

I S S N 1810-4800



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»
Для юридических лиц индекс 41223 в каталоге «Пресса России»*

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)	О. И. Коноплев (Санкт-Петербург)	А. В. Пашков (Москва)
И. А. Аникин (Санкт-Петербург)	В. И. Кочеровец (Москва)	А. Н. Пацинин (Санкт-Петербург)
В. Ф. Антонив (Москва)	В. И. Кошель (Ставрополь)	Г. З. Пискунов (Москва)
Н. А. Арефьева (Уфа)	А. И. Крюков (Москва)	В. М. Свистушкин (Москва)
М. Р. Богомилский (Москва)	С. В. Лиленко (Санкт-Петербург)	А. В. Староха (Томск)
А. Г. Волков (Ростов-на-Дону)	Г. С. Мальцева (Санкт-Петербург)	Ю. Е. Степанова (Санкт-Петербург)
Т. И. Гаращенко (Москва)	И. И. Нажмудинов (Москва)	Г. А. Таварткиладзе (Москва)
Х. Ш. Давудов (Москва)	Я. А. Накатис (Санкт-Петербург)	Э. А. Цветков (Санкт-Петербург)
В. В. Дворянчиков (Санкт-Петербург)	Ю. М. Овчинников (Москва)	А. В. Шахов (Нижегород)
В. И. Егоров (Москва)	Е. В. Осипенко (Москва)	А. С. Юнусов (Москва)
А. С. Киселев (Санкт-Петербург)	В. Т. Пальчун (Москва)	С. В. Яблонский (Москва)
В. Э. Кокорина (Хабаровск)		

№ 2 (63) 2013 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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 06.03.2013 г.

Формат: 60×90¹/₈. Объем 21,25 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 ПЛД № 69 291 от 19.10.1998 г.

Зак. тип. 2897.

© СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития
России, 2013

© Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА
России, Москва, 2013



УДК 616.216.1-002-006.5-089(470.51)

ОПЫТ АМБУЛАТОРНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

И. М. Алибеков, Х. Т. Абдулкеримов, Т. С. Чернядзева, А. А. Чесноков, Д. Г. Гуз

EXPERIENCE IN THE USE OF MINIMALLY INVASIVE OUTPATIENT SURGERY POLYPOID RHINOSINUSITIS IN THE NORTH REGION

I. M. Alibekov, H. T. Abdulkерimov, T. S. Chernyadeva, A. A. Chesnokov, D. G. Guz

Комитет по здравоохранению Администрации г. Сургута

(Председатель – Д. А. Сухарев)

ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия

Минздрава РФ», Екатеринбург

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

Проведен анализ применения малоинвазивных и эндоскопических методов хирургического воздействия при лечении полипозных риносинуситов у 937 человек в условиях однодневного стационара (амбулаторно) за 2003–2011 г. Полученные результаты, особенно в северных регионах, свидетельствуют о медико-экономической эффективности современных малоинвазивных хирургических методик в амбулаторной практике и целесообразности их внедрения в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, хирургическое лечение, дневной стационар.

Библиография: 4 источника.

The analysis of application of minimally invasive endoscopic surgical techniques and effects in the treatment of rhinosinusitis in 937 people polipoznyh in a one-day hospital (outpatient) for 2003–2011. The results obtained, particularly in the northern regions reveal a medico-economic efficiency of advanced minimally invasive surgical techniques in outpatient facilities and feasibility of their implementation in practical public health.

Key words: polipoznyj, rhinosinusitis, outpatient surgery.

Bibliography: 4 source.

Полипозный риносинусит (ПРС) – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отечной ткани, инфильтрированной эозинофилами. Заболевание может протекать самостоятельно или в сочетании с бронхиальной астмой [2].

Как правило, полипозные вегетации исходят из придаточных пазух носа, обтурируя, частично или полностью, наиболее узкие места носовой полости с ее анатомическими составляющими: область среднего носового хода, крючковидный отросток, передний конец средней носовой раковины, свод носа и часть слизистой оболочки носовой перегородки, латеральные отделы средней и верхней носовой раковины.

Бесспорно, ПРС представляет собой очень серьезную и до конца не решенную проблему современной медицины. Существующие методы

консервативного лечения лишь приостанавливают рост полипов и поэтому хирургическое удаление полипов из полости носа и ОНП остается вынужденной мерой в лечении полипозного риносинусита. Арсенал применяемых методик при этом весьма широкий – от применения полипных петель до различных современных хирургических инструментов и методик (абляция, применение радиоволн, хирургических лазеров и др.).

Благодаря своим физическим характеристикам использование лазеров в хирургии назального полипоза оказалось весьма эффективным, особенно, в амбулаторных условиях северного региона.

Статистические данные подтверждают стойкую тенденцию увеличения заболеваемости носа и околоносовых пазух в Ханты-Мансийском автономном округе:

– в 2001 году этот показатель среди взрослых составлял 4,2 (почти в 2 раза выше общероссийского показателя);

Выводы

Несмотря на достижения современной науки и технологических решений, в суровых климатических условиях Севера частота заболеваемости со стороны ЛОР-органов имеет четкую тенденцию к росту.

Проведение тщательного отбора больных, предоперационной и медикаментозной подготовки позволяет выполнить большой объем хирургических вмешательств в амбулаторных условиях (стационар одного дня).

Применение эндоскопической риносинусохирургии в комбинации CO₂-лазера и шейверной техники с управляемой гипотонией позволяет выполнять вмешательства амбулаторно, значительно повышая доступность оказания специализированной оториноларингологической помощи населению, при этом укорачиваются сроки нетрудоспособности и соответственно, снижаются затраты на лечение.

Полученные результаты свидетельствуют о медико-экономической эффективности современных малоинвазивных хирургических методик в амбулаторной практике и целесообразности их внедрения в практическое здравоохранение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анестезия и оперативная оториноларингология в амбулаторных условиях / И. М. Алибеков [и др.] // Мат. 1-го Петербургского форума. – СПб.: Полифорум, 2012. – Т. 1. – С. 7–10.
2. Лопатин А. С. Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа (руководство для практик. врачей). – М., 2011. – 2 с.
3. Пискунов Г. З. Современная амбулаторная хирургия в оториноларингологии (пособие для врачей). – М., 2007. – 7 с.
4. Эндоскопическая риносинусохирургия и управляемая гипотония в амбулаторных условиях / А.А. Чесноков [и др.] // Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. – СПб., 2011. – Т. 3. – С. 307.

Алибеков Иманкарим Магомедович – канд. мед. наук, зав. ЛОР-отделением городской поликлиники № 3, главный оториноларинголог г. Сургута. 628400, ХМАО-Югра, Тюменская обл., г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 14, тел./факс: 8-3432-52-59-01; 52-58-87, e-mail: alibekovu@bk.ru

Абдулкеримов Хийир Тагирович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Уральской ГМА. 620109, Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 189. тел.: 8-3432-400-476; 400-614, e-mail: abdulkerimov@mail.ru

Чесноков Анатолий Антонович – докт. мед. наук, профессор, зав. курсом оториноларингологии Сургутского ГУ. 628400, ХМАО-Югра, Тюменская обл., г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 14; тел./факс: 8-3432-52-59-01; 52-58-87, e-mail: alibekovu@bk.ru

УДК 616.216.4-003.218

МУКОЦЕЛЕ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА

О. Е. Верещагина, А. С. Коношков

MUCOCELE OF ETHMOID CELLS

О. Е. Vereshchagina, A. S. Konoshkov

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В статье рассмотрены некоторые вопросы этиологии и патогенеза возникновения мукоцеле придаточных пазух носа и, в частности, изолированного поражения задних клеток решетчатого лабиринта. Представлены диагностические возможности компьютерной томографии при решении вопроса объема и тактики лечения.

Ключевые слова: мукоцеле, решетчатый лабиринт, компьютерная томография, придаточные пазухи носа.

Библиография: 16 источников.

The article describes the etiology and pathogenesis of mukocele sinuses, and in particular, an isolated lesion posterior ethmoidal labyrinth cells. Presents diagnostic possibilities of computer tomography in determining the scope and course of treatment.

Key words: mucoccele, ethmoid cells, computer tomography, paranasal sinuses.

Bibliography: 16 sources.



УДК 617.53-003.4-007.253-07-089

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ

Г. А. Гаджимирзаев, А. Х. Асиятилов, Ю. А. Джамалудинов, Р. Г. Гаджимирзаева, А. Н. Чудинов, М. А. Азизов, Э. Г. Гамзатова

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF MEDIAN CYSTS AND FISTULA NECK

G. A. Gadzhimirzaev, A. N. Asiyatillov, U. A. Dzhamaludinov, R. G. Gadzhimirzaeva, A. N. Chudinov, M. A. Azizov, E. G. Gamzatova

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала
(Ректор – проф. А. О. Османов)

В работе представлены литературные сведения и собственные исследования по проблеме врожденных срединных кист и свищей шеи. Приведены описания современных методов диагностики и хирургического лечения. Авторы анализируют причины рецидивирования срединных кист и свищей шеи и дают рекомендации по их профилактике.

Ключевые слова: срединные кисты и свищи шеи, диагностика, хирургическое лечение, рецидивы.

Библиография: 20 источников.

In the present review existing literature views on the problem of congenital cysts and fistulas middle neck. It includes a description of modern methods of diagnosis and surgical treatment. The authors analyze the causes of fistula recurrence of medial neck and make recommendations aimed at reducing the number of reoperations.

Key words: medial cysts and fistulas neck causes the formation, diagnosis, surgical treatment, recurrence.

Bibliography: 20 sources.

За последние несколько десятилетий отмечается рост встречаемости врожденных пороков шеи и лица, что, возможно, связано с ухудшением экологической ситуации в мире, главным образом повышением радиационного фона, а также широким спектром различных экзогенных и эндогенных факторов, могущих оказывать тератогенное действие [5, 11, 13].

Кисты и свищи шеи составляют около 1,4% больных клиник челюстно-лицевой и 2,4% больных оториноларингологических стационаров [3, 8]. Истинное количество подобных пациентов определить довольно сложно, так как их лечением, кроме оториноларингологов и стоматологов, занимаются онкологи, детские и общие хирурги.

Несмотря на длинную историю изучения разбираемой патологии, вопрос о срединных кистах и свищах шеи все еще является актуальной проблемой, поскольку этиология, патогенез и методы лечения этих образований остаются недостаточно разрешенными.

Хотя срединные кисты и свищи шеи относятся к врожденным аномалиям, однако они редко обнаруживаются с момента рождения и появляются позднее в детском или подростковом возрасте или даже у взрослых людей. Подобный феномен исследователи связывают с тем, что срединные кисты растут медленно, в среднем 8–10 лет, не достигая больших размеров [11]. Подчеркивается, что наиболее часто промежуток времени от появления первых симптомов до обращения к врачу составляет от 6 месяцев до 3 лет [7].

О генезе срединных кист и свищей шеи было высказано несколько точек зрения. В частности, в литературе широко обсуждается мнение, согласно которому своим происхождением указанные патологические образования обязаны задержке обратного развития (редукции) эмбрионального щитовидного протока [20]. Р. И. Венгловский [6], напротив, утверждал, что щитовидного протока у человека не существует. По его мнению, в процессе развития щитовидной железы образуется клеточный тяж без просвета внутри. Кроме того он допускал возможность развития срединных кист шеи из элементов эпителия дна полости рта.

Большинство авторов, однако, полагают, что врожденные срединные пороки шеи являются дериватами (производными) нередуцированного щитовидного протока, который возникает в процессе закладки щитовидной железы. У взрослого человека сохранение щитовидного протока на всем протяжении (от слепого отверстия языка до щитовидной железы) считается большой редкостью [15]. Завершением нередуцированного щитовидного протока является его трансформация в такие дериваты, как пирамидальный отросток щитовидной железы, добавочные щитовидные железы, кисты и свищи. В щитовидном (щитовидно-язычном) протоке различают язычную, подъязычную и щитовидную части. Первая представляет собой верхний участок протока на протяжении от слепого отверстия языка до верхнего края тела подъязычной кости. Подъязычная



19. Choi S. S. Branchial Anomalis: A Review of 52 cases // Laryngoscope. – 1995. – Vol. 105. – Sept. – P. 909–912.
20. His W. Anatomie menzoplicher Embrionen. – Zeipzinger, 1985.

