между симпатической и парасимпатической нервной системы в сторону преобладания функции парасимпатической системы. Эти изменения сопровождаются сосудодвигательными нарушениями во внутреннем ухе с повышением проницаемости стенок сосудов и последующим увеличением количества эндолимфы в вестибулярном аппарате. В некоторых случаях приступ может быть спровоцирован умственным или физическим переутомлением, употреблением спиртных напитков, простудным заболеванием [7].

Головокружение подразделяют на вестибулярное и невестибулярное, иначе его интерпретируют как системное или несистемное. Известно, что системное головокружение связано с раздражением определенных участков вестибулярного анализатора и в зависимости от уровня поражения бывает периферическим и центральным. Периферическое вестибулярное головокружение (vertigo) возникает при поражении сенсорных элементов ампулярного аппарата и преддверия, вестибулярного ганглия и нервных проводников ствола мозга. Центральное вестибулярное головокружение возникает при повреждении связи с вестибулярными ядрами в стволе мозга, нарушении связей с мозжеч-



ком, медиальным продольным пучком, с глазодвигательными ядрами и их собственными связями, нарушении вестибулоспинальных и вестибулоретикулярных связей (тракта), а также связей с корой головного мозга [10].

Наиболее часто встречающиеся случаи системного головокружения можно разделить на три группы:

- 1) головокружение, сопровождающееся тугоухостью;
- 2) головокружение, не сопровождающееся тугоухостью;
- 3) головокружение с центральными неврологическими симптомами [11].

Головокружение лабиринтного происхождения всегда доброкачественное, причиной же центрального головокружения могут быть тяжелые неврологические заболевания. Периферическое вестибулярное головокружение обычно интенсивнее, чем центральное, и сопровождается вегетативными проявлениями (тошнотой, рвотой, побледнением, потливостью и др.). При центральном головокружении тошнота и рвота обычно отсутствуют.

Периферическое вестибулярное головокружение — это головокружение приступообразного характера различной интенсивности (от слабых до бурных атак). При остром начале пациенты ощущают движение предметов в сторону больного уха, в эту же сторону направлен и нистагм, в стадии угнетения — в противоположную сторону. Продолжительность приступов может колебаться от минут до нескольких часов, недель, месяцев. Периферическое головокружение всегда сопровождается спонтанным нистагмом — клиническим, горизонтальным или горизонтально-ротаторным, разной интенсивности, степени, ассоциированным с гармоничным отклонением туловища и рук в сторону медленного компонента. Отмечается положительное влияние поворота головы (в сторону медленного компонента нистагма). Как правило, периферическое вестибулярное головокружение — процесс односторонний и сопровождается нарушением слуховой функции на пораженной стороне. Экспериментальные пробы выявляют угнетение (кроме начального периода заболевания) [10].

При центральном вестибулярном головокружении при изменении позиции глаз вправо или влево — изменяется и направление нистагма, а также отсутствует гармоничное отклонение рук.

Установление причин головокружения весьма важно, поскольку обе-

спечивает реальную возможность проведения патогенетически обоснованного лечения и выбора адекватной профилактической тактики. Наиболее известна классификация, предложенная G.R. Holt и J.R. Thomas в 1980 году, согласно которой к этиологическим факторам относятся:

- заболевания среднего и внутреннего уха воспалительного и невоспалительного характера;
- заболевания центральной нервной системы;
- поражения органов шеи, в том числе дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника;
- метаболические и гематологические причины;
- нарушения, вызванные лекарственными веществами;
- инфекционные поражения;
- кардиогенные расстройства;
- прочие причины [5].

Современное отоневрологическое обследование включает в себя ряд тестов и довольно продолжительно (1,5-2 ч на одного больного). **Калорические тесты** (тепловой и холодной) осуществляются способом орошения наружного слухового прохода по его заднее-верхней стенке водой (при наличии перфорации барабанной перепонки — воздухом). Температура воды (воздуха) должна быть минимум на 7°C выше или ниже температуры крови пациента. Обследуемый находится в положении лежа на спине таким образом, чтобы его голова располагалась под углом 30° к горизонтальной оси. По теории Р. Барани, под влиянием охлаждения или нагревания отдельных участков полукружных каналов эндолимфа изменяет свою плотность, в связи с чем охлажденные частицы эндолимфы опускаются вниз, а теплые поднимаются вверх. Движение эндолимфы вызывает раздражение вестибулярного аппарата. Причиной калорического нистагма являются конвекционные токи эндолимфы, возникающие в результате изменения ее плотности при нагреве и охлаждении. Оцениваются направление, длительность и амплитуда нистагма.

