

РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY



Медицинский научно-практический журнал

Основан в 2002 году

(Выходит один раз в два месяца)

*Решением Президиума ВАК издание включено в перечень
рецензируемых журналов, входящих в бюллетень ВАК*

Для физических лиц индекс 41225 в каталоге «Пресса России» (годовая подписка)

Для юридических лиц индекс 41223 в каталоге «Пресса России» (годовая подписка)

Совместное издание

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России**

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
уха, горла, носа и речи» Минздрава России**

Российское общество оториноларингологов



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. К. Янов – главный редактор
Н. А. Дайхес – зам. главного редактора
С. В. Рязанцев – зам. главного редактора
В. Н. Тулкин – ответственный секретарь,
научный редактор

Х. Т. Абдулкеримов (Екатеринбург)

И. А. Аникин (Санкт-Петербург)

В. Ф. Антонив (Москва)

Н. А. Арефьева (Уфа)

М. Р. Богомилский (Москва)

А. Г. Волков (Ростов-на-Дону)

Г. А. Гаджимирзаев (Махачкала)

Т. И. Гаращенко (Москва)

Х. Ш. Давудов (Москва)

В. В. Дворянчиков (Санкт-Петербург)

В. И. Егоров (Москва)

Д. И. Заболотный (Киев, Украина)

А. С. Киселев (Санкт-Петербург)

В. Э. Кокорина (Хабаровск)

О. И. Коноплев (Санкт-Петербург)

В. И. Кочеровец (Москва)

В. И. Кошель (Ставрополь)

А. И. Крюков (Москва)

Н. Л. Кунельская (Москва)

С. В. Лиленко (Санкт-Петербург)

Г. С. Мальцева (Санкт-Петербург)

И. И. Нажмудинов (Москва)

Я. А. Накатис (Санкт-Петербург)

Е. В. Осипенко (Москва)

В. Т. Пальчун (Москва)

В. Б. Панкова (Москва)

А. В. Пашков (Москва)

А. Н. Пащинин (Санкт-Петербург)

Г. З. Пискунов (Москва)

В. И. Попадюк (Москва)

В. М. Свистушкин (Москва)

А. В. Староха (Томск)

Ю. Е. Степанова (Санкт-Петербург)

Г. А. Таварткиладзе (Москва)

Э. А. Цветков (Санкт-Петербург)

А. В. Шахов (Нижний Новгород)

А. К. Шукурян (Ереван, Армения)

А. С. Юнусов (Москва)

№ 3 (70) 2014 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абабий И. И. (Кишинев, Молдова)	Забилов Р. А. (Оренбург)	Пискунов С. З. (Курск)
Алиметов Х. А. (Казань)	Заболотный Д. И. (Киев, Украина)	Полякова С. Д. (Воронеж)
Амонов Ш. Э. (Ташкент)	Захарова Г. П. (Санкт-Петербург)	Портенко Г. М. (Тверь)
Бабияк В. И. (Санкт-Петербург)	Иванов Н. И. (Сыктывкар)	Портнов В. Г. (Ленинградская обл.)
Боджоков А. Р. (Майкоп)	Игнатъева Е. Л. (Петрозаводск)	Проскурин А. И. (Астрахань)
Беляев В. М. (Вологда)	Извин А. И. (Тюмень)	Пудов В. И. (Санкт-Петербург)
Блоцкий А. А. (Благовещенск)	Калинин М. А. (Архангельск)	Семенов Ф. В. (Краснодар)
Бобошко М. Ю. (Санкт-Петербург)	Карпищенко С. А. (Санкт-Петербург)	Сергеев М. М. (Краснодар)
Бойко Н. В. (Ростов-на-Дону)	Карпова Е. П. (Москва)	Сергеев С. В. (Пенза)
Бойко С. Г. (Сыктывкар)	Киселев А. Б. (Новосибирск)	Статьева В. С. (Уссурийск)
Бойкова Н. Э. (Москва)	Клочихин А. Л. (Ярославль)	Субботина М. В. (Иркутск)
Бокучава Т. А. (Мурманск)	Козлов В. С. (Москва)	Тачиев Б. А. (Элиста)
Борзов Е. В. (Иваново)	Коркмазов М. Ю. (Челябинск)	Тимен Г. Е. (Киев, Украина)
Боронев С. А. (Улан-Удэ)	Кравчук А. П. (Ижевск)	Тулебаев Р. К. (Астана, Казахстан)
Быковский В. Н. (Псков)	Кржечковская Г. К. (Ставрополь)	Уханова Е. А. (Великий Новгород)
Вахрушев С. Г. (Красноярск)	Кротов Ю. А. (Омск)	Фанта И. В. (Санкт-Петербург)
Виницкий М. Е. (Ростов)	Кузовков В. Е. (Санкт-Петербург)	Фридман В. Л. (Владимир)
Вишняков В. В. (Москва)	Лопатин А. С. (Москва)	Хакимов А. М. (Ташкент, Узбекистан)
Гиляфанов Е. А. (Владивосток)	Макарина-Кибак Л. Е. (Минск, Беларусь)	Хоров О. Г. (Гродно, Беларусь)
Георгиади Г. А. (Владикавказ)	Мареев О. В. (Саратов)	Храбриков А. Н. (Киров)
Гусейнов Н. М. (Баку, Азербайджан)	Машкова Т. А. (Воронеж)	Храппо Н. С. (Самара)
Гюсан А. О. (Черкесск)	Михайлов Ю. Х. (Чебоксары)	Худиев А. М. (Баку, Азербайджан)
Джандаев С. Ж. (Астана, Казахстан)	Никонов Н. А. (Воронеж)	Чернушевич И. И. (Санкт-Петербург)
Джамалудинов Ю. А. (Махачкала)	Носуля Е. В. (Москва)	Шабалдина Е. В. (Кемерово)
Джапаридзе Ш. В. (Тбилиси, Грузия)	Овчинников А. Ю. (Москва)	Шантуров А. Г. (Иркутск)
Дроздова М. В. (Санкт-Петербург)	Отвагин И. В. (Смоленск)	Шахов В. Ю. (Нижний Новгород)
Еловииков А. М. (Пермь)	Панин В. И. (Рязань)	Шахова Е. Г. (Волгоград)
Енин И. П. (Ставрополь)	Петров А. П. (Якутск)	Шульга И. А. (Оренбург)
Еремина Н. В. (Самара)	Петрова Л. Г. (Минск, Беларусь)	Шустова Т. И. (Санкт-Петербург)
Жуков С. К. (Ярославль)	Пискунов В. С. (Курск)	

Журнал зарегистрирован Государственным комитетом РФ по печати.

Регистрационное свидетельство ПИ № 77-13147 от 15 июля 2002 г.

Журнал издается по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Российской академией медицинских наук.

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-клинический центр оториноларингологии
ФМБА России»

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
уха, горла, носа и речи» Минздрава России

Издатель:

ООО «Полифорум»

Все права на данное издание зарегистрированы. Перепечатка отдельных статей и журнала в целом без разрешения издателя запрещена.

Ссылка на журнал «Российская оториноларингология» обязательна.

Редакция и издатель журнала не несут ответственности за содержание и достоверность рекламной информации.

Ответственные за выпуск: С. В. Рязанцев, В. Н. Тулкин, С. М. Ермольчев

Адрес редакции:

190013, Россия, Санкт-Петербург,
ул. Бронницкая, д. 9.
Тел./факс: (812) 316-29-32,
e-mail: tulkin19@mail.ru; tulkin@pfco.ru

Компьютерная верстка: Т. М. Каргапольцева

Подписано в печать 05.06.2014 г.

Формат: 60×90¹/₈. Объем 24,0 усл. печ. л.

Тираж: 3000 экз. (1-й завод – 500 экз.)

Отпечатано с готовых диапозитивов

в типографии «К-8».

Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Лицензия ИЛД № 69 291 от 19.10.1998 г.

Зак. тип. 2897.

© СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России,
2014

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА
России, Москва, 2014



УДК 616.21-089.81(571.1)

АМБУЛАТОРНАЯ ОПЕРАТИВНАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ)

И. М. Алибеков², Х. Т. Абдулкеримов¹, А. А. Чесноков¹

¹ ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Х. Т. Абдулкеримов)

² ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет»

(Зав. курсом оториноларингологии – проф. А. А. Чесноков)

OUT-PATIENT OPERATIONAL OTORHINOLARYNGOLOGY IN CONDITIONS CITY CENTER OF WESTERN SIBERIA (TEN YEARS' EXPERIENCE)

I. M. Alibekov², H. T. Abdulkirimov¹, A. A. Chesnokov¹

¹ Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia

² Surgut State University

Проведен анализ работы отделений амбулаторной хирургии оториноларингологического профиля в условиях городского центра Западной Сибири за 2003–2013 гг. с применением современных стационарзамещающих технологий. Выполнено 10 540 оперативных вмешательств. При высокой заболеваемости, большой очередности на плановую госпитализацию амбулаторная хирургическая помощь способна практически полностью обеспечить потребность в ней населения города с достижением необходимых клинических результатов и экономической эффективности.

Ключевые слова: высокая заболеваемость, амбулаторная оперативная оториноларингология, Западная Сибирь, экономическая эффективность.

Библиография: 10 источников.

The analysis of work of offices of out-patient surgery of an otorhinolaryngologicheskyy profile in the conditions of the city center of Western Siberia for 2003–2013. Using modern hospital replacing technologies. 10540 surgeries are executed. At high incidence, big sequence on planned hospitalization the out-patient surgical help is capable to provide almost completely need of the population of the city for it with achievement of necessary clinical results and economic efficiency.

Key words: high incidence, out-patient operational otorhinolaryngology, Western Siberia, economic efficiency.

Bibliography: 10 sources.

Амбулаторная хирургия по сравнению с другими видами амбулаторной помощи имеет существенные особенности. Она требует материальной базы для оборудования операционных, перевязочных, палат и пр. Квалификация персонала должна соответствовать таковой в стационарах, чтобы обеспечить высокое качество выполняемых вмешательств и их нужный объем [4]. Расширение объема хирургических вмешательств в условиях поликлиники, которое наблюдается в последние десятилетия, повлекло за

собой внедрение инновационных методик и технологий в арсенал хирургов [7].

Новые формы амбулаторной хирургии в нашей стране начали развиваться в 1980-е годы [8].

По данным статистики, наблюдается стойкая тенденция увеличения заболеваний носа и околоносовых пазух в Ханты-Мансийском автономном округе: в 2010 г. этот показатель среди взрослых почти в 2 раза превысил общероссийские данные – 4,8, среди детей – 3,2 (по России – 2,7) [9].



Алибеков Иманкарим Магомедович – канд. мед. наук, зав. дневным стационаром Городской поликлиники № 3, преподаватель курса оториноларингологии Сургутского ГУ. Россия, 628400, ХМАО-Югра, Тюменская обл., г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 14, тел./факс: 8-(3462)24-06-08; 24-40-73, e-mail: alibekovu@bk.ru

Абдулкеримов Хийир Тагирович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Уральского ГМУ. Россия, 620109, Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 189, тел.: 8-3432-400-476, 400-614, e-mail: tag@r66.ru

Чесноков Анатолий Антонович – докт. мед. наук, профессор, зав. курсом оториноларингологии Сургутского ГУ. Россия. 628400, ХМАО-Югра, Тюменская область, г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 14; тел./факс: 8-(3462)-24-06-08, 52-74-50, e-mail: alibekovu@bk.ru

УДК 616.284-002.153-089.844

МЕТОД ТИМПАНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ МЕЗОТИМПАНИТОМ

Ш. М. Ахмедов

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, Москва, Россия
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

TYMPANOPLASTY TECHNIQUE FOR MESOTYMPANITIS TREATMENT

Sh. M. Akhmedov

Federal State Institution „Scientific Clinical Centre of Otorhinolaryngology”, Moscow, Russia

В данной статье приведены методика выполнения тимпаноластики с применением опорного аутохрящевого «столбика» у больных мезотимпанитом, результаты его клинического применения (основная группа 41 пациент), и сравнительный анализ с результатами тимпаноластики классическим методом (контрольная группа 40 пациентов).

Ключевые слова: мезотимпанит, тимпаноластика, аутохрящевая пластинка.

Библиография: 36 источников.

The article describes the novel tympanoplasty technique with the use of autotympanic «strut» in patients with mesotympanitis. The technique performed in 41 cases which constituted the main group, the results of this technique compared to the classic tympanoplasty method performed in 40 cases of control group.

Key words: mesotympanitis, tympanoplasty, autotympanic plate.

Bibliography: 36 sources.

Одним из основных моментов, или даже главной целью, «закрытой» техники хирургического лечения пациентов ХГСО является тимпаноластика. Тимпаноластика производится после санитизирующего этапа и восстановления задней стенки наружного слухового прохода и латеральной стенки аттика при эпи – и эпимезотимпанитах; при мезотимпанитах чаще всего тимпаноластика является самостоятельной операцией [7, 8, 10, 17, 18, 20, 21, 24, 26, 28–32, 34, 36].

В технике выполнения тимпаноластики, несмотря на общие основополагающие принципы, остаются спорные вопросы, касающиеся выбора пластического материала и способа его укладки, установки вентиляционных трубок (катушек), метода тампонады, послеоперационного ведения и др.

Что касается выбора пластического материала для тимпаноластики, то обоснованность применения и наибольшая эффективность аутоотканей не вызывает сомнений. Наиболее часто

для тимпаноластики применяются аутофасция, аутонадхрящница, аутохрящ, аутонадкостница. Различные отохирургические школы на основании своего опыта обосновывают и рекомендуют применять тот или иной аутоматериал [1, 2, 9, 11, 13–16, 23, 25, 27].

Выбор пластического материала остается за отохирургом и обусловлен лишь его личными предпочтениями.

Другой вопрос, который также вызывает споры отохирургов, – это способ укладки трансплантата при тимпанопластике. Выделяют onlay (или overlay) и underlay методы миринголастики в зависимости от помещения трансплантата (хрящ, фасция и другие трансплантаты и имплантаты) над собственным (фиброзным) слоем барабанной перепонки, после его деэпидермизации или под ним.

Отохирурги, предпочитающие устанавливать трансплантат на фиброзный слой остатков бара-



ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА

О. В. Болдырева¹, С. Г. Вахрушев²

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница» на ст. Красноярск ОАО РЖД, г. Красноярск, Россия
(Директор – канд. мед. наук Г. Э. Карапетян)

² ФГБУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, г. Красноярск, Россия
(Зав. каф. ЛОР-болезней с курсом ПО – проф. С. Г. Вахрушев)

OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS OF CHRONIC ATROPHIC PHARYNGITIS

O. V. Boldyreva¹, S. G. Vakhrushev²

¹ NIH Road Clinical Hospital st. Krasnoyarsk OJSC RR

² Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V. F. Voino-Yasenetsky

В работе сообщается о разработке комплекса диагностических мероприятий для оценки клинико-функционального состояния слизистой оболочки задней стенки глотки при хроническом атрофическом фарингите. Определены диагностические критерии, способствующие оценке эффективности терапии хронического атрофического фарингита при использовании раствора новокаина 2%.

Ключевые слова: хронический атрофический фарингит, люминесценция, доплеровская флоуметрия, морфология.

Библиография: 12 источников.

In this research we have developed the complex of diagnostic methods which are to estimate the functional state of a posterior pharyngeal wall mucous membrane when chronic atrophic pharyngitis. The received data will show the extent 2%-Novocaine treatment is efficient to.

Key words: chronic atrophic pharyngitis, luminescence, doppler flowmetry, morphology.

Bibliography: 12 sources.

В настоящее время хронический атрофический фарингит продолжает занимать одно из ведущих мест среди терапевтической патологии ЛОР-органов на поликлиническом приеме врача-оториноларинголога [1, 2, 10–12]. Отсутствие до настоящего времени конкретных систематизированных сведений о клинической семиотике и макро- и микроскопических дистрофических изменениях в слизистой оболочке задней стенки глотки при атрофическом фарингите послужило поводом для проведения комплексного обследования пациентов данной категории. Найдены единичные публикации, описывающие морфогенез атрофического фарингита [7–9]. Имеющиеся методы лечения данной патологии сводятся лишь к применению различных смазываний, полосканий, аппликаций на слизистую оболочку задней стенки глотки, а также различных масел, антисептиков и др. [3–5]. Но, к сожалению, данные методы лечения имеют кратковременный положительный эффект.

Цель исследования. Разработать алгоритм комплексного обследования больных с хроническим атрофическим фарингитом.

Пациенты и методы. Нами проведено клинико-инструментальное обследование и лечение

180 больных в возрасте от 30 до 60 лет и старше с дистрофическими изменениями слизистой оболочки глотки, из них 108 (60%) женщин и 72 (40%) мужчин, трудоспособного возраста.

В ходе работы использованы следующие методы: клинический, лабораторный, функциональный, морфологический, медико-статистический.

Согласно классификации [1] 180 обследуемых были включены в группу наблюдения и распределены в подгруппы с I, II, III степенью дистрофии по 60 больных.

В группе наблюдения больные получали лечение подслизистыми инъекциями в заднюю стенку глотки раствором новокаина 2% в объеме 2 мл с помощью инсулинового шприца. Инъекции проводили 1 раз в день в утренние часы, с перерывом 1 раз в 2 дня. Таким образом, курс лечения состоял из 4 процедур.

Обследование пациентов (характеристика жалоб, данные фарингоскопии, функциональные, лабораторные методы исследования) проводили до начала терапии и через 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Для микроскопического исследования мазки, взятые со слизистой оболочки задней стенки глотки, окрашивали по Паппенгейму. Для оценки состояния микроциркуляторного русла сли-



Болдырева Ольга Валерьевна – зав. оториноларингологическим отделением Дорожной клинической больницы на станции Красноярск ОАО РЖД. Россия, 660058, г. Красноярск, ул. Ломоносова, д. 47; тел.: + 7-902-924-67-89, e-mail: olya-3176@yandex.ru

Вахрушев Сергей Геннадьевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. ЛОР-болезней с курсом ПО Красноярского ГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ. Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)228-09-14, e-mail: vsg20061@yandex.ru

УДК 616.28-002.2-089:616.288.6-089.843

РЕКОНСТРУКЦИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА БИОКОМПОЗИЦИОННЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

Е. Г. Варосян, И. Т. Мухамедов

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, Москва, Россия
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

RECONSTRUCTION OF THE POSTERIOR WALL OF THE AUDITORY CANAL BY THE BIOCOMPOSITE GRAFT

H. G. Varosyan, I. T. Muchamedov

Federal State Institution „Scientific Clinical Centre of Otorhinolaryngology”, Moscow, Russia
(Director – prof. N. A. Dayhes)

В статье представлен способ реконструкции задней стенки наружного слухового прохода с применением биокomпозиционного трансплантата, состоящего из аутокостной муки и биополимера (BioGlue). Обоснование применения данного вида трансплантата на реконструктивном этапе закрытой методики хирургического лечения хронического гнойного среднего отита, рассмотрены его преимущества и недостатки, а также ранние послеоперационные результаты.

Ключевые слова: реконструкция задней стенки наружного слухового прохода, мастоидопластика.

Библиография: 19 источников.

The article presents the method of posterior wall of the external auditory canal reconstruction using a biocomposite graft, which consist of autograft bone flour and biopolymer (BioGlue). It describes the variant of reconstruction with using this type of plastic material in reconstructive phase closed methods of surgical treatment of chronic suppurative otitis media, its advantages and disadvantages and early postoperative results.

Key words: reconstruction posterior canal wall, mastoid obliteration.

Bibliography: 19 sources.

Своевременное хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита предупреждает развитие холестеатомы, лабиринтных и внутричерепных осложнений [1, 5, 6, 13]. Объем хирургического вмешательства определяется характером и степенью распространенности патологического процесса. При агрессивном росте холестеатомы и значительных кариозно-деструктивных изменений структур звукопроводящей системы, производится хирургическая санация уха, в результате которой образуется трепанационная полость больших размеров [3, 7, 11, 12]. Отмечается снижение эпидермизации послеоперационной полости, избыточное образование грануляций, периодические или постоянные выделения из уха, прогрессирование тугоухости. Возникает необходимость в повторном хирургическом лечении.

В ходе санирующего этапа реопераций удаляются патологически измененные ткани, костные навесы, недовскрытые верхушечные клетки, уменьшаются «шпора», ревизируются ретротимпанальные синусы и надтубарное углубление [15, 26, 27]. На заключительном этапе хирургической санации для уменьшения трепанационной полости производится реконструктивное вмешательство.

В целях восстановления архитектоники среднего и наружного уха после ранее перенесенной радикальной операции и в случаях невозможности ее сохранения при первичной хирургической санации мы применяем вариант «закрытой» методики с восстановлением задней стенки наружного слухового прохода.

На реконструктивном этапе хирургического лечения задняя стенка наружного слухового про-



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СРЕДСТВ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ

С. И. Геюшова

*Центральная больница нефтяников, г. Баку, Республика Азербайджан
(Главный врач – канд. мед. наук Г. И. Юзбашев)*

COMPARATIVE EFFECT OF MEANS OF TREATMENT OF NEUROSENSORY HEARING LOSS AND ITS PROPHYLAXIS AMONG EMPLOYEES OF OIL-REFINING ENTERPRISES

S. I. Geyushova

Central Hospital of Petroleum, Baku, Republic of Azerbaijan

Лечение НСТ до сих пор остается одной из актуальных проблем, требующей дальнейшей разработки. Ни одно из использованных лечебных средств не обеспечивает максимального излечения пациентов. Лучшие результаты, исходя из наших исследований, были достигнуты при использовании комбинации бетагистина и препаратов гинкго билоба. Оздоровление условий труда на нефтеперерабатывающих предприятиях, способствующих устранению производственных рисков, коррекция профилактического поведения работников способствуют эффективной профилактике НСТ и снижают количество новых случаев этого заболевания.

Ключевые слова: тугоухость, профессиональная заболеваемость, нефтяная промышленность, лечение нейросенсорной тугоухости.

Библиография: 26 источников.

The treatment of neurosensory hearing loss is still one of the actual problem which needs further elaboration. No one of the used treatment facilities provides maximum recovery of patients. The best result issuing from our researches were achieved using combination of betahistine and ginkgo biloba. Sanitary the conditions of labour of oil-refining enterprises assisting of removal production risks, correction of prophylactic behaviour of employees assisting of effective prophylactic neurosensory hearing loss and reduces the level on forming of new cases of this disease.

Key words: neurosensory hearing loss, professional morbidity, oil-processing industry, treatment of neurosensory hearing loss.

Bibliography: 26 sources.

Уровень социально-экономического развития любого общества определяется не только мощностью производительных сил и характером производственных отношений, технической вооруженностью и профессиональной подготовкой работающих, но и во многом зависит от состояния их здоровья. Сегодня как никогда ранее возрастает социальная значимость здоровья работающих и мер по его охране. Среди различных контингентов населения состояние здоровья работающих занимает самостоятельное место, поскольку именно эта часть общества составляет основу его экономического благополучия. В связи с этим основой государственной социальной политики и главной научной задачей является разработка, обоснование и реализация мер по сохранению здоровья нации, минимизации воздействия вредных факторов на человека, достижение оптимального качества жизни, эффективности производственной и иной деятельности населения [6, 10, 26].