Гаджимирзаев Гаджимурад Абдусамадович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Дагестанской ГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-981-883-89-09, 8-8722-67-75-75

Асиятилов Абдолла Ховалович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. хирургической стоматологии ДГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-8722-67-75-92

Джамалудинов Юнускади Асхабалиевич – докт. мед. наук, доцент кафедры ДГМА и зав. ринологическим отделением РКБ. 367000, Махачкала, ул. Ляхова, д. 43, РКБ; тел.: 8-8722-55-01-29

Гаджимирзаева Раисат Гаджимурадовна – канд. мед. наук, ассистент каф. ЛОР-болезней ДГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-928-675-88-17

Чудинов Александр Николаевич – доцент каф. стоматологии детского возраста ДГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-8722-67-08-43

Азизов Мурад Алимпашаевич – доцент каф. стоматологии детского возраста ДГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-8722-67-49-23;

Гамзатова Эльмира Геннадьевна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии ДГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-8722-62-25-83

УДК 616.216+616.321:613.84

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛОТКИ У ЛИЦ, ДЛИТЕЛЬНО КУРЯЩИХ ТАБАК

Е. А. Гиelifанов, В. А. Невзорова

INDEXES OF FUNCTIONAL STATUS OF NASAL MUCOSA, PARANASAL SINUSES, AND PHARYNX OF THE PEOPLE PROTRACTEDLY SMOKING TOBACCO

Е. А. Gilifanov, V. A. Nevzorova

ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»
(Ректор – проф. В. Б. Шуматов)

В публикации рассматривается состояние полости носа, околоносовых пазух и глотки у лиц, длительно злоупотребляющих курением табака, а также функциональные изменения, сформировавшиеся вследствие токсического воздействия табачного дыма.

Ключевые слова: табачный дым, слизистая оболочка полости носа, околоносовые пазухи, глотка, глоточная миндалина.

Библиография: 69 источников.

The publication deals with the conditions of nasal mucosa, paranasal sinuses, and pharynx of the people protractedly abusing tobacco. Functional changes formed through the environmental tobacco smoke are also considered in this publication.

Key words: environmental tobacco smoke, nasal mucosa, paranasal sinuses, pharynx, tonsils.

Bibliography: 69 sources.

Курение табака является значимым причинным фактором многих тяжелых заболеваний, приводящих к инвалидизации и преждевременной смертности. Существует мнение, что табачный дым (ТД) увеличивает риск развития заболеваний 14 органов и систем человека, в том числе сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем [24, 25, 47, 49]. Россия входит в число стран с высоким потреблением табачных изделий и соответственно с высоким уровнем заболеваемости ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензии,

ей, раком гортани и раком легкого, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и других болезней, ассоциированных с табакокурением [14, 26, 69]. Ежегодно около 300 тыс. человек в нашей стране погибают от заболеваний, напрямую связанных с табакокурением [24].

Представляют интерес исследования повреждающего действия ТД на состояние тканевых и клеточных структур верхних и нижних дыхательных путей, наиболее активно подвергающихся воздействию продуктов сгорания табака. Исходя из существующей концепции единства



68. Upper airway x 1: allergic rhinitis and asthma: united disease through epithelial cells // A. Bourdin [et al.] // Thorax. – 2009. – Vol. 64, N 11. P. 999–1004.
69. Wipfli H., Samet J. M. Global economic and health benefits of tobacco control: part 1 // Clin. Pharmacol. Ther. – 2009. – Vol. 86, N 3. – P. 263–271.

Гилицанов Евгений Альбертович – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Тихоокеанского ГМУ. 690002, Владивосток, пр. Острякова, д. 2; тел.: 8-4232-28-37-27, 8-914-705-76-10, 8-914-791-67-70, e-mail: gilifanov@mail.ru

Невзорова Вера Афанасьевна – докт. мед. наук, профессор, проректор по научной работе Тихоокеанского ГМУ. 690002, Приморский край, Владивосток, пр. Острякова, д. 2; тел.: 8-4232-45-17-02, e-mail: VGMU.nauka@mail.ru

УДК 616.322-002.2:615.33+615.28-08-039.73

ПОЧЕМУ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИСЕПТИКОВ И АНТИБИОТИКОВ НЕ ДАЕТ ЖЕЛАЕМОГО ЭФФЕКТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ?

В. В. Гофман¹, Л. С. Бакулина²

WHY USING OF THE ANTISEPTICS AND ANTIBIOTICS DO NOT GIVE DESIRABLE EFFECT AT TREATMENT PATIENTS WITH CHRONIC COMPENSATED TONSILLITIS?

V. V. Gofman, L. S. Bakulina

¹ ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия

им. С. М. Кирова» МО РФ

(Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, проф. В. В. Дворянчиков)

² ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Т. А. Машкова)

В статье освещены вопросы заболеваемости хроническим тонзиллитом, патогенетической связи хронического тонзиллита с различными органами и системами организма, низкой эффективности консервативного лечения больных хроническим тонзиллитом с применением различных антисептических и антибактериальных препаратов. На основании анализа современных работ показано значение формирования патогенной микрофлорой бактериальных биопленок и внутриклеточного резервуара инфекции, резко увеличивающих ее устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов (антисептиков, антибиотиков, антител) и необходимость поиска новых методов лечения.

Ключевые слова: хронический компенсированный тонзиллит, микрофлора, биопленки.

Библиография: 37 источников.

In article are described questions morbidity by a chronic tonsillitis, pathogenetic communication of a chronic tonsillitis with various bodies and systems of the organism.

Low efficiency of conservative treatment patients with chronic tonsillitis, who was treated by application of the various antiseptic and antibacterial preparations.

Analysis of modern works showed formation bacterial biofilms and the intracellular tank of the infection by pathogenic microflora, sharply increasing its stability to influence of adverse factors (antiseptic, antibiotics, antibodies) and necessity of the searching new methods of the treatment.

Key words: the chronic compensated tonsillitis, microflora, biofilms.

Bibliography: 37 sources.

Хронический тонзиллит занимает лидирующие позиции в перечне тонзиллярной патологии. При общей заболеваемости населения тонзиллитами, достигающей 35% (по данным комплексной проверки поликлиник Москвы), на долю хронического тонзиллита в структуре распространенности заболеваний глотки приходится 23,7% случаев [1]. По другим оценкам заболева-

емость хроническим тонзиллитом в различных возрастных группах составляет от 22,1 до 40,1% [7] и даже 5,6–37 и 15–63% у взрослых и детей соответственно [5]. Обращает на себя внимание то, что показатель заболеваемости хроническим тонзиллитом на территории бывшего СССР в 1925 г. колебался в пределах 4–10% [3], т. е. на протяжении почти столетнего периода, несмотря на все



УДК: 616.284-004:616.28-072.7

КЛИНИКО-АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ТУГОУХОСТИ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ

В. В. Дискаленко, Ю. К. Янов, О. Н. Сопко, Е. В. Болознева

CLINICAL AND AUDIOLOGICAL DIAGNOSIS OF SEVERE HEARING LOSS IN PATIENTS WITH OTOSKLEROSIS.

V. V. Diskalenko, Y. K. Yanov, O. N. Sopko, E. V. Bolozneva

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. А. Карпищенко)**ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха горла носа и речи Минздрава России» (Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

В целях уточнения показаний к хирургическому лечению и прогноза его функциональных результатов, комплексному клинико-аудиологическому обследованию подвергнуто 80 больных отосклерозом с тяжелыми формами тугоухости. Установлено, что у большинства больных выраженный сенсоневральный компонент тугоухости носит функциональный (обратимый) характер, что позволяет у них улучшить слух не только за счет нормализации механизма звукопроводения, но и улучшения перцепции.

Ключевые слова: отосклероз, тяжелая форма тугоухости, акуметрическая и аудиометрические методы диагностики.

Библиография: 7 источников.

Summary: In order to clarify the indications for surgical treatment and prognosis of its functional results, integrated clinical and audiologic examination of 80 patients subjected to otosclerosis with severe hearing loss. Found that the majority of patients expressed sensorineural hearing loss is a functional component (return) character, which allows them not only to improve the hearing due to the normalization of sound conduction mechanism, but also improve the perception.

Key words: otosclerosis, severe hearing loss, audiometric and akumetric diagnostic methods.

Bibliography: 7 sources.

Отосклероз представляет собой заболевание органа слуха, при котором на разных стадиях развития патологического процесса могут быть в различной степени нарушены обе физиологические системы – звукопроводения и звуковосприятия – или только одна из них. По этой причине, как известно, клинические формы отосклероза подразделяют на тимпанальную, смешанную и кохлеарную.

«Чистая» кондуктивная тугоухость при отосклерозе наблюдается у 30–50% больных. В остальных случаях, наряду с кондуктивным компонентом тугоухости, выявляется и нейросенсорный в виде нарушения восприятия костнопроводимых звуков [2]. Такие сенсоневральные нарушения могут быть самостоятельными (кохлеарный отосклероз) и могут сочетаться с анкилозом стремени (смешанная форма). Чаще всего имеет место смешанная тугоухость, при этом сенсоневральный компонент не всегда связан с поражением органа Корти – это так называемая вторичная (обратимая) сенсоневральная тугоухость. В то же время в достаточном проценте случаев наблюдается такое понижение слуха по костному звукопроводению, что объяснить его только механическим препятствием передачи звуковых колебаний к рецептору не представляется возможным. Вероятнее всего, как считают

некоторые исследователи, это связано с токсическим поражением нейроэпителлия продуктами метаболизма отосклеротического очага при диффузном поражении большей части улитки. Однако, поскольку морфологические признаки поражения структур внутреннего уха при гистологическом исследовании обнаруживаются не часто, считать токсическую гипотезу ведущей нет основания. Более состоятельной причиной сенсоневральной тугоухости при отосклерозе принято считать нарушения механических условий звукопроводения в улитке при диффузном поражении капсулы лабиринта, которое бывает изолированным, но чаще оно комбинируется с очагами в области окна преддверия. Существуют и другие гипотезы, однако до настоящего времени нельзя считать решенным вопрос о генезе сенсоневральной тугоухости при отосклерозе.

Идентично кохлеарному отосклерозу клинически протекают и некоторые другие заболевания, в частности генетическая нейросенсорная тугоухость. Оба вида патологии могут возникать в любом возрасте, чаще в молодом. Хотя одна патология касается костной капсулы, а другая – спирального узла и сосудистой полоски, отдифференцировать их трудно.

В типичных случаях диагностика отосклероза нетрудна [6, 7]. Однако примерно у одной трети



АНАЛИЗ НАУКОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНФОРМАЦИОННОГО ПОТОКА СФЕРЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОТОЛАРИНГОЛОГИИ

В. И. Евдокимов

ANALYSIS OF SCIENTOMETRIC INDICATORS FOR INFORMATION FLOW IN THE AREA OF DOMESTIC OTORHINOLARYNGOLOGY

V. I. Evdokimov

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

(Директор – засл. врач РФ, проф. С. С. Алексанин)

Представлены основные наукометрические показатели публикаций – индекса цитирования, импакт-фактора, индекса Хирша, времени полужизни статей, информационно-аналитической системы Science Index, построенной на основе данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ). Проанализирован вклад отечественных публикаций в базу данных Web of Science и специализация российских научных исследований. Раскрыт алгоритм поиска статей по оториноларингологии в базе данных РИНЦ. Статьи по клинической медицине в РИНЦ составили 34,4 % от всех статей рубрики 76.00.00 – «Медицина и здравоохранение» ($n = 1\,971\,513$), статьи по оториноларингологии – 1,4 % от общего количества статей по клинической медицине. Показана публикационная активность некоторых организаций и научных журналов сферы оториноларингологии.

Ключевые слова: науковедение, информационный поток, индекс цитирования, импакт-фактор, индекс Хирша, время полужизни статей, Российский индекс научного цитирования, Science Index, оториноларингология.

Библиография: 9 источников.

Presented are the scientometric indicators of publications such as citation index, impact factor, Hirsch index, articles' half-life, Science Index information analysis system built upon Russian Science Citation Index (RSCI). The contribution of domestic publications in the Web of Science database and Russian scientific research specialization have been analyzed. An algorithm for searching articles on otorhinolaryngology in the RSCI database has been discovered. Articles on clinical medicine comprised 34.4 % of all the articles under the heading 76.00.00 – Medicine and healthcare ($n = 1,971,513$), articles on otorhinolaryngology – 1.4 % of all the articles on clinical medicine in the RSCI database. Publication activity of some organizations and scientific journals in the area of otorhinolaryngology has been shown.

Keywords: science of science, information flow, citation index, impact factor, Hirsch index, articles' half-life, Russian Science Citation Index, Science Index, otorhinolaryngology.

Bibliography: 9 sources.

Введение. Отрасль исследований, которая изучает закономерности функционирования и развития науки, структуру и динамику научной деятельности, взаимодействие науки с другими социальными институтами и сферами материальной и духовной жизни общества называется науковедением.