Вращательный тест Барани — пациент в кресле Барани с опущенной вперед на 30° головой (горизонтальные каналы в плоскости вращения). Исследователь с помощью специальной ручки производит 10 полных оборотов кресла за 20 с в обе стороны с интервалом 5 мин. После остановки кресла обследуемый поднимает голову и фиксирует взгляд на предмете, расположенном на

60—70 см от лица и смещенном от средней линии в сторону, противоположную вращению, на 45°. В норме — нистагм мелкоамплитудный I степени, длительностью 20—30 с. При вращении происходит раздражение лабиринтов, находящихся в плоскости вращения, причем в большей степени того, в котором после остановки ток эндолимфы направлен к ампуле.

Тест плавного слежения. Проведение его необходимо, поскольку большинство вестибулометрических тестов основываются на оценке движения глаз, важно оценить состояние собственно глазодвигательной функции конкретного обследуемого. Данный тест дает возможность выявить асимметричные движения, «догоняющие» (корректирующие) саккады, указывающие на патологические изменения центральной нервной системы (нарушения глазодвигательной функции, поражение зон коры головного мозга в затылочной и/или теменной долях, в варолиевом мосту или мозжечке). Обследуемый следит взглядом (голова неподвижна) за кончиком карандаша, движущегося в горизонтальной плоскости (вправо-влево) на расстоянии примерно 60 см от его лица. Врач наблюдает за движением глаз пациента, оценивая их плавность и содружественность.

Тест саккад — два предмета (например, кончики карандашей) устанавливаются на расстоянии 50—60 см от лица больного, формируя угол 30—40°. Пациенту предлагается переводить взгляд с одного кончика карандаша на другой. Точность исследования повышается при слежении за движущимися стимулами (например, карандашами), перемещающимися по случайному принципу (рандомизированные саккады). Саккады — это быстрые содружественные отклонения глаз (длительностью от 10 до 80 мс) в быструю фазу вестибулярного и оптомоторного нистагмов, начальная фаза реакции прослеживания, когда скачком глаза «захватывается» движущаяся зрительная цель при зрительном обследовании внешнего мира. Отклонение результатов от принятой нормы может свидетельствовать о наличии ретролабиринтных нарушений.

Оптокинетический нистагм исследуют с помощью вращающегося барабана с нанесенными на него черными и белыми полосами. Барабан вращается рукой исследователя или приводится в движение мотором с определенной скоростью. Большой располагается на расстоянии 1 м от цилиндра. Частота оптокинетиче-

**Чем больше мы узнаем
о головокружении...**

**тем большее значение
приобретает**

Бетасерк 24

- ✓ Удобство приема:
1 таблетка 24 мг всего 2 раза в день
- ✓ Быстрое купирование острых приступов вестибулярного головокружения и болезни Меньера
- ✓ Надежная профилактика рецидивов вертиго
- ✓ Улучшение функции слуха, лечение шума и звона в ушах
- ✓ Отсутствие седативного эффекта и отличная переносимость в пожилом возрасте



НОВАЯ УПАКОВКА БЕТАСЕРКА 24 мг

60 таблеток

УДОБНО – 1 упаковка на 1 месяц

ЭКОНОМИЧНО – на **20%** дешевле



ского нистагма увеличивается по мере возрастания скорости вращения цилиндра с 1 до 6 об/мин. Для ретролабиринтных нарушениях характерны дизритмия, полное выпадение реакций или изменение формы нистагменных циклов.

Расстройство функции равновесия является весьма серьезной проблемой для больных с кохлеовестибулярными нарушениями, поскольку пациенты нередко оказываются неспособными выполнять не только профессиональные обязанности, но и элементарные действия в быту.