При этом необходимо выявление факторов профессионального риска для здоровья работающих, установление его критериев, разработка методов оценки ущерба здоровью и научное обоснование мер профилактики. Актуальность этой проблематики аргументируется также Глобальной стратегией ВОЗ «Медицина труда для всех» (1996–2001), где среди 10 приоритетов есть вопросы обновления списков профзаболеваний и профессионально обусловленных заболеваний, а также разработки стандартов медицины труда, основанных на научной оценке риска [8, 14, 24].

Нефтяная промышленность (разведка, добыча, переработка, химия) также относится к производствам, создающим профессиональный риск для здоровья работников [4, 5, 11].

Среди большой группы профессиональных заболеваний по своей медико-социальной значимости особое место занимает нейросенсорная тугоухость (НСТ). НСТ специалисты всегда отно-

**ДИАГНОСТИКА БЕЗАНГИННОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА****В. В. Гофман***АНО Медицинский центр «XXI век», Санкт-Петербург, Россия
(Главный врач – И. В. Жуковская)***DIAGNOSTICS OF THE CHRONIC FORM TONSILLITIS WITHOUT EXHIBITS BY EXACERBATIONS****V. V. Gofman***ANO MC «XXI Century», St. Petersburg, Russia*

Тщательно проанализированы результаты современных научных исследований в области этиологии, диагностики, патогенеза хронического тонзиллита. Показаны сложности и разработан алгоритм диагностики безангинной формы хронического тонзиллита с применением бактериологических, вирусологических, иммунологических, специальных биохимических и функциональных методик.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, дисбиоз, бактериология, вирусология, иммунология.

Библиография: 22 источника.

Results of modern scientific researches in the field of an etiology, diagnostics, pathogenesis chronic tonsillitis are carefully analyzed. Difficulties are shown and the algorithm of diagnostics of the chronic form tonsillitis without exhibits by exacerbations with application of bacteriological, virological, immunological, special biochemical and functional techniques is developed.

Key words: chronic tonsillitis, dysbiosis, bacteriology, virology, immunology.

Bibliography: 22 sources.

Хронический тонзиллит остается актуальной проблемой современной оториноларингологии. Это обусловлено широкой распространенностью данного заболевания как среди взрослого населения, так и среди детей, низкой эффективностью антибиотикотерапии и других методов лечения при обострении хронического тонзиллита и, как следствие, возможностью развития серьезных осложнений и хронических заболеваний со стороны других органов и систем организма [10].

Небные миндалины являются периферическими органами иммунной системы. Их лимфоидная ткань представлена В-зависимой и парафолликулярной Т-зависимой зонами. Особенностью небных миндалин является тесная связь лимфоидной ткани с покровным эпителием, отражающая межклеточное взаимодействие лимфоцитов и эпителиоцитов в иммунном ответе [2].

В норме на поверхности слизистой оболочки небных миндалин, полости рта, задней стенки глотки вегетируют различные непатогенные (симбионтные) микроорганизмы (лактобактерии *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus fermentum*, *Lactobacillus helveticus*, *Lactobacillus delbrueckii subsp. Lactis* и бифидобактерии *B. longum infantis*, *B. longum longum*, *B. longum suis*). Лакто- и бифидобактерии являются важнейшими представителями микрофлоры человека как в количественном отношении – их удельный вес в составе микробиоценозов составляет от 85 до 98%, так и в качественном, учитывая их роль в поддержании гомеостаза организма человека. Они обеспечи-

вают колонизационную резистентность, ферментативную, антиоксидантную, иммунную, метаболическую и другие функции слизистой оболочки ротоглотки. Непосредственно контактируя с эпителиоцитами, лакто- и бифидобактерии стимулируют механизмы защиты организма человека, в том числе увеличение скорости регенерации слизистой оболочки, влияют на синтез антител к родственным, но обладающим патогенными свойствами микроорганизмам, активируют фагоцитоз, а также синтез лизоцима, интерферонов и цитокинов.

Кроме того, у здоровых людей на слизистой оболочке ротоглотки могут находиться условно патогенные (резидентные) микроорганизмы. Эта флора очень многообразна по видовому составу и включает в себя грамположительные, грамотрицательные, анаэробные микроорганизмы, ассоциации анаэробных с аэробными микроорганизмами, грибы. В последние годы отчетливо прослеживается увеличение роли условно патогенной микрофлоры в качестве возбудителей острого и хронического воспалительного процесса в небных миндалинах. В глотке за резидентную микрофлору принято считать зеленящие стрептококки, негемолитические стрептококки, микрококки, белые стафилококки, нейссерии, микоплазмы, коринебактерии и другие бактерии, анаэробные стрептококки, актиномицеты, трепонемы, бореллия.

К патогенной (необлигатной) микрофлоре, которая превалирует в развитии острого



17. Chole R. A., Fadds B. T. Anatomical evidence of microbial biofilms in tonsillar tissue: a possible mechanism to explain chronicity // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surgery. – 2003. – N 129 (6). – P. 634–636.
18. Gaffney R. J., Cafferkey M. T. Bacteriology of normal and diseased tonsils assessed by fine-needle aspiration: Haemophilus influenzae and the pathogenesis of recurrent acute tonsillitis // Clin. Otolaryngol. – 1998. – N 23 (2). – P. 181–185.
19. Michara M., Uchiyama M. Determination of malonaldehyde precursor in tissues by thiobarbituric acid test // Annal. Biochem. – 1978. – N 86 (1). – P. 271–278.
20. Mal R. K., Oluwasanmi A. F., Mitchard J. R. Tonsillar crypts and bacterial invasion of tonsils, a pilot study // J. Otorhinolaryngol. – 2009. – N 9 (2). – P. 34–32.
21. Mancini G., Carbonara A., Heremans J. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion // Immunochem. – 1965. – N 2 (3). – P. 235–254.
22. The immune geography of IgA induction and function / A. J. Macpherson [et al.] // Muc. Immun. – 2008. – N 1 (1). – P. 11–22.
23. Yel L. Selective IgA deficiency // J. Clin. Immunol. – 2010. – N 30 (1). – P. 10–16.

Гофман Вера Владимировна – канд. мед. наук, оториноларинголог Медицинского центра «XXI век». Россия, 194354, Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, д. 7, корп. 2; тел.: 8-905-210-80-53, e-mail: gofman.v@mail.ru

УДК 616.322- 002.2

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

В. В. Гофман¹, Н. Н. Плужников²

¹ АНО Медицинский центр «XXI век», Санкт-Петербург, Россия
(Главный врач – И. В. Жуковская)

² ФГУП «Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины» МО Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия
(Начальник – проф. С. В. Ченур)

MODERN LOOK TO THE ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF THE CHRONIC TONSILLITIS

V. V. Gofman¹, N. N. Pluzhnikov²

¹ MC «XXI Century», St. Petersburg, Russia

² State Research and Testing Institute of Military Medicine Defense, Saint-Petersburg, Russia

Показано, что существующие различные способы консервативного лечения хронического тонзиллита недостаточно эффективны. Предложена новая гипотеза этиопатогенеза хронического тонзиллита, в основе которой необходимым условием возникновения и поддержания хронического воспаления небных миндалин является дисбиотическое состояние слизистой оболочки небных миндалин как локальное проявление системного микробиологического дисбаланса организма. Проведено обследование больных хроническим тонзиллитом с применением специальных исследований: бактериологических, вирусологических, иммунологических, определены уровень малонового диальдегида и концентрация среднемолекулярных пептидов, эндотоксина в плазме крови. Установлено, что все исследуемые показатели у больных хроническим тонзиллитом статистически достоверно увеличены по сравнению с лицами контрольной группы.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, этиопатогенез, дисбиоз, бактериология, вирусология, иммунология.

Библиография: 24 источника.



It is shown that existing various ways of conservative treatment are not rather effective. The new hypothesis etiology and pathogenesis of the chronic tonsillitis, at the heart of which is offered by a necessary condition of emergence and maintenance of a chronic inflammation of palatal almonds, the dysbiosis condition of a mucous membrane of palatal almonds, as local manifestation of a system micro ecological imbalance of an organism was proposed. Survey of patients by chronic tonsillitis with application of special researches was conducted: bacteriological, virological, immunological, determination of the malondialdehyde level, middle molecular peptides and endotoxins concentration in plasma. It is established that all studied indicators at patients with chronic tonsillitis statistically authentically are increased in comparison with persons of control group.

Key words: chronic tonsillitis, etiology, pathogenesis, dysbiosis, bacteriology, virological immunological.

Bibliography: 24 sources.

Хронический тонзиллит занимает одно из первых мест среди заболеваний верхних дыхательных путей. Несмотря на достижения современной медицины, удельный вес хронического тонзиллита не снижается и, по многолетним данным многих исследователей, им страдают до 40% населения [10].

Особая актуальность данной патологии обусловлена не только распространенностью, но и тем, что более сотни соматических заболеваний, по данным ВОЗ, могут быть ассоциированы с хроническим тонзиллитом. Хронический тонзиллит был не только нерешенной проблемой XX века, но и остается ею в XXI веке, по-прежнему составляя один из сложных основных разделов как в оториноларингологии, так и во многих других клинических дисциплинах, в патогенезе которых главную роль играют аллергия, очаговая инфекция и дефицитные состояния местного и системного иммунитета [11].

Обращает на себя внимание то, что показатель заболеваемости хроническим тонзиллитом на территории бывшего СССР в 1925 г. колебался в пределах 4–10%, т. е. на протяжении почти столетнего периода, несмотря на все достижения медицины (а может быть, и благодаря им), прослеживается увеличение заболеваемости данной патологией [3, 14]. По данным Бюро медицинской статистики г. Москвы, заболеваемость хроническим тонзиллитом за последние 5 лет возросла на 11,7% [6].

В этиологии хронического тонзиллита основное значение имеют инфекционные факторы. При этом в лакунах небных миндалин на первом месте обнаруживаются грамположительная кокковая флора: стрептококки, стафилококки, пневмококки, в меньшей степени – грам отрицательные микроорганизмы: гемофильная палочка, реже – нейссерии, эшерихии, листерии, сальмонеллы, клебсиеллы, моракселлы. Кроме того, особое место в этиопатогенезе занимают внутриклеточные микроорганизмы (вирусы, хламидии, микоплазмы) и грибы, которые напрямую не являются возбудителями хронического тонзиллита, но могут длительно поддерживать воспалительный процесс в небных миндалинах, обладая выраженным иммунодепрессивным действием.

Важной проблемой в патологии небных миндалин является обсеменение их условно-пато-

генной микрофлорой. Эта флора очень многообразна по видовому составу и включает в себя как грамположительные, так и грамотрицательные анаэробные микроорганизмы, ассоциации анаэробных с аэробными микроорганизмами, грибы.

В последнее десятилетие отчетливо прослеживается смена патогенной флоры на условно-патогенную в качестве возбудителей воспалительного процесса в небных миндалинах. По данным различных авторов, в последние годы все чаще возрастает удельный вес смешанной флоры по сравнению с монофлорой – от 40 до 70% в зависимости от степени воспалительного процесса [6].

В настоящее время патогенез хронического тонзиллита представляется следующим образом. Первичным звеном в патогенезе хронического тонзиллита является иммунодефицитное состояние организма, а сам хронический тонзиллит – признаком иммунодефицита. Следующим патогенетическим звеном является нарушение дренирования лакун небных миндалин, чему способствуют анатомо-топографические особенности строения небных миндалин. Это выражается в том, что в отличие от других миндалин лимфаденоидного кольца в небных миндалинах имеются глубокие лакуны (крипты), которые пронизывают толщу миндалин, ветвятся в ней; их просветы всегда содержат отторгнувшиеся эпителиальные клетки, лимфоциты и различного вида микрофлору. Часть зевных отверстий лакун прикрыта треугольной складкой Гисса, а часть сужена или закрыта рубцовой тканью после перенесенных острых ангин или обострений хронического тонзиллита. В этих условиях задерживается дренирование лакун, что, в свою очередь, ведет к активации постоянно имеющейся в лакунах микрофлоры и множественному нагноению в них, в результате чего к патогенезу хронического тонзиллита присоединяются инфекционно-токсический и аллергический компоненты (стрептококковый и тканевой). Это является ведущим фактором как в дальнейшем развитии воспалительного процесса как в небных миндалинах, так и в развитии осложнений со стороны других органов и систем.

В настоящее время основными способами консервативного лечения хронического тонзил-



УДК 616.212.4+616.216]-053.2-089-073.756.8

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КТ-НАВИГАЦИИ У ДЕТЕЙ

Н. С. Грачев, И. Н. Ворожцов, С. С. Озеров, А. Н. Наседкин, М. П. Калинина

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева», Москва, Россия
(Директор – акад. РАМН, проф. А. Г. Румянцев)

SURGICAL TREATMENT OF NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES WITH CT-NAVIGATION IN CHILDREN

N. S. Grachev, I. N. Vorozhtsov, S. S. Ozerov, A. N. Nasedkin, M. P. Kalinina

Federal D. Rogachev scientific center of child's hematology, oncology and immunology, Moscow, Russia

Детская оториноларингология отдает предпочтение малоинвазивным методам хирургического вмешательства. Использование навигационной системы в ринохирургии позволяет усовершенствовать технику эндоскопических вмешательств, избежать повреждений рядом расположенных жизненно важных анатомических структур, планировать объем хирургического вмешательства, что приводит к уменьшению количества послеоперационных осложнений у детей. Данная статья описывает удачное использование навигационной системы в хирургии различных заболеваний носа и околоносовых пазух у 25 детей.

Ключевые слова: навигационная система, функциональная эндоскопическая ринохирургия, ангиофиброма, аденома гипофиза, опухоли основания черепа.

Библиография: 7 источников.

Modern children's otorhinolaryngology prefers the use of minimally invasive methods of surgical treatment. Navigation system application in rhinosurgery allows us to improve endoscopic interventional technique, to avoid damage of closely located vital anatomical structures, to plan surgical treatment protocol, and therefore, decrease the risk of postoperative complications in pediatric practice. This article describes successful navigation system application in surgery of various nasal cavity and paranasal sinuses diseases among 25 children.

Key words: navigation system, FESS – functional endoscopic sinus surgery, angiofibroma, pituitary gland adenoma, skull base malignancies.

Bibliography: 7 sources.

В последнее десятилетие в детской ринохирургии активно развивается применение малоинвазивных эндоскопических технологий [6]. Совместное использование функциональной эндоскопической хирургии (FESS) и навигационных систем (IGS) значительно повышает точность хирургических вмешательств [2].

Image-guided surgery (IGS) представляет собой методику оперативного пособия, при котором происходит проецирование навигированного хирургического инструмента на пред- или интраоперационное компьютерное томографическое изображение, тем самым позволяющее оценивать местоположение объектов относительно анатомических структур. Изначально технология была разработана для нейрохирургической практики, но нашла широкое применение и в ринохирургии [5].

Перед выполнением операции больному проводится КТ- или МРТ-исследование по специальному протоколу, особенностью которого являют-

ся тонкие срезы (около 1 мм). В целях повышения точности регистрации на голову пациента наклеивают кожные маркеры.

Навигированные инструменты помогают хирургу точно отслеживать местоположение в ходе хирургического вмешательства, ориентироваться в пределах операционного поля и данной анатомической области.

В настоящее время описано большое количество исследований, посвященных использованию навигационной системы в ринохирургии у взрослых. Одним из самых крупных исследований является наблюдение К. Р. Tschopp, E. G. Thomaser [7].

В проспективном нерандомизированном исследовании (дизайн «случай-контроль») рассматривали эффективность FESS-хирургии с помощью навигационной системы при полипозном риносинусите у взрослых ($n = 123$). Пациенты были распределены на две группы: группа А ($n = 62$, 113 сфеноэтомидотомий) – выполнение опе-



УДК 616.225-009.11:616.131.3-007.22-089.844]-053.32

ПАРЕЗ ЛЕВОЙ ГОЛОСОВОЙ СКЛАДКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

М. Л. Захарова, А. В. Марасина, П. В. Павлов, А. В. Саулина, А. В. Мостовой,
А. Л. Карпова, Н. П. Алексеева

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»,
Санкт-Петербург, Россия
(Ректор – проф. В. В. Леванович)

PARESIS OF THE LEFT VOCAL CORD AFTER SURGICAL TREATMENT OF PATENT DUCTUS ARTERIOSUS IN PREMATURE INFANTS

M. L. Zakharova, A. V. Marasina, P. V. Pavlov, A. V. Saulina, A. V. Mostovoy,
A. L. Karpova, N. P. Alexeeva

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia
(Rector – prof. V. V. Levanovich)

Парез левой голосовой складки (ПЛГС) – одно из наиболее частых осложнений у детей, оперированных по поводу функционирующего артериального протока в период новорожденности. ПЛГС может остаться недиагностированным и привести к увеличению риска развития заболеваний детского возраста, в частности частых респираторных заболеваний, бронхолегочной дисплазии, гастроэзофагеального рефлюкса.

Целью нашего исследования явилось определение частоты развития ПЛГС после хирургического лечения гемодинамически значимого открытого артериального протока (ГЗОАП) у недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 г.

Пациенты и методы. В исследование включались все недоношенные дети, которые были прооперированы по поводу ГЗОАП в неонатальном периоде с 1 января по 31 декабря 2011 г. в Санкт-Петербурге. Анкетирование по телефону стало возможным у 51 пациента из 101 оперированного за данный период. Дети, у которых выявлялись жалобы, характерные для пареза левой голосовой связки (нарушение дыхания, осиплость голоса, поперхивание), приглашались на осмотр к отоларингологу для проведения фиброларингоскопии.

Результаты. У 21 ребенка из 51 опрошенного были выявлены симптомы ПЛГС, что составило 41,2% от числа детей в данной группе. Родители 11 детей, имевшие характерные жалобы, согласились пройти фиброларингоскопию. В ходе указанного обследования диагноз ПЛГС, который был заподозрен на основании данных телефонного опроса, подтвержден у 11 из 11 детей, т. е. в 100% случаев.

Выводы. Мы рекомендуем выполнение фиброларингоскопии у всех недоношенных детей до и после хирургического лечения ГЗОАП в целях более своевременной диагностики ПЛГС и более раннего начала лечения данного заболевания. Родители должны быть информированы о возможных осложнениях операции и последствиях развития ПЛГС.

Ключевые слова: недоношенные новорожденные, парез левой голосовой связки, открытый артериальный проток (ОАП), операция клипирования ОАП, возвратный гортанный нерв.

Библиография: 23 источника.

Background: paresis of the left vocal cord is one of the most frequent complications in children undergoing surgery for patent ductus arteriosus in the newborn period. Paresis of the left vocal cord (PLVC) may remain undiagnosed and can lead to an increased risk of childhood diseases such as frequent respiratory disease, bronchopulmonary dysplasia, gastro-oesophageal reflux.

The aim of our study was to determine the incidence of paresis of the left vocal cord after surgical treatment of patent ductus arteriosus (PDA) in premature infants with birth weight less than 1500 g.

Materials and Methods: The study included all premature infants who were operated on for a PDA in the neonatal period from January 1 to December 31, 2011 in St. Petersburg. Questioning on the phone was possible in 51 patients from 101 patients who has surgical treatment in this period of time. Children who are identified complaints typical of the left vocal cord paresis (impaired breathing, hoarseness, choking) were invited to inspect a specialist for direct fiber-optic laryngoscopy.

Results: In 21 of the 51 children interviewed were identified PLVC symptoms, which accounted for 41,2% of all children in the group. Parents of 11 children with the complaint, agreed to undergo direct fiber-optic laryngoscopy. In the survey, we had confirmed the diagnosis PLVC posed on the basis of a telephone survey in 11 of 11 children, that is 100%.

Conclusions: We recommend doing direct fiber-optic laryngoscopy in all premature babies after surgical treatment of the flow to the start of early diagnosis and treatment of PLVC. Parents should be informed about possible complications and consequences of the operation of this complication.

Key words: paresis of the left vocal cord, patent ductus arteriosus, premature infants, recurrent laryngeal nerve.

Bibliography: 23 sources.

Артериальный проток – уникальная коммуникация фетального периода, направляющая у плода 90% крови из легочной артерии в нисходящую аорту. Тем самым артериальный проток позволяет развиваться правым отделам сердца в условиях, когда легкие еще не функционируют, и обеспечивает кровоснабжение туловища и нижних конечностей. У здоровых доношенных детей артериальный проток, как правило, спазмируется и перестает функционировать в течение первых суток жизни. У недоношенных новорожденных часто наблюдается нарушение механизмов закрытия артериального протока [1, 3, 13].

Распространенность открытого артериального протока (ОАП) у доношенных новорожденных составляет 57 случаев на 100 000 живорожденных [10], в то время как у недоношенных с массой тела при рождении от 501 до 1500 г ОАП регистрируется примерно у каждого третьего [11, 19]. Установлено, что у 55% недоношенных с массой тела при рождении менее 1000 г впоследствии развивается гемодинамически значимый открытый артериальный проток, требующий медикаментозной терапии или хирургического закрытия [15, 21].

Гемодинамические и клинические проявления ОАП заключаются в сбросе крови из аорты в легочный ствол вследствие снижения сосудистой резистентности в системе малого круга кровообращения в постнатальном периоде [13]. Клиническое значение ОАП у недоношенных новорожденных определяется степенью сброса крови слева направо. Увеличение легочного кровотока у недоношенных детей может приводить к развитию отека легкого, утрате легочного комплайенса и нарушению процессов дыхания и в результате – к развитию хронических легочных заболеваний [20]. Наличие шунта способствует перераспределению крови между легкими и другими органами и приводит в конечном итоге к затяжному течению респираторного дистресс-синдрома, увеличению риска развития некротизирующего энтероколита, бронхолегочной дисплазии и летальному исходу [2, 9, 16, 17, 23].

Гемодинамически значимый открытый артериальный проток (ГЗОАП) необходимо лечить, чтобы избежать декомпенсации дыхательной функции, сердечной недостаточности, осложнений, вызванных синдромом обкрадывания по большому кругу кровообращения [11, 19]. Приоритет отдается медикаментозному лечению, но его эффективность, по данным различ-

ных исследований, составляет от 43 до 76% [15, 17]. Известно, что в группе детей, у которых медикаментозное лечение оказалось неэффективным, а хирургическое закрытие не применялось, смертность на фоне ГЗОАП возрастала в 4 раза [8].

У детей после хирургического лечения ГЗОАП достоверно ниже потребность в инотропной поддержке и диуретических препаратах; лучше переносимость энтерального питания; сокращается длительность искусственной вентиляции легких и госпитализации [4, 6, 13]. Однако хирургическое закрытие протока сопряжено с рядом осложнений. Наиболее частым осложнением после операции клипирования ОАП по-прежнему остается травма возвратного ларингеального нерва и, как следствие, парез левой голосовой складки (ПЛГС). По литературным данным, частота ПЛГС у взрослых, подвергавшихся оперативному закрытию протока в период новорожденности, может достигать 67% [22]. Вследствие ПЛГС нарушается функция глотания и повышается риск аспирации, отмечена связь с удлинением длительности интубации [14]. Дети с ПЛГС более склонны к развитию бронхолегочной дисплазии (82 против 39%, $p = 0,002$), аллергическим заболеваниям дыхательных путей (86 против 33%, $p \leq 0,0001$), отмечена связь с гастроэзофагеальным рефлюксом ($p = 0,002$) [7]. Частота ПЛГС, как осложнения оперативного закрытия ГЗОАП, не зависит от того, выполнялось клипирование титановой клипсой или проводилась перевязка шелковой лигатурой [21]. Однако, по литературным данным, среди вероятных механизмов повреждения возвратного ларингеального нерва предполагается не только его прямая травма, но и работа электрокоагулятором вблизи прохождения нервного волокна [14]. Важно отметить, что при своевременной и наиболее ранней диагностике ПЛГС и назначении необходимой терапии восстановление функции возвратного нерва с исчезновением клинической симптоматики наблюдается у $2/3$ пациентов [15].