Цель науковедения – разработка теоретического понимания науки, определение способов и критериев ее рационального участия в жизни и развитии общества [5].

Область науковедения, изучающая статистические исследования структуры и динамики документальных потоков научной информации, называется наукометрией (библиометрией). Информация, зафиксированная на любом носителе, является документированной [1]. В этом случае информационный документ – любой материальный носитель с зафиксированной информацией. Совокупность существующих в обществе информационных документов создают документальные потоки. Наиболее часто выделяют до-

кументальные потоки определенных областей знаний, которые определяются спецификой запросов потребителей.

Признанными авторитетами в области изучения мировых документальных потоков являются информационная база данных Web of Science (WoS) компании «Thomson Reuters» (ранее – Institute of Scientific Information – ISI, США) и Scopus издательства «Elsevier» (Голландия).

Самый известный продукт ISI – индекс научного цитирования (Science Citation Index, SCI). Портал «Сеть науки» (Web of Science) предоставляет расширенный ISI (SCI Expanded). WoS индексирует около 15 тыс. научных журналов (около 65–70% мировых публикаций). SCI биологических наук (BioSciences Citation Index, BSCI) индексирует более 900 мировых изданий по наукам о жизни с акцентом на молекулярную и клеточную биологию, SCI по клинической медицине (Clinical Medicine Citation Index, CLMI) – более 2000 изданий практически по всем разделам медицины, SCI в социальных науках (Social SCI) – публика-



УДК 616.216-07-08-057.875

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ДЕКРЕТИРОВАННЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ

Ю. А. Карюк, Е. А. Кирасирова

FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATHOLOGIES OF THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES IN THE DECREE POPULATION GROUPS

Y. A. Karyuk, E. A. Kirasirova

*ГУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л. И. Свержевского»**Департамента здравоохранения города Москвы**(Директор – проф. А. И. Крюков)**ФГБУЗ «Южный окружной медицинский центр ФМБА России», Ростов-на-Дону**(Директор – В. С. Криштопин)*

Предложен алгоритм скрининговой диагностики патологии полости носа и околоносовых пазух у декретированных контингентов. Использование авторских методик – скрининговой ультразвуковой диагностики воспалительных заболеваний околоносовых пазух, оригинальной рентгенографии, зонографии околоносовых пазух и оригинальной рентгенографии лобных пазух, привело к значительному повышению качества диагностики, сокращению длительности обследования и уменьшению лучевой нагрузки на пациента.

Ключевые слова: патология полости носа и околоносовых пазух, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика.

Библиография: 9 источников.

An algorithm for screening for diseases of the nasal cavity and paranasal sinuses in decreed contingents. Using the author's techniques: screening ultrasound diagnosis of inflammatory diseases of the paranasal sinuses, the original X-ray, zonografiya paranasal sinuses and the original X-rays of the frontal sinuses, leading to a significant increase in the quality of diagnosis, reducing the duration of the survey and to reduce radiation exposure to the patient.

Key words: pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses, diagnosis, treatment, rehabilitation and prevention.

Bibliography: 9 sources.

Наиболее частой патологией верхних дыхательных путей, несмотря на достигнутые успехи в антибактериальной терапии и ринохирургии, остаются заболевания околоносовых пазух (ОНП) [6, 9]. Различными формами поражения ОНП страдают до 15% населения планеты [3]. В России за последние 20 лет показатели заболеваемости полости носа и ОНП по обращаемости возросли почти в 2 раза, а среди госпитализированных в отоларингологические стационары в России пациенты с заболеваниями ОНП составляют от 17,4 до 30% [4, 7]. Число случаев заболеваний носа и околоносовых пазух выросло с 4,6 до 12,2 на 1000 населения, мужчины в возрасте 20–40 лет составляют из них большую часть [8].

Основными причинами возникновения патологии полости носа и ОНП являются переохлаждения, инфекции, неблагоприятные экологические условия окружающей среды, приводящие к снижению иммунитета, т. е. те этиопатологические факторы, с которыми сталкиваются различные декретированные группы (курсанты учебных заведений водного транспорта, вахтовики, геологи и пр.) [2]. Вероятность развития орбиталь-

ных и внутричерепных риногенных осложнений наиболее высока из-за особенности их профессиональной деятельности: длительное нахождение в экстремальных условиях вдали от мест возможного получения специализированной, а иногда и первичной медицинской помощи [1]. Таким образом, становится очевидной актуальность разработки и создания системы выявления групп риска среди указанного контингента, профилактики развития хронических форм заболеваний полости носа и ОНП и соответствующей медицинской реабилитации этой категории больных [5].

Цель исследования. Разработка методов ранней диагностики заболеваний полости носа и ОНП, лечения и профилактики осложнений указанной патологии у декретированных групп населения.

Для реализации поставленной цели нами разработан алгоритм ранней диагностики и лечения патологии полости носа и ОНП, отвечающий всем этим требованиям (рис.).

Алгоритм строится на основании субъективных жалоб пациента и данных объективного эндоскопического осмотра полости носа и носоглот-



9. Younis R. T., Ananol V. K., Davidson B. The role of computed tomography and magnetic resonance imaging in patients with sinusitis with complications // *Laryngoscope*. – 2002. – V. 111, N 2. – P. 224–229.

Карюк Юрий Алексеевич – канд. мед. наук, ординатор оториноларинго-логического отделения клинической больницы № 1. 344022, Ростов-на-Дону, ул. 1-я линия, д. 6, тел.: (863) 254-10-88, e-mail: karyuk2003@mail.ru

Кирасирова Елена Анатольевна – докт. мед. наук, руководитель отдела реконструктивной хирургии полых органов шеи научно-практического центра оториноларингологии Департамента здравоохранения Москвы. 117152, Москва, Загородное шоссе, д. 18 «А», стр. 2; тел.: (495) 633-92-06.

УДК: 612.858.8:004.31.6:616.283.1- 089.843

ВЛИЯНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО УРОВНЯ МАКСИМАЛЬНО КОМФОРТНОЙ ГРОМКОСТИ И ПОРОГА СТАПЕДИАЛЬНОГО РЕФЛЕКСА НА РАЗБОРЧИВОСТЬ РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Д. С. Клячко, Ю. К. Янов, В. И. Пудов, Г. Р. Азизов

INFLUENCE OF SUBJECTIVE LEVEL OF THE MOST COMFORTABLE LOUDNESS AND STAPEDIUS REFLEX THRESHOLD ON SPEECH PERCEPTION IN PATIENTS WITH COCHLEAR IMPLANTS

D. S. Klyachko, U. K. Yanov, V. I. Pudov, G. R. Azizov

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

В специальной литературе отмечается, что самым лучшим вариантом настройки кохлеарного импланта является настройка по данным субъективной оценки пациента качества подаваемых ему электроакустических стимулов. Однако встречаются публикации, в которых указывается, что при использовании данных электроакустической рефлексометрии многие пациенты отмечали более комфортное звучание по сравнению с настройками по субъективным реакциям. В результате собственного сравнения разборчивости речи на разных программах и с разной громкостью были получены данные о том, что на разборчивость речи у пациентов с кохлеарными имплантами очень сильное влияние оказывает громкость используемой программы. Чтобы оценить влияние громкости настроечных карт на разборчивость речи порогов было обследовано 10 пациентов в возрасте от 16 до 52 лет: 5 человек, прелингвально оглохших и постоянно носящих слуховые аппараты, 5 человек, потерявших слух в зрелом возрасте. Первое включение речевого процессора было проведено 6 месяцев назад. Было установлено, что даже небольшое изменение громкости оказывает значительное влияние на разборчивость речи.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, стапедиальный рефлекс, максимальная комфортная громкость, разборчивость речи.

Библиография: 12 источников.

In special literature it is noted that the best option of control of a cochlear implant is control according to value judgment of the patient of quality of electro-acoustic incentives submitted to it. Publications in which it is specified however meet that when using data of an electro-acoustic releksometriya many patients noted more comfortable sounding in comparison with settings on subjective reactions. As a result of own comparison of legibility of speech on different programs and with different loudness data that on legibility of speech at patients with cochlear implants very strong influence renders loudness of the used program were obtained. To estimate influence of loudness of adjusting cards on legibility of speech of thresholds 10 patients at the age from 16 till 52 years were surveyed. 5 people prelingvalno the become deaf and constantly carrying hearing aids, 5 people lost hearing at mature age. The first turning on of the speech processor was carried out 6 months ago. It was established, what even little change of loudness makes considerable impact on legibility of speech.

Key words: cochlear implantation, stapedius reflex, maximum comfortable loudness, speech perception.

Bibliography: 12 sources.



5. Янов Ю. К., Пудов В. И., Клячко Д. С. Оптимизация методики регистрации стапедального рефлекса у пациентов после кохлеарной имплантации // Рос. оторинолар. – 2012. – № 2 (57). – С. 129–133.
6. Янов Ю. К., Пудов В. И., Клячко Д. С. Влияние феномена ускоренного нарастания громкости на настройку речевого процессора у пациентов после кохлеарной имплантации // Там же. – № 3 (58). – С. 198–202.
7. Dorman M. F., Loizou P. C., Fitzke J. The indication of speech in noise by cochlear implant patients and normal-hearing listeners using 6-channel signal processors // Ear Hear. – 1998. – N 9 (6). – P. 481–484.
8. Investigations into electrically evoked stapedius reflex measures and subjective loudness percepts in the MED-EL COMBI 40+ cochlear implant / G. Brickley [et al.] // Cochlear Impl. Int. – 2005. – Vol. 6 (1). – P. 31–42.
9. Loizou P. C., Poroy O., Dorman M. The effect of parametric variations of cochlear implant processors on speech understanding // J. Acoust. Society of Am. – 2000. – Vol. 108 (2). – P. 790–802.
10. Programming the cochlear implant based on electrical acoustic reflex thresholds: patient performance / L. G. Spivak, [et al.] // Laryngoscope. – 1994. – Vol. 104 (10). – P. 1225–1230.
11. Prosser S., Rosignoli M. Relations and variability of the stapedial reflex threshold and psychoacoustic discomfort threshold // Acta Otorhinolaryngol. Italica – 1991. – Vol. 11 (3). – P. 307–316.
12. Relationship between EABR thresholds and levels used to program the CLARION® speech processor / C. J. Brown [et al.] // Ann. Otol., Rhinol. and Laryngol. – 1999. – Vol. 108 (4 II). – P. 50–57.

Клячко Дмитрий Семенович – аспирант каф. оториноларингологии Северо-Западного ГМУ им. И. И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; тел.: 8-921-9565359, e-mail: Rip.tor@mail.ru

Янов Юрий Константинович – докт. мед. наук, профессор, член-корр. РАМН, директор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая д. 9, тел.: 8-812-316-22-56

Пудов Виктор Иванович – вед. н. с. Санкт-Петербургского НИИ уха горла носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая д. 9; тел.: 8-911-250-65-20, e-mail: V_pudov@mail.ru

Азизов Гадир Рустамович – аспирант СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-962-701-43-15, e-mail: Ager.nasi@mail.ru.

УДК: 616.288-002:576.8.077.3

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ НАРУЖНЫМ ДИФФУЗНЫМ ОТИТОМ

М. О. Кустов, П. В. Начаров, Л. Л. Клячко

IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BACTERIAL DIFFUSE OTITIS MEDIA

M. O. Kustov, P. V. Nacharov, L. L. Klyachko

ФГБУ «СПб НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России»

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

СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница», Санкт-Петербург

(Главный врач – М. Н. Бахолдина)

Данная статья посвящена изучению иммунологического статуса больных бактериальным наружным диффузным отитом (БНДО). Всего обследовано 100 пациентов и 32 здоровых человека в качестве контрольной группы. Всем больным проводились следующие методы исследования: клинический анализ крови, определение в крови фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов, содержания иммуноглобулинов классов А, М, G, E и белков острой фазы (СРБ, LBP). Полученные данные свидетельствуют о слабой фагоцитарной активности нейтрофилов, снижении содержания Ig A, M, G, что соответствует ослаблению неспецифической и специфической иммунологической резистентности у больных БНДО. Содержание иммуноглобулина E в сыворотке больных было значительно выше, чем в контрольной группе. Содержание белков острой фазы было повышенным: LBP на 37,0% выше, чем в контрольной группе и СРБ в 3,5 раза выше максимального референтного значения. При этом среднее значение СРБ не достигло уровня, характерного для воспалительного процесса бактериальной этиологии.

Ключевые слова: бактериальный наружный диффузный отит, фагоцитоз, иммуноглобулины, клетки крови, белки острой фазы.