В оценке состояния вестибулярной функции большое внимание уделяется исследованию способности человека поддерживать вертикальное положение тела — функции равновесия, осуществляющейся посредством установочных рефлексов, которые удерживают центр тяжести тела в пределах проекции площади его опоры. В свою очередь система поддержания равновесия тела, функционирующая с участием вестибулярной рецепции, проприорецепции, мозжечка и мышечных эффекторов, совместно с системами ориентировки в пространстве и локкомодий образуют статокинетическую систему, обеспечивающую следующие функции:

- ориентировку человека в пространстве (сенсорика);
- поддержание равновесия тела в статике и динамике (моторика);
- энергетическое обеспечение двигательных актов (трофика).

К традиционным тестам оценки вестибулярной функции, диагностически довольно надежным, относятся пробы Ромберга, Унтерберга, Бабинского—Вейля, указательная проба Барани. Перечисленные исследования в последние годы утратили свое значение, поскольку в специализированных клиниках используют специальное оборудование для вестибулометрии и усложненные тесты.

Одним из способов выявления атаксии является постурография (стабилография). Применяемые ранее методики проведения стабиллографического исследования предполагали проведение проб, часто сопровождающихся вегетосенсорными проявлениями: обследование на аппарате, конструкция которого предусматривала качательные движения в горизонтальной и сагиттальной плоскостях тензи- и механодатчиками и регистрировались на компьютере, контроль спонтанных и поствращательных отклонений при помощи «пишущего стержня» и шкалы, укрепленных к креслу Барани [8].

Для выявления нарушений статокинетической устойчивости были предложены пробы, не сопровождающиеся вегетосенсорными проявлениями: медленные наклоны головы в сагиттальной и фронтальной плоскости, повороты головы вправо и влево с последующей ходьбой по прямой линии, а также алгоритм «пятка — носок», шагательная проба [14]. Использование современной аппаратуры значительно расширило диагностические возможности проведения статокинетических исследований, позволило проводить информативную качественную и количественную оценку функций равновесия. Современным научным вариантом пробы Ромберга является проведение исследования на балансной платформе, являющейся центром прибора, оценивающего функцию равновесия в количественном отношении [15]. Отклонение тела исследуемого регистрируется находящимися по углам платформы четырьмя сенсорными датчиками, суммарный сигнал от которых выводится на двухкоординатный дисплей, причем регистрируемый разброс движений составляет статокинезиграмму, дополнительную диагностическую информацию дают графические изображения частоты и амплитуды отклонений центра тяжести исследуемого (гистограмма и стабиллограмма). Компьютерная обработка результатов обследования позволила получить простой, точный и высокоинформативный метод диагностики статокинетических нарушений — метод цифровой постурографии.

Для дифференциальной диагностики различных нарушений функции равновесия используются нагрузочные функциональные пробы с одновременной постурографией: пробы с оптокинетической стимуляцией, максимальным поворотом головы вправо и влево, дозированной пороговой вращательной стимуляцией, с фиксацией зрения [13].

Проблема эффективного лечения кохлеовестибулярных нарушений является актуальной до настоящего времени. Существующие методы лечения нарушений слуха и равновесия не во всех случаях удовлетворяют больного и врача. Принцип индивидуального плана лечения, зависящего от этиологии, патогенеза, сроков начала лечения, сформулированный в работах ряда авторов, позволяет добиваться успеха в лечении больных с кохлеовестибулярными нарушениями.

Кроме индивидуального подхода к лечению больных кохлеовестибуляр-

ными нарушениями следует отметить и общие лечебные принципы:

— госпитализация в острых и тяжелых случаях;

— этиотропность терапии;

— использование специфических препаратов, воздействующих на вестибулярную систему — вертиголитиков;

— применение дополнительных медикаментов — вазоактивных, антихолинергических, нейротропных, витаминов группы В;

— применение гипербарической оксигенации, ИРТ, эндаурального фонофореза и фоноэлектрофореза. Раннее начало лечения в большей части случаев позволяет добиться успеха: в первые часы с момента заболевания — положительный результат достигается в 80—90% наблюдений, причем у 52—75% больных наступает полная реабилитация слуха. Лечение, начатое в первые 3 дня, обеспечивает улучшение слуха в 63% наблюдений и в 15% его полное восстановление [9].