Цель исследования. Определить частоту ПЛГС среди прооперированных по поводу гемодинамически значимого открытого артериального протока недоношенных новорожденных в условиях Санкт-Петербурга.

Задачи исследования. Выявить путем анкетирования и проанализировать частоту и характер предъявляемых родителями включенных в исследование детей жалоб, связанных с ПЛГС, а



20. Lipman B., Server G. A., Brazy J. E. Abnormal cerebral haemodynamics in preterm infants with patent ductus arteriosus // Pediatrics. 1982. – N 69. – P. 778–781.
21. Obladen M., Koehne P. Interventions for Persisting Ductus Arteriosus in the Preterm Infant. – 2005. – P. 52–53.
22. Thach B. T. Recurrent laryngeal nerve injury during patent ductus ligation: can this common complication be reduced? // J. Perinatol. – Jun., 2010. – N 30(6). – N 371–372. doi: 10.1038/jp.2010.51.
23. Saldeño Y. P., Favareto V., Mirpuri J. Prolonged persistent patent ductus arteriosus: potential perdurable anomalies in premature infants. // J. Perinatol. – Dec., 2012. – N 32 (12). – P. 953–958.

Захарова Мария Леонидовна – канд. мед. наук, оториноларинголог клиники оториноларингологии Санкт-Петербургского государственного медицинского педиатрического университета. Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; тел.: +7-921-904-91-71, e-mail: dr.essina@mail.ru

Марасина Александра Владимировна – ассистент каф. сердечно-сосудистой хирургии Санкт-Петербургского ГМПУ. Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; тел.: 8(911)288-93-10

Павлов Павел Владимирович – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Санкт-Петербургского ГМПУ. Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; тел.: 8(812) 905-62-78

Саулина Анна Валерьевна – оториноларинголог Северо-Западного медицинского центра. Россия, 197374, Санкт-Петербург, ул. Савушкина, д. 124/1, e-mail: fransis@list.ru

Мостовой Алексей Валерьевич – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. неонатологии и неонатальной реаниматологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского ГМПУ. Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; тел.: 8(921)989-65-10

Карпова Анна Львовна – канд. мед. наук, доцент каф. неонатологии и неонатальной реаниматологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского ГМПУ. Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; тел.: 8(921)572-07-55

Алексеева Нина Петровна – канд. физ.-мат. наук, доцент каф. статистического моделирования математико-механического факультета Санкт-Петербургского государственного университета. Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9; тел.: 8(911)010-86-80

УДК 616.211-001-053.2

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМЫ НОСА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

С. А. Карпищенко¹, С. И. Алексеенко², О. Е. Верещагина¹, А. С. Коношков¹

¹ ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

² Детская городская больница № 19 им. К. А. Раухфуса
(Главный врач – засл. врач РФ, канд. мед. наук В. Ю. Детков)

FEATURES OF THE NOSE INJURY IN CHILDREN

S. A. Karpischenko¹, S. I. Alekseenko², O. E. Vereshchagina¹, A. S. Konoshkov¹

¹ Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

² Children's City Hospital N 19 named K. A. Rauhfusa

В статье рассмотрены возрастные особенности скелета носа. Представлен ретроспективный анализ историй болезни пациентов детского возраста с травмой носа в остром периоде.

Ключевые слова: детский возраст, травма носа, возрастные особенности скелета носа, особенности диагностики и лечения.

Библиография: 5 источников.

The article describes the age characteristics of the skeleton of the nose. Presents a retrospective analysis of case histories of pediatric patients with trauma of the nose in the acute period.

Key words: childhood, trauma of the nose, age characteristics of the skeleton of the nose, especially the diagnosis and treatment.

Bibliography: 5 sources.



УДК 616.216.1-003.6-007.41-072.1

МИГРАЦИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСЕ

С. А. Карпищенко¹, А. И. Яременко², Е. К. Гевлич²*ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия**(¹Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко;**² зав. каф. хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии – проф. А. И. Яременко)*

MIGRATION FOREIGN BODIES IN THE MAXILLARY SINUS

S. A. Karpischenko¹, A. I. Yaremenko², E. K. Gevlich²*Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia*

В статье рассмотрены примеры миграции инородных тел в верхнечелюстном синусе, возможности современной диагностики и эндоскопического лечения.

Ключевые слова: инородное тело, миграция, компьютерная томография, эндоскопическая хирургия.

Библиография: 6 источников.

The article deals with examples of migration of foreign bodies in the maxillary sinus. The possibilities of modern diagnosis and endoscopic treatment.

Key words: foreign body, migration, computed tomography, endoscopic surgery.

Bibliography: 6 sources.

Одонтогенные гаймориты являются проблемой двух специальностей: оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии.

Причиной развития одонтогенных синуситов является тесное топографо-анатомическое взаимоотношение верхнечелюстной пазухи с зубами верхней челюсти. Предпосылкой к возникновению перфорации костной ткани в области альвеолярной бухты дна верхнечелюстной пазухи с одновременным проникновением в ее просвет инородных тел являются анатомо-топографические соотношения верхушек корней малых и больших коренных зубов с верхнечелюстной пазухой. Иногда здоровый периодонт этих зубов и слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи разделены лишь тонкой пластинкой кости или дубликатурой слизистой оболочки [1]. Отсюда становится понятна столь высокая распространенность этого осложнения. Также резорбция альвеолярного отростка верхней челюсти в связи с отсутствием зубов является неблагоприятным фактором для установки имплантата в область премоляров и моляров [6]. Поэтому так важно проводить предоперационное обследование пациента с использованием трехмерной компьютерной томографии при планировании инвазивного лечения [5].

В некоторых случаях в результате неправильного планирования и (или) неопытности хирурга возможна миграция имплантата в верхнечелюстной синус с формированием ороантрального сообщения.

Нахождение в максиллярном синусе инородного тела (корни зубов, пломбировочный материал,

штифты, имплантаты, гуттаперча) со временем неизбежно приводит к развитию синусита, и, следовательно, необходимым условием для купирования воспалительного процесса является удаление инородного тела из пазухи. В действительности же пациенты направляются на оперативное лечение только после развития клинической картины синусита. Длительное время такие синуситы протекают вяло, бессимптомно (от 6 месяцев до 2,5 года – латентные синуситы) [2]. В ряде случаев больные точно локализируют дискомфорт в области пораженной пазухи, заложенность носа, обычно умеренно выраженную и одностороннюю, нередко такие пациенты отмечают нарушение обоняния.

На фоне развития воспаления возникают дегенеративные изменения слизистой оболочки синуса в виде подушкообразного утолщения, кист, полипов или субатрофии и склерозирования. Эти изменения зависят от длительности нахождения инородного тела в синусе, свойств материала, его pH и химического состава [3].

Для диагностики инородных тел в верхнечелюстных пазухах традиционные рентгенологические методы, такие как ортопантомография или рентгенография черепа в полуаксиальной проекции служат как средства первичной диагностики. В связи со склонностью инородных тел к миграции, для более точной их локализации и планирования оперативного лечения в обязательный план исследования должна входить компьютерная томография (КТ), по возможности трехмерная спиральная КТ (рис. 1). Чаще мигрируют мелкие инородные тела, это происходит за счет



3. Шульман Ф. И., Козлов В. А. Инородные тела верхнечелюстных пазух. VII Всероссийский съезд стоматологов: тез. докл. – М., 2001. – С. 98–100.
4. Шульман С. В., Шульман Ф. И. Острые и хронические верхнечелюстные синуситы, развившиеся после эндодонтического лечения // Дантист. – 2001. – № 1. – С. 11.
5. Цифровая объемная томография в оториноларингологии: практ. руководство / С. А. Карпищенко [и др.] СПб., 2011. – 52 с.
6. Nauman C. H., Chandler N. P., Tong D. C. Endodontic implications of the maxillary sinus: a review // Int Endod J. – 2002. – Vol. 35. – P. 127–141.

Карпищенко Сергей Анатольевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И. П. Павлова. Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; тел.: 8-812-499-70-19, e-mail: karpischenkos@mail.ru

Яременко Андрей Ильич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И. П. Павлова. Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; e-mail: yaremenko@mail.com

Гевлич Елена Константиновна – клинический ординатор каф. хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И. П. Павлова. Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; тел.: 8-911-037-46-80, e-mail: elenka_gevlich@mail.ru

УДК 617.53-006-089

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕКТОРАЛЬНОГО ЛОСКУТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ШЕИ (РАБДОМИОСАРКОМЫ)

А. Л. Ключихин, М. А. Ключихин, Е. Н. Рогозкин

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия», г. Ярославль, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Ключихин)*

EXPERIENCE WITH THE PECTORAL FLAP IN THE SURGICAL TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS OF THE NECK (RHABDOMYOSARCOMA)

A. L. Klochikhin, M. A. Klochikhin, E. N. Rogozkin

Yaroslavl State Medical Academy, Yaroslavl, Russia

В работе представлен случай наблюдения редкой злокачественной опухоли (рабдомиосаркомы) гигантских размеров с нетипичной локализацией – передняя поверхность шеи. Хирургический метод оптимален при лечении данной патологии. Опухоль иссечена полностью в пределах здоровых тканей, после чего образовался значительный дефект кожи и мягких тканей размерами 14,0×8,0 см. Для пластики был использован кожно-мышечный пекторальный лоскут, выкроенный у пациентки из-под молочной железы. Лоскут выделен с визуальным прослеживанием питающего сосудистого пучка, проведен в подкожном тоннеле и уложен на дефект. В послеоперационном периоде – полное приживление лоскута, хороший косметический результат.

Ключевые слова: гигантская опухоль шеи, рабдомиосаркома, гистиоцитомы, пекторальный лоскут, пластика.

Библиография: 31 источник.

We present a rare case of surveillance of malignant tumors (rhabdomyosarcoma) giant size with atypical localization – the front of the neck. The surgical method is optimal in the treatment of this pathology. The tumor is excised completely within normal tissues, and then formed a significant defect of skin and soft tissue dimensions of 14.0×8.0 cm. Epithelomuscular pectoral flap isolated from the patient's breast was used for plastic. The flap is marked with a visual tracing of the supply of the vascular bundle, held in the subcutaneous tunnel and laid on the defect. In the postoperative period – a complete healing of the flap, a good cosmetic result.

Key words: giant tumor neck, rhabdomyosarcoma, histiocytoma, pectoral flap, plastic.

Bibliography: 31 sources.



Клочихин Аркадий Львович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Ярославской ГМА, зав. Ярославским центром хирургии «Голова-шея». Россия, 150054, г. Ярославль, ул. Чкалова, д. 4 «А», тел.: (4852)-251-563, e-mail: Klochikhin@yandex.ru

Клочихин Михаил Аркадьевич – канд. мед. наук, врач первой категории, специалист Ярославского центра хирургии «Голова-Шея». Россия, 150054, г. Ярославль, ул. Чкалова, д. 4А, Ярославская областная онкологическая больница, e-mail: DrKlochikhin@yandex.ru

Рогозкин Евгений Николаевич – ординатор каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. Россия, 150003, г. Ярославль, ул. Загородный сад, д. 11, тел.: (4852) 250-964, 8-915-966-23-66, e-mail: StudentYAGMA@yandex.ru

УДК 616.24-008.444:616.322-089.87

МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ

Ж. В. Колядич, Л. Э. Макарина-Кибак, Е. С. Тишкевич, Т. Д. Андрианова

ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии», Минск, Беларусь
(Директор – канд. мед. наук Л. Э. Макарина-Кибак)

THE TREATMENT OF OROPHARYNGEAL OBSTRUCTION IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

Zh. V. Kaliadzich, L. E. Makaryna-Kibak, K. S. Tsishkevich, T. D. Andrianova

National Centre of Otorhinolaryngology, Minsk, Belarus

В РНПЦ оториноларингологии внедрен модифицированный на основе увулопалатофарингопластики хирургический метод устранения орофарингеальной обструкции. Сущность метода заключается в повышении эффективности хирургического лечения синдрома обструктивного апноэ сна за счет укрепления мягкого неба с его подтягиванием кпереди и вверх и расширения области дыхательного пространства в боковом направлении на орофарингеальном уровне. На основании объективных и субъективных показателей произведена оценка эффективности предложенного модифицированного метода. Методика эффективна при лечении синдрома повышенной резистентности ВДП, СОАС легкой и средней степеней тяжести.

Ключевые слова: синдром обструктивного апноэ сна, двусторонняя тонзиллэктомия, передняя радиочастотная фарингопластика, орофарингеальный уровень обструкции.

Библиография: 10 источников.

The modified method of uvulopalatopharyngoplasty was implemented in Republic National Centre of Otorhinolaryngology. This method was used for elimination of oropharyngeal obstruction. The method allows strengthen the soft palate and is based on changing the configuration of the soft palate in such way, that it goes in front and upwards and, besides, allows to widen the upper airways in lateral direction. The efficacy of the method was evaluated on the base of objective and subjective indices. The method is effective and can be used for the treatment of upper air resistance syndrome and mild, moderate OSAS.

Key words: the obstructive sleep apnea syndrome, tonsillectomy, the anterior radiofrequency pharyngoplasty, the oropharyngeal level of obstruction.

Bibliography: 10 sources.

По данным T. Joung et al., каждый пятый житель США страдает от синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС) легкой степени, каждый пятнадцатый – имеет СОАС средней или тяжелой сте-

пеней [10]. N. S. Marshall et al. приводят данные о том, что СОАС диагностирован среди 9% женщин и 25% мужчин среднего возраста [5]. Среди американского населения частота встречаемости



ТЕСТ СЕНСОРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В ОЦЕНКЕ ОДНОСТОРОННЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ

С. В. Лиленко, Ю. К. Янов, А. С. Лиленко

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

SENSORY ORGANISATION TEST IN ASSESSMENT OF UNILATERAL PERIPHERAL VESTIBULAR DYSFUNCTION

S. V. Lilenko, Y. K. Yanov, A. S. Lilenko

Saint Petersburg ENT and Speech Research Institute, St. Petersburg, Russia

Одним из современных способов оценки постурального контроля является методика компьютерной динамической постурографии. В работе проанализированы результаты теста сенсорной организации у пациентов с жалобами на неустойчивость в вертикальном положении. Обследовано 34 человека, страдающих односторонней периферической вестибулярной дисфункцией. Компьютерная динамическая постурография позволяет определить степень декомпенсации течения болезни Меньера, острой и затянувшейся лабиринтопатий. Значимые отклонения центра тяжести, отражающиеся в уменьшении сводного индекса устойчивости ниже минимально допустимого значения (менее 70%) выявлены в наблюдениях активной стадии односторонней периферической вестибулярной дисфункции.

Ключевые слова: постуральный контроль, односторонняя периферическая вестибулярная дисфункция, болезнь Меньера, острая лабиринтопатия, затянувшаяся лабиринтопатия, компьютерная динамическая постурография, тест сенсорной организации.

Библиография: 16 источников.

Technology of computerized dynamic posturography is one of up-to-date practices of postural control assessment. In this study results of sensory organization test in examinees with complaints on unsteadiness in vertical position were analyzed. 34 patients, who suffered from unilateral peripheral vestibular dysfunction, were examined. Computerized dynamic posturography enables estimation of decompensation intensity in the course of Meniere's disease, acute and prolonged labyrinthopathy. Active stage of unilateral peripheral vestibular dysfunction presented nontrivial deviations of gravity center. It was recorded in diminishment of composite stability index which value was less than minimally significant 70% rate.

Key words: postural control, unilateral peripheral vestibular dysfunction, Meniere's disease, acute labyrinthopathy, prolonged labyrinthopathy, computerized dynamic posturography, sensory organization test, gravity center, composite stability index.

Bibliography: 16 sources

При односторонней периферической вестибулярной дисфункции физиологические механизмы постурального контроля позволяют скомпенсировать нарушения стояния, обусловленные патологией вестибулярного анализатора. Однако при предъявлении повышенных требований к зрительной или проприоцептивной системам (например, при закрывании глаз или стоянии на мягкой опоре) становятся заметными нарушения равновесия, что проявляется, в частности, падением в позе Romberg. Наиболее ярко такие расстройства поддержания позы отмечаются при одновременной нагрузке и на проприоцепторы нижних конечностей, и на зрительную систему. На этом основана сравнительная оценка способности пациента сохранять равновесие в вертикальном положении при традиционном отоневрологическом осмотре. При этом анализируют изменения качества

выполнения вестибулосоматических тестов при разных процедурных условиях в рамках вестибулярного паспорта. Для односторонней периферической вестибулярной дисфункции характерным является заметное ухудшение стояния пациента на поролоновом мате в позе Romberg при закрытии глаз по сравнению с относительно удовлетворительным сохранением равновесия на твердом полу с открытыми глазами [4].

В последнее время находят применение компьютеризированные способы, позволяющие объективизировать наличие и степень вестибулярных расстройств [3]. К таким методикам относятся компьютерная стабилография [6, 7] и вариант ее дальнейшего усовершенствования – компьютерная динамическая постурография [8, 14].

В одном из наиболее распространенных в клинической практике тестов с применением ком-



7. Усачев В. И., Гофман В. Р., Дубовик В. А. Методологические принципы применения стабиллографии // Медицинские информационные системы: междугосударств. темат. науч. сб. – Таганрог: ТРТИ., 1993. – № 4. – С. 112–116.
8. Allum J. H., Shepard N. T. An overview of the clinical use of dynamic posturography in the differential diagnosis of balance disorders // J. Vestib. Res. – 1999. – Vol. 9, N 4. – P. 223–252.
9. Black F. O. Vestibular function assessment in patients with Meniere's disease: the vestibulospinal system // Laryngoscope. – 1982. – Vol. 92, N 12. – P. 1419–1436.
10. Chandrasekhar S. S. Meniere's disease // Vertigo and disequilibrium. A practical guide to diagnosis and management / Ed. P. C. Weber. Thieme, New York – Stuttgart. – 2008. – P. 56–68.
11. Dynamic posturography for staging of patients with Ménière's disease / A. Daneshi [et al.] // J. Laryngol. Otol. – 2009. – Vol. 123, N 8. – P. 863–867.
12. Desmond A. L. Vestibular evaluation // Vestibular function: clinical and practice management. – NY, Stuttgart: Thieme, 2011. – P. 97–121.
13. Di Fabio R. P. Sensitivity and specificity of platform posturography for identifying patients with vestibular dysfunction // Physical Ther. – 1995. – Vol. 75, N 4. – P. 290–305.
14. Furman J. M. Posturography: uses and limitations // Baillieres Clin. Neurol. – 1994. – Vol. 3, N 3. – P. 501–513.
15. Furman J. M. Role of posturography in the management of vestibular patients // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1995. – Vol. 112, N 1. – P. 8–15.
16. Lacour M. Tell me your vestibular deficit, and I'll tell you how you'll compensate // Ann. N. Y. Acad. Sci. – 2009. – Vol. 1164. – P. 268–278.

Лиленко Сергей Васильевич – докт. мед. наук, профессор, вед. н. с., руководитель вестибулярной лаборатории Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. Россия, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8 (812) 400-15-34, e-mail: lilenko@mail.ru

Янов Юрий Константинович – засл. врач РФ, докт. мед. наук, член-корр. РАМН, профессор, директор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. Россия, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8 (812) 316-22-56, e-mail: lornii@gmail.com

Лиленко Андрей Сергеевич – мл. н. с. отдела диагностики и реабилитации нарушений слуха Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. Россия, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: +812-316-25-01, e-mail: aslilenko@gmail.com

УДК 616.284+616.281]-001:797.2

КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БАРОТРАВМЫ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА У ДАЙВЕРОВ

Э. И. Мацнев, Е. Э. Сигалева

Государственный научный центр Российской Федерации «Институт медико-биологических проблем» РАН, Москва, Россия

(Директор – член-корр. РАН, академик РАМН И. Б. Ушаков)

CLINICAL AND PHYSIOLOGICAL ASPECTS OF BAROTRAUMA MIDDLE AND INNER EAR IN DIVERS

E. I. Matsnev, E. E. Sigaleva

State Scientific Center of the Russian Federation – Institute for Biomedical Problems, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Проведено отоневрологическое обследование 45 дайверов (30 мужчин и 15 женщин) с баротравмой среднего и внутреннего уха в возрасте от 27 до 49 лет (средний возраст 34,1 года) за 8-летний период наблюдения (2005–2012). Описаны современные методы диагностики, лечения и профилактики баротравмы среднего и внутреннего уха у дайверов.

Ключевые слова: БТСУ – баротравма среднего уха, БТВУ – баротравма внутреннего уха, ДППГ – доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, ДБВУ – декомпрессионная болезнь внутреннего уха, ЗВОАЭ – задержанная вызванная отоакустическая эмиссия, ОАЭЧПИ – отоакустическая эмиссия на частоте продукта искажения, ВНГ – видеонистагмография.

Библиография: 46 источников.



During the 8-year period (2005 – 2012) a series of neurootological examinations of 45 divers (30 men and 15 women) with barotrauma of the middle and inner ear at the age of 27 to 49 years (mean age 34,1) was held. Modern methods of diagnosis, treatment, prevention and mechanisms of middle and inner ear barotrauma with divers are discussed.

Key words: BPPV – benign paroxysmal positional vertigo, DIIE – decompression illness inner ear, DPOAE – otoacoustic emission distortion product, MEB – middle ear barotrauma, IEB – inner ear barotrauma, TEOAE – transient evoked otoacoustic emissions, VNG – video-nystagmography.

Bibliography: 46 sources.

Известно, что внезапное изменение атмосферного давления может вызвать у человека повреждение среднего и (или) внутреннего уха, а также травму околоносовых пазух [5, 9, 15, 16, 21, 26, 35].

В последние годы отмечено значительное увеличение числа баротравм среднего уха (БТСУ) и баротравм внутреннего уха (БТВУ) в связи с широкой популярностью у населения занятий дайвингом (подводным плаванием). Например, в Германии, в настоящее время дайвингом занимаются более чем 1,5 миллиона людей, тогда как в США их около 9 миллионов [3, 4] и их число ежегодно увеличивается.

У 80–90% дайверов регистрируются медицинские проблемы, связанные с состоянием ЛОР-органов, среди которых ведущими являются баротравмы среднего и внутреннего уха, а также околоносовых пазух. В этой связи ЛОР-специалисты должны быть хорошо информированы о клинических проявлениях данной патологии, механизмах развития у дайверов БТСУ и БТВУ, профилактике и лечении подобных нарушений [13, 16, 28, 34, 35, 38].