Библиография: 17 источников.

This article is devoted to the study of the immunological status of patients with diffuse bacterial external otitis (DBEO). The sample of 100 patients and 32 healthy subjects as controls. All patients underwent the following methods: complete blood count, determination of blood phagocytic activity of neutrophilic granulocytes, classes of immunoglobulins A, M, G, E, and acute phase proteins (CRP, LBP). The findings suggest that low neutrophil phagocytic activity, and decreased the content of Ig A, M, G, which corresponds to a weakening of the non-specific and specific immunological resistance in patients DBEO. The content of IgE in the serum of patients was significantly higher than the control group. The content of acute phase proteins were increased: LBP 37.0% higher than in the control group and CRP 3.5 times higher than the maximum reference value. The mean value of CRP has not reached the level characteristic of the inflammatory process of bacterial etiology.

Key words: bacterial diffuse otitis media, phagocytosis, immunoglobulins, blood cells, acute phase proteins.

Bibliography: 17 sources.

Бактериальный наружный диффузный отит (БНДО) – часто встречаемая форма заболевания, характеризующаяся выраженным болевым синдромом, частичной утратой слуха и синдромом общей инфекционной интоксикации. БНДО зачастую принимает рецидивирующее течение, обуславливает существенные трудопотери, что значительно снижает качество жизни больных. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты наружных отитов, что обусловлено, в частности, неблагоприятными экологическими факторами и нерациональным применением лекарственных препаратов, в первую очередь антибиотиков [15]. Известны предрасполагающие факторы, провоцирующие развитие БНДО. К ним относятся: попадание воды, микротравмы кожи наружного слухового прохода [14] и т. д. Однако не все лица, регулярно подвергающие наружный слуховой проход воздействию воды (плавание в бассейне, купание в естественных водоемах), а также регулярно удаляющие отложения серы с травматизацией кожи, заболевают БНДО. Можно предположить, что развитие бактериального воспаления при наружном отите обуславливается не только этиологическим фактором, в частности вирулентностью патогенных бактерий, но и состоянием иммунной системы, врожденного и адаптивного иммунитета. Вместе с тем изучению иммунологических показателей при наружных отитах посвящены единичные работы. При этом исследования проводились в основном у больных отомикозом и рецидивирующими фурункулами наружного слухового прохода [2, 6, 9, 13].

Цель исследования. Изучение специфической и неспецифической иммунологической резистентности у больных БНДО.

Пациенты и методы. В работе было обследовано 132 пациента, из них 100 больных острым бактериальным наружным диффузным отитом (БНДО), госпитализированных в ЛОР-отделение городской Покровской больницы. Для сопоставления результатов лабораторных исследований была обследована группа из 32 здоровых добровольцев (контрольная группа) из Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. Среди обследованных нами больных бактериальным наружным диффузным отитом было 55 (55%) мужчин и 45

(45%) женщин. Средний возраст пациентов составил $37,06 \pm 1,33$ года.

Методы клинических исследований. Обследование больных, страдающих бактериальным наружным диффузным отитом, включало подробное выяснение анамнеза. При этом обращали внимание на жалобы пациента, давность и длительность заболевания, его рецидивы, предшествующее лечение, а также наличие сопутствующих заболеваний и аллергии.

После выяснения анамнестических данных всем больным назначалось эндоскопическое исследование ЛОР-органов. При отоскопии обращали внимание на состояние кожи наружного слухового прохода и наружного слоя барабанной перепонки: эритема оценивалась по шкале дерматита Ф. Гермозо [17] и инфильтрация, эрозии, грануляции, дистрофические изменения, мацерация, наличие ушной серы. Также определялось наличие в слуховом проходе отделяемого, его характер (серозное, гнойное, геморрагическое, корочки).

Всем пациентам назначалось исследование слуховой функции по данным акуметрии, камертональное исследование по общепринятым методикам, тональная пороговая аудиометрия. Исследования выполняли в звукоизолированной комнате при уровне шума 20 кГц на аудиометре А222 в диапазоне частот от 125 до 8 кГц. Степень тугоухости оценивали по общепринятой Международной классификации тугоухости.

Диагноз наружного отита ставили на основании характерных жалоб пациентов, результатов отоскопии, оценки слуховой функции. При постановке диагноза использовали классификацию воспалительных заболеваний наружного уха, разработанную на кафедре оториноларингологии Северо-Западного ГМУ им. И. И. Мечникова (Санкт-Петербург) [5].

Методы лабораторных исследований

1. Клинический анализ крови с определением содержания гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, а также с подсчетом лейкоцитарной формулы.

2. Определение фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов.

Тест фагоцитоза использовали для оценки функциональной активности нейтрофилов в пе-



ХРОНИЧЕСКИЙ СФЕНОИДИТ, НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА, СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

А. В. Кутина

CHRONIC SFENOIDIT, NEUROLOGICAL SYMPTOMS, MODERN APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT

A. V. Kutina

ГОУ ФПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

Сфеноидит – заболевание, характеризующееся воспалительными процессами слизистой оболочки в области клиновидной пазухи носа. Частота воспалительного процесса в клиновидной пазухе составляет 19–58 % от всех синуситов.

Глубокое расположение клиновидной пазухи в основании черепа и ее соседство со зрительными и другими черепно-мозговыми нервами объясняет многообразие клинических проявлений сфеноидита. Яркие клинические симптомы поражения зрительных и других черепно-мозговых нервов нередко трактуются как офтальмологические, сосудистые и неврологические. Это осложняет диагностирование сфеноидита и приводит к отсутствию своевременного адекватного лечения.

Распознавание воспалительного процесса в клиновидной пазухе традиционными рентгенологическими методами представляет существенные трудности. Существует мнение, что в отношении выявления сфеноидитов имеет место «рентгенологическая гиподиагностика».

Применение компьютерной томографии (КТ) в 2D и 3D-проекциях и эндоскопического исследования полости носа и носоглотки сделало обычным диагноз сфеноидита, который ранее даже не упоминался в отчетах как самостоятельная нозологическая форма.

Поскольку диагностика сфеноидита сложна, патология этой пазухи может обусловить необходимость консультаций многих специалистов – отоларинголога, офтальмолога, невролога, нейрохирурга, психиатра.

Все сказанное выдвигает изучение возможностей современных методов диагностики и лечения заболеваний клиновидной пазухи в одну из актуальных проблем клинической медицины.

Ключевые слова: компьютерная томография, сфеноидит, эндоскопическая сфенотомия.

Библиография: 7 источников.

Sfenoidit is a disease characterized by inflammatory processes of mucous in the sphenoid sinus of the nose. The frequency of the inflammatory process in the sphenoid sinus is 19-58% of all sinusitis. Great location in sphenoid sinus at the base of the skull and its neighborhood with Visual and other cranial-cerebral nerves explains the variety of clinical manifestations of sfenoidita. Clinical vivid visual symptoms and other cranial nerves are often treated as ophthalmologic, vascular and neurological. This complicates the diagnosis of sfenoidita and leads to a lack of timely and adequate treatment. Detection of inflammatory process in sphenoid sinus traditional x-ray techniques is significant difficulties. There is an opinion that in identifying the sfenoiditov is "gipodiagnostika"-Ray. The use of computed tomography (CT) in 2D and 3D projections and endoscopic study of the nasal cavity and nasopharynx made the usual diagnosis sfenoidita, which previously was not even mentioned in reports as a distinct nosologic form.

Because the diagnosis of sfenoidita complex, this sinus pathology might necessitate consultation of many experts – Otolaryngologist, ophthalmologist, neurologist, neurosurgeon and psychiatrist.

What makes study of the possibilities of modern methods of diagnosis and treatment of sphenoid sinus to one of the topical issues of clinical medicine.

Key words: computed tomography, sfenoidit, endoscopic sfenotomiã.

Bibliography: 7 sources.

Симптоматика хронического сфеноидита зависит в основном от формы процесса (закрытая, открытая) и путей распространения гуморальных дериватов воспалительного процесса, что, в свою очередь, определяется анатомическим строением клиновидной пазухи (ее объемом, толщиной костных стенок, наличием в них дигисценций, сосудистых эмиссариев и др.). Расположение клиновидной пазухи у основания черепа и в непосред-

ственной близости к важным мозговым центрам (гипофиз, гипоталамус, другие подкорковые ганглии, система пещеристых синусов и др.) может обуславливать появление прямых и реперкуSSIONных симптомов, указывающих на вовлечение в патологический процесс этих образований [1]. Поэтому симптоматика хронического сфеноидита, хотя и стертая, и скрытая, и замаскированная признаками, например этмоидита, все же содер-



8. Плужников М. С., Усанов А. А. Диагностика и щадящее лечение сфеноидитов: метод. рекомендации. – Л., 1989. – 15 с.
9. Счастливого Г. П. Повышение эффективности лечения больных хроническим сфеноидитом методом длительного дренирования клиновидных пазух // Сб. тр. МЗ РСФСР, Моск. НИИ уха, горла и носа. – 1978. – Вып. XXIV, С. 87–91.
10. Усанов А. А. Комплексная диагностика сфеноидитов / Оториноларингология. Науч. тр. 1-го Ленинградского мед. ин-та, посвященные 100-летию со дня рождения заслуж. деятеля наук, проф. В.Ф. Ундрица. – Л., 1991. – С. 145–155.
11. Хохлачев С. М. Профилактика и лечение острых синуситов у больных с черепно-мозговой травмой: автореф. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 14 с.

Кутина Анна Владимировна – клинический ординатор каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: 8-921-319-93-36, e-mail: kutik-an@rambler.ru

УДК 614.7+658.21:616.2

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

В. А. Ляпин¹, В. П. Казаковцев²

HYGIENIC ASSESSMENT OF INFLUENCE OF ECOLOGICAL FACTORS ON THE CASE RATE OF CHRONIC DISEASES OF THE TOP RESPIRATORY TRACTS OF ADULT POPULATION OF THE INDUSTRIAL CENTRE

V. A. Lyapin, V. P. Kazakovtsev

¹ *Институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний Сибирского отделения РАМН РФ, Омск*

(Директор – засл. врач РФ, проф. В. В. Захаренков)

² *МУЗ «Омская городская клиническая больница № 1 им. А. Н. Кабанова»*

(Главный врач – Г. Ф. Соболев)

Целью ретроспективного исследования было проведение анализа влияния экологических факторов риска на хроническую заболеваемость верхних дыхательных путей взрослого населения в крупном промышленном центре Западной Сибири – г. Омске.

Методы исследования: использовался корреляционный статистический анализ данных, проведенный с использованием пакета стандартных статистических программ Statistica 6.0, где были выделены ведущие факторы риска, негативно влияющие на заболеваемость верхних дыхательных путей населения г. Омска в период с 1970 по 2009 г.

Результаты: Условия проживания населения в крупном промышленном центре Западной Сибири в течение изученного периода были стабильно неблагоприятными. Ведущими установленными факторами, оказывающими влияние на формирование заболеваемости взрослого населения крупного промышленного центра за анализируемый период, являлись экологические (антропогенное загрязнение атмосферного воздуха, воды поверхностного водоисточника и почвы). Показатели заболеваемости взрослому населению г. Омска характеризуются высоким ее уровнем без тенденции к снижению.

Выводы. В изучаемый период в г. Омске имело место сочетание экологических факторов риска развития, которое способствовало росту заболеваемости.

Ключевые слова: болезни органов дыхания, ЛОР-патология, хронические болезни верхних дыхательных путей, заболеваемость, факторы риска.

Библиография: 5 источников.

Carrying out the analysis of influence of ecological risk factors on a chronic case rate of the top respiratory tracts of adult population in the large industrial center of Western Siberia Omsk was the purpose of retrospective research.

Research methods: the correlation statistical analysis of the data which has been carried out with use of a package of the standard statistical Statistica 6.0 programs where the leading risk factors which are negatively



influencing a case rate of the top respiratory tracts of the population of Omsk during the period from 1970 to 2009 were allocated was used.

Results. Conditions of accommodation of the population in the large industrial center of Western Siberia during the studied period were stably unsuccessful. The leading established factors influencing formation of a case rate of adult population of the large industrial center for the analyzed period, were ecological (anthropogenous pollution of atmospheric air, water of a superficial water source and the soil). Indicators of a case rate of adult population of Omsk are characterized by its high level without a tendency to depression.

Conclusions: During the studied period in Omsk the combination of ecological risk factors of development which promoted case rate body height took place.

Key words: diseases of respiratory organs, otorhinolaryngological pathology, chronic diseases of the top respiratory tracts, case rate, risk factors.

Bibliography: 5 sources.