Принимая во внимание существующее в настоящее время предположение о том, что ухудшение кохлеарного кровообращения часто служит причиной или вовлекается в патогенез головокружения, для лечения больных с кохлеовестибулярными расстройствами необходимо использовать лекарственные вещества, положительно влияющие на кровоснабжение внутреннего уха. К таким препаратам относятся сосудистые препараты общего действия — папаверин, никотиновая кислота, винпоцетин, пентоксифеллин (кроме свойств, характерных для винпоцетина, обладает способностью улучшать реологические свойства крови и повышать содержание АТФ в тканях головного мозга).

При поражении внутреннего уха токсического генеза рекомендуются препараты, влияющие на процессы тканевого обмена (витамины группы В, комплекс отоневринкоферментов, теобромин и др.), а также антидоты в качестве дезинтоксикационных препаратов, особенно при поражении внутреннего уха антибиотиками (йодистый калий, унитол и др.).

При повышении тонуса сосудов с признаками венозного застоя применяются сосудорасширяющие и спазмолитические препараты, влияющие на транспорт электролитов (эуфиллин, папаверин, дибазол и др.), осмотически активные вещества (глицерол, маннитол и др.), препараты, влияющие на синаптическую передачу (дифенин, прозерин и др.), повышающие устойчи-

вость сенсорных систем (пирацетам, ноотропил, фенибут и др.). При длительности заболевания 1—4 недели применение диуретиков достаточно эффективно: удаётся не только улучшить слух, но и добиться полной или частичной компенсации вестибулярной функции. Довольно активно в последние годы применяется разработанный В.Т. Пальчуном в 1989 г. метод эн-

даурального фонофореза и фоноэлектрофореза препаратов, улучшающих микроциркуляцию внутреннего уха (кавинтон, трентал, компламин, эуфиллин и др.) или обладающих гипотензивным и α -адреноблокирующим действием (клофеллин, сермион и др.), позволяющим добиться успеха более чем в половине случаев.

Однако наиболее специфическим действием на вестибулярную систему, особенно при головокружении, обладают препараты-вертиголитики, к которым относится бетагистин (Бетасерк®). Этот препарат является слабым агонистом Н1- и сильным антагонистом Н3-гистаминовых рецепторов в структурах лабиринта и мозга, ответственных за вестибулярную функцию (микроциркуляторное русло внутреннего уха, рецепторный аппарат лабиринта, вестибулярные ядра ствола мозга). За счет такого действия усиливается выделение гистамина в этих структурах (гистамин является одним из основных нейромедиаторов в вестибулярном аппарате), что приводит к устранению кохлеовестибулярных расстройств [17]. Кроме того, в исследовании показано также улучшение кровотока в вертебробазиллярном бассейне на фоне применения Бетасерка [19]. Важной особенностью бетагистина является способность ускорять вестибулярную компенсацию — восстановление вестибулярной функции после поражения, что отличает его от вестибулярных супрессантов (циннаризин, антигистаминные препараты, бензодиазепины), подавляющих компенсаторные возможности [20]. При обследовании 220 человек с кохлеовестибулярными нарушениями компенсация вестибулярной функции достигнута у 100%, улучшение слуха — у 58%, полное исчезновение ушного шума — у 18% больных, при этом длительность ремиссии составляла 2—6 мес [4]. Применение бетагистина дигидрохлорида как в качестве монотерапии, так и в комбинации с антиагрегантами и ноотропными препаратами оказывает значительный положительный эффект у больных с кохлеовестибулярными нарушениями.

В период с января 2009 по май 2010 года под нашим наблюдением (амбулаторным) находилось 57 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет (32 женщины и 25 мужчин) с кохлеовестибулярными нарушениями (с давностью заболевания от 6 мес до 6 лет и частотой приступов головокружения не реже 1 раза в месяц).

Всем пациентам проводилось комплексное аудиологическое и вестибулологическое исследование, включавшее исследование спонтанной отоневрологической симптоматики, оптокинетического нистагма, тесты плавного зрительного слежения, зрительных саккад, позиционный тест Дикса/Холлпайка, битермальный (+30° и +44°) бинауральный калорический тест, вращательный тест с записью на VNG Stad Alone Unit VO 25 (Heinemann Medizintechnik GmbH), исследование статики, координации на постурографическом комплексе Smart EquiTest Balans Master (NeuroCom), электрокохлеография на установке Nicolet Viking Ques и/или дегидратационный тест. Повторная аудиометрия, вестибулометрия и постурография проводились сразу по окончании лечения и спустя 2 мес. Дополнительные исследования включали рентгенографию височных костей по Стенверсу, при необходимости магнитно-резонансную томографию головного мозга; рентгенографию шейного отдела позвоночника, при необходимости магнитно-резонансную томографию, экстра- и транскраниальную доплерографию. Всем больным выполняли общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму.