Подводная среда, характеризующаяся возможностью быстрого изменения окружающего давления представляет реальную угрозу повреждения, прежде всего среднего уха и сенсорных структур внутреннего уха с последующим развитием сенсоневральной потери слуха и вестибулярных расстройств [14, 15, 31, 44].

БТСУ и БТВУ являются типичными осложнениями при использовании дайверами дыхательных подводных аппаратов типа SCUBA (Self-Contained Underwater Breathing Apparatus) [14, 43]. Кроме того, возможно развитие баротравмы внутреннего уха при декомпрессионной болезни (ДКБ), хотя эти нарушения более характерны для профессиональных водолазов-глубоководников [13, 44].

Ниже представлен клинический анализ 45 дайверов с БТСУ и БТВУ. Подавляющее большинство дайверов было обследовано за период 2005–2012 гг.

Пациенты и методы исследования. 45 дайверов (30 мужчин и 15 женщин) с баротравмой среднего и внутреннего уха в возрасте от 27 до 49 лет (средний возраст 34,1 года) прошли отоневрологическое обследование в отделении физиологии и патологии слуховой и вестибулярной систем

клинического отдела ГНЦ РФ Института медико-биологических проблем РАН. Баротравмы были получены дайверами преимущественно в регионах Красного моря: в Египте, на Галапагосских и Мальдивских островах, в Филиппинах, Таиланде, Мексике. У 2 обследуемых баротравма среднего уха была получена в условиях тренировочных занятий в бассейне. Одна часть обследований была проведена в «ранней» стадии, составлявшей не более 1–3 суток после травмы (19 человек), другая – в отдаленном периоде – от нескольких дней – до нескольких недель после баротравмы (26 дайверов).

Отоневрологическое обследование включало:

- эндоскопию ЛОР-органов (включая отоми-кроскопию);
- аудиометрическое исследование по стандартной методике;
- тимпанометрию;
- оценку акустического рефлекса;
- регистрацию задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) (transient evoked otoacoustic emission – TEOAE) и отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения (ОАЭЧПИ) (distortion product otoacoustic emission – DPOAE);

– видеонистагмографию (ВНГ) для исследования спонтанного, позиционного, вибрационно-вызванного и других видов экспериментального нистагма.

На основе регистрации цервикальных вестибулярных вызванных миогенных потенциалов (ВВМП) (cervical vestibular myogenic potential – cVEMP) и оценки восприятия субъективной зрительной вертикали (СЗВ) исследовали функцию саккулюса и утрикулюса отолитовой системы, проводили оценку функции постурального равновесия и др. [2, 11, 18, 27, 32]. Комплекс аппаратуры для этих исследований включал: клинический тональный аудиометр АС41, импедансный аудиометр АЗ26, систему ЕР-25, ВНГ-систему Ulmer, вибрационный стимулятор VVIB 3F, систему Sway Star для оценки функции равновесия. По показаниям проводили дополнительные исследования: компьютерную томографию околоносовых пазух, офтальмологическое обследование, исследование в барокамере и др.

Результаты исследования. Структура БТСУ и БТВУ представлена в табл. 1. Наибольшее число



УДК 616.21/22; 616.28; 614; 614.2

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Х. Г. Махачева¹, Л. М. Асхабова²

¹ ГБОУ СПО «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р. П. Аскерханова»,
г. Махачкала, Дагестан, Россия
(Директор – засл. врач РД, канд. мед. наук Х. Г. Махачева)

² ФПК ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России,
г. Махачкала, Дагестан, Россия
(Зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения – засл. врач РД, засл. деятель науки РД,
проф. Л. М. Асхабова)

ENT MORBIDITY AND DISABILITY AMONG URBAN AND RURAL POPULATION OF THE DAGESTAN REPUBLIC

Kh. G. Makhacheva¹, L. M. Askhabova²

¹ Dagestan Medical College, Department of Public Health

² Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

В статье представлены материалы общего и структурного анализа оториноларингологической заболеваемости и инвалидности взрослого и детского населения Республики Дагестан в разрезе городской и сельской местности. В структуре первичной ЛОР-заболеваемости всего населения и отдельно детского населения доминируют болезни среднего уха, хронические болезни миндалин и аденоидов. Сравнительный анализ оториноларингологической заболеваемости городского и сельского населения Республики Дагестан позволил выявить, что в большинстве случаев среди жителей села, в сравнении с городским населением, отмечаются более высокие уровни заболеваемости, несмотря на тенденцию снижения их в динамике. Показатели первичного выхода на инвалидность по болезням уха и сосцевидного отростка также выше среди сельского взрослого и детского населения республики по сравнению с городским населением. Более высокие показатели оториноларингологической заболеваемости и инвалидности на селе, по-видимому, связаны с поздним обращением за специализированной медицинской помощью, низким качеством предоставляемых ЛОР-услуг в первичном звене здравоохранения, низкой доступностью высококвалифицированной ЛОР-помощи для сельского населения РД.

Ключевые слова: оториноларингологическая заболеваемость, структура заболеваемости, инвалидность.

Библиография: 6 источников.

The article presents a general and structural analysis of ENT disease and disability children and adult population of the Republic of Dagestan in the context of urban and rural areas. In the primary structure of the entire population of ENT diseases and separate children's population is dominated by middle ear disease, chronic disease of tonsils and adenoids. Comparative analysis of ENT diseases in urban and rural population of the Republic of Dagestan revealed that in most cases in villages compared to urban populations have higher rates of morbidity, despite a downward trend in their dynamics. Higher rates of ENT disease and disability in the village seems to be associated with late referral for specialized medical care, poor quality provide ENT services in primary care, low availability of highly qualified ENT care for rural RD.

Key words: ENT incidence, morbidity structure and disability.

Bibliography: 6 sources.

Проведенный ряд исследований по изучению и анализу оториноларингологической патологии, ее структуры недостаточно полно отражает картину распространенности заболеваний ЛОР-органов среди населения мегаполиса. Так, исследование, проведенное А. И. Крюковым и соавт., отражает структуру заболеваний ЛОР-органов лишь по

данным обращаемости в поликлинические учреждения и по нозологическим формам МКБ-Х без учета возможной сочетанной патологии [1, 2, 5, 6].

Исследование распространенности заболеваний ЛОР-органов, проведенное И. В. Отвагиным среди населения трех областей центра России,



УДК 616.323-007.61-089.168.1-06+616.284-003.2-053.37

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛИМФОЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗВИТИЕМ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Ю. С. Преображенская, М. В. Дроздова

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия
(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

TREATMENT OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF LYMHPH EPITHELIAL PHARYNGEAL RING, COMPLICATED BY THE OTITIS MEDIA WITH EFFUSION

Y. S. Preobrazhenskaia, M. V. Drozdova

Saint Petersburg ENT and Speech Research Institute, St. Petersburg, Russia

176 пациентов после проведения оперативного лечения (аденотомия, тимпанопункция) на базе детского хирургического отделения СПб НИИ ЛОР были приглашены на контрольный осмотр спустя 1, 3 и 6 месяцев. В ходе работы обследуемые дети разделены на три группы в зависимости от наличия инфицирования вирусом Эпштейна–Барр, цитомегаловирусом, *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* и наличия динамического наблюдения за слуховой и тубарной функциями. У детей 2-й группы, с выявленными вышеуказанными инфекциями к 1-му месяцу послеоперационного периода нормализация слуховой и тубарной функций зарегистрирована в 28% случаев, на фоне специфической этиотропной терапии процент восстановления слуховой и тубарной функций увеличился до 90,91% к 6-му месяцу. С наличием микст-инфекции в 3,03% (0,83; 7,58%) наблюдалось стойкое сохранение тимпаногаммы типа В. У детей с инфицированием, которые не проходили систематического наблюдения с контролем слуховой и тубарной функций, без специфической терапии при сохранении ухудшения слуха через 6 месяцев после оперативного лечения положительный эффект достигнут лишь в 70% (45,72; 88,11%) случаев, наиболее неблагоприятное течение отмечено в 10,0% (1,23; 31,70%) случаев. В дальнейшем им было рекомендовано проведение тимпаностомии для избежания развития осложнений затяжного течения экссудативного среднего отита.

Ключевые слова: вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирус, *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*, экссудативный средний отит, дети.

Библиография: 15 источников.

176 patients after adenotomy and tympanopuncture were examined (after 1,3,6 months) in pediatric department of Saint-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech. In course of the research all patients were divided into 3 groups, depending on detected pathogen (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, Epstein-Barr (EBV), Cytomegalovirus CMV) and dynamic observation on auditive function. 28% of patients in the 2 group with above mentioned infections had the improved auditive function after specific etiological therapy (1 month postoperatively) and 90,91% of improvement 6 months after surgery. Patients with mixed infection had type “B” tympanogram in 3,03% (0,83%; 7,58%) of all cases. Patients, that didn't take etiological therapy had the improvement of auditive function only in 70% (45,72%; 88,11%) of all cases, complicated progress of the disease was detected in 10% (1,23%; 31,70%) of all cases, tympanostomy was made to prevent otitis media with effusion and other complications.

Key words: Epstein-Barr virus (EBV), Cytomegalovirus (CMV), *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae*, otitis media with effusion, children.

Bibliography: 15 sources.

Введение. Экссудативный средний отит (ЭСО) – заболевание, характеризующегося скоплением в полостях среднего уха экссудата (серозного, слизистого или мукоидного характера), приводящим к формированию определенного симптомокомплекса, основной составляющей которого является тугоухость звукопроводящего или смешанного характера [12]. Тугоухость как один из наиболее постоянных симптомов ЭСО часто становится причиной социальной дезадаптации больных, а у детей ведет к нарушению психо-

эмоционального, речевого и интеллектуального развития [5, 15].

В литературе указывается, что у лиц, перенесших микоплазменную или хламидийную инфекцию, отмечались повторные инфекции дыхательных путей, протекающие с обструкцией, тенденцией к затяжному течению и рецидивированию. Кроме того, являясь внутриклеточными возбудителями, эти инфекции, по мнению ряда исследователей, могут длительно персистировать в клетках эпителия, лимфоидном кольце глотки,



УДК 616.281-008.6-070

ПРОЦЕССЫ АДАПТАЦИИ К УСКОРЕНИЯМ КОРИОЛИСА И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ЛИЧНОСТНОЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЧЕЛОВЕКА

А. В. Соловьев, Н. Н. Плахов, Ю. К. Бахтин

ФГБУ «Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена»,
Санкт-Петербург, Россия
(Зав. каф. медико-валеологических дисциплин – проф. Л. Г. Буйнов)

THE PROCESSES OF ADAPTATION AND INFLUENCE OF THE CORIOLIS ACCELERATION THEM PERSONAL AND EMOTIONAL AND VOLITIONAL HUMAN

A. V. Solovyev, N. N. Plakhov, Y. K. Bahtin

Russian State Pedagogical University Herzen, St. Petersburg, Russia

Психическое развитие человека приводит ко все более совершенному приспособлению к среде обитания в связи с улучшением понимания сущности происходящих в природе и обществе процессов. Диапазоны адаптационных возможностей с появлением психической адаптации у человека значительно расширяются. Успешность профессиональной деятельности человека в условиях действия разнообразных факторов внешней среды зависит от индивидуальных особенностей его эмоционально-волевой сферы.

Ключевые слова: психофизиологическая адаптация, ускорение Кориолиса.

Библиография: 9 источников.

Mental development of man leads to more and more perfect adaptation to the environment due to improved understanding of the place in nature and processes of the Company. Ranges adaptive capabilities with the introduction of mental adaptation in humans is greatly enhanced. The success of the professional activities of the person under the action of various factors of the environment depends of individual features of its emotional and volitional.

Key words: coping strategies, the Coriolis acceleration.

Bibliography: 9 sources.

Психическое развитие человека приводит ко все более совершенному приспособлению к среде в связи с улучшением понимания сущности происходящих в природе и обществе процессов. Диапазоны адаптационных возможностей с появлением психической адаптации у человека значительно расширяются.

Рассмотрение границ адаптации следует проводить с учетом ее различных иерархических уровней. Очевидно, на каждом из них имеется своеобразная адаптивная норма, в пределах которой изменения являются обратимыми. Выход за пределы этой нормы вызывает патологию [9].

Методы и приемы врачебной экспертизы еще не позволяют в достаточной степени учитывать функциональные возможности организма, его психофизиологические и конституционально-типологические резервы [3–5], а следовательно и проводить направленную профилактику тех или иных психосоматических расстройств, которым среди причин дисквалификации летного состава по состоянию здоровья принадлежит ведущая роль.

Одной из форм нервно-психических расстройств у корабельных специалистов являются

невротические реакции. Данным термином принято обозначать кратковременные расстройства психической деятельности, возникающие в непосредственной связи с психотравмирующей ситуацией и характеризующиеся внезапностью, быстротой развития.

Самой общей причиной эмоционального напряжения корабельных специалистов является нарушение структур их сложной профессиональной деятельности.

По-прежнему острым считается вопрос о «неблагоприятных» личностных особенностях летного состава в плане возможных неадекватных способов психофизиологической адаптации личности к экстремальной деятельности и усложненным условиям социального функционирования, так как не до конца разработаны принципы и методы психодиагностики и экспертизы [1, 2].

Интересен феномен укачивания летчиков высокоманевренных самолетов палубной авиации в период плавания на борту корабля в штормовых условиях. Морская качка оказывает неблагоприятные влияния на тренированный вестибулярный аппарат летчика с учетом специфичности колебательного процесса временных параметров



ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА КАТЕЛИЦИДИНА LL-37 В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ НОСОГЛОТКИ

Е. В. Тырнова¹, Г. М. Алешина², Ю. К. Янов¹, В. Н. Кокряков²

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, Россия
(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

² ФГБУ «Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины» СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия
(Директор – засл. деятель науки РФ, акад. РАМН, проф. Г. А. Софронов)

INVESTIGATION OF CATHELICIDIN LL-37 GENE EXPRESSION ON THE MUCOSAL SURFACE OF THE NASOPHARYNX

E. V. Tyrnova¹, G. M. Aleshina², U. K. Yanov¹, V. N. Kokryakov²

¹ Saint Petersburg ENT and Speech Research Institute, St. Petersburg, Russia

² Scientific Research Institute of Experimental Medicine, St. Petersburg, Russia

Цель работы: оценить экспрессию гена LL-37 в поверхностном эпителии слизистой оболочки носоглотки. Исследовали 61 образец операционного материала: слизистую оболочку носа, верхнечелюстных пазух (нижние носовые раковины, слизистая среднего носового хода, полипы), небные миндалины при хроническом декомпенсированном тонзиллите. Оценку экспрессии генов LL-37 и бета-актина по уровню синтеза соответствующих матричных рибонуклеиновых кислот (мРНК) проводили методом обратной транскрипции и полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Экспрессия гена LL-37 детектирована во всех образцах тонзиллярного эпителия. Она отсутствовала в слизистой оболочке верхнечелюстных пазух (11,1%), 12,5% образцов гипертрофированных нижних носовых раковин, носовых полипов и нижних носовых раковин. Самая низкая экспрессия гена LL-37 выявлена в тонзиллярном эпителии и слизистой оболочке верхнечелюстных пазух ($p < 0,001$; тест Манна–Уитни). Микробная колонизация, часто ассоциированная с хроническим риносинуситом, не обусловлена нарушением экспрессии гена кателицидина LL-37 в эпителии носоглотки.

Ключевые слова: кателицидин LL-37, небные миндалины, нижние носовые раковины, полипы носа и верхнечелюстных пазух, полимеразная цепная реакция (ПЦР) в режиме реального времени, слизистая оболочка среднего носового хода.

Библиография: 22 источника.

The aim of this study was to investigate the LL-37 gene expression in the surface epithelium of the nasopharynx. 61 surgical samples of nasal and maxillary sinuses mucosa (inferior turbinate mucosa, the mucosa of the middle nasal passage, polyps), palatine tonsils in chronic decompensated tonsillitis, were investigated. Estimation of LL-37 and beta-actin gene expression by levels of the corresponding messenger ribonucleic acid (mRNA) was performed by real-time reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR). The expression of LL-37 gene was detected in all samples of tonsillar epithelium, but it was absent in 11,1% cases of the maxillary sinuses mucosa, 12,5% samples of the hypertrophic inferior turbinate, nasal polyps and inferior turbinate. The lowest expression of LL-37 gene was detected in the tonsillar epithelium and maxillary sinuses mucosa ($p < 0,001$; Mann–Whitney test). Defect in LL-37 gene expression by epithelial cells lining the nasopharynx mucosa is not responsible for the microbial colonisation often associated with chronic rhinosinusitis.

Key words: inferior turbinate, cathelicidin LL-37, middle nasal passage mucosa, nasal and maxillary sinuses polyps, real-time polymerase chain reaction, tonsils.

Bibliography: 22 sources.

Для предотвращения избыточного роста бактерий, эпителиальной колонизации и последующей транслокации (структурное изменение хромосом в результате переноса генетического материала) респираторный тракт поддерживает эффективный слизистый барьер. Помимо слизи наиболее важными компонентами этой защитной системы являются эпителиальные антимикробные пептиды и белки, такие как дефенсины,

кателицидин LL-37, лизоцим, лактоферрин, секреторная фосфолипаза A2, секреторный ингибитор протеазы лейкоцитов (SLPI) и другие вещества, такие как комплемент, сурфактантные белки и белок клеток Клэра (секреторных клеток бронхиолы) (CC10, CCSP), которые вносят вклад в защиту макроорганизма от инфекции [1, 14]. Секретируемая слизистыми железами и бокаловидными клетками слизи захватывает частицы,



22. Vonk M. J., Hiemstra P. S., Grote J. J. An antimicrobial peptide modulates epithelial responses to bacterial products // *Laryngoscope*. – 2008. – Vol. 118, N 5. – P. 816–820.

Тырнова Елена Валентиновна – канд. мед. наук, ст. н. с. лабораторно-диагностического отдела Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. Россия, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-317-84-43, e-mail: 7101755@mail.ru, tyrnovaev@mail.ru

Алешина Галина Матвеевна – канд. биол. наук, ст. н. с. отдела общей патологии и патологической физиологии НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН. Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. акад. И. П. Павлова, д. 12; тел.: 8-812-234-07-64, e-mail: galina_aleshina@mail.ru

Янов Юрий Константинович – засл. врач РФ, член-корреспондент РАМН, докт. мед. наук, профессор, директор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. Россия, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-22-56, e-mail: 3162256@mail.ru

Кокряков Владимир Николаевич – докт. биол. наук, профессор, руководитель лаборатории общей патологии отдела общей патологии и патологической физиологии НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН. Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. акад. И. П. Павлова, д. 12; тел.: 8-812-234-07-64, e-mail: kokryak@yandex.ru

УДК 616.833.17-073.97:616.316.5-006

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧЕТЫРЕХКАНАЛЬНОГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н. Н. Хамгушкеева, К. А. Матвеев, Х. М. Диаб

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия
(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

USING FOUR CHANNEL INTRAOPERATIVE FACIAL NERVE MONITORING IN PATIENTS WITH BENIGN DISEASES OF PAROTID SALIVARY GLAND

N. N. Khamgushkeeva, K. A. Matveev, H. M. Diab

Saint Petersburg ENT and Speech Research Institute, St. Petersburg, Russia

В статье представлен клинический опыт применения 4-канального ЭМГ мониторинга в процессе выполнения операций по удалению новообразований околоушной слюнной железы. Данное исследование было выполнено на 3 пациентах со смешанной опухолью околоушной слюнной железы. Были определены показатели электрической стимуляции ствола и ветвей лицевого нерва. Минимальная сила тока подаваемой стимуляции составила 0,2–0,5 мА, а супрамаксимальная – 3–5 мА. Таким образом, применение 4-канальной регистрации моторного ответа с мимических мышц лица является полезным дополнением в идентификации ствола и ветвей лицевого нерва в хирургии околоушных слюнных желез.

Ключевые слова: парез лицевого нерва, лицевой нерв, электромиография (ЭМГ), интраоперационный мониторинг, доброкачественное новообразование околоушной слюнной железы, паротидэктомия.

Библиография: 14 источников.

The article presents the clinical experience with 4-channel EMG monitoring during operations to remove neoplasm of the parotid gland. This study included 3 patients with mixed tumor of the parotid gland. Electrical stimulation of different parts of the trunk and branches of the facial nerve were determined. Minimum electric current intensity supplied stimulation ranged from 0,2 to 0,5 mA, and supramaximal from 3 to 5 mA. Thus, the use of 4-channel registration of motor response to the facial muscles is a useful adjunct in the identification of the trunk and branches of the facial nerve in surgery of the parotid salivary glands.

Key words: facial nerve paralysis, facial nerve, electromyography (EMG), intraoperative monitoring, neoplasm benign parotid salivary gland, parotidectomy.

Bibliography: 14 sources.



УДК 616.322-002.2.08:612.015

ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Н. Ж. Хушвакова, Ю. Н. Исакова, У. К. Нуралиев

ГУ «Самаркандский медицинский институт», г. Самарканд, Республика Узбекистан
(Зав. каф. оториноларингологии – Н. Ж. Хушвакова)

OPTIMIZATION CONSERVATIVE TREATMENT CHRONIC TONSILLITIS

N. J. Khushvakova, Yu. N. Isakova, U. K. Nuraliyev

Samarkand Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Проведено обследование и лечение больных хроническим тонзиллитом. Результаты исследования показаны на фоне традиционной терапии препаратом пропосол. При его применении отмечена достоверная активация показателей антиоксидантной системы. Установлено, что прополис стимулирует трофические функции, а также работу всей иммунной системы за счет дополнительной выработки, в частности, пропердина, усиливающего фагоцитоз.

При катamnестическом наблюдении выявлено: у детей исследуемой группы – два рецидива (8,7%) , у детей контрольной группы – от пяти до шести рецидивов (21,7%).

Ключевые слова: тонзиллярная патология, хронический тонзиллит, антиоксидантная терапия, фагоцитоз.

Библиография: 6 источников.

The examination and treatment of patients with chronic tonsillitis. The results showed on the background of traditional drug therapy Proposol there was a significant activation of the antioxidant system performance . It has been established that propolis stimulates trophic function and operation of the entire immune system due to the additional working, in particular properdin enhancing phagocytosis.

At follow-up, revealed: the children of the main group – two relapses (8,7%) children in the control group – from five to six relapses (21,7%).

Key words: tonsillar pathology, chronic tonsillitis, antioxidant therapy, phagocytosis.

Bibliography: 6 sources.

Проблема хронического тонзиллита и его осложнений в настоящее время еще далеко не разрешена и является одной из актуальных тем современной медицины [2]. Тонзиллярная патология прочно занимает одно из первых мест среди всех ЛОР-заболеваний, а возникновение тяжелых осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, суставов, почек при хроническом тонзиллите заставляет заниматься этой проблемой многих практических врачей-оториноларингологов, терапевтов, педиатров, инфекционистов и других специалистов [5].