Современные негативные тенденции в изменении состояния среды обитания ставят научную проблему «окружающая среда – здоровье человека» в разряд наиболее значимых и требующих незамедлительного решения.

Для оценки реальной ситуации, характера и направленности динамики показателей здоровья различных групп населения в целях принятия адекватных мер по снижению воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды необходимо располагать своевременной всесторонней и достоверной информацией как о факторах окружающей среды, так и о здоровье соответствующих возрастных и социальных групп населения.

В связи с существенными качественными и количественными изменениями в окружающей среде, вызванными высоким уровнем техногенной нагрузки, все более возрастает значимость оценки риска роста заболеваемости населения [1, 3].

Наиболее уязвимыми являются ЛОРорганы, имеющие особое анатомическое положение и непосредственный контакт с химическими агентами при ингаляционном поступлении [2].

В связи с изложенным актуальным является изучение факторов риска роста заболеваемости населения, в первую очередь болезнями ЛОРорганов.

Цель исследования. Изучение связей между заболеваемостью верхних дыхательных путей населения и экологическими факторами риска в промышленном центре Западной Сибири – городе Омске.

Материалы и методы. В качестве информационных источников использовались данные государственной и отраслевой статистической отчетности, опубликованные в виде сборников «Состояние здоровья населения и деятельность системы здравоохранения Омской области» в период с 1970 по 2010 г., «Доклад о состоянии и об охране окружающей среды Омской области» Правительства Омской области за ряд лет, входящих в период с 1971 по 2010 годы. Для гигиенической оценки состояния атмосферного воздуха, воды поверхностного водоисточника р. Иртыш

и почвы г. Омска нами были проанализированы результаты исследований в 1971–2010 гг. по материалам центра мониторинга загрязнения окружающей среды Омского территориального управления по гидрометеорологии. Рассчитывались комплексный показатель атмосферного загрязнения P [4], показатель суммарного загрязнения поверхностных вод, показатель суммарного загрязнения почвы [5].

Для проведения анализа причинно-следственных связей в системе «среда обитания – заболеваемость населения болезнями верхних дыхательных путей» использовался корреляционный статистический анализ данных, проведенный с использованием пакета стандартных статистических программ Statistica 6.0 и математических таблиц Microsoft Excel 2000.

Результаты и обсуждение. При анализе индекса суммарного загрязнения атмосферы г. Омска в 1970–2010 гг. было установлено, что уровни загрязнения воздуха с 1970 по 1982 г. характеризовались как сильные и очень сильные. В период с 1983 по 1990 г. намечилось некоторое снижение индекса суммарного загрязнения атмосферы от слабого до умеренного, хотя в 1991 г. наблюдалось значительное превышение. С 1994 г. уровень суммарного загрязнения повысился и оставался сильным до 2010 г. (рис. 1).

В изучаемые годы установлены прямые корреляционные зависимости между уровнем заболеваемости хроническими болезнями носа (хронический фарингит, назофарингит, синусит, ринит) населения и среднегодовыми концентрациями формальдегида ($\rho = 0,90$), бензола ($\rho = 0,96$), ацетальдегида ($\rho = 0,85$), в атмосферном воздухе. Также установлена прямая корреляционная связь между заболеваемостью болезнями миндалин и аденоидов (включая хронический тонзиллит) и содержанием формальдегида ($\rho = 0,96$).

При анализе показателя суммарного загрязнения поверхностных вод р. Иртыш было установлено, что в период с 1970 по 1996 г. уровень загрязнения колебался в пределах от умеренного до минимального, с 1997 г. и по настоящее время показатели выросли до высоких и чрезвычайно высоких (рис. 2).



УДК: 616.211/.232-036.12-053.8(571.13)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

В. А. Ляпин¹, В. П. Казаковцев²

CASE RATE CHRONIC DISEASES OF THE TOP RESPIRATORY TRACTS OF ADULT POPULATION OF THE INDUSTRIAL CENTRE ACCORDING TO RETROSPEKTIVES OF THE ANALYSIS

V. A. Lyapin, V. P. Kazakovtsev

¹ *Институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, г. Омск (Директор – засл. врач РФ, проф. В. В. Захаренков)*

² *МУЗ «Городская клиническая больница №1 им. А. Н. Кабанова», г. Омск (Главный врач – Г. Ф. Соболев)*

Проведен ретроспективный статистический анализ заболеваемости хроническими болезнями верхних дыхательных путей детского и взрослого населения г. Омска. В общем виде основные особенности потерь здоровья населения за 35-летний период наблюдения от ЛОР-патологии в крупном промышленном центре можно охарактеризовать ростом заболеваемости по ведущим группам ЛОР-болезней: хронические болезни миндалин и аденоидов, хронические болезни носа и горла. Ведущая патология однотипна во все временные периоды. Хронизация патологии нарастает во времени. Формирование хронических болезней ЛОР-органов происходило на фоне высокой заболеваемости острыми респираторными инфекциями, острыми бронхитами и бронхиолитами. Заболеваемость хронической патологией находилась в зависимости от действия таких факторов, как кратность, течение и исходы острых заболеваний.

Ключевые слова: заболеваемость, хронические болезни, болезни верхних дыхательных путей, болезни органов дыхания, дети, взрослое население.

Библиография: 7 источников.

The retrospective statistical analysis of a case rate is carried out by chronic diseases of the top respiratory tracts of children's and adult population of Omsk. In a general view the main features of losses of health of the population for the 35-year period of observation from an otorhinolaryngological pathology in the large industrial center can be characterized case rate body height on the otorhinolaryngological leading groups – diseases since chronic illnesses of tonsils and adenoides, chronic diseases of a nose and a throat. Leading pathology is same during all temporary periods. Synchronization of pathology accrues in time. Formation of chronic diseases of an otorhinolaryngological organs occurred against a high case rate acute respiratory infections, an acute bronchitis and bronchiolites. The case rate chronic pathology was in dependence from action of such factors, as frequency rate, a current and outcomes of acute diseases.

Key words: case rate, chronic diseases, diseases of the top respiratory tracts, diseases of respiratory organs, children, adult population.

Bibliography: 7 sources.

В основе ухудшения здоровья детского и взрослого населения лежит целый комплекс социально-экономических причин:

- несовершенство существующей системы медицинского обслуживания;
- ухудшение качества питания;
- «техногенные перегрузки» в результате промышленного загрязнения окружающей среды;
- уменьшение объема профилактических программ в амбулаторном звене здравоохранения.

Большинство хронических болезней человека имеет мультифакториальную природу – они развиваются при наличии наследственного предрасположения (диатезов) и при соответствующем воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды, в том числе социальных, экологических, метеотропных [5–7].

Важная роль в формировании хронических состояний принадлежит нарушениям адаптации организма человека к изменениям окружающей среды, возможности взаимодействия с ней на основе биологической, психологической и социальной природы человека [3, 4]. Действительно, здоровье человека представляет собой не только биологическую, но и социальную категорию, когда осуществляется возможность социальных контактов на уровне семьи, коллектива, общества.

Материалы и методы исследования. Оценка здоровья детского и взрослого населения осуществлялась по ретроспективным и проспективным материалам медицинских отчетов в период с 1971 по 2009 годы. Учитывались заключительные, уточненные диагнозы. Диагнозы хронических заболеваний регистрировались только 1 раз в году, обострения хронических заболеваний в



УДК: 616.216.1-002-089

НАВИГАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ: РАСШИРЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ГОРИЗОНТОВ

М. А. Панякина, О. А. Меркулов

NAVIGATION SUPPORT IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS: THE EXPANSION OF SURGICAL HORIZONS

М. А. Panyakina, O. A. Merkulov

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова»

(Зав. каф. оториноларингологии факультета постдипломного образования – проф. А. Ю. Овчинников)

Городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Москва
(Главный врач – проф. В. Н. Яковлев)

В целях обеспечения дополнительной ориентации при эндоскопической синус-хирургии проведено исследование возможностей навигационной системы Navigation Panel Unit NPU.

В результате исследования установлено, что применение навигационного обеспечения позволяет более точно управлять операционным инструментарием и более тщательно воздействовать на патологию, что, несмотря на дополнительное время, необходимое для регистрации данных, выразилось в достоверном уменьшении времени операции и объема кровопотери, тогда как оценка отдаленных результатов требует дальнейшего наблюдения.

Ключевые слова: компьютерно-ассистированная навигация, хронический риносинусит, функциональная эндоскопическая синус-хирургия.

Библиография: 7 источников.

In order to provide additional guidance for endoscopic sinus surgery study opportunities navigation system Navigation Panel Unit NPU (Karl Storz, Germany).

The study found that the use of navigation software allows more precise control over the operational tools and be more work on the pathology that, despite the extra time needed for the data expressed in the significant decrease in operative time and blood loss, while the assessment of long-term results requires further observation.

Key words: computer-assisted navigation, chronical rhinosinusitis, functional endoscopic sinus-surgery.

Bibliography: 7 sources.

Актуальность внедрения компьютерно-ассистированных навигационных систем была связана с невозможностью точной ориентации среди важнейших анатомических образований, что повышало риск развития различных осложнений.

Согласно авторитетным международным рекомендациям EPOS 2012 распространенность хронического риносинусита (ХР) в мире варьирует от 5 до 15% [3].

Несмотря на высокие цифры распространенности, многие аспекты этиопатогенеза данного заболевания к настоящему времени до конца не подтверждены, однако роль хирургического лечения для устранения ряда патологических ситуаций при ХР не подлежит сомнению.

Современное, динамично развивающееся направление – функциональная эндоскопическая синус-хирургия (ФЭСХ) – позволяет более щадяще и патогенетически обоснованно воздействовать на ключевые звенья ХР. Однако, несмотря на постоянное совершенствование методик, материалов и инструментария, значительная часть пациентов, по прошествии того или иного време-

ни после первичной операции, нуждается в ревизионных вмешательствах [3].

Одной из причин, вызывающих необходимость повторных операций при ХР, является несостоятельность предшествующего хирургического лечения. По нашему мнению, указанный сценарий может развиваться по следующим причинам:

- трудности в идентификации анатомических ориентиров (ревизионные вмешательства, выраженное интраоперационное кровотечение, недостаточный опыт хирурга);
- ошибки в технике операции (недостаточный объем диссекции, неправильная техника, недостаточный опыт хирурга);
- атипичная анатомия полости носа и околоносовых пазух.

Для проведения малоинвазивных высокоточных операций во многих областях медицины применяются навигационные системы, в частности, в нейрохирургии фатальных осложнений, таких как внутричерепная пенетрация и потеря зрения [4], в то время как при использовании навигационной поддержки, даже при потере анатомиче-



ЛИТЕРАТУРА

1. CAS (computer assisted surgery). A new procedure in head and neck surgery / G. Schlondorff [et al.] // HNO. – 1989. – Vol. 37 (5). – P. 187–90.
2. Chu S. Endoscopic Sinus Surgery Under Navigation System-Analysis Report of 79 Cases // J. Chin. Med. Assoc. – 2006. – Vol. 69 (11). – P. 529–533.
3. European Position Paper on Nasal Polyps / W. J. Fokkens [et al.] // Rhinology. – 2007. – Vol. 45 (20). – P. 1–139.
4. Image-guided endoscopic surgery: results of accuracy and performance in a multicenter clinical study using an electromagnetic tracking system / M. P. Fried [et al.] // Laryngoscope. – 1997. – Vol. 107. – P. 594–601.
5. Increase of accuracy in intraoperative navigation through high-resolution flat-panel volume computed tomography: experimental comparison with multislice computed tomography-based navigation / S. H. Bartling [et al.] // Otol. Neurotol. – 2007. – Vol. 28 (1). – P. 129–134.
6. Postec F., Disant F., Froehlich P. Computer Assisted Navigation System (CANS) in Pediatric Functional Endoscopic Sinus Surgery // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2002. – Vol. 128. – P. 797–800.
7. Skull base surgery with an opto-electronic navigation system / R. Heermann [et al.] // HNO. – 2001. – Vol. 49 (12). – P. 1019–1025.