Причиной начала заболевания у большинства (37 больных, 64,9%) явились сосудистые нарушения в виде нейроциркуляторной дистонии, атеросклероза, патологической извитости и сужения сосудов краниовертебральной области, гипертонической болезни. У 7 человек (12,3%) причины развития кохлеовестибулярных нарушений установить не удалось.

Спонтанная вестибулярная симптоматика зарегистрирована у 8 (14%) человек, в том числе в виде спонтанного нистагма — у 2 (3,5%) пациентов, который был горизонтальный, мелкоамплитудный, клонический, I степени. Экспериментальная вестибулярная гипо- и гиперрефлексия (по результатам калорической и вращательной проб) зарегистрирована у всех пациентов. Гипорефлексия проявлялась отсутствием или продолжительностью калорического нистагма не более 40 с. Продолжительность нистагма в среднем составила 20±5 с. При гиперрефлексии продолжительность калорического нистагма увеличивалась до 80—100 с и составила в среднем 87±4 с (без диссоциации). Характеристики нистагма (II степени, среднеразмашистый) также говорили о повышении вестибулярной возбудимости. У 13 (22,8%) больных отмечено сни-

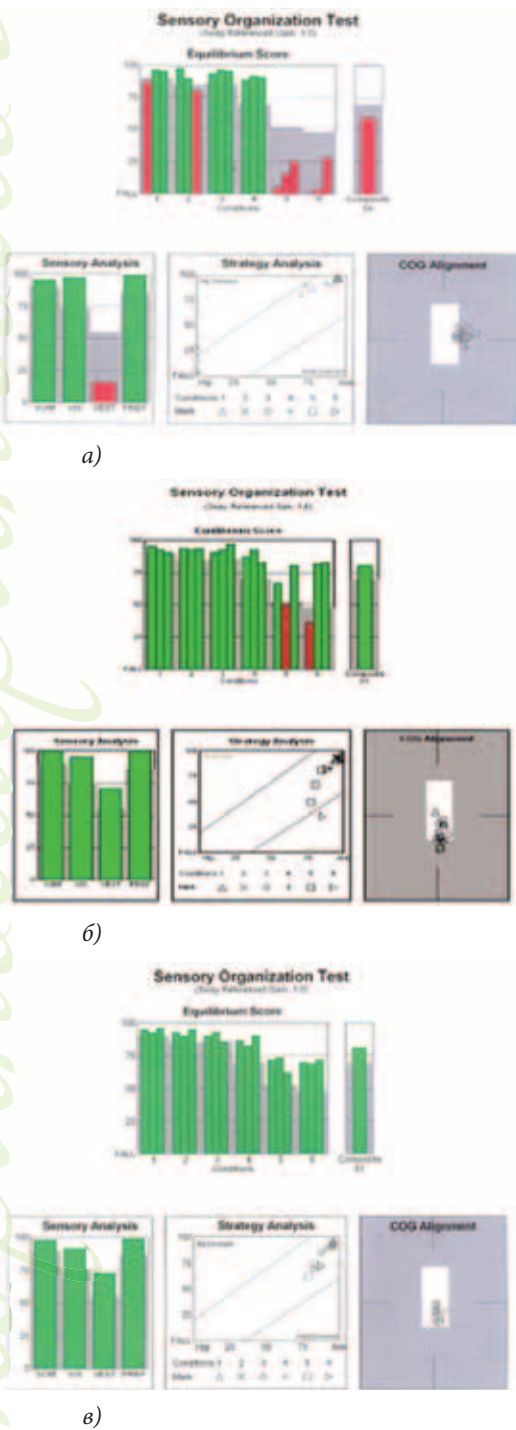


Рис. 3. Цифровая постурография пациента А., 45 лет: а) до начала лечения Бетасерком, б) через 2 мес после начала лечения Бетасерком, в) через 3 мес после окончания лечения Бетасерком

жение корнеального рефлекса и изменение болевой и тактильной чувствительности в зоне иннервации V черепно-мозгового нерва на стороне пораженного уха; причиной развития кохлеовестибулярных нарушений этих больных являлась вертебробазиллярная дисциркуляция, подтвержденная данными УЗДГ позвоночных артерий и остеохондроз шейного отдела позвоночника.