В настоящее время не наблюдается тенденций к снижению показателей заболеваемости хроническим тонзиллитом. Но актуальность этого заболевания связана не только с чрезвычайно высокой его распространенностью [1]. Хронический тонзиллит не просто воспаление небных миндалин, это серьезная патология, проявляющаяся угнетением неспецифических факторов естественной резистентности организма, нарушением гуморального и клеточного звеньев иммунитета и сопровождающаяся инфекционно-аллергической атакой на весь организм в целом с развитием целого ряда тяжелых осложнений. Некоторые из них,

например паратонзиллярные и заглоточные абсцессы, тонзиллогенный сепсис, нередко становятся причиной смерти больного, другие (острая ревматическая лихорадка, ревматизм, инфекционные артриты, гломерулонефрит, васкулит) – приводят к инвалидности пациента [5].

В последнее десятилетие появились работы, в которых исследователи подчеркивают важную роль нарушений регуляции процессов липидного обмена и свободнорадикального перекисного окисления липидов в развитии различных патологических состояний при патологии ЛОР-органов [4]. Разработаны и изучены основные принципы изготовления и функционирования электрохимических биосенсоров, которые определяют каталазу в организме при ряде патологических процессов разной степени тяжести и сопоставление результатов со стандартным методом.

Таким образом, разработанные биосенсоры позволяют быстро, с высокой селективностью и чувствительностью определять ферменты в микрообъемах (0,02 мл) биологических жидкостей (кровь, слюна) [6].

Клиническая эффективность пропосола – оптимальное соотношение действующих веществ –



УДК 616.98:578.828.6]-06:616.21-036.22

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОРОРГАНОВ

А. О. Чарушин¹, А. М. Еловигов¹, И. А. Перевезенцев²

¹ ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, Россия
(Ректор – проф. И. П. Корюкина)

² ФГБУЗ «Пермский клинический центр» ФМБА России, г. Пермь, Россия
(Директор – В. Е. Ведерников)

MEDICO-DEMOGRAPHIC FEATURES OF HIV-INFECTED PATIENTS WITH DISEASES OF ENT ORGANS

А. О. Charushin, А. М. Elovikov, I. A. Perevezencev

¹ «Perm State Medical Academy. ak. E. A. Wagner's, Perm, Russia

² Perm Clinical Center, Perm, Russia

В статье представлена характеристика ВИЧ-инфицированных пациентов с заболеваниями ЛОР-органов по основным демографическим и медицинским признакам. Определен портрет типичного ВИЧ-положительного пациента с ЛОР-патологией.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, заболевания ЛОР-органов.

Библиография: 7 источников.

The features of HIV-infected patients with diseases of ENT organs by key demographic and medical signs is presented. The portrait of a typical HIV-positive patient with ENT pathology is defined.

Key words: HIV infection, diseases of ENT organs.

Bibliography: 7 sources.

ВИЧ-инфекция продолжает оставаться одной из наиболее серьезных проблем, стоящих перед здравоохранением Российской Федерации [1]. Общее число случаев заболевания в нашей стране, по данным официальной статистики на 31.10.2012 г., составило около 704 тыс. В Пермском крае – 19 504 случая заболевания, количество людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), достигло 17 296 человек, показатель распространенности – 656,6 на 100 тыс. населения [5].

Пандемия ВИЧ-инфекции является одной из самых губительных за всю историю человечества: за последние три десятилетия она унесла более 36 миллионов человеческих жизней. По данным ВОЗ, в 2012 г. в мире насчитывалось примерно 35 миллионов людей с ВИЧ-инфекцией [2].

Прогрессирование ВИЧ-инфекции неизбежно приводит к развитию иммунодефицита и, как следствие, возникновению оппортунистических инфекций различной этиологии и неопластических процессов [3]. Оппортунистические заболевания, возникающие при ВИЧ-инфекции, занимают особое место в работе клиницистов различных специальностей, в том числе отори-

ноларингологов [4]. Поражение ротоглотки и других ЛОР-органов являются наиболее частыми у ВИЧ-инфицированных пациентов. Так, частота фарингомикоза у пациентов со СПИДом достигает 84,6%, сохраняясь даже на фоне антиретровирусной терапии. Манифестация оппортунистических инфекций ЛОР-органов у пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечается раньше, чем при поражениях другой локализации [7]. Это требует изучения оториноларингологами вопросов распространенности, клиники, диагностики и лечения ЛОР-патологии на различных стадиях ВИЧ-инфекции.

Цель и задача исследования. Дать характеристику заболеваний ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных пациентов на основании данных оториноларингологического отделения Пермского клинического центра ФМБА России за 2011–2013 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 40 ВИЧ-инфицированных пациентов, прошедших через отделение оториноларингологии за период 2011–2013 гг. Из них 24 мужчины (60%), 16 женщин (40%). Для получения сравнительных показате-

УДК 616.831:616.22-008.5.001.8

СОСТОЯНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ДИСФОНИЯМИ И С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА ПО ДАННЫМ ВИДЕОЛАРИНГОСТРОБОСКОПИИ

Т. А. Шидловская, Н. С. Козак, Шемли Мохамед

*ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко НАМН Украины», г. Киев, Украина
(Директор – акад. НАМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)*

STATE BIOELECTRICAL BRAIN ACTIVITY IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPHONIA AND WITH VARYING DISORDER DEGREE IN THE VOCAL APPARATUS ACCORDING TO VIDEOLARINGOSTROBOSCOPY DATA

T. A. Shydlovskaya, N. S. Kozak, Chemly Mohammed

Institute of Otolaryngology prof. A. I. Kolomiychenko NAMS of Ukraine, Kiev, Ukraine

В работе дана характеристика состояния биоэлектрической активности головного мозга по данным электроэнцефалографии у больных с функциональными дисфониями и с разной степенью выраженности нарушений голосового аппарата по данным видеоларингостробоскопии. Обследованы две группы больных с гипотонусной дисфонией (по 20 человек): 1-я – с незначительными отклонениями в деятельности голосового аппарата, 2-я – с выраженными отклонениями. Проведенные исследования доказали наличие изменений в состоянии биоэлектрической активности головного мозга в указанных группах больных, о чем свидетельствуют процессы десинхронизации корковых ритмов, их дезорганизации и тенденции к сглаженности зональных различий, искажение процентного содержания основных ритмов ЭЭГ по сравнению с нормой. У больных первой и особенно второй групп, анализ результатов электроэнцефалографии показал снижение содержания альфа-ритма и рост медленно-волновой активности, особенно в передних проекциях, что свидетельствует о дисфункции диэнцефальных структур головного мозга. При этом функциональные изменения со стороны центральной нервной системы были более выраженными в группе с более значительными нарушениями в состоянии голосового аппарата. Полученные данные могут быть полезными для понимания роли центральных нарушений регуляции в развитии функциональных дисфоний.

Ключевые слова: голосовой аппарат, функциональные дисфонии, электроэнцефалография, биоэлектрическая активность.

Библиография: 26 источников.

In this study the electroencephalography characteristics of the state bioelectrical brain activity in patients with functional dysphonia with varying disorder degree in the vocal apparatus is given according to videolaringostroboscopy data. We examined two groups of patients with hypotonic dysphonia (20 people): 1st – minor disorders in the activity of the vocal apparatus, 2nd – with apparent. Investigations have shown the changes in the state brain activity in these groups of patients. These were evidenced by the desynchronization processes in cortical rhythms, their disorganization and a trend toward smoothing zone differences and the EEG basic rhythms distortion of percentage in comparison with normal. The analysis of the patients EEG data in the 1st and, especially, 2nd group showed a reduction of alpha-rhythm and the slow-wave activity growth, particularly in the front projections indicating diencephalic cerebral structures dysfunction. Herewith the functional changes in the central nervous system were more apparent in the group with more significant disorders in the state of the vocal apparatus. The obtained data would be useful for understanding the role of the central regulation disorders in the development of functional dysphonia.

Key words: vocal apparatus, functional dysphonia, electroencephalography, bioelectrical activity.

Bibliography: 26 sources.

Ранняя диагностика функциональных нарушений голоса (ФНГ) представляет сложности, а профилактические мероприятия для данных заболеваний пока разработаны недостаточно [2, 5, 12, 18, 23]. Дискуссионным остается вопрос о патогенезе данной патологии, учитывая ее полиэтиологичность и сложность механизмов развития [2, 5, 18, 19]. Эффективность лечения функ-

циональных дисфоний далеко не всегда бывает высокой, особенно в случае хронизации процесса [2, 3, 5, 11, 18, 20, 21]. Особенно важно решение этой проблемы для лиц голосоречевых профессий, поскольку нарушение голосовой функции может привести к длительной потере трудоспособности, а иногда и к профнепригодности [2, 8, 9, 12, 18, 19, 23].



УДК 616.28-002.2-089.844

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ С ЭПИДЕРМИЗАЦИЕЙ (АТЕЛЕКТАЗОМ) БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ

А. Е. Михалевич, Ш. М. Ахмедов, В. С. Корвяков

*ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, Москва, Россия
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

PRESENT STATE OF THE TREATMENT OF PATIENTS CHRONIC OTITIS MEDIA WITH ATELECTASIS OF TYMPANIC CAVITY

E. A. Mikhalevich, S. M. Akhmedov, V. S. Korvyakov

NCC Otorhinolaryngology «FMBA of Russia, Moscow, Russia

В статье приведены различные методы хирургического лечения и намечены пути решения отдельных составляющих комплексной проблемы отсутствия воздушной барабанной полости у больных хроническим средним отитом с ателектазом барабанной полости, которые включают: стойкую выраженную дисфункцию слуховой трубы; практически полное отсутствие слизистой оболочки барабанной полости; отсутствие фиброзного кольца; наличие тотального дефекта барабанной перепонки. Произведена попытка их систематизации.

Ключевые слова: хронический средний отит, ателектаз барабанной полости, хирургия среднего уха.

Библиография: 62 источника.

The article describes the various methods of surgical treatment and the ways decisions of individual components of complex problems of lack of air tympanic cavity in patients with chronic otitis media with atelectasis of the tympanic cavity, which include: persistent expressed dysfunction of the auditory tube, the almost complete absence of the mucous membrane of the tympanum, the absence of the fibrous ring, and the availability of a total defect of the tympanic membrane. An attempt was made to systematize them.

Key words: chronic otitis media, atelectasis of the tympanic cavity, middle ear surgery.

Bibliography: 62 sources.

Несмотря на успехи в области оториноларингологии, хронический средний отит (ХСО) по-прежнему остается клинически значимой проблемой.

Следует отметить, что крайней степенью патоанатомических и патофизиологических проявлений ХСО считается эпидермизация барабанной полости, которая может быть частичной и полной. Эпидермизация барабанной полости является следствием как ателектатических процессов в барабанной полости [24], так и фиброзно-адгезивных средних отитов [16] либо фиброзирующего мукозита при хроническом вялотекущем мезотимпаните [19, 24, 27].

Хирургия среднего уха – одна из эффективных стратегий в медицинской реабилитации пациентов с хроническими формами средних отитов. Основными целями хирургии среднего уха явля-

ются полная ликвидация активного воспалительного процесса в различных отделах среднего уха и улучшение слуха. При эпидермизации барабанной полости важно формирование стойкой воздушной полости с восстановлением ее объема и структур для создания условий нормального проведения звуков к лабиринту.

Лечение данной категории пациентов представляет значительные трудности, поэтому целесообразно многоэтапное оперативное лечение, обусловленное «тяжестью» и характером воспалительной патологии. [15].

Трудности лечения такой категории больных связаны:

- с выраженной стойкой дисфункцией слуховой трубы;
- полным или частичным отсутствием слизистой оболочки барабанной полости;



УДК 616.742-006.311.04-089

УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГЕМАНГИОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

А. Н. Красноумов, Т. В. Остринская, А. М. Жуманкулов

Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург, Россия

SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF COMMON HEMANGIOMA OF THE SOFT TISSUES OF THE MAXILLOFACIAL REGION

A. N. Krasnoumov, T. V. Ostrynskaya, A. M. Zhumankulov

City Clinical Oncology Dispensary, Saint Petersburg, Russia

В данной статье представлен клинический случай успешного хирургического лечения объемной кавернозной гемангиомы мягких тканей челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: гемангиома, хирургическое лечение.

Библиография: 4 источника.

This article represented a clinical case of successful surgical treatment of the bulk of the cavernous hemangioma of the soft tissues of the oral and maxillofacial region.

Key words: hemangioma, surgical treatment.

Bibliography: 4 sources.

Актуальность. Гемангиома – это доброкачественная опухоль, развивающаяся из кровеносных сосудов. В подавляющем большинстве гемангиомы появляются у 2–12% новорожденных детей, преобладают у девочек в соотношении 7 : 1. Во взрослом возрасте гемангиомы встречаются также часто, примерно в 20–25% случаев от всего количества доброкачественных опухолей мягких тканей. В 67% случаев гемангиомами страдают лица женского пола. По своему происхождению гемангиомы могут быть отнесены как к истинным опухолям, так и к новообразованиям дизонтогенетической природы, т. е. к гамартомам. Гамартомами называются опухолевидные образования, возникающие в результате нарушения эмбрионального развития органов и тканей, состоящие из тех же компонентов, что и орган или ткань, где оно находится, но различающиеся неправильным расположением и степенью дифференцировки [2]. Провести строгое разделение гемангиом на истинные опухоли и гамартумы очень трудно. Гемангиомы могут быть врожденными и приобретенными. Выделяют следующие факторы, которые способствуют возникновению гемангиомы: нарушения течения беременности или родов, различные травматические повреждения или воспалительные процессы (ушибы, сдавления, интоксикации и т. д.). У многих больных выявить причины возникновения гемангиом не

представляется возможным. Подавляющее большинство этих сосудистых образований имеют врожденное происхождение. Гемангиомы могут располагаться в коже, мягких тканях, слизистой оболочке и подслизистом слое и очень редко в кости. Локализация гемангиом самая разнообразная: кожа лица (нос, лоб, подбородок, околоушно-жевательная область и т. д.), слизистая оболочка твердого или мягкого неба и альвеолярного отростка, дно полости рта, язык. Нередко гемангиомы бывают множественными. Гемангиомы могут быть артериальными (развиваются из сосудов артериального типа) или венозными (развиваются из сосудов венозного типа). По строению различают следующие виды гемангиом: капиллярная (плоская, сенильная) — состоят из мелких сосудов капиллярного типа, окруженных соединительной тканью; ветвистая (гроздевидная, рацемозная) — представлена клубком широких и извитых сосудов; кавернозная (пещеристая) — состоит из расширенных сосудистых полостей, выстланных одним слоем эндотелия и разграниченных перегородками из соединительной ткани; смешанная – разные участки опухоли представлены отдельными видами строения. Гемангиомы мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи могут сочетаться с поражением костей лицевого скелета [1]. Сосудистая опухоль может приобретать инфильтративный рост с разрушением



УДК 616.22-007.271-089.844

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАННЫМ ЯТРОГЕННЫМ РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

С. С. Решульский, В. В. Виноградов

*ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, Москва, Россия
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

CLINICAL CASE OF TREATING A PATIENT WITH CONCOMITANT IATROGENIC CICATRICAL STENOSIS OF THE LARYNX AND TRACHEA

S. S. Reshulskiy, V. V. Vinogradov

Federal State Institution „Scientific Clinical Centre of Otolaryngology of Federal Medical-Biological Agency of Russia“

Проблема лечения больных со стенозами полых органов шеи остается актуальной на данный момент. В статье приведен пример многоэтапного хирургического лечения пациента с рубцовым стенозом гортани и шейного отдела трахеи после неоднократных, неудачных попытках восстановления просвета дыхательного пути. Представлены фотоматериалы.

Ключевые слова: стеноз, гортань, трахея, реконструктивные операции, ларинготрахеостома.

Библиография: 4 источника.

The problem of the treatment of patients with stenosis of hollow organs of the neck remains relevant at the moment. This article is an example of a multi-stage surgical treatment of patients with cicatricial stenosis of the larynx and cervical trachea, after repeated, unsuccessful attempts to recover the lumen of the respiratory tract. Presented photographs.

Key words: stenosis, larynx, trachea, reconstructive surgery laringotraheostoma.

Bibliography: 4 sources.

При ограниченных рубцовых стенозах I–II степени возможны малоинвазивные, так называемые дилатационные методы лечения. Суть их состоит во введении в суженный рубцовой тканью просвет дыхательного пути бужей, диаметр которых постепенно увеличивается, а время оставления их в гортани постепенно возрастает.

Переходными от чисто дилатационных способов являются эндоскопические хирургические мероприятия, при которых под контролем эндоскопа удаляется рубцовая ткань, как правило, для этого используют лазер. В сформированный просвет органа также вводят дилататор. Однако в ряде случаев хороший результат может быть достигнут лишь после 3–4 вмешательств [1, 2, 4].

На сегодняшний день не утратили актуальности многоэтапные реконструктивно-восстановительные операции. Период лечения разделяют на четыре этапа:

- первый – формирование ларинготрахеостомы с иссечением рубцовой ткани;
- второй заключается в расширении и моделировании просвета гортани и трахеи Т-образной трубкой;
- на третьем этапе, после удаления дилататора, проверяют устойчивость и функциональность вновь сформированного просвета;

– при достаточном дыхании через естественные пути приступают к четвертому этапу – закрытию стомы [5, 7].

Данное лечение может достигать 2–3 лет, особенно если возникают сложности в виде дефицита передне-заднего расстояния трахеи, требующего дополнительной операции с использованием различных материалов, недостаточности местных тканей ввиду их грубых рубцовых изменений [3, 6].

Мы хотели бы предоставить клиническое наблюдение рубцового стеноза гортани и трахеи у пациента с неоднократными попытками хирургического лечения.

Пациент С. 17 лет, с диагнозом рубцовый стеноз гортани и шейного отдела трахеи обратился за медицинской помощью в НКЦ оториноларингологии в ноябре 2012 г.

При поступлении предъявлял жалобы на отсутствие дыхания через естественные пути, наличие трахеостомы и ларингостомы.

Из анамнеза известно, что в 2009 г. в результате автокатастрофы получил тяжелую черепно-мозговую травму, находился на искусственной вентиляции легких 2 недели. После стабилизации состояния экстубирован, однако в течение первых 2 суток возникло затруднение дыхания, вы-



УДК 616.28-008.14:534.773

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗНЫХ ФОРМУЛ НАСТРОЙКИ СЛУХОВОГО АППАРАТА

М. Ю. Бобошко¹, Н. В. Мальцева¹, И. П. Бердникова¹, А. Х. Абу-Джамеа², Ю. В. Коротков³

¹ ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия
(Ректор – академик РАМН С. Ф. Багненко)

² ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия
(Ректор – проф. О. Г. Хурицлава)

³ Центр слухопротезирования «Аэрон», Санкт-Петербург, Россия
(Директор – И. П. Сидоров)

При содействии компании «Бернафон»

THE EFFICACY OF HEARING AIDS IN USING DIFFERENT FITTING FORMULAS

M. Yu. Boboshko¹, N. V. Maltseva¹, I. P. Berdnikova¹, A. H. Abu Jamee², Yu. V. Korotkov³

¹ Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

² Mechnikov Northwestern State Medical University, St. Petersburg, Russia

³ Center for Hearing Aids „Aeron“

Обследовано 20 человек с хронической двусторонней симметричной сенсоневральной тугоухостью 2–3-й степени, использующих слуховые аппараты, в возрасте от 19 до 60 лет. С учетом данных аудиологического обследования каждому пациенту подбирался слуховой аппарат из семейства цифровых заушных бесканальных аппаратов фирмы Bernafon, настраиваемый по формуле NAL-NL1 или Bernafit Comfort. Для оценки эффективности слухопротезирования использовали речевую аудиометрию в свободном звуковом поле и анкетирование (анкеты APHAB и COSI). По данным речевой аудиометрии достоверной разницы при использовании различных настроечных формул не выявлено, а по результатам анкетирования отмечено преимущество формулы Bernafit Comfort в условиях воздействия внезапных дискомфортных звуков.

Ключевые слова: эффективность слуховых аппаратов, формулы настройки.

Библиография: 20 источников.

There were investigated 20 patients with bilateral sensorineural symmetrical hearing loss of moderate or moderately severe degree, who used the hearing aids, at the age of 19–60 years old. In accordance to the data of audiological investigation each patient received the BTE hearing aid of the firm Bernafon with fitting by formula NAL-NL1 or Bernafit Comfort. For valuation of the hearing aid efficacy there was used the speech audiometry in free field and questionnaires (APHAB, COSI). Speech audiometry didn't show statistically significant differences between using of the different fitting formulas; results of questionnaires showed advantage of the formula Bernafit Comfort in the cases of the sudden discomfort sounds

Key words: hearing aid efficacy, fitting formulas.

Bibliography: 20 sources.

В ряде случаев единственной возможностью компенсировать снижение слуховой функции является слухопротезирование. Однако очень часто

слуховой аппарат (СА) не оправдывает ожиданий. Это связано не только с индивидуальными особенностями слухового восприятия слабослы-



УДК 616.284.2-002-053.2:615.3

О РОЛИ ТОПИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Е. П. Карпова, Д. А. Тулупов

*ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», Москва, Россия
(Зав. каф. детской оториноларингологии – проф. Е. П. Карпова)*

A ROLE OF TOPICAL ANTIBACTERIAL THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF SUPPURATIVE OTITIS MEDIA IN CHILDREN

E. P. Karpova, D. A. Tulupov, O. G. Naumov

*Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russia
(Head of Department. Pediatric Otorhinolaryngology – prof. E. P. Karpova)*

В открытое рандомизированное сравнительное исследование было включено 70 детей в возрасте от 3 до 15 лет с диагнозом острый средний гнойный отит. Группа 1 (основная) – 35 пациентов, которые получали внутрь препарат амоксициллина в течение 7 дней и ушные капли на основе 0,3% раствора офлоксацина; группа 2 (контрольная) – 35 пациентов, которые получали только внутрь препарат амоксициллина. Уже на 2-й день наблюдения выраженность оторреи составила $2,5 \pm 0,5$ балла в основной группе и $6,8 \pm 0,4$ балла ($p < 0,05$) в группе контроля. На 3-й день лечения: в основной группе данный показатель составил $0,8 \pm 0,1$ балла, в группе контроля – $3,6 \pm 0,6$ балла ($p < 0,05$). На 3-й день лечения оторрея сохранялась у 4 (11,4%) пациентов основной группы и у 12 (34,3%) пациентов группы контроля. Выводы: доказана высокая эффективность комбинированной терапии амоксициллина в сочетании с применением 0,3% раствора офлоксацина в виде ушных капель в лечении острого среднего гнойного отита у детей.

Ключевые слова: острый средний гнойный отит, дети, офлоксацин.**Библиография:** 12 источников.

In an open randomized comparative study included 70 children aged 3 to 15 years with a diagnosis of acute suppurative otitis media. Group 1 – 35 patients who received the amoxicillin within 7 days and ear drops of 0,3% ofloxacin; group 2 (control) – 35 patients who received only amoxicillin. Already on the 2nd day of observation severity otorrhea was $2,5 \pm 0,5$ points in the 1-st group and $6,8 \pm 0,4$ ($p < 0,05$) in the control group. On the 3rd day of treatment: this figure was $0,8 \pm 0,1$ in the 1st group, and $3,6 \pm 0,6$ ($p < 0,05$) in the control group. On the 3rd day of treatment otorrhea persisted in 4 (11,4%) patients of the main group and 12 (34,3%) patients in control. Conclusions: the high efficiency of the combination therapy with amoxicillin and ear drops of 0,3% ofloxacin in the treatment of acute suppurative otitis media in children.