Панякина Майя Александровна – ассистент каф. оториноларингологии факультета последипломного образования Российского медико-стоматологического университета; тел.: +7-917-564-79-38, e-mail: ayam75@mail.ru

Меркулов Олег Александрович – профессор каф. оториноларингологии факультета последипломного образования Российского медико-стоматологического университета; тел.: +7-916-671-82-44, e-mail: 9166718244@mail.ru

УДК: 611.216-072.1:533.3-089

ПРИМЕНЕНИЕ ОПТИКИ С ИЗМЕНЯЕМЫМ УГЛОМ ОБЗОРА В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Г. А. Полев, Н. А. Дайхес

MULTI-ANGLE ENDOSCOPES APPLIANCE IN ENDOSCOPIC SINUS SURGERY

G. A. Polev, N. A. Dayhes

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

Статья посвящена исследованию возможностей применения оптических систем с изменяемым углом обзора в эндоскопической хирургии околоносовых пазух. Первым этапом оптика с изменяемым углом обзора апробирована в ходе эндоскопической диссекции околоносовых пазух на 10 трупных препаратах. Вторым этапом прооперировано 26 пациентов с различной патологией околоносовых пазух. Оценивались качество визуализации патологического процесса в околоносовых пазухах, удобство в применении новых оптических систем, время операции. Результаты исследования позволяют оценить достоинства и недостатки применения синускопов с изменяемым углом обзора.

Ключевые слова: эндоскопическая хирургия околоносовых пазух, эндоскопы с изменяемым углом обзора, синускопы.

Библиография: 12 источников.

The article is dedicated to the possibility of multi angle endoscopes appliance in endoscopic sinus surgery. The first step was the approbation of the multi angle endoscopes during the endoscopic dissection of paranasal sinuses on cadaveric specimen. The second step was the surgical treatment of 26 patients with different sinusal pathology. The quality of visualization, the use comfortability and the operation time were estimated. The research findings allow to estimate the values and limitations of multi angle sinusscopes appliance in endoscopic sinus surgery.

Key words: endoscopic sinus surgery, multi angle endoscopes, sinusscopes.

Bibliography: 12 sources.

Начало современной эры эндоскопии датируется 1804 г., когда Филипп Боццини (Philipp Bozzini) (1773–1809), врач из Майнца, Германия,

представил lichtleiter, или «световод» [5]. Инструмент состоял из двух компонентов: источника света и системы зеркал (рис. 1). Для освеще-



8. Draf W. Endoskopie der Nasennebenhohlen // Technik – Typische Befunde – Therapeutische Möglichkeiten. – Berlin: Springer, 1978.
9. Messerklinger W. Über die Drainage der menschlichen Nasennebenhohlen unter normalen und pathologischen Bedingungen // Monatsschr Ohrenheilkd. – 1966. – Vol. 100. – P. 56–68.
10. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. – Philadelphia: B. C. Decker, 1991.
11. Stammberger H. Die Pilzverwirrung: Anmerkungen zum diskutierten pilzimmunologischen Hintergrund der chronischen Rhinosinusitis mit und ohne Polyposis // Laringorhinootologie. – 2003. – № 82. – P. 307–311.
12. Wigand M. E. Transnasal ethmoidectomy under endoscopic control // Rhinology. – 1981. – № 19. – P. 7–15.

Полев Георгий Александрович – мл. н. с. отдела заболеваний носа и глотки НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6. тел. +79261789555, e-mail: polev_gor@mail.ru

Дайхес Николай Аркадьевич – докт. мед. наук, профессор, директор НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6.

УДК 616.28-008.1-072.7-053.3:616.284-002

ПОКАЗАТЕЛИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫХ ПОРОГОВ СИЛЫ ЗВУКА ПО ЛЮШЕРУ У ДЕТЕЙ СО СМЕШАННОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПРИ НЕГНОЙНЫХ И ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СРЕДНЕГО УХА С ВЫПОТОМ

Г. Э. Тимен, А. Н. Голод

INDICATORS OF DIFFERENTIAL SOUND FORCE THRESHOLD BY LUSHER IN CHILDREN WITH MIXED HEARING LOSS IN NON PURULENT AND PURULENT MIDDLE EAR DISEASE WITH EFFUSION

G. E. Timen, A. N. Golod

*ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А. С. Коломийченко АМН Украины»
(Директор – член-корр. АМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)*

Обследованы дети с различными формами смешанной тугоухости (СТ) при гнойных и негнойных воспалительных заболеваниях среднего уха с выпотом. Установлено, что у детей со смешанной тугоухостью наблюдается достоверное снижение дифференциальных порогов силы звука по Люшеру по сравнению с контрольной группой нормальнослышающих детей, а также группой сравнения – детьми с кондуктивной тугоухостью. Такое снижение наблюдалось на частоте 2 кГц и особенно 4 кГц и свидетельствует о вовлеченности рецепторного аппарата слухового анализатора. Значения ДП по методу Люшера, особенно в области 4 кГц, являются важными диагностическими признаками СТ. Полученные данные важны при диагностике, лечении и слухопротезировании детей с различными формами смешанной тугоухости.

Ключевые слова: смешанная тугоухость, надпороговая аудиометрия, дифференциальные пороги силы звука.

Библиография: 15 источников.

We examined children with various forms of mixed hearing loss in purulent and non-purulent inflammatory diseases of the middle ear with effusion. Found out that children with mixed hearing loss had a significant reduction in sound power differential thresholds for Lusher, compared with the control group of the healthy children as well as with comparison group – children with conductive hearing loss. This reduction was observed at a frequency of 2 kHz and 4 kHz, and proved the evidence of the involvement of the receptor of audition apparatus. The indexes of DT by Lusher method, especially at 4 kHz, are important diagnostic signs of MHL. Obtained data are important in diagnosis, treatment, and hearing aids for children with various forms of mixed hearing loss.

Key words: mixed hearing loss, above-threshold audiometry, differential sound power thresholds.

Bibliography: 15 sources.

Смешанная тугоухость (СТ) – нарушение слуховой функции, обусловленное сочетанным поражением структур звукопроводения и зву-

восприятия органа слуха – в последние годы вызывает большой интерес исследователей и практических отоларингологов [1–6, 9]. Это об-



12. Predisposing factors for inner ear hearing loss association with chronic otitis media / L. O. Redaelli de Zinis [et al.] // Int. J. Audiol. – 2005. – N 44. – P. 593–598.
13. Role of pneumococcal proteins in sensorineural hearing loss due to otitis media / V. Tsuprun [et al.] // Otol Neurotol. – 2008. – N 8 (29). – P. 1056–1060.
14. Sensorineural hearing loss in chronic otitis media / Z. Papp [et al.] // Otol. Neurotol. – 2003. – N 2 (24) – P. 141–144.
15. Sensorineural hearing loss in chronic suppurative otitis media with and without cholesteatoma / A. F. de Azevedo [et al.] // Braz. J. Otorhinolaryngol. – 2007. – N 5 (73). – P. 671–674.

Тимен Григорий Элиазарович – докт. мед. наук, профессор, член-корр. НАМН Украины, зав. отделом ЛОР-патологии детского возраста Института отоларингологии им. А. И. Коломийченко НАМНУ. Украина, 03057, Киев, ул. Зоологическая, д. 3; тел.: +38(044)483-22-02, e-mail: amtc@kndio.kiev.ua

Голод Александр Николаевич – н. с. отдела ЛОР-патологии детского возраста Института отоларингологии им. А. И. Коломийченко НАМНУ. Украина, 03057, Киев, ул. Зоологическая, д. 3; тел.: +38(044)483-22-02, e-mail: golod7@hotmail.com

УДК: 616.22-002-007.61-02-07:616.22-006.6

ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ КАК КРИТЕРИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУППЫ РИСКА ПО РАКУ ГОРТАНИ

О. В. Черемисина, Е. Л. Чойнзонов, О. В. Панкова, К. Ю. Меньшиков

CHRONIC HYPERPLASTIC LARYNGITIS AS A CRITERION FOR DEFINING GROUPS AT HIGH RISK OF LARYNGEAL CANCER

O. V. Cheremisina, E. L. Choinzonov, O. V. Pankova, K. Yu. Menshikov

ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, Томск
(Директор – академик РАМН, проф. Е. Л. Чойнзонов)

На основании данных эндоскопического и морфологического обследования 71 пациента с хроническим гиперпластическим ларингитом (ХГЛ) выявлено, что у данной категории пациентов предопухольные изменения слизистой оболочки гортани встречаются в 43,6% случаях. Критериями для формирования группы риска по раку гортани, помимо дисплазии эпителия II–III степени, являются длительный анамнез по ХГЛ – более 12 месяцев, стаж активного курения более 20 лет, профессиональный контакт с горюче-смазочными материалами (ГСМ), мужской пол. При адекватном клинико-эндоскопическом мониторинге группы риска удается повысить частоту выявляемости раннего рака гортани.

Ключевые слова: хронический гиперпластический ларингит, дисплазия слизистой оболочки гортани, рак гортани, группа онкологического риска.

Библиография: 15 источников.

Endoscopic and morphologic examinations of 71 patients with chronic hyperplastic laryngitis have shown that 43.5% of these patients have precancerous lesions of laryngeal mucosa. Criteria for defining groups at high risk of laryngeal cancer are: II–III grade dysplasia, long-term history of chronic hyperplastic laryngitis (more than 12 months), smoking for more than 20 years, occupational exposure to fuels and lubricants and male sex. The adequate clinical-endoscopic monitoring of high-risk groups allows the frequency of early laryngeal cancer detection to be increased.

Key words: chronic hyperplastic laryngitis, laryngeal mucosa dysplasia, laryngeal cancer, high risk laryngeal cancer group.

Bibliography: 15 sources.

Рак гортани (РГ) занимает лидирующие позиции среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей, среди которых он составляет

65–70%. В общей структуре онкологической заболеваемости на долю РГ приходится 1,4% [3]. Несмотря на доступность для визуального и ин-



11. Эндоскопическая диагностика и лазерная деструкция рака гортани / Г. В. Унгиадзе [и др.] // Современная онкология. – 2003. – Т. 7, № 3. – С. 122–125.
12. Advances in endoscopic diagnosis of dysplasia and carcinoma of the larynx / C. Arens [et al.] // HNO. – 2012. – Vol. 60 (1). P. 44–52.
13. Molecular markers in dysplasia of the larynx: expression of cyclin-dependent kinase inhibitors p21, p27 and p53 tumour suppressor gene in predicting cancer risk / J. P. Jeannon [et al.] // Clin. Otolaryngol. Allied. Sci. – 2004. – Vol. 29 (6). – P. 698–704.
14. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours / L. Barnes [et al.]. – Lyon, France, 2005. World Health Organization Classification of Tumours. – P. 141–143.
15. Zhang H. K., Liu H. G. Is severe dysplasia the same lesion as carcinoma in situ? 10-year follow-up of laryngeal precancerous lesions // Acta Otolaryngol. – 2012. – Vol. 132 (3). – P. 325–328.

Черемисина Ольга Владимировна – докт. мед. наук, зав. эндоскопическим отделением НИИ онкологии Сибирского отделения РАМН. 634050, Томск, пер. Кооперативный, д. 5; тел.: (3822) 41-80-91, e-mail: CheremisinaOV@oncology.tomsk.ru

Чойнзонов Евгений Лхаматцренович – академик РАМН, докт. мед. наук, профессор, директор НИИ онкологии Сибирского отделения РАМН. 634050, Томск, пер. Кооперативный, д. 5, тел.: (3822) 41-80-87

Панкова Ольга Владимировна – канд. биол. наук, ст. н. с. лаборатории патоморфологии и цитологии НИИ онкологии. 634050, г. Томск, пер. Кооперативный, д. 5; тел.: (3822) 41-80-71, e-mail: pancova@oncology.tomsk.ru

Меньшиков Кирилл Юрьевич – аспирант эндоскопического отделения НИИ онкологии. 634050, Томск, пер. Кооперативный, д. 5; тел.: (3822) 41-80-84.

УДК 616.322-007.61:615.37-053.4

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ЦИТОКИНОВ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ГАММА-D-ГЛУТАМИЛ-L-ТРИПТОФАНА (БЕСТИМ) НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ НОСА ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИНДАЛИН ЛИМФОИДНОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА

Е. В. Шабалдина¹, А. В. Шабалдин^{1, 2}, В. А. Михайленко³, А. А. Колобов⁵, С. В. Рязанцев⁴, А. С. Симбирцев⁵

FEATURES OF CHANGES CYTOKINES IN SECRET OF NOSE AT LOCAL INFLUENCE OF AN IMMUNOMODULATOR OF GAMMA-D -GLUTAMYL-L-TRYPTOPHAN (BESTIM) ON A MUCOUS MEMBRANE OF A NOSE OF CHILDREN OF EARLY AND PRESCHOOL AGE WITH A HYPERTROPHY OF ALMONDS OF A LYMPHOID PHARYNGEAL RING

E. V. Shabaldina, A. V. Shabaldin, V. A. Mikhaylenko, A. A. Kolobov, S. V. Ryazantsev, A. S. Simbirtsev

¹ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава РФ»

(Ректор – проф. В. М. Ивойлов)

²Кемеровский филиал Института вычислительных технологий СО РАН

(Директор – проф. В. П. Потапов)

³МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово

(Главный врач – канд. мед. наук М. И. Ликстанов)

⁴ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава РФ»

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

⁵ФГУП «Гос. НИИ особо чистых биопрепаратов ФМБА России», Санкт-Петербург

(Директор – проф. А. С. Симбирцев)

Исследовали концентрацию цитокинов в назальном секрете у детей раннего и дошкольного возраста с помощью ИФА. Показали, что ИЛ-1 бэта, РАИЛ-1 и ИЛ-4 обнаруживаются у всех детей. ИНФ альфа определялся у 95% детей, а ФНО альфа – у 50% детей. Концентрация ИЛ-1 бэта была снижена у детей с гипертрофией миндалин лимфоидного глоточного кольца, а ИЛ-4 и РАИЛ-1 была повышена у этих де-



тей. После локального применения иммуномодулятора бестим уровень цитокинов в назальном секрете восстанавливался.