При аудиологическом исследовании одностороннее нарушение звуковосприятия зарегистрировано у всех пациентов, двустороннее — у 36. Диагноз болезни Меньера всем пациентам отвергнут на основании результатов электрокохлеографии и/или деградационного теста (с ксилитом).

При проведении цифровой постурографии у всех пациентов зарегистрирована статическая атаксия за счет вестибулярной составляющей.

В течение 2—3 мес все пациенты получали Бетасерк® (бетагистина дигидрохлорид) (24 мг 2 раза в день — 48 мг/сут). 18 человек одновременно с Бетасерком продолжали прием гипотензивных препаратов, назначенных ранее кардиологом или терапевтом. В результате проведенного лечения у всех пациентов при проведении контрольной постурографии зафиксировано уменьшение статической атаксии, причем у 39 из них результаты повторного исследования функции равновесия были в пределах принятой возрастной нормы (см. рисунок). У всех пациентов зафиксирована положительная динамика показателей повторной вестибулометрии. Результаты отоневрологических и аудиологических исследований, выполненных сразу по окончании лечения и спустя 2 мес, существенно не отлича-

лись друг от друга. Слух достоверно не изменился ни у одного из пациентов. Побочных эффектов ни у кого из пациентов, в том числе, получавших сопутствующую гипотензивную терапию, зафиксировано не было, лечение все перенесли хорошо. Со слов пациентов ни у одного из них за весь период наблюдений (2—6 мес после окончания лечения) значимых эпизодов вращательного головокружения не возникло. Кроме того, все пациенты отметили улучшение качества жизни и удобство приема препарата 2 раза в сутки.

Приведенные результаты подтвердили эффективность Бетасерка в лечении больных с кохлеовестибулярными нарушениями, что позволяет рекомендовать Бетасерк® как препарат выбора при лечении данной категории пациентов.

Литература
→ 76 с.

Научно-практическая конференция «Голос и здоровье»

8 апреля 2010 г. в здании ФМБА России прошла междисциплинарная оториноларингологическая научно-практическая конференция «Голос и здоровье», посвященная Международному дню голоса. Международный день голоса (16 апреля) впервые был проведен в Бразилии в 1999 году, с этого времени он стал ежегодным и проводится также в США, Англии, странах Евросоюза, Аргентине и Португалии. Основная задача Международного дня голоса — привлечь внимание людей к оценке состояния своего голоса, разъяснение влияния вредных привычек на голос, правил его гигиены, способов предотвращения заболеваний голосового аппарата.

Конференцию открыл вступительным словом директор ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», д. м. н., проф. Н.А. Дайхес. Он поприветствовал участников конференции и отметил, что голос, наряду со слухом и зрением, является основным средством для коммуникации, поэтому в современном обществе головные проблемы оказывают значительное влияние на качество жизни. По словам главного оториноларинголога Минздравсоцразвития РФ, главного врача ФГУЗ «КБ № 122 имени Г.Л. Соколова ФМБА России», д. м. н., проф. Я.А. Накатиса, практически 50% населения мира используют свой голосовой аппарат в профессиональной деятельности,

а как средством общения им пользуются 100% людей. «Все руководящие работники, в основном, руководят «через голос». Они понимают, что потеря голоса, — это практически потеря профессии», — сказал Накатис в ходе конференции. Он отметил, что в этом году в России должен появиться порядок оказания специализированной медицинской помощи по профилю оториноларингологии. Согласно этому документу, все пациенты с проблемами ухо-горла-носа и гортани должны будут получать одинаково квалифицированную помощь врачей в любом уголке страны.