Key words: acute suppurative otitis media, children, ear drops of 0,3% ofloxacin.**Bibliography:** 12 sources.

Острый средний отит (ОСО) – это острое воспаление слизистой оболочки среднего уха. Согласно последним данным в Канаде ежегодно к врачу с подозрением на ОСО обращается более 1,8 миллиона детей в возрасте до 5 лет, что является самым частым показанием к назначению системной антибактериальной терапии (McWilliams C. J., Goldman R. D., 2009) [8]. ОСО также является самым частым осложнением ОРВИ у детей дошкольного возраста. Так, по данным североамериканских авторов, ОСО у детей раннего возраста развивается в 37% случаев [12]. По данным М. Р. Богомильского и В. С. Минасяна (2007), 44% детей переносят хотя бы 1 эпизод ОСО на первом году жизни, а 7–8% 3 эпизода и более [1]. При этом следует отметить, что по числу осложнений ОСО занимает 2-е место среди ЛОР-патологии, у 30% детей приобретает затяжное течение и склонность к рецидивированию [4].

По данным отечественных авторов, у детей старше 1 месяца и взрослых основными возбудителями ОСО (80%) являются или *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк), или нетипируемые штаммы *Haemophilus influenzae* (гемофильной палочки), реже – *Moraxella catarrhalis*. Менее чем в 10% случаев острый средний отит вызывается *Streptococcus pyogenes* (β-гемолитическим стрептококком группы А), *Staphylococcus aureus* (золотистым стафилококком) или ассоциацией микроорганизмов. На долю вирусов приходится около 6% всех случаев острого среднего отита. У новорожденных детей гнойный средний отит вызывают грамотрицательные палочки семейства *Enterobacteriaceae* (*Echerichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* и др.), а также *Staphylococcus aureus* [3]. По данным зарубежных авторов, на фоне применения пневмококковой конъюгированной вакцины частота выделения *Streptococcus pneumoniae*

УДК 616.21(092)

К 140-ЛЕТИЮ РОЖДЕНИЯ Н. В. БЕЛОГОЛОВОВА

Николай Васильевич Белоголовов – ученик основателя российской оториноларингологии Н. П. Симановского – является одним из крупных отечественных оториноларингологов, оставивших видный след в истории отечественной оториноларингологии [1–7].

И сегодня не только историки медицины, но и преподаватели всех уровней подготовки и усовершенствования врачей излагают своим слушателям методы Белоголовова по трепанации лобной пазухи, бескровному удалению небных миндалин, борьбе с ушным шумом, лечению отосклероза и др. По праву Николая Васильевича можно считать одним из основоположников многих направлений в нашей специальности, в частности ринологии и сурдологии. Свидетельством этого являются защищенная им под руководством Н. П. Симановского докторская диссертация на тему «К вопросу о влиянии затрудненного носового дыхания на морфологию крови и окислительные процессы», а также публикации «О трансепертурном вскрытии лобной пазухи с постоянным отверстием в нос» (1926), «Отосклероз и его лечение» (1935) и др.



Профессор Белоголовов Николай Васильевич (1874 – 20.IX.1950).

Окончив в 1900 г. Императорскую медико-хирургическую академию, Н. В. Белоголовов как проявивший особые способности был принят на кафедру носовых и горловых болезней, возглавляемую академиком Н. П. Симановским, для специализации по одноименному курсу болезней. Тогда же проявил особый интерес к патологии носа и к тем реперкуссионным изменениям в организме, которые возникают при нарушении носового дыхания. Этот интерес завершился написанием упомянутой выше докторской диссертацией, которая была защищена в аудитории только что отстроенной новой клиники профессора Симановского по адресу: Петроградская сторона, ул. Клиническая, д. 5 (Санкт-Петербург).

Будучи по образованию военным врачом, Н. В. Белоголовов работал оториноларингологом в различных военных госпиталях, а с 1920 по 1926 г. заведовал кафедрой оториноларингологии Куйбышевского медицинского института. В 1926 г. занял должность заведующего кафедрой Ленинградского государственного института медицинских знаний (ГИМЗ). В этой должности он проработал до 1936 г. С 1934 по 1950 г. служил консультантом при Ленинградском НИИ уха, горла, носа и речи.

Николай Васильевич впервые в отечественной оториноларингологии разработал и ввел в практику метод лечения при тугоухости особыми слуховыми упражнениями и ввел термин «рездукация слуха». Особое значение он придавал техническому оснащению методов аудиометрии. Под его руководством в ЛОР НИИ была разработана и сконструирована специальная электроакустическая аппаратура для предъявления больным звуковых и речевых упражнений. Его работы в теоретическом аспекте также имели существенное значение. Так, им была предложена рациональная классификация ушных шумов и на основании патолого-физиологического анализа определены пути борьбы с ними.

В НИИ ЛОР Н. В. Белоголовов впервые организовал отделение по исследованию слуховой функции и лечению больных с нарушением слуха. В настоящее время это отделение носит название отдела патофизиологии слуха, которым руководит профессор И. А. Аникин. В отделе раз-



УДК 616.432:616.211-089(091.2)(470)

ИЗ ИСТОРИИ ГИПОФИЗАРНОЙ РИНОХИРУРГИИ В РОССИИ

А. С. Киселев

ФГКБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия
(Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, проф. В. В. Дворянчиков)

TO HISTORY OF HYPOPHYSIS RHINOSURGERY IN RUSSIA

A. S. Kiselev

Military Medical Academy by S. M. Kirov

Гипофизарная хирургия одно из выдающихся достижений современной нейрохирургии. В статье описывается вклад Военно-медицинской академии и сотрудников кафедры отоларингологии во внедрение ринологического доступа в хирургию гипофиза в нашей стране.

Ключевые слова: гипофиз, ринохирургия гипофиза.

Библиография: 8 источников.

This article describes deposit Military-medical academy and collaborators its department of otolaryngology work out surgery rhinology approach to hypophysis in our country.

Key words: hypophysis, rhinosurgery hypophysis region.

Bibliography: 8 sources.

С самого начала XX века, когда в передовых странах старого и нового света бурными темпами развивалась наука и техника, одновременно начала заметно прогрессировать хирургия. Осваивались новые, еще недавно казавшиеся недоступными для операций, анатомические структуры. Одной из них оказалась гипофизарная область, и последовавшие успехи в хирургии гипофиза стали несомненным достижением не только хирургии, в частности нейрохирургии, но и всей медицинской науки.

Идея хирургического вмешательства на гипофизе появилась уже в конце XIX века и принадлежит V. Horsley, который в 1888 г. первым произвел подобную операцию сначала на животных, а затем и на людях [3].

Не останавливаясь на различных хирургических подходах к турецкому седлу, разрабатываемых пионерами гипофизарной хирургии, среди которых были и отечественные авторы (С. П. Федоров, Н. Ф. Богоявленский, В. Н. Шевкуненко), следует выделить два основных доступа, сохранивших конкурентную значимость до настоящего времени. Это интракраниальный (трансфронтальный) доступ через переднюю черепную ямку и трансназальный доступ, при котором путь к турецкому седлу проходил сквозь перегородку носа и клиновидную пазуху. Такой подход был предложен венским ринологом О. Hirsch (1909). В России, уже в 1910 г., первую трансназальную операцию при аденоме гипофиза сделал профессор факультетской хирургии Военно-медицинской академии С. П. Федоров [6]. Эта операция отличается гораздо меньшей травматичностью по сравнению с трансфронтальным доступом, при котором предусматри-

вается смещение мозговых долей для подхода к гипофизарной области, что приводит не только к обрыву nn. olfactorii и утрате обоняния, но также к известной травме мозговой ткани. В то же время, располагая относительно ограниченными техническими средствами, хирурги того времени испытывали очевидные трудности ориентировки при трансназальном доступе к гипофизу. Им приходилось манипулировать в глубокой и узкой операционной ране, в непосредственной близости от важных анатомических образований. Весомым доводом против широкого применения ринологического подхода при операциях в области гипофиза была опасность развития назальной ликвореи и риногенной инфекции.

В 1923 г. на VI Международном хирургическом конгрессе широко обсуждался вопрос о преимуществах и недостатках трансфронтального и трансназального оперативных методов удаления опухолей гипофиза. В результате постепенно определилась тенденция к более расширенному доступу к гипофизарной области, к которому относится трансфронтальный подход [4]. Чрезносовые операции при опухолях гипофиза на несколько десятилетий были оставлены как опасные и недостаточно эффективные, с точки зрения нейрохирургов того времени.

В 1920-е годы, в начале своего руководства кафедрой отоларингологии Военно-медицинской академии, профессор В. И. Воячек также приступил к освоению операций удаления опухолей гипофиза, используя ринологический транссептальный подход к турецкому седлу. Первые операции (их было всего две) В. И. Воячек сделал с участием своего младшего ассистента К. Л. Хилова. Тогда они закончились неудачно.



УДК 616.21(092)

РОЛЬ ДМИТРИЯ ИВАНОВИЧА ТАРАСОВА В РАЗВИТИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

О. С. Орлова, Г. Д. Тарасова

*ФГБУ «НКЦ оториноларингологии», Москва, Россия
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

THE CONTRIBUTION OF PROFESSOR DMITRY TARASOVA IN THE DEVELOPMENT OF DOMESTIC OTORHINOLARYNGOLOGY

O. S. Orlova, G. D. Tarasova

Federal State Institution „Scientific Clinical Centre of Otorhinolaryngology“, Moscow, Russia

В статье освещены вопросы биографии профессора Д. И. Тарасова и его роль в развитии российской оториноларингологии.

Ключевые слова: история развития оториноларингологии, вклад Д. И. Тарасова, МНИИ уха, горла и носа, ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России.

Библиография: 9 источников.

The article is devoted to the biography of professor D. I. Tarasov and his role in Russian otorhinolaryngology.

Key words: the history of development of otorhinolaryngology, the contribution of D. I. Tarasov, MRSI ear, nose and throat, FBSO SCC of otorhinolaryngology.

Bibliography: 9 sources

Жизнь каждого человека складывается из встреч и расставаний с самыми разными людьми. Одни приходят и уходят незаметно, не оставляя никакого следа в душе и памяти, – их очень много, они, как карусель, мелькают вокруг нас. Другие становятся коллегами, приятелями, друзьями, с которыми приятно проводить время, общаться, работать вместе – их значительно меньше. А есть знаковые люди, которые могут кардинально изменить судьбу другого человека или профессионального сообщества, определить стратегические направления в развитии науки. Их очень мало. Они встречаются в жизни далеко не каждого человека.

С именем Дмитрия Ивановича Тарасова ассоциируется целая эпоха в современной оториноларингологии, так как он всю свою энергию, свой богатейший жизненный опыт, энциклопедические знания, высококлассные хирургические способности посвятил совершенствованию любимой специальности.

Дмитрий Иванович Тарасов родился 5 ноября 1923 г. в деревне Серовское Рязанской области. В 1941 г. окончил 9 классов Ленинской школы железной дороги г. Москвы. В 1942 г. призван в ряды Красной армии, где служил в 53-м полку МГБ снайпером. После демобилизации в 1946 г. окончил школу рабочей молодежи и в 1947 г. поступил на лечебный факультет 2-го Московского медицинского института. В 1948 г. Дмитрий Иванович вступил в члены КПСС. Став студентом меди-

цинского института, он не сразу определил круг своих научных интересов. Сначала его заинтересовала анатомия, позже гинекология, а затем по предложению академика Б. С. Преображенского стал активно изучать оториноларингологию. В 1953 г., сразу по окончании института, поступил в ординатуру на кафедру болезней уха, горла и носа. Именно под руководством академика Б. С. Преображенского он обучался в ординатуре, а 1956 г. по конкурсу его зачислили в аспирантуру. В 1958 г. Д. И. Тарасов защитил кандидатскую диссертацию на тему «Состояние уха и верхних дыхательных путей у новорожденных в норме и патологии». С 1958 по 1965 г. работал ассистентом лечебного факультета кафедры болезней уха, горла и носа Второго Московского медицинского института.

С 1965 г. Дмитрий Иванович связал свою профессиональную биографию с Московским научно-исследовательским институтом уха, горла и носа Министерства здравоохранения России: стал руководителем детского отделения, которое до сегодняшнего времени расположено на базе Детской городской клинической больницы № 9 им. Г. Н. Сперанского. Д. И. Тарасов много оперировал, совершенствовал хирургические приемы при наиболее сложной патологии, разрабатывал консервативные методы лечения детей с различными заболеваниями ЛОР-органов.

В 1965 г. Д. И. Тарасов защитил докторскую диссертацию на тему «Этиология и патогенез,

К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЧЛЕНА-КОРРЕСПОНДЕНТА МЕЖДУНАРОДНОЙ АКАДЕМИИ НАУК ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПРОФЕССОРА З. Ш. ШАИХОВА

Задаш Шаихович Шаихов родился 14 ноября 1934 г. в районном селе Каркаралы Карагандинской области. Родители его являлись первыми представителями вновь зарождающейся казахской интеллигенции. Его отец был учителем средней школы, с раннего возраста он привил сыну любовь к знаниям.

После окончания средней школы с отличием Задаш Шаихович по совету родителей решил выбрать профессию врача. В 1951 г. он поступил на лечебный факультет Карагандинского государственного медицинского института, который окончил в 1957 г. с красным дипломом. В те годы, как и большинство юношей его поколения, он мечтал стать хирургом. Учитывая его желание, руководители здравоохранения Карагандинской области направили его на работу в сельскую больницу на должность хирурга. В течение двух лет он работал хирургом в центральной районной больнице. Часто ездил в клинику Карагандинского медицинского института, к своим наставникам, осваивая азы хирургии. Он мечтал пойти по стопам своих учителей и стать ученым-хирургом, о чем поведал руководству медицинского института, заведующему кафедрой госпитальной хирургии, профессору Якову Евсеевичу Ламму. Маститый учёный посоветовал Задашу Шаиховичу поступить в целевую аспирантуру по хирургии.

Однако места в целевую аспирантуру по хирургии были ограничены и ректор Карагандинского медицинского института, выдающийся педагог и организатор здравоохранения, заслуженный деятель науки Республики Казахстан, Петр Моисеевич Поспелов предложил молодому доктору место в целевую аспирантуру по оториноларингологии в Центральный институт усовершенствования врачей (Москва). Следует особо подчеркнуть роль тогдашнего ректора профессора Петра Моисеевича Поспелова, внесшего неоценимый вклад в дело подготовки молодых национальных кадров в молодой республике. Он является почётным гражданином города Караганды.

После сдачи вступительных экзаменов, З. Ш. Шаихов в 1961 г. был принят на кафедру болезней уха, горла и носа Центрального института усовершенствования врачей, руководимую в то время заслуженным деятелем науки профессором Иваном Ивановичем Потаповым. Профессор И. И. Потапов в те годы по праву считался ведущим специалистом в Союзе, блестящим клиницистом и крупным ученым с мировым именем.

Задаш Шаихович досрочно окончил обучение в аспирантуре и в декабре 1962 г. в возрасте 28 лет блестяще защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Клинико-лабораторная характеристика заболеваний при сочетанном течении ангины и гриппа». После прибытия в родной город его приняли на работу в Карагандинский государственный медицинский институт, где с 1963 по 1967 гг. он начал работать последовательно ассистентом, затем доцентом на кафедре болезней уха, горла и носа под руководством профессора Анатолия Владимировича Брофмана. Ярким событием явилось направление молодого ученого в город Целиноград в 1967 г. на вновь организованную кафедру болезней уха, горла и носа Целиноградского государственного медицинского института, который был открыт в 1964 г.

В этом вузе он стал первым заведующим и организатором кафедры, приложив все усилия для ведения учебного процесса и научно-клинической деятельности.

Уже в 1968 г. он организовал Целиноградское областное общество оториноларингологов и был бессменным председателем вплоть до 1982 г. до отъезда в город Караганду.

Возглавляя кафедру болезней уха, горла и носа в Целинограде он внес большой вклад в развитие



ВЛАДИМИР ТИМОФЕЕВИЧ ПАЛЬЧУН (к 85-летию со дня рождения)

27 апреля 2014 г. исполнилось 85 лет заслуженному деятелю науки РФ, члену-корреспонденту Российской академии медицинских наук, академику Международной академии оториноларингологии – хирургии головы и шеи, профессору Владимиру Тимофеевичу Пальчуну, имя которого хорошо известно каждому российскому оториноларингологу, а также далеко за пределами нашей страны.

Владимир Тимофеевич родился в Курской области. В 1954 г. окончил Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт. С 1954 по 1958 г. работал в практическом здравоохранении вначале в должности заведующего райздравотделом, а затем начальником госпиталя ветеранов Отечественной войны в Брянской области. С 1958 г. работает во 2-м МИОГМИ им. Н. И. Пирогова – Российском национальном исследовательском медицинском университете, последовательно в должности клинического ординатора, аспиранта, ассистента, доцента, а с 1973 г. заведующего кафедрой ЛОР-болезней лечебного факультета с НИЛ «Патология ЛОР-органов».

В 1963 г. В. Т. Пальчун успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Хронический тонзиллит в оперативном лечении стеноза митрального клапана», а в 1969 г. с блеском защитил докторскую диссертацию на тему «Клинико-морфологические особенности и хирургическое лечение отосклероза». В 1973 г., после кончины своего учителя академика АМН СССР профессора Б. С. Преображенского, Владимир Тимофеевич возглавил ведущую оториноларингологическую кафедру Советского Союза, и в 1974 г. ему было присвоено звание профессора.

В. Т. Пальчун внес огромный вклад в развитие отечественной оториноларингологии. Владимир Тимофеевич – замечательный педагог, профессионал с большой буквы, высококвалифицированный специалист, владеющий самыми современными методами диагностики и лечения всех заболеваний уха, горла и носа, сочетающий огромную эрудицию, блестящий талант хирурга, дар ученого теоретика и практика, прекрасного организатора, педагога и лектора, доброту, внимательность и открытость по отношению не только к коллегам и друзьям, но и к молодым начинающим врачам и ученым.

Научный путь Владимира Тимофеевича поучителен, он прошел последовательно все этапы обучения и совершенствования у академика Б. С. Преображенского. В. Т. Пальчун никогда не ограничивается одним направлением в специальности, всегда подчеркивал необходимость объединения всех разделов научной и практической



оториноларингологии. Являясь активным ЛОР-хирургом и выполняя практически все операции на ЛОР-органах, В. Т. Пальчун, будучи изобретателем и рационализатором по своей природе, предложил много новых хирургических операций и хирургических модификаций на гортани, наружном, среднем и внутреннем ухе, носе и глотке. Впервые в стране он выполнил операцию на эндолимфатическом мешке, разработал и внедрил в практику методику рассечения эндолимфатического протока при болезни Меньера. Разработал пластическую операцию при рубцовом стенозе гортани, впервые в России предложил сохранять звукопроводящую систему при общеполостных санирующих и расширенных операциях на среднем ухе, разработал эффективный вариант операции при отосклерозе, храпе и деформациях наружного носа.

Из под пера В. Т. Пальчуна вышли работы, посвященные внутричерепным осложнениям в оториноларингологии, заболеваниям околоносовых пазух, методикам хирургических вмешательств (хирургический атлас) и лечебно-диагностической тактике при заболеваниях ЛОР-органов («Национальное руководство по оториноларингологии», «Практическая оториноларингология»), отосклерозу, болезни Меньера, хроническому тонзиллиту, слухосохраняющим операциям, некоторым онкологическим проблемам, пласти-

80 ЛЕТ МИХАИЛУ РАФАИЛОВИЧУ БОГОМИЛЬСКОМУ

15 апреля 2014 г. 80-летие отметил Михаил Рафаилович Богомилский – заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, заведующий кафедрой детской оториноларингологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Михаил Рафаилович Богомилский родился в Москве в семье врачей. Его отец – Рафаил Давыдович – был известным детским оториноларингологом, что и определило выбор профессионального пути юбиляра. В 1957 г. М. Р. Богомилский окончил 2-й МОЛГМИ (ныне РНИМУ им. Н. И. Пирогова) по специальности лечебное дело. С 1960 по 1962 г. обучался в клинической ординатуре по оториноларингологии. В 1964 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Острые и хронические гаймориты при аллергии», а спустя семь лет – докторскую диссертацию на тему «Тимпаноластика». С 1965 по 1974 г. был сначала ассистентом, затем доцентом

кафедры ЛОР-болезней лечебного факультета 2-го МОЛГМИ. С 1974 по 1984 г. заведовал научной лабораторией «Искусственное ухо».

С 1985 г. по настоящее время Михаил Рафаилович является заведующим кафедрой оториноларингологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

М. Р. Богомилский – автор 9 книг и монографий, 350 научных статей, глав в руководствах по педиатрии, в том числе «Аллергические заболевания верхних дыхательных путей», «Кохлеарная имплантация глухим», руководства «Болезни уха, горла и носа» (2008), учебников «Детская отоларингология» (2005, 2007).

Под научным руководством Михаила Рафаиловича защищено 50 кандидатских и докторских диссертаций.

М. Р. Богомилский является президентом Российской ассоциации ЛОР-педиатров.

В 1997 г. М. Р. Богомилский был избран членом-корреспондентом Российской академии медицинских наук. В 2001 г. ему было присвоено



60 ЛЕТ ВЯЧЕСЛАВУ СЕРГЕЕВИЧУ СТАТЮХЕ

19 июня 2014 г. исполнилось 60 лет врачу высшей категории, заведующему ЛОР-отделением КГБУЗ «Уссурийская центральная городская больница» Приморского края, члену исполнительного комитета Российского общества ринологов, члену правления Российского общества оториноларингологов по Дальневосточному федеральному округу, члену правления Приморского отделения Российского общества оториноларингологов Статюхе Вячеславу Сергеевичу.

В. С. Статюха родился 19 июня 1954 г. в Казахстане, в городе Джамбул. Мама была врачом-оториноларингологом, папа – инженером-экономистом, участником Великой Отечественной войны. В 1977 г. Вячеслав Сергеевич окончил Омский государственный медицинский университет. Во время учебы он отдавал предпочтение хирургическому направлению, был старостой кружка по оториноларингологии. Именно тогда закладывались основы специалиста, что в дальнейшем предопределило становление будущего оториноларинголога. Однако судьба распорядилась иначе, и первая специализация была посвящена общей хирургии. С 1978 г. работал хирургом в Крутинской центральной районной больнице Омской области, что позволило ему глубже изучить ургентную хирургию, способствовало формированию широких взглядов на организацию хирургической помощи, в том числе по специальности, ставшей в дальнейшем его судьбой.

Желание стать оториноларингологом было настолько велико, что в 1980 г. Вячеслав Сергеевич получил специальность врача-оториноларинголога и смог начать самостоятельную работу. С 1987 по 1988 г. выполнял интернациональный долг в республике Кампучия (Камбоджа), оказывая специализированную помощь бойцам и командирам Народной армии и гражданскому населению. С 1988 г. В. С. Статюха работает в Уссурийской центральной городской больнице, где прошел путь от врача-ординатора до заведующего отделением.