Ключевые слова: гипертрофия лимфоидного глоточного кольца, уровень цитокинов, иммуномодулятор, гамма-D-глутамил-L-триптофан.

Библиография: 33 источника.

The concentration of cytokines in secret of nose was investigated at children of early and preschool age by ELISA. There it was shown that IL-1b, IL-1Ra and IL-4 are found in all children. INF-a was defined at 95 % of children, and TNF-a – at 50 % of children. Concentration IL-1b was reduced at children with a hypertrophy of almonds of a lymphoid pharyngeal ring, and IL4 and IL-1Ra was raised at these children. Level of cytokines in secret of nose was restored after local application of an immunomodulator «Bestim».

Key words: the hypertrophy of pharyngeal lymphoid ring, level of cytokines, the immunomodulatory, gamma-D-glutamyl-l-tryptophan.

Bibliography: 33 sources.

С конца прошлого столетия активно изучается иммунная система, ассоциированная со слизистыми оболочками пищеварительного, респираторного и мочеполового трактов, обозначаемая как мукозальная иммунная система [10]. Особое место в мукозальном иммунитете занимает ассоциированная с носом лимфоидная ткань, в которой выделяют лимфоидное глоточное кольцо [2]. Данное лимфоидное образование включает шесть миндалин и скопление лимфоидной ткани по задней стенке глотки. В функциональном отношении эти лимфоидные образования являются аналогами пейеровых бляшек кишечника, где формируется секреторный иммунный ответ к ксено- и эндобиотикам. Более того, по аналогии с кишечником иммунная система носа и глотки поддерживает толерантные взаимодействия с индигенной и условно-патогенной микрофлорой носа и глотки [19]. При этом нарушения этих взаимодействий оказывают системный эффект в виде развития аутоиммунных и иммунокомплексных заболеваний, таких как ревматизм, ревматоидный артрит, реактивный артрит, гломерулонефрит, системная красная волчанка и др. [4, 13, 19].

Первичные нарушения функционирования иммунной системы, ассоциированной со слизистыми оболочками носа и глотки, проявляются в детском возрасте такими клиническими симптомами как гипертрофия носоглоточной и небных миндалин, а также хроническими тонзиллитами и аденоидитами [6, 9]. Ранее было показано, что у детей с гипертрофией миндалин лимфоидного глоточного кольца в периферической крови повышается уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), иммуноглобулинов G и E, а также естественных киллерных лимфоцитов и естественных киллерных Т-лимфоцитов. Одновременно с этим отмечено, что уровень Т-лимфоцитов у них снижен, а иммунорегуляторный индекс, наоборот, повышен [11, 12]. Эти данные указывают на формирование у детей с гипертрофией миндалин лимфоидного глоточного кольца иммунопатологических (аллергических) реакций, по классификации Кумбса – I, II, III и IV типов.

Одной из причин развития этих иммунопатологических состояний может быть естественный полиморфизм в генах человека в целом и в генах цитокинов в частности [3, 21, 27, 38]. Именно эти регуляторные молекулы обеспечивают направление иммунного ответа, а также его динамику и выраженность [16, 30]. Показано, что дети с лимфатизмом могут иметь генетически детерминированные нарушения обмена цитокинов [14]. И хотя этот эффект показан для системного иммунитета, вполне вероятно, что такие же особенности выработки интерлейкинов могут иметь место и в мукозальной иммунной системе носоглотки. Более того, исследование концентрации цитокинов в назальном секрете является неинвазивным методом и может быть рекомендовано в педиатрическую практику как метод оценки иммунорегуляторного потенциала мукозального иммунитета носоглотки, а также для контроля за эффективностью иммуномодулирующей терапии.

Исходя из описанных клинико-иммунологических особенностей детей с гипертрофией миндалин лимфоидного глоточного кольца, а также с учетом последствия этой патологии в дальнейшем, можно думать о локальном применении иммуномодулирующего препарата, способного стимулировать Т-клеточный иммунитет, нормализовывать цитокиновую регуляцию и тем самым выравнять иммунорегуляторный индекс, а также снижать степень инфекционно-аллергического воспаления [15, 20]. Данным препаратом может быть гамма-D-глутамил-L-триптофан, открытию иммуномодулирующих свойств которого предшествовали масштабные исследования коротких пептидов с β - и γ -связями, в состав которых также входили L- и D-аминокислоты. Доказано, что данный дипептид обладает иммуномодулирующим действием, восстанавливает клеточный и гуморальный иммунитет, повышает антибактериальную и противовирусную резистентность, снижает уровень аллергического воспаления. Фармакологическое действие гамма-D-глутамил-триптофана определяется усилением дифференцировки и пролиферации предшественников Т-лимфоцитов, стимуляцией продукции интерлейкина-2, интерферона-гамма, подавлении-



27. Interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism as a disease severity factor in systemic lupus erythematosus / A. I. Blakemore [et al.] // *Arthritis Rheum.* – 1994. – N 9. – P. 1380.
28. Interleukin-1 receptor antagonist: Role in Biology / W. P. Arend [et al.] // *Annu. Rev. Immunol.* – 1998. – Vol. 16. – P. 27–55.
29. Jeremias J., Ledger W. J., Witkin S. S. Interleukin 1 receptor antagonist gene polymorphism in women with vulvar vestibulitis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2000. – Vol. 182 (2). – P. 283–285.
30. Liu Z., Yang J., Chen Z. The relationship between serum interleukins and T-lymphocyte subsets in patients with severe acute respiratory syndrome // *Chin Med J (Engl.)*. – 2001. – Vol. 114. – N 12 (Dec). – P. 1313–1316.
31. Santtila S., Savinainen K., Hurme M. Presence of the IL-1RA allele 2 (IL1RN*2) is associated with enhanced IL-1beta production in vitro // *Scand. J. Immunol.* – 1998. – Mar. – Vol. 47. – N 3. – P. 195–198.
32. The interleukin-1 receptor antagonist gene: a single-copy variant of the intron 2 variable number tandem repeat (VNTR) polymorphism / J. E. Vamvakopoulos [et al.] // *European Journal of Immunogenetics.* – 2002. – Vol. 29. – P. 337–340.
33. Witkin S. S., Gerber S. S., Ledger W. J. Influence of interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism on disease // *Clin. Infect. Dis.* – 2002. – Vol. 34. – N 2. – P. 204–209.

Шабалдина Елена Викторовна – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. оториноларингологии Кемеровской ГМА. 650056, Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а; тел.: 8(3842)39-64-29, 8-951-163-90-11, e-mail: weit2007@ya.ru;

Шабалдин Андрей Владимирович – докт. мед. наук, ст. н. с. лаборатории геоэкологии и водных ресурсов Института вычислительных технологий СО РАН. 650025, Кемерово, ул. Рукавишниковая, д. 21, тел.: (3842)-28-90-57, e-mail: weit2007@ya.ru

Михайленко Вадим Анатольевич – зав. оториноларингологическим отделением детской ГКБ №5. 650003, Кемерово, ул. Ворошилов, д. 21, тел.: (3842)396814

Колобов Александр Александрович – докт. биол. наук, руководитель лаборатории синтеза пептидов Гос. НИИ особо чистых биопрепаратов. 197110, Санкт-Петербург, ул. Пудожская, д. 7; тел.: 8 (812)235-12-25;

Рязанцев Сергей Валентинович – докт. мед. наук, профессор, заместитель директора по научной работе Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8(812)316-28-52, e-mail: lor-obchestvo@bk.ru

Симбирцев Андрей Семенович – докт. мед. наук, профессор, директор Гос. НИИ особо чистых биопрепаратов. 197110, Санкт-Петербург, ул. Пудожская, д. 7; тел.: 8-812-235-12-25

УДК 616.216.1-002-006.5-08-037

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ И ПРОГНОЗ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

А. В. Широкая, В. М. Свистушкин, С. Н. Шатохина, В. Н. Шабалин

EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH POLYPOUS RHINOSINUSITIS AND FORECAST FOR DISEASE COURSE

A. V. Shirokaya, V. M. Svistushkin, S. N. Shatokhina, V. N. Shabalin

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

(Директор – засл. деят. науки РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Филиал РГМУ НКЦ геронтологии, Москва

(Директор – академик РАМН, проф. В. Н. Шабалин)

В статье приводятся данные о возможности ряда методов исследования (функциональных, цитологического, морфологического и лазерной доплеровской флоуметрии) в оценке эффективности течения послеоперационного периода у больных полипозным риносинуситом и их возможности для диагностики рецидива заболевания. Показана эффективность применения метода краевой дегидратации в диагностике рецидивного течения полипозного риносинусита и мониторинге терапии заболевания и выявлено, что для морфологического анализа полипозного риносинусита диагностически значимым является определение маркера усиленной пролиферации в сыворотке крови из нижней носовой раковины.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, прогноз заболевания, морфологическое исследование, метод краевой дегидратации

Библиография: 17 источников.

In the article cite data about of possible methods (functional, cytological, morphological and laser Doppler floumetrii) in assessing the effectiveness current postoperational period in patients with polypous rhinosinusitis and their possibility to diagnostics a relapse of disease; shows the efficiency of the use of the method of edge-dehydration in the diagnostics of recurrent currents polypous rhinosinusitis in monitoring the treatment of disease identified that for morphological analysis polypous rhinosinusitis diagnostically meaningful it to identify enhanced proliferation marker in the blood serum of inferior nasal concha.

Key words: polypous rhinosinusit, prognosis disease, morphological study, method edge-dehydration.

Bibliography: 17 sources.

Полипозный риносинусит (ПР) относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух.

В настоящее время не существует способов и методов лечения больных полипозным риносинуситом, которые могли бы предотвратить его рецидивирование и полностью обеспечить выздоровление. В мировой практике применяется комбинированный метод воздействия, включающий медикаментозное лечение и хирургическое вмешательство. Однако даже тщательно выполненная операция не гарантирует возникновения рецидива заболевания. По мнению различных авторов, рецидив ПР, при долгосрочном наблюдении за больными, составляет от 40 до 85% [3, 6, 17].

При медикаментозном лечении больных ПР в качестве базисного метода используют кортикостероидную терапию, которая воздействует практически на все звенья патогенеза. В частности, с успехом применяют топические формы препаратов. Существует множество рекомендаций о сроках и продолжительности лечения интраназальными глюкокортикостероидами [4, 14–16]. Но до настоящего времени не удается добиться достаточно длительной ремиссии заболевания.

При этом все традиционные диагностические методы позволяют лишь констатировать уже состоявшийся клинический рецидив заболевания [3]. Поэтому актуальным является поиск способов доклинической диагностики рецидива полипозного риносинусита в целях своевременного и обоснованного назначения медикаментозной терапии, а также оценки эффективности проводимого лечения.

Цель работы. При помощи клинико-лабораторных методов исследования оценить эффективность лечения больных полипозным риносинуситом и разработать способ прогнозирования рецидивного течения заболевания.

Пациенты и методы исследования. Под наблюдением находились две группы больных полипозным риносинуситом: в первую группу вошли 30 человек, без сопутствующего заболевания – бронхиальной астмы. Во вторую группу вошли 30 человек с бронхиальной астмой (БА) и непереносимостью НПВС. Такое разделение проводилось нами в связи с тем, что пациенты с нарушением метаболизма арахидоновой кислоты, что и является, как известно, основным патогенетическим механизмом развития полипозного процесса у

данных больных, наиболее подвержены рецидиву полипозного риносинусита [5, 6, 8].

Всем пациентам выполнили комплексное лечение, включавшее предоперационную подготовку, хирургическое вмешательство и курс консервативной терапии в послеоперационном периоде.