М.С. Горохов — начальник отдела по вопросам сохранения индивидуального здоровья и формирования здорового образа жизни Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздравсоцразвития России, рассказал о направленной борьбе против табака. «Среди множества проблем современной российской действительности все большую обеспокоенность и тревогу вызывает проблема массового употребления табака и, прежде всего, среди молодежи» — заявил он. Статистика убедительно свидетельствует о том, что в последнее десятилетие приобщение к табакокурению среди населения нашей страны составляет до 70% общей численности населения. Ежегодно эти цифры растут, неуклонно растет число курильщиков среди женщин,

подростков и даже детей, не достигших возраста 10 лет.

Продолжила тему специалист Центра мониторинга вредных привычек среди детей и подростков, проф. Е.С. Скворцова, которая отметила, что наблюдается значительное «омоложение» контингента лиц, приобщающихся к курению. По данным центра мониторинга вредных привычек среди детей и подростков Минздрава России за 2006-2007 гг., в среднем по России распространённость употребления пик приобщения к табакокурению приходится на младшую возрастную категорию — дети до 10 лет. В среднем по России в этом возрасте начинают курить 29,4% детей. Среди подростков в возрасте 15—17 лет более 78% мальчиков и 65% девочек курят. Особенно высокие показатели отмечаются в таких регионах как Москва, Московская обл., Калуга, Казань, Владивосток. Порядка 95% подростков (15—17 лет) являются так называемыми «ежедневными» курильщиками. Это обуславливается высокой доступностью сигарет, а также безответственностью представителей малого бизнеса, допускающих продажу сигарет «поштучно» детям, не достигшим 18 лет. Как следствие, заболеваемость раком гортани, одной из основных причин которого является курение. Ежегодно в нашей стране появляется более 8 тысяч вновь заболевших.

Источник: *fmbaros.ru*

В.М. Свистушкин, Г.Н. Никифорова

Проблема аллергического ринита в настоящее время

1. Ильина Н.И. Российская ринология 1999; 1: 23—24
2. Ильина Н.И., Польнер С.А. *Con medicum* 2001; 3(8): 384—393.
3. Ильина Н.И., Козлов В.С., Павлова К.С. и др. Российский аллергологический журнал 2009; 1: 85—89.
4. Лопатин А.С. РМЖ 2002; 10(17): 761—766.
5. Лопатин А.С. *Con medicum* 2004; 6(4).
6. Лусс Л.В. Лечащий врач. 2002; 4: 24—28.
7. Лусс Л.В. РМЖ 2003; 11: 12.
8. Протокол ведения больных. Алергический ринит (Утв. Минздрав-соцразвития РФ 28.04.2006).
9. Ушкалова Е.А. Трудный пациент 2005; 6.
10. Феденко Е.С. *Consillium medicum* 2004; 3: 4.
11. Федоскова Т.Г. РМЖ 2007; 15(7): 608—611.
12. Хаитов Р.М., Богова А.В., Ильина Н.И. Иммунология 1998; 3: 4—9.
13. ARIA. Allergic rhinitis and its impact on asthma. WHO initiative, 2001.
14. ARIA. Allergic rhinitis and its impact on asthma. WHO initiative, 2008.
15. Bachert C., El-Akkad T. *Annals of Allergy Asthma Immunol* 2002; 89: 292—297.
16. Carney A., Davis A. *J Laryngol Otol* 1998; 112: 1019—1030
17. Cirillo I., Vizzaccaro A., Tosca M.A. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2003; 35: 204—207
18. IVAX Pharmaceuticals. Fluticasone propionate 50 microgram nasal spray. The clinical review 2005. May.
19. Handley D., Magnetti A., Higgins A. *Exp Clin Invest Drugs* 1998; 7(7): 1045—1054.
20. Howarth P.H., Wilson S., Lau L. *Clin Exp Allergy* 1991; 21 (Suppl 21): 3—15.
21. Malling H.J. *Allergy*. 1998; 53(5): 461—72.
22. Philip G., Malmstrom K., Hampel F.C.Jr. *Clin Exp Allergy* 2002; 32: 1020—1028.
23. Varney V.A., Edwards J., Tabbah K. *Clin Exp Allergy*. 1997; 27(8): 860—867.

В.В.Вишняков

Лечение острого синусита

1. Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит. Этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения: Клинические рекомендации. М., 2009.
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М., 2008.
3. *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps* 2007 // *Rhinology*. 2007. Supplement.