Вячеславом Сергеевичем внедрено в практическую медицину более 25 новых методов диагностики и лечения, что позволило эффективно лечить аллергические риниты, полипозные риносинуситы и воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух, приняты на вооружение современные хирургические методы функциональной ринопластики. Внедрение метода предоперационной антибиотикопрофилактики позволило исключить послеоперационные осложнения.



Вячеслав Сергеевич прекрасный клиницист, активно оперирующий хирург. Возглавляемое им отделение имеет статус межрайонного центра, оказывающего помощь больным г. Уссурийска и близлежащих территорий в круглосуточном режиме. Будучи прекрасным диагностом и хирургом, Вячеслав Сергеевич активно делится опытом с молодыми докторами.

Работу в клинике В. С. Статюха совмещает с общественной деятельностью – с 2010 г. он член регионального Совета сторонников партии «Единая Россия».

За свою многолетнюю плодотворную деятельность неоднократно награждался Почетными грамотами администрации Уссурийского городского округа. В 2006 г. награжден Почетной грамотой министра здравоохранения и социального развития. В 2008 г. за заслуги в развитии российской оториноларингологии В. С. Статюха награжден юбилейной медалью «100 лет Российскому обществу оториноларингологов».

Вячеслав Сергеевич является творчески разносторонним человеком, увлекается театром, по-



БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК АВТОРЕФЕРАТОВ ДИССЕРТАЦИЙ ПО НАУЧНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.01.03 «БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА», ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДИССЕРТАЦИОННЫЕ СОВЕТЫ РОССИИ В 2012 г.

Акопян Л.В. Сравнительная оценка новых гемостатических средств местного действия у больных с кровотечениями в оториноларингологии: клинико-эксперим. исслед. : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Акопян Людмила Владимировна ; [Моск. гос. медико-стоматол. ун-т им. А.И. Евдокимова, Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2012. – 26 с. Библиогр.: 10 назв.

Алагирова З.З. Хирургическое лечение пациентов с хроническим средним отитом с ретракционными карманами барабанной перепонки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Алагирова Зурида Заурбиевна ; [Науч.-клинич. центр оториноларингологии]. – М., 2012. – 28 с. Библиогр.: 7 назв.

Александров А.А. Использование вихретоковой синусоскопии в диагностике и комплексном лечении больных одонтогенными верхнечелюстными синуситами и сочетанной патологией внутриносовых структур : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Александров Александр Александрович ; [Сиб. гос. мед. ун-т, Науч.-клинич. центр оториноларингологии]. – М., 2012. – 26 с. Библиогр.: 19 назв.

Аржиев Х.Ш. Интраоперационная пластика хирургических дефектов перегородки носа: клинико-эксперим. исслед. : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Аржиев Халид Шамсудинович ; [Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова, Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2012. – 23 с. Библиогр.: 5 назв.

Арзуманян Н.Ш. Кохлеовестибулярные нарушения у больных рассеянным склерозом: клинич., электрофизиологич., аудиологич. исслед. : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.11 <Нервные болезни> : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Арзуманян Наринэ Шагеновна ; [Науч. центр неврологии РАМН]. – М., 2012. – 28 с. Библиогр.: 11 назв.

Асманов А.И. Роль хирургических методов в комплексном лечении аллергического ринита у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Асманов Алан Исмаилович ; [Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова, Науч.-клинич. центр оториноларингологии]. – М., 2012. – 29 с. Библиогр.: 6 назв.

Астащенко С.В. Повторные операции при хроническом гнойном среднем отите : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Астащенко Светлана Витальевна ; [С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2012. – 45 с. Библиогр.: 26 назв.

Барияк В.В. Состояние слуха у детей больных муковисцидозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Барияк Виктория Валерьевна ; [Рос. науч.-практ. центр аудиологии и слухопротезирования, Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2012. – 26 с. Библиогр.: 14 назв.

Бауш Я.А. Сенсорные и соматические расстройства у больных с кохлеовестибулярными нарушениями различного генеза и особенности их реабилитации : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Бауш Ясмينا Амаровна ; [Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова, Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2012. – 25 с. Библиогр.: 8 назв.

Бачегова Е.М. Топическая диагностика и этиопатогенетическая терапия острой сенсоневральной тугоухости : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Бачегова Елена Михайловна ; [С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова]. – СПб., 2012. – 16 с. Библиогр.: 12 назв.

Болдырева О.В. Оптимизация диагностики и лечения хронического атрофического фарингита : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Болдырева Ольга Валерьевна ; [С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – Красноярск, 2012. – 23 с.

Гутиева Т.Х. Комплексный способ лечения больных хроническим мезотимпанитом с мукозитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Гутиева Тамара Хазметовна ; [ЛОП-отд-ния РОД г. Владикавказа, Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2012. – 24 с. Библиогр.: 7 назв.

Даянов А.Н. Адаптационные механизмы местного иммунитета слизистой оболочки гортани в норме и при хроническом ларингите : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.03.09 <Клинич. иммунология, аллергология> : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Даянов Айрат Назирович ; [Респ. клинич. больница им. Г.Г. Куватова, Башкир. гос. мед. ун-т]. – Уфа, 2012. – 23 с. Библиогр.: 13 назв.

Державина Н.А. Ларингофарингеальный рефлюкс при нарушении голоса у лиц голосо-речевых профессий : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Державина Наталья Анатольевна ; [Науч.-клинич. центр оториноларингологии]. – М., 2012. – 24 с. Библиогр.: 14 назв.

Диаб Хассан Мохамед Али. Хирургическое лечение пороков развития наружного, среднего и внутреннего уха : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.03 <Болезни уха, горла и носа> / Диаб Хассан Мохамед Али ; [С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2012. – 48 с.



*Руководителям органов исполнительной власти
субъектов Российской Федерации в сфере здраво-
охранения*

*Руководителям учреждений, подведомственных
Минздраву России*

Министерство здравоохранения Российской Федерации сообщает о проведении 23–25 апреля 2014 года в Санкт-Петербурге III Петербургского форума оториноларингологов России. Тема форума: «Оториноларингология в системе „Обязательное медицинское страхование“».

Целью форума является ознакомление врачей-оториноларингологов с новыми стандартами ведения больных, протоколами лечения, основными правилами работы с Фондом обязательного медицинского страхования.

В ходе работы форума участники прослушают доклады о современных методах диагностики и лечения по различным направлениям оториноларингологии: ринологии, отиатрии, хирургии глотки и гортани, фониатрии, сурдологии и аудиологии, детской оториноларингологии. Формат работы форума позволяет одновременно работать в пяти отдельных залах.

В рамках форума планируется проведение мастер-классов по отохирургии и хирургии гортани. Участники получат возможность интерактивно присутствовать на двенадцати различных операциях.

В рамках форума запланировано восемь сателлитных симпозиумов по наиболее актуальным разделам оториноларингологии.

Планируется обсуждение и утверждение стандартов лечения оториноларингологических заболеваний.

Учитывая значимость мероприятия, Министерство здравоохранения Российской Федерации рекомендует руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, руководителям медицинских учреждений, директорам научно-исследовательских учреждений и ректорам образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования решить вопрос о командировании специалистов для участия в работе форума, принимая во внимание, что оплата командировочных расходов производится по месту основной работы командируемых.

Место проведения форума: г. Санкт-Петербург, Невский пр., д. 39, Аничков дворец.

Регистрация на сайте: <http://www.lornii.ru/>. Телефон/факс оргкомитета: 8 (812) 316-28-52, факс: 8(812) 316-79-11, e-mail: lor-obchestvo@bk.ru

Заместитель министра здравоохранения
Российской Федерации

Т. В. Яковлева



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Участникам
III Петербургского
международного форума
оториноларингологов России**

Уважаемые коллеги!

От имени Министерства здравоохранения Российской Федерации приветствую участников III Петербургского международного форума оториноларингологов России.

Для оториноларингологии 2014 год является юбилейным: 160 лет назад родился основоположник специальности академик Н.П. Симоновский и 100-летие отмечает кафедра оториноларингологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

Накопленный профессиональный опыт специалисты со всех регионов нашей страны будут использовать при обсуждении новых стандартов оказания медицинской помощи, а хирургические мастер-классы, позволят участникам ознакомиться с перспективными медицинскими технологиями.

Впервые с 2014 года средства обязательного медицинского страхования направлены на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи, а с 2015 года планируется переход федеральных медицинских учреждений на одноканальную систему финансирования, поэтому тема Форума о взаимодействии с Фондом обязательного медицинского страхования крайне актуальна для большинства федеральных научно-исследовательских институтов, медицинских и образовательных учреждений.

Форум, организованный ведущими оториноларингологическими учреждениями страны – Санкт-Петербургским НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России и Научно-клиническим центром оториноларингологии ФМБА России, объединил Всероссийскую научно-практическую конференцию, собрание Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов и заседание Экспертного совета по оториноларингологии Минздрава России.

Желаю всем участникам Форума плодотворной работы по внедрению современных методов диагностики и лечения в широкую клиническую практику, новых идей, полезных контактов и профессиональных успехов.

Заместитель Министра

А.З. Фаррахов



О ПРОВЕДЕНИИ III ПЕТЕРБУРГСКОГО ФОРУМА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

С 23 по 25 апреля 2014 г. в Санкт-Петербурге в помещениях Аничкова дворца состоялся III Петербургский международный форум оториноларингологов России. В качестве участников форума было зарегистрировано 824 человека практически из всех регионов Российской Федерации, в том числе Республики Крым (3 человека). В работе форума приняли участие делегации Украины, Белоруссии, Армении, Узбекистана.

Доклады форума были заслушаны в рамках десяти секций – «Детская оториноларингология» (26 докладов); «Патология носа и околоносовых пазух» (38 докладов); «Актуальные вопросы фониатрии» (13 докладов); «Патология гортани» (12 докладов); «Патология глотки» (11 докладов); «Патология наружного и среднего уха» (23 доклада); «Актуальные вопросы аудиологии» (12 докладов); «Вопросы кохлеарной имплантации» (16 докладов); «Проблемы вестибулологии» (9 докладов); «Общие вопросы оториноларингологии» (14 докладов). Одновременно секции работали в пяти различных залах Аничкова дворца, вмещавших 1000 человек, 200 человек и три зала по 80 человек.

Было организовано восемь спутниковых симпозиумов по вопросам современных медикаментозных и инструментальных методов лечения оториноларингологической патологии, на которых прозвучало 27 докладов ведущих Российских специалистов.

На открытие форума были внесены два пленарных доклада, определяющих основные линии III Петербургского форума оториноларингологов России: доклад исполнительного директора Территориального Фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга А. М. Кужеля и профессора В. В. Стожарова «Оториноларингология в системе обязательного медицинского страхования» и профессора С. А. Артюшкина «100-летие кафедры оториноларингологии Северо-Западного медицинского университета».

Всего в рамках форума было заслушано и обсуждено 203 доклада по различным направлениям оториноларингологии.

Было организовано три мастер-класса, на которых демонстрировались различные современные оториноларингологические операции: «Хирургия полости носа и околоносовых пазух» (2 операции), «Хирургия наружного, среднего и внутреннего уха» (6 операций) и «Хирургия гортани» (4 операции).

Участники форума получили возможность отрабатывать на тренажере технику прямой опорной ларингоскопии, а на биологических моделях – технику лазерных хирургических вмешательств.

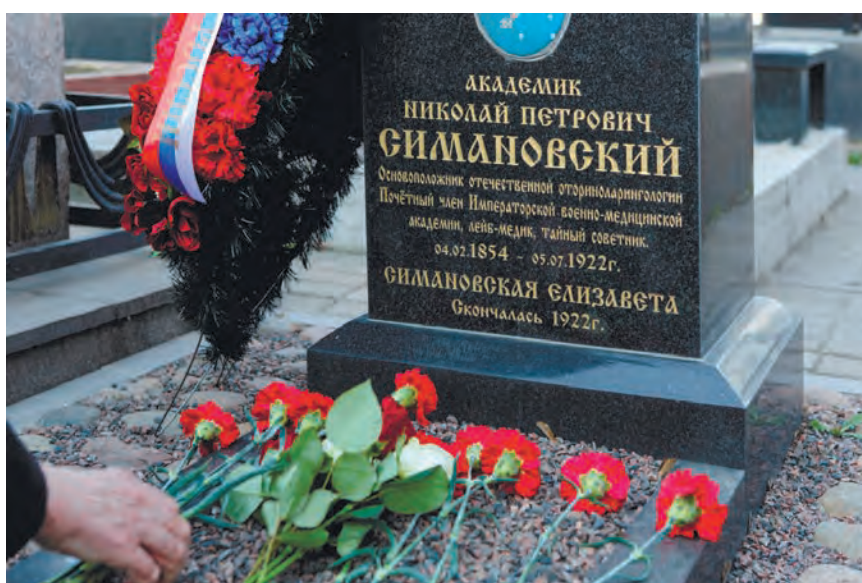
В рамках форума прошла школа-семинар «Оториноларингология – междисциплинарная специальность (для обучающихся по системе непрерывного медицинского образования)».

Во время проведения форума состоялось также собрание Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов и обсуждение и утверждение протоколов лечения и клинических рекомендаций в области оториноларингологии.

В дни форума были возложены венки на могилу основателя оториноларингологии академика Н. П. Симановского в Александро-Невской Лавре Санкт-Петербурга в связи с празднованием его 160-летия со дня рождения.









АО «Медицинский университет Астана»
ОФ «Евро Азиатское Респираторное общество»
Республиканская ассоциация оториноларингологов



Задаш Шаихович Шаихов
(1934–2006)

ШАҚЫРУ ПРИГЛАШЕНИЕ INVITATION

Научно-практическая конференция оториноларингологов с международным участием,
посвященная 80-летию со дня рождения профессора З. Ш. Шаихова
13–14 ноября 2014 г. (г. Астана)

Глубокоуважаемый (ая)! _____

Приглашаем Вас на региональную научно-практическую конференцию оториноларингологов с международным участием, посвященную юбилейной дате – памяти доктора медицинских наук, профессора Задаша Шаиховича Шаихова, который одним из первых в Карагандинском государственном медицинском институте получил высокое звание члена-корреспондента Международной академии наук Высшей школы Республики Казахстан.

Открытие конференции 14 ноября 2014 года в 10.00 утра в зале заседания Учёного совета АО «Медицинский университет Астана» по адресу: г. Астана, пр. Сары-Арка, д. 33. Заезд на конференцию 13 ноября.

Регистрация участников конференции 14 ноября с 9.00 до 10.00 в холле на I этаже актового зала Учёного Совета.

Научная программа

- Острая и хроническая патология верхних дыхательных путей и уха
- Диагностика и лечение злокачественных опухолей ЛОР-органов

Scientific programme

- Acute and chronic pathology of the upper respiratory tract.
- Diagnosis and treatment of malignant tumour of ENT-organs

Регистрационный взнос 40 €

Registration FEE 40 €

В сумму взноса входят (портфель делегата, материалы конференции, сертификат) кофе-брейк, а также участие вечером торжественном ужине.

Правила оформления тезисов:

Тезисы объемом до 2 страниц (не более!), набранные в текстовом редакторе Word 6,0 (7,0) шрифтом Times New Roman (межстрочный интервал – 1, размер символа 14, поля: слева – 3 см, сверху и снизу – 2 см) с выравниванием по ширине строки и обязательной установкой автоматического переноса. Отступ абзаца – 1,25 см.

Сверху на первой стороне пишутся прописными буквами инициалы и фамилии авторов. Ниже главными буквами жирным шрифтом название тезиса, на следующей строке прописными буквами, название организации, где выполнена работа с указанием города и страны.

Тезисы должны содержать цели и задачи, результаты исследования, основные выводы.

Публикация материалов бесплатная!!!

Приём тезисов до 01 октября 2014 года.

Тезисы отправлять на электронный адрес ответственного секретаря конференции ассистента кафедры ЛОР-болезней АО «МУА», Баян Кенжехановне Ерсахановой: e-mail: ybk-d@mail.ru



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Уважаемые коллеги!

Имеем честь пригласить Вас принять участие во Всероссийской
научно - практической конференции с международным участием,
посвященной памяти основоположника кафедры детской оториноларингологии,
Бориса Васильевича Шеврыгина

**«ОТОРИНОЛОРИНГОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА:
ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА»**

Настоящее мероприятие посвящено вопросам современной диагностики заболеваний
уха, горла, носа у детей, передовым технологиям хирургии в оториноларингологии,
новым направлениям в терапии и профилактике ЛОР - заболеваний.

Время и место проведения:

Центральный Дом Ученых Российской Академии Наук
119034, Москва, ул. Пречистенка, д. 16
(станция метро «Кропоткинская»)

10 ноября 2014 г.

Организаторы

- Министерство Здравоохранения РФ.
- Департамент Здравоохранения города Москвы.
- Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Российская медицинская академия последипломного образования.
- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов России.
- Ассоциация детских оториноларингологов.

Программные вопросы

- Научные и практические аспекты в развитии стационарного и профилактического направления в оториноларингологии детского возраста.
- Диагностика ЛОР заболеваний у детей.
- Новые концепции в эндоскопической риносинусхирургии у детей.
- Лечение и профилактика заболеваний ЛОР - органов у детей с позиции доказательной медицины.
- Аллергология и иммунология в оториноларингологии.
- Фармакотерапия в детской оториноларингологии.

Программа конференции

09.00 - 09.45 - Регистрация участников конференции.
 09.45 - 10.00 - Открытие конференции. Приветственное слово участникам.
 10.00 - 14.00 - Первая секция научной программы.
 14.00 - 14.15 - Дискуссия. Вопросы докладчикам.
 14.15 - 15.00 - Перерыв.
 15.00 - 18.20 - Вторая секция научной программы.
 18.20 - 18.30 - Дискуссия. Вопросы докладчикам.
 18.30 - Закрытие конференции.

Адрес:

Центральный Дом Ученых Российской Академии Наук
 г. Москва, ул. Пречистенка, д. 16 (станция метро «Кропоткинская»).

Проезд:

(м. Кропоткинская), первый вагон из центра, троллейбус № 5, № 15 до остановки «Дом ученых, либо пешком, ориентировочное время в пути 5 мин.





**Всероссийская научно-практическая конференция
оториноларингологов с международным участием
«120-ЛЕТИЕ ПЕРВОЙ КАФЕДРЫ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В РОССИИ»**

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В 1893 году в г. Санкт-Петербурге в Медико-хирургической академии была образована первая в России кафедра ушных, носовых и горловых болезней. Кафедру возглавил ученик С.П. Боткина Н.П. Симановский. На кафедре работали великие оториноларингологи, основатели специальности «Оториноларингология» в нашей стране – В.И. Воячек, К.Ю. Хиллов, чьи ученики основали научные центры по всей России.

В связи с этим мы рады пригласить Вас **25-26 сентября 2014** года на Всероссийскую научно-практическую конференцию оториноларингологов с международным участием «**120-ЛЕТИЕ ПЕРВОЙ КАФЕДРЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В РОССИИ**», которая состоится в Санкт-Петербурге на базе Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. На конференции будут рассмотрены исторические аспекты формирования нашей специальности и актуальные вопросы современной оториноларингологии.

Организаторы:

**Главное военно-медицинское управление МО РФ
ФГКВБОУ ВПО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
Комитет по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга
ООО «Ком-Форум»**

Дата проведения - **25-26 сентября 2014** года.

Место проведения – Санкт-Петербург, клуб Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, Большой Сампсониевский пр., д.1 (станция метро «Площадь Ленина»).

Материалы конференции будут изданы в виде приложения к журналу «Вестник Российской Военно-медицинской академии». Тезисы принимаются в напечатанном виде по адресу 191023, СПб, ул. Гороховая, д.50, лит.А, пом. 9Н, ООО «Ком-Форум» и, обязательно, в электронном виде по адресу info@baltika21.ru или it-med@inbox.ru. Публикация тезисов бесплатная. Количество печатных работ от одного автора не ограничено. На все печатные работы необходимо экспертное заключение о возможности опубликования в открытой печати. Срок подачи тезисов - до 15 июля 2014 года.

При подаче тезисов только по электронной почте необходимо приложить отсканированное в формат .pdf заключение экспертной комиссии о возможности опубликования в открытой печати.

Правила оформления тезисов:

Каждый экземпляр тезиса оформляется в виде отдельного файла в формате MicrosoftWord, имя файла – фамилия автора на русском языке. Объем тезиса не более 2 листов, ориентация листа – книжная, поля – 2 см, шрифт TimesNewRoman, размер шрифта – 14, междустрочный интервал - 1, отступ первой строки - 1,25, выравнивание: титул - по левому краю, текст тезиса - по ширине. Автор – Фамилия И.О., название тезиса – все прописные, шрифт – полужирный. После наименования города и места работы – один абзацный отступ.

Образец

Иванов И.И., Петров П.П.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО
СРЕДНЕГО ОТИТА**

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

В течение последних лет отмечается повышение заболеваемости хроническим средним отитом. В структуре заболеваемости на первое место выходит хронический гнойный мезотимпанит у лиц молодого и зрелого возраста.

Основным методом лечения данной патологии является

Если планируется выступление – в начале тезиса сделать надпись «Планируется выступление», в конце тезиса обязательно указать адрес электронной почты и телефон.



**Всероссийская научно-практическая конференция
оториноларингологов с международным участием
«120-ЛЕТИЕ ПЕРВОЙ КАФЕДРЫ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В РОССИИ»**

Материалы, переданные в организационный комитет конференции, не возвращаются. Организационный комитет оставляет за собой право не принимать в печать присланные материалы без объяснения причины.

Карту регистрации необходимо выслать в орг. комитет по факсу 8(812) 310-11-97 или отправить по электронной почте: info@baltika21.ru, it-med@inbox.ru

Также можно заполнить заявки на сайте www.baltika21.ru

**КАРТА РЕГИСТРАЦИИ,
25-26 СЕНТЯБРЯ 2014 года, Санкт-Петербург
Всероссийская научно-практическая конференция оториноларингологов
с международным участием
«120-ЛЕТИЕ ПЕРВОЙ КАФЕДРЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В РОССИИ»**

Форма участия: ☐ публикация тезисов ☐ устный доклад

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Место работы _____

Должность _____

Название доклада _____

Индекс / / / / / / / / / / Город _____

Улица, дом, квартира _____

Телефон (код) _____ / _____ Факс (код) _____ / _____

Эл. почта _____

ЗАЯВКА НА СЕРВИС-ОБСЛУЖИВАНИЕ

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Прошу забронировать проживание в гостинице:

Дата и время заезда « » _____ 2014г. ☐ до 8.00 ☐ с 8.00 до 15.00 ☐ после 15.00

Дата и время отъезда « » _____ 2014г. ☐ до 12.00 ☐ с 12.00 до 18.00 ☐ после 18.00

Гостиница «Санкт-Петербург» *** Пироговская наб., д.5/2 (ст. метро «Площадь Ленина»)

☐ Одноместный номер (с видом на Неву) – 2.100 руб.

☐ Двухместный номер (с видом на Неву) – 2850 руб.

В стоимость проживания включен завтрак

Гарантированное бронирование гостиницы – до 10 сентября 2014 г.