А.Ю.Овчинников, Е.А. Шевцов, М.А. Панякина

Место респираторных фторхинолонов в лечении больных гнойным гайморитом, протекающим на фоне бронхиальной астмы

1. Шиленкова В.В., Козлов В.С., Шиленков А.А. Справочник поликлинического врача 2004; 2: 47—50.
2. Пискунов Г.З. Клиническая ринология. М.: Миклош, 2002. 390 с.
3. Сакович А.Р. Синуситы: клинико-эпидемиологический анализ. http://bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=1603:2009-10-13-09-17-50&catid=116:32009&Itemid=196
4. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Овчинников А.Ю. и др. Рос. оторинолар. 2004; 3 (10): 150—152.
5. Овчинников А.Ю. Место, значение и роль воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух в возникновении, течении и лечении сочетанной патологии верхних и нижних дыхательных путей: Автореф. дис. ... док. мед. наук. М., 2005.
6. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI / WHO Workshop, 2001.19 p.*
7. Яковлев С.В., Яковлев В.П. *Consilium medicum* 2001; 1.
8. Страчунский Л.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. *Consilium medicum* 2001; 3: 8: 23—25.
9. Яковлев С.В., Яковлев В.П. Левофлоксацин – новый антимикробный препарат группы фторхинолонов. М.: Дипак, 2006. 240 с.
10. Лайко А.А., Бредун А.Ю. Российская ринология 2005; 2: 188.
11. Пониделко С.Н., Позняк А.Л. *Новости оторинолар. и логопат.* 2001; 4 (28): 67—71.
12. Глазников Л.А., Пониделко С.Н. *Новости оторинолар. и логопат.* 2001; 4 (28): 82—86.

О.В. Зайцева

Диагностика и лечение кохлеовестибулярных нарушений

1. Бабияк В.И., Гофман В.Р. *Новости оториноларингологии и логопатологии* 2000; 4: 3—11.
2. Гринчук В.И. Головокружение и проблемы оториноларингологии. В кн.: Мат-лы научно-практической конференции «Головокружение: современные аспекты диагностики и терапии». М 1999; 2—7.
3. Еремина Н.В., Гришук В.Н. Роль активного выявления вестибулярных расстройств у населения в реализации программы реабилитации больных. В кн.: Мат-лы XVI съезда оториноларингологов РФ. М 2001; 293—296.
4. Кадьмова М.И., Полякова Т.С., Владимирова Т.Н. *Вести оторинолар* 1998; 5: 49—50.
5. Морозова С.В. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2003; 2: 1: 105—110.
6. Портенко Е.Г., Добрынин К.Б. *Новости оториноларингологии и логопатологии* 2000; 2: 55—57.
7. Пригун П.П. Головокружения. Минск: Беларусь 1988; 3, 5, 18—20, 20—22.
8. Хиллов К.Л. Функция органа равновесия и болезнь передвижения. Л: Медицина 1969; 278 с.
9. Храпто Н.С. Возможности реабилитации больных нейросенсорной тугоухостью. Тез. докл. VI съезда оториноларингологов РСФСР. Оренбург 1990; 470—472.
10. Шеремет А.С. *Consilium medicum*. Приложение «Головокружение» 2001; 3—9.
11. Бертон М.Дж. Лечащий врач 1999; 4: 58—60.
12. Colledge N.R., Barr-Hamilton R.M. *BMJ* 1996; 313: 788—792.
13. El-Kashlan H.K., Shepard N.T., Asher A.M. *Laryngoscope* 1998; 108: 311—319.
14. Fukuda T. The stepping test. *Acta. Ftalaryngologica (Stokh)* 1959; 50: 95—108.
15. Monsell E.M., Furman J.M., Herdman S.J. *Otolaryngol-Head-Neck-Surg* 1997; 117: 394—398.
16. Ohinata Y. *Am Otol Rhinol Laryngol* 1997; 106: 1: 27—32.
17. Timmerman H. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1994; 513: 28—32.
18. Yardley L., Britton J., Lear S. *Behav Res Ther* 1998; 33: 4: 435—439.
19. Meyer J.S., Mathew N.T., Hartmann A., Rivera V.M. *J Clin Pharmacology* 1974; 14.
20. Tighilet B., Lünard J., Lacour M. *J Vest Res* 1995; 5: 53—66.