☐ Прошу забронировать билеты на торжественный ужин - 2300 рублей Кол-во билетов _____

Оплата: ☐ по безналичному расчету ☐ по прибытии

" " _____ 2014 г.

Подпись _____

Орг. комитет: ООО «Ком-Форум» Тел./факс 8(812)310-11-97, +7(921) 959-00-89

e-mail: it-med@inbox.ru info@baltika21.ru Сайт: www.baltika21.ru



ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ



Парвиз Янфаза, Джозеф Б. Нэдол, мл., Роберт Галла,
Ришар Л. Фабиан, Уильям У. Монтгомери

Хирургическая анатомия головы и шеи / Парвиз Янфаза, Джозеф Б. Нэдол, мл., Роберт Галла и др.; пер. с англ.; общ. ред. Ю.К. Янова, Ю.А. Щербука. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 896 с.: илл.

ISBN 978-5-91839-039-9 (Издательство Панфилова)

ISBN 978-5-9963-1808-7 (БИНОМ. ЛЗ)

Книга ведущих специалистов Гарвардского Университета представляет собой «хирургический взгляд на анатомию» и является исчерпывающим источником сведений по всем вопросам топографо-анатомических взаимоотношений органов, сосудов, нервов, костно-мышечных структур и клетчаточных пространств головы и шеи. Руководство содержит более 700 рисунков, выполненных профессиональными иллюстраторами в области хирургической и топографической анатомии.

Книга предназначена для оториноларингологов, нейрохирургов, челюстно-лицевых и пластических хирургов.

SURGICAL ANATOMY OF THE HEAD AND NECK

Edited by

PARVIZ JAIMEFAZA, M.D.

Assistant Professor

Department of Otolaryngology

Harvard Medical School

Associate Surgeon Department of Otolaryngology

Massachusetts Eye and Ear Infirmary

Boston, Massachusetts

JOSEPH B. NADOL, JR., M.D.

Walter Augustus LeCompte Professor and Chairman

Department of Otolaryngology

Harvard Medical School

Chief of Otolaryngology

Massachusetts Eye and Ear Infirmary

Boston, Massachusetts

ROBERT GAL LA, M.S.I.

Medical Illustrator

Massachusetts Eye and Ear Infirmary

Boston, Massachusetts

RICHARD L. FAB I AIM, M.D.

Associate Professor

Department of Otolaryngology

Harvard Medical School

Surgeon

Department of Otolaryngology

Massachusetts Eye and Ear Infirmary

Boston, Massachusetts

WILLIAM W. MONTGOMERY, M.D.

John W. Merriam Professor of Otolaryngology and

Laryngology

Harvard Medical School

Senior Surgeon

Department of Otolaryngology

Massachusetts Eye and Ear Infirmary

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ

ПАРВИЗ ЯНФАЗА

ДЖОЗЕФ Б. НЭДОЛ, МЛ.

РОБЕРТ ГАЛЛА

РИШАР Л. ФАБИАН

УИЛЬЯМ У. МОНТГОМЕРИ

Под общей редакцией

Член-корр. РАМН, д-ра мед. наук, профессора

Ю. К. ЯНОВА

Член-корр. РАМН, д-ра мед. наук, профессора

Ю. А. ЩЕРБУКА

Научный редактор перевода

Д-р мед. наук, профессор **С. В. РЯЗАНЦЕВ**

Перевод с английского **П. П. ВИНОГРАДОВ**



ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

Уважаемые коллеги!

Вы держите в руках уникальное издание — Хирургическую Анатомию головы и шеи. Эта книга ожидалась нашими оториноларингологами много лет. Советские, а позже и российские издательства не баловали наших оториноларингологов подобными произведениями. Несмотря на то, что советская и российская школа оперативной хирургии и топографической анатомии не уступала зарубежным, специальных работ по хирургии головы и шеи не издавалось. Может быть, это было связано с тем, что наши представления об оториноларингологии существенно отличаются от модели европейской, американской и большинства других стран. Традиционно в современной медицине наша специальность называется «Оториноларингология. Хирургия головы и шеи» и включает не только операции в полости носа и околоносовых пазухах, отохирургию, хирургию глотки и гортани, но и челюстно-лицевую хирургию в полном объеме, пластическую хирургию лица, все операции на органах шеи, включая пищевод, трахею и щитовидную железу, и целый ряд других оперативных вмешательств. В последние десятилетия российская оториноларингология шаг за шагом уступала свои позиции в пользу смежных специальностей — онкологии, хирургии пищевода и трахеи, эндоскопии, трахеобронхоскопии, челюстно-лицевой хирургии, пластической хирургии. Сейчас наступает такое время, когда мы должны будем возвращать утраченное. Болонская конвенция предусматривает постепенный переход на единые требования в медицине. Таким образом, мы волей-неволей должны будем осваивать то, чем владеют наши зарубежные коллеги. Пусть этот процесс будет долгий, но он неизбежен. В связи с этим издание данной монографии будет первым камнем в этом трудном деле.

Преимущество данного издания заключается, прежде всего, в том, что под единой обложкой здесь собрано все то, что необходимо оториноларингологу. Нет необходимости обращаться к атласам по челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии, пластической хирургии лица. Наоборот, специалисты из смежных областей найдут здесь многое полезное для себя.

В настоящее время книга как таковая теряет свое былое значение. На смену ей приходят электронные носители информации. Мы получили доступ с помощью интернета к дистанционному обучению оперативной технике, появились электронные анатомические атласы в 3D-изображении, с каждым днем совершенствуются обучающие технологии. Но, несмотря на все это, единый анатомо-хирургический атлас все еще остается наиболее удобной формой, помогающей хирургу освоить свое непростое ремесло.

Президент Национальной Ассоциации оториноларингологов,
президент Российского Общества оториноларингологов,
директор «Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи»,
член-корреспондент РАМН, профессор **Ю. К. Янов**

Приобрести книгу можно в НИИ ЛОР Редакция
ул. Бронницкая, д. 9, Санкт-Петербург, 190013
Тулкину Валентину Николаевичу
тел.: (812) 316-29-32
e-mail: tulkin19@mail.ru

или в интернет-магазине издательства по адресу www.lor-books.ru
(тел.: 8-911-239-43-89, e-mail: golvalent@mail.ru)

Цена: 2900 руб. (без почтовых расходов)



ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО



Редакция журнала «Italian Science Review» и его партнеры в России ООО «Европейское партнерство» приглашают Вас принять участие в публикации статей.

Журнал публикует ученых из разных стран. Периодичность: 12 раз в год.

Редакция журнала принимает статьи на разных языках (английском, русском, украинском языках). Научные работы переводятся редакцией на итальянский язык.

Редакционная коллегия из Италии, Индии, Швейцарии, Чехии и других стран.

Пример ссылки для цитирования:

Hammil A. Analisi Strategica di organizzazioni commerciali. Italian Science Review. 2013; 14 (2). PP. 34–36. Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2013/april/Hammil.pdf>

Для цитирования в российских журналах (ГОСТ):

Petrov A. Analisi Strategica di organizzazioni commerciali // Italian Science Review. 2013. № 14 (2). PP. 34–39.

Адрес журнала: www.ias-journal.org

В журнал принимают работы по следующим направлениям:

юриспруденция и политология; менеджмент и маркетинг, экономика; педагогика; психология; социология; философия; филология; медицина; физико-математические науки; биология и экология, химия; инженерия и технологии; история и археология, культурология; науки о земле.

Оргвзнос. В организационный взнос включены расходы на верстку журнала, работу редактора, перевод статьи. Оргвзнос за 1 работу для авторов из России и СНГ – 1850 рублей. Допускается не более 5 соавторов.

Этапы сотрудничества:

1. Вы пересылаете вашу научную статью и справку об авторе (ФИО, уч. степень, уч. звание, должность, место работы, электронная почта, телефон) на адрес gulnaz-haliullina@rambler.ru для предварительной оценки перед опубликованием в журнале.

2. Производится оплата услуг публикации статьи. Высылаете по почте: gulnaz-haliullina@rambler.ru сканированную копию квитанции. Реквизиты на оплату указаны ниже.

3. Перевод статьи на итальянский язык, оформление по требованиям международных баз данных, публикация в журнале.

Требования к оформлению статей:

шрифт “Times New Roman”; основной текст – кегль 14. Интервал 1,5. Все поля – 2 см; отступ (абзац) – 1 см. объем статьи или тезисов – от 1 до 6 страниц (возможен вариант с публикацией более объемной статьи).

Структура оформления

- ФИО автора (-ов) (на русском и английском языках) – по центру.
- Название вуза – по центру.
- Ученая степень, ученое звание, должность – по центру.
- Название статьи заглавными буквами – по центру.
- Текст статьи (на русском языке). Вид ссылок [1] – в порядке упоминания.
- Список литературы.

Реквизиты на оплату:

Получатель:

ООО «Европейское партнерство»

ИНН получателя: 5904286151

КПП получателя: 590401001

ОГРН получателя: 1135904005071

Р/счет получателя: 40702810361100000848

Банк получателя:

Название банка: Филиал «Пермский» ОАО «УБРИР» (Филиал «Пермский» ОАО Уральский банк реконструкции и развития)

БИК банка 045773883

ИНН банка: 6608008004

К-счет: 30101810500000000883

Назначение платежа: Укажите Вашу Фамилию

СОДЕРЖАНИЕ

Научные статьи

И. М. Алибеков, Х. Т. Абдулкеримов, А. А. Чесноков

Амбулаторная оперативная оториноларингология в условиях городского центра Западной Сибири (десятилетний опыт работы) 3

Ш. М. Ахмедов

Метод тимпаноластики у больных мезотимпанитом 6

О. В. Болдырева, С. Г. Вахрушев

Оптимизация диагностики хронического атрофического фарингита 12

Е. Г. Варосян, И. Т. Мухамедов

Реконструкция задней стенки наружного слухового прохода биокомпозиционным трансплантатом 17

С. И. Геюшова

Сравнительная эффективность средств лечения нейросенсорной тугоухости среди работников нефтеперерабатывающих предприятий 22

В. В. Гофман

Диагностика безангинной формы хронического тонзиллита 28

В. В. Гофман, Н. Н. Плужников

Современные представления об этиопатогенезе хронического тонзиллита. 34

Н. С. Грачев, И. Н. Ворожцов, С. С. Озеров, А. Н. Наседкин, М. П. Калинина

Хирургическое лечение заболеваний полости носа и околоносовых пазух с использованием КТ-навигации у детей. 40

М. Л. Захарова, А. В. Марасина, П. В. Павлов, А. В. Саулина, А. В. Мостовой, А. Л. Карпова,

Н. П. Алексеева

Парез левой голосовой складки после хирургического лечения открытого артериального протока у недоношенных детей 44

С. А. Карпищенко, С. И. Алексеенко, О. Е. Верещагина, А. С. Коношков

Особенности травмы носа в детском возрасте 50

С. А. Карпищенко, А. И. Яременко, Е. К. Гевлич

Миграция инородных тел в верхнечелюстном синусе. 54

А. Л. Клочихин, М. А. Клочихин, Е. Н. Рогозкин

Опыт применения пекторального лоскута при хирургическом лечении злокачественной опухоли шеи (рабдомиосаркомы) 56

Ж. В. Колядич, Л. Э. Макарина-Кибак, Е. С. Тишкевич, Т. Д. Андрианова

Метод устранения орофарингеальной обструкции у пациентов, страдающих синдромом обструктивного апноэ во сне. 60

С. В. Лиленко, Ю. К. Янов, А. С. Лиленко

Тест сенсорной организации в оценке односторонней периферической вестибулярной дисфункции 66

Э. И. Мацнев, Е. Э. Сигалева

Клинико-физиологические аспекты баротравмы среднего и внутреннего уха у дайверов 72

Х. Г. Махачева, Л. М. Асхабова

Оториноларингологическая заболеваемость и инвалидность городского и сельского населения Республики Дагестан 84

Ю. С. Преображенская, М. В. Дроздова

Особенности лечения пациентов с патологией лимфоэпителиального глоточного кольца, осложненной развитием экссудативного среднего отита 89

А. В. Соловьев, Н. Н. Плахов, Ю. К. Бахтин

Процессы адаптации к ускорениям Кориолиса и влияние на них личностной и эмоционально-волевой сферы человека. 97

Е. В. Тырнова, Г. М. Алешина, Ю. К. Янов, В. Н. Кокряков

Изучение экспрессии гена кателицидина LL-37 в слизистой оболочке носоглотки. 100

Н. Н. Хамгушкева, К. А. Матвеев, Х. М. Диаб Использование четырехканального интраоперационного мониторинга лицевого нерва у пациентов с доброкачественными новообразованиями околоушной слюнной железы.	106
Н. Ж. Хушвакова, Ю. Н. Исакова, У. К. Нуралиев Оптимизация консервативного лечения хронического тонзиллита.	111
А. О. Чарушин, А. М. Еловигов, И. А. Перевезенцев Медико-демографические особенности вич-инфицированных пациентов с заболеваниями ЛОР-органов. ...	114
Т. А. Шидловская, Н. С. Козак, Шемли Мохамед Состояние биоэлектрической активности головного мозга у больных с функциональными дисфониями с разной степенью нарушений со стороны голосового аппарата по данным видеоларингостробоскопии. ...	117
Обзоры	
А. Е. Михалевич, Ш. М. Ахмедов, В. С. Корвяков Современное состояние проблемы лечения пациентов хроническим средним отитом с эпидермизацией (ателектазом) барабанной полости.	123
Из практики	
А. Н. Красноумов, Т. В. Остринская, А. М. Жуманкулов Успешное хирургическое лечение распространенной гемангиомы мягких тканей челюстно-лицевой области.	130
С. С. Решульский, В. В. Виноградов Клинический случай лечения пациента с сочетанным ятрогенным рубцовым стенозом гортани и трахеи. ...	134
Школа фармакотерапии и инновационных технологий	
М. Ю. Бобошко, Н. В. Мальцева, И. П. Бердникова, А. Х. Абу-Джамеа, Ю. В. Коротков Эффективность слухопротезирования при использовании разных формул настройки слухового аппарата.	137
Е. П. Карпова, Д. А. Тулупов, О. Г. Наумов О роли топической антибактериальной терапии в комплексном лечении острого среднего отита у детей.	145
Исторический раздел	
К 140-летию рождения Н. В. Белоголовова.	150
А. С. Киселев К 140-летию рождения Н. В. Белоголовова. Из истории гипофизарной ринохирургии в России.	152
О. С. Орлова, Г. Д. Тарасова Роль Дмитрия Ивановича Тарасова в развитии отечественной оториноларингологии.	156
К 80-летию со дня рождения члена-корреспондента Международной академии наук Высшей школы Республики Казахстан профессора З. Ш. Шаихова.	163
Юбилей	
Владимир Тимофеевич Пальчун. К 85-летию со дня рождения.	165
80 лет Михаилу Рафаиловичу Богомилскому.	167
60 лет Вячеславу Сергеевичу Статюхе.	169
Информационный раздел	
Библиографический список авторефератов диссертаций по научной специальности 14.01.03 «Болезни уха, горла и носа», представленных в диссертационные советы России в 2012 г.	171

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал «Российская оториноларингология»

Индекс в объединенном каталоге российских газет и журналов «Пресса России» 41225, 41223.

Адрес редакции: НИИ ЛОР, ул. Бронницкая, д. 9. Санкт-Петербург, 190013, Россия.

Тел./факс: (812) 316-29-32. E-mail: tulkin19@mail.ru; tulkin@pfco.ru

1. Представляемая статья должна быть с направлением учреждения, в котором она выполнена, с визой научного руководителя, подписью руководителя учреждения, заверенной печатью. В конце работы обязательно должны быть указаны фамилия, имя, отчество авторов полностью, должность, место работы, адрес места работы с почтовым индексом, контактный телефон, электронная почта.

Образец:

УДК: 616.28-072:616.283.1-089.843

Восприятие частоты стимулов при тестировании кандидатов на кохлеарную имплантацию

С. М. Петров

Perception frequency stimulus by test candidates of cochlear implants

S. M. Petrov

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха горла носа и речи Минздравсоцразвития России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

2. Название статьи и фамилии автора (авторов) должны быть указаны на русском и английском языках. Каждая статья должна иметь аннотацию (резюме) на русском и английском языках объемом 8–12 строк (в зависимости от объема статьи), указание количества литературных источников, ключевые слова на русском и английском языках. Статья должна быть представлена в электронном виде – компакт-диск (CD) – или передана по internet (e-mail, ftp://).

3. Каждая статья должна быть представлена в виде одного файла (Microsoft Word). CD должны быть подписаны: фамилия автора, название статьи, название файла. Переданные по internet статьи должны сопровождаться информационным письмом (фамилия автора, название статьи, названия приложенных файлов).

4. Статья должна быть представлена в напечатанном виде (в одном экземпляре), через полтора интервала, кегль 12, шрифт Times, на одной стороне листа A4 (210×297 см) с полями 2,5 см, объемом 6–8 страниц.

5. Статья должна быть тщательно отредактирована (как научно, так и стилистически) научным руководителем и автором. Целесообразно формулировать цель и задачи работы, а также в конце помещать основные выводы.

6. Нельзя применять сокращения в названии статьи. В тексте следует использовать стандартные термины и сокращения (аббревиатуры). Полный термин, вместо которого вводится сокращение, должен предшествовать первому применению этого сокращения в тексте (если только это не стандартная единица измерения).

7. Если в статье используются символы из символьных шрифтов (формулы, греческие символы α , β , χ , γ и т. п.), то в напечатанном виде эти символы должны быть подчеркнуты цветным маркером.

8. Иллюстрации, используемые в текстовом документе, обязательно должны быть приложены к статье в виде файлов оригинального формата (*.TIF, *.EPS, *.PSD, *.BMP, *.PCX).

9. Иллюстрации должны быть четкими, контрастными, размерами 9×12 или 13×18 см, пронумерованы, на обратной стороне фотографии следует указать ее порядковый номер, фамилию автора, обозначить «верх» и «низ». Фотографии не наклеивают, а вкладывают в конверт, на котором пишут фамилию автора и название статьи. На отдельном листе прилагают текст подписей к фотографиям. Рекомендуется не более трех рисунков.

10. Каждая таблица должна иметь точный краткий заголовок; каждая графа должна быть кратко озаглавлена, сокращения слов не допускаются. Рекомендуется не более трех таблиц. Таблицы должны быть набраны в Microsoft Word, отсканированные таблицы не принимаются.

11. К статье прилагается список литературы, в котором необходимо привести все работы, упомянутые в статье. Каждый источник приводится с новой строки, необходимо соблюдать возрастающий хронологический порядок расположения ссылок (год выхода работы в свет).

12. В списке литературы: источники указываются строго в алфавитном порядке, причем вначале перечисляются русские, а затем иностранные авторы; автор может указать не более трех своих предыдущих работ. Ссылки на рукописи (диссертации) не допускаются.

13. Для периодических и продолжающихся изданий необходимо указывать автора, название работы, полное название источника, год, том (при необходимости), номер (выпуск), страницы от и до; для монографий, методических рекомендаций – указывать общее количество страниц.

14. В тексте статьи следует приводить порядковый номер списка литературы [в квадратных скобках]. Литературные источники в тексте и списке должны соответствовать друг другу.

15. Вопрос о публикации статьи, носящей рекламный характер, решается после согласования с соответствующей фирмой.

16. В одном номере журнала может быть опубликовано не более двух работ одного автора (авторов).

17. Публикация статьи осуществляется только после заключения лицензионного договора между редакцией и автором (авторами) статьи. Образец договора см. на сайте www.nregistr.ru или www.lornii.ru

Образцы библиографического написания литературы (ГОСТ Р 7.0.5–2008. Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления. – М.: Стандартинформ. – 2008. – 19 с.)

Книги:

С одним автором

1. Воячек В. И. Основы оториноларингологии. – Л.: Медгиз, 1963. – 348 с.

С двумя авторами

2. Блоцкий А. А., Плужников М. С. Феномен храпа и синдром обструктивного сонного апноэ. – СПб.: Спец. лит., 2002. – 176 с.

С тремя авторами

3. Преображенский Б. С., Темкин Я. С., Лихачев А. Г. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1968. – 495 с.

Авторов больше трех

4. Основы аудиологии и слухопротезирования / В. Г. Базаров [и др.]. – М.: Медицина, 1984. – 252 с.

Статьи из журналов:

С одним автором

5. Борзов Е. В. Роль перинатальных факторов в формировании патологии глоточной миндалины // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – № 2. – С. 7–10.

С двумя авторами

6. Ковалева Л. М., Мефедовская Е. К. Этиология и патогенез сфеноидитов у детей // Новости оторинолар. и логопатол. – 2002. – № 2. – С. 20–24.

Авторов больше трех

7. Vocal cord injection with autogenous fat: A long-term magnetic resonance imaging evaluation / J. H. Brandenburg [et al.] // Laryngoscope. – 1996. – Vol. 106, N 2, pt. 1. – P. 174–180.

По тому же принципу цитируются статьи из сборников трудов и (или) тезисов докладов.

Статьи из сборников:

8. Коробков Г. А. Темп речи. Современные проблемы физиологии и патологии речи: сб. тр. Моск. НИИ уха, горла и носа; Ленингр. НИИ уха, горла, носа и речи. – М., 1989. – Т. 23. – С. 107–111.

Тезисы докладов:

9. Бабий А. И., Левашов М. М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). 3-й съезд оториноларингологии Респ. Беларусь: тез. докл. – Минск, 1992. – С. 68–70.

Авторефераты:

10. Петров С. М. Время реакции и слуховая адаптация в норме и при периферических поражениях слуха: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1993. – 24 с.

Методические рекомендации:

11. Кузьмин Ю. И., Коробков Г. А. Оценка тяжести речевых нарушений при заикании: метод. рекомендации. – Л., 1991. – 14 с.

Патентные документы:

12. Пат. 2187888 Российская Федерация, МПК7 H 04 B 1/38, H 04 J 13/00. Приемопередающее устройство / В. И. Чугаева; заявитель и патентообладатель Воронеж. науч.-исслед. ин-т связи. – № 2000131736/09; заявл. 18.12.00; опубл. 20.08.02. Бюл. № 23 (Пч.). – 3 с.

13. Заявка 1095735 Российская Федерация, МПК7 B 64 G 1/00. Одноразовая ракета-носитель / Э. В. Тернет (США); заявитель Спейс Системз / Лорал, инк.; пат. поверенный Егорова Г. Б. – № 2000108705/28; заявл. 07.04.00; опубл. 10.03.01, Бюл. № 7 (1 ч.); приоритет 09.04.99, № 09/289, 037 (США). – 5 с.

14. А. с. 1007970 СССР, МПК3 B 25 J 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей типа валов / В. С. Ваулин, В. Г. Кемайкин (СССР). – № 3360585/25-08; заявл. 23.11.81; опубл. 30.03.83. Бюл. № 12. – 2 с.

Уважаемые коллеги! Редакция имеет право сокращать статьи.

Право окончательного решения вопроса об отклонении, переработке или принятии рукописи статьи остается за редакционной коллегией.

При нарушении указанных правил редакция не принимает статьи к рассмотрению.

Контактный тел./факс редакции: 8(812) 316-29-32; e-mail: tulkin19@mail.ru; tulkin@pfco.ru