Пациентам с бронхиальной астмой (группа 2) в течение 3 дней перед операцией проводили в/в капельное введение дексаметазона (8 мг), разведенного в 100 мл физиологического раствора [4], что было согласовано с пульмонологом.

Всем пациентам была выполнена эндоскопическая полисинусотомия с применением традиционной схемы лечения в послеоперационном периоде: туалет полости носа, промывание полости носа и околоносовых пазух физиологическим раствором. Для предотвращения гнойных осложнений был назначен профилактический курс антибиотикотерапии: цефезол в дозировке 1,0 г x 2 раза в день в/м в течение 5 дней. Через 10 дней после выписки больного из стационара начинали применение ИГКС: мометазона фураат по 2 дозы в каждую половину носа сроком на 3 месяца. Дальнейшее назначение препарата проводили по индивидуальной схеме.

Наблюдение и обследование больных обеих групп выполняли в условиях стационара, после выписки – в амбулаторных условиях.

Оценку эффективности лечения больных обеих групп проводили при помощи цитологического метода исследования, лазерной доплеровской флоуметрии, а также определяли основные функции носа (дыхательную, секреторную, транспортную). Кроме того, в целях прогнозирования течения полипозного риносинусита впервые применили метод краевой дегидратации.

Помимо традиционного осмотра, исследовали дыхательную функцию методом передней активной риноманометрии (ПАРМ). Секреторную функцию слизистой оболочки полости носа определяли посредством пробы с ваткой. Исследование проводили при поступлении больного в стационар, на 5-е сутки, через 1 и 3 месяца после операции у всех пациентов. Состояние мукоцилиарного транспорта (МЦТ) мерцательного эпителия слизистой оболочки носа изучали при помощи «сахаринового теста» по методике, предложенной G. Puchell в 1981 г. Микроциркуляцию измеряли методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) при помощи лазерного анализа



УДК 616.22-009.11-031.5-036.12

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ГОЛОСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДВУСТОРОННИМИ ПАРАЛИТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ

А. Ю. Юрков, А. Е. Усков

VOICE QUANTIFICATION IN PATIENTS WITH CHRONIC BILATERAL PARALYTIC LARYNGEAL STENOSIS

А. Yu. Yurkov, A. E. Uskov

ФГБУ «СПбНИИ уха, горла, носа и речи Минздрава РФ»
(Директор – засл. врач РФ, член-кор. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

Обследовано 15 женщин в возрасте от 44 до 65 года с хроническими двусторонними паралитическими стенозами гортани, поступивших в клинику СПб НИИ ЛОР.

Акустический анализ голоса, проведенный у больных, показал наличие нарушений фонаторной функции. Полученные данные указывают на нестабильность голоса по частоте и амплитуде у пациентов с хроническими двусторонними паралитическими стенозами гортани, которая обусловлена ограничением возможности голосовых складок поддерживать колебания с определенным периодом. Максимальное значение частоты основного тона и относительное стандартное отклонение частоты основного тона значительно превышают показатели контрольной группы. Повышение соотношения гармонической и негармонической спектральной энергии в диапазоне 70 – 4200 Гц свидетельствует об отсутствии нормального смыкания голосовых складок.

Ключевые слова: двусторонний паралич гортани, акустический анализ голоса.

Библиография: 14 источников.

This issue presents analysis of examination of 15 female patients aged from 44 to 65 with chronic bilateral paralytic laryngeal stenosis.

Voice acoustic analysis that was performed for this group has shown different stages of phoniatric disfunction.

These findings point to the instability of voice frequency and amplitude in patients with chronic bilateral paralytic laryngeal stenosis, which is caused limitations of support of the vibration of vocal folds with a certain period. The highest frequency of the pitch and the relative standard deviation of the fundamental frequency much higher than in the control group. Increasing the ratio of the harmonic and non-harmonic spectral energy in the range 70 – 4200 Hz indicates the absence of the normal closure of vocal folds.

Key words: chronic bilateral paralytic laryngeal stenosis, voice acoustic analysis.

Bibliography: 14 sources.

Одной из актуальных проблем в оториноларингологии является лечение и реабилитация больных с хроническими паралитическими стенозами гортани [1]. Около 80–90% больных, страдающих этой патологией, составляют пациенты наиболее трудоспособного возраста, среди которых около 65% женщины [2, 10].

Исключительное положение этой категории больных объясняется тем, что при парезах и параличах гортани нарушаются такие жизненно важные функции, как дыхательная и голосообразующая, что приводит к инвалидности больных, нетрудоспособности людей голосоречевых профессий [3, 4, 7 – 9].

Вместе с тем в специальной литературе имеются данные, указывающие, что при двусторонних паралитических стенозах гортани, когда голосовые складки находятся в парамедианном положении, голос нарушается незначительно [14]. Однако конкретные сведения о фонаторной функции у таких пациентов явно недостаточны, несмотря на то что в последнее время много внимания уделяется акустическому анализу голоса,

позволяющему количественно оценить состояние голосовой функции, что особенно важно для постановки правильного диагноза и оценки результатов проведенного лечения [5, 6, 11–13].

Цель исследования. Изучение акустических характеристик голоса у больных с хроническими двусторонними паралитическими стенозами гортани.

Пациенты и методы. В группу наблюдения вошли 15 женщин в возрасте от 44 до 65 лет с хроническими двусторонними паралитическими стенозами гортани I–II стадии (компенсированное и субкомпенсированное дыхание), поступивших в клинику СПб НИИ ЛОР для хирургической реабилитации. Все больные были без трахеостомы. Сроки заболевания составляли от 1 года до 18 лет. Диагноз хронического двустороннего паралитического стеноза гортани основывался на анализе жалоб пациентов, анамнезе заболевания, данных объективной оценки по общепринятым методикам, результатах видеоэндоларингоскопии и видеоэндоларингостробоскопии гортани. Во всех случаях причиной данного заболевания были опе-



УДК: 616.284.14-007

ТИМПАНОПЛАСТИКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**Н. В. Бойко¹, В. Н. Колесников²****TUMPANOPLASTY IN CHILDREN****N. V. Boiko, V. N. Kolesnikov**¹ ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

² Областной консультативно-диагностический центр, г. Ростов-на-Дону

(Главный врач – канд. мед. наук Д. В. Бурцев)

В статье представлен обзор работ, изучающих воздействие различных факторов на результат тимпаноластики у детей. Возраст ребенка считается наиболее значимым фактором, определяющим успех операции. Среди других факторов, способных повлиять на исход тимпаноластики, рассматриваются наличие холестеатомы, размер и локализация перфорации, используемая техника вмешательства, наличие или отсутствие гноетечения, функции слуховой трубы, состояние противоположного уха.

Ключевые слова: тимпаноластика, дети.**Библиография:** 51 источник.

This article presents an overview of the commonly reported factors which are thought to affect the tympanoplasty in children. Age is considered as one of the most important factor determining the successful outcome of tympanoplasty. The other factors which seem to influence the success rate of tympanoplasty are the presence of cholesteatoma, size and location of perforation, technique used, presence or absence of otorrhoea, eustachian tube function and status of the contralateral ear.

Key words: tympanoplasty, children.**Bibliography:** 51 sources.

Проблема восстановления слуха у детей имеет большое социальное значение, поскольку слуховая депривация в раннем детском возрасте приводит к задержке формирования речи и психоэмоционального развития [28].

Хирургическая реабилитации слуха в детском возрасте чаще всего проводится при хроническом гнойном среднем отите (ХГСО) и стойких перфорациях после шунтирования барабанной полости.

При ХГСО без холестеатомы, при наличии стойкой перфорации после травмы или шунтирования часто можно ограничиться мирингопластикой [тимпанопластикой (ТП) I типа], т. е., закрытием перфорации, в то время как при холестеатомном ХГСО мирингопластика является лишь частью тимпаноластики, которая должна обеспечить не только восстановление тимпанальной мембраны и оссикулярной системы, но и полное удаление холестеатомы [5].

На исход слухоулучшающей операции влияет комплекс патолого-анатомических и функциональных факторов: характер изменений в среднем ухе (холестеатома, сохранность осси-

кулярной цепи, степень изменения слизистой оболочки, спаечного процесса, пневматизации), степень снижения слуха, размер и локализация перфорации, проходимость слуховых труб, наличие гноетечения, применяемая хирургическая методика операции.

Роль этих факторов изучалась многими исследователями, однако полученные ими данные не лишены противоречий. Большой разброс оценочных характеристик результатов ТП объясняется тем, что авторы используют разные критерии их оценки: некоторые [40, 41] считают успешной ТП в случае восстановления анатомической целостности барабанной перепонки, другие [47, 44] учитывают послеоперационный слух и состояние аэрации среднего уха (отсутствие ретракции неотимпанальной мембраны).

Накопленный опыт позволяет считать реконструктивную хирургию уха у взрослых более успешной, чем у детей [17, 34, 37, 48].

Н. Emir et al. [35], обобщив результаты 607 ТП I типа у взрослых и детей, обнаружили наличие корреляции между возрастом пациента и успехом вмешательства: у детей младше 16 лет восстанов-



УДК 616.216.1-002-0.06.5-036.12:615.357

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

С. В. Рязанцев, В. К. Артюшкина, П. В. Начаров, М. А. Лаптиева

MODERN ASPECTS OF SYSTEMIC CORTICOSTEROID THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH NASAL POLYPS

S. V. Ryazantsev, V. K. Artyushkina, P. V. Nacharov, M. A. Laptijova

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

В настоящее время существует широкий спектр терапевтических и хирургических подходов к лечению больных, страдающих хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС), однако при всем своем многообразии применяемые методики воздействуют в основном только на симптомы данного заболевания и позволяют достичь лишь непродолжительной ремиссии.

Рядом авторов подчеркивается высокая эффективность и безопасность использования коротких курсов системных кортикостероидов как в качестве монотерапии, так и в составе комбинированного лечения у больных с ХПРС, нередко в сочетании с бронхиальной астмой и непереносимостью НПВС. Однако на современном этапе не разработана единая схема использования системной кортикостероидной терапии у вышеназванной группы пациентов, и подбор дозировок системных кортикостероидов осуществляется эмпирически. Данное обстоятельство требует создания и разработки четкого алгоритма применения системных стероидов, что впоследствии позволит добиться повышения эффективности лечения больных ХПРС.

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, короткий курс системной кортикостероидной терапии, разработка четкого алгоритма лечения.

Библиография: 41 источник.

Currently, a wide range of surgical and therapeutic treatment options of Chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP) exists. However, within all its varieties, these options generally affect symptomatically and lead to short term remission. In number of researches efficiency and safety of short courses of system corticosteroids achieved, both as monotherapy and as part of combined therapy on patient with nasal polyposis, which are frequently suffered of asthma and intolerance to NSAIDs.

There is not any single label of corticosteroid therapy nowadays, so the dosing is performed by empirical way. The last requires the creation and development of the precise sequence for system steroid therapy, that later would lead to the successful treatment of patients with nasal polyposis.

Key words: chronic rhinosinusitis with nasal polyps, the short courses of system corticosteroids, development of the precise sequence of treatment.

Bibliography: 41 sources.

Хронический полипозный риносинусит (ХПРС) – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отечной ткани, инфильтрированной эозинофилами.

Заболеваемость полипозным риносинуситом в условиях крупного промышленного города колеблется от 1,5 до 13,1% на 10 000 взрослого населения [9]. По данным Европейского соглаше-

ния по полипозному риносинуситу 2012 (EPOS), полипозом носа и околоносовых пазух страдают 2–4% населения Европы. Пациенты с ХПРС составляют около 5% среди обращающихся в ЛОР-кабинеты поликлиник и 4% наблюдающихся у аллерголога [33]. По нашим данным, показатель обращаемости в различные поликлиники с манифестированными формами ХПРС составляет от 1,3 до 13,1 на 10 000 человек. Распространенность полипозного риносинусита с учетом субклинических форм гораздо выше. Основной контингент



УДК 613.693 (092)

ПРОФЕССОР К. Л. ХИЛОВ И ЕГО РОЛЬ В АВИАЦИОННОЙ И АВИАКОСМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

А. С. Киселев

PROFESSOR K. L. HILOW AND HIS ROLE IN AVIATION AND AEROSPACE MEDICINE

A. S. Kiselev

ФГКВООУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ
(Начальник каф. отоларингологии – проф. В. В. Дворянчиков)

В статье описывается вклад профессора К. Л. Хилова в развитие авиационной и авиакосмической медицины.

Ключевые слова: авиационная медицина, авиакосмическая медицина.

In article represent contribution professor K. L. Hilov in aviation and aerospace medicine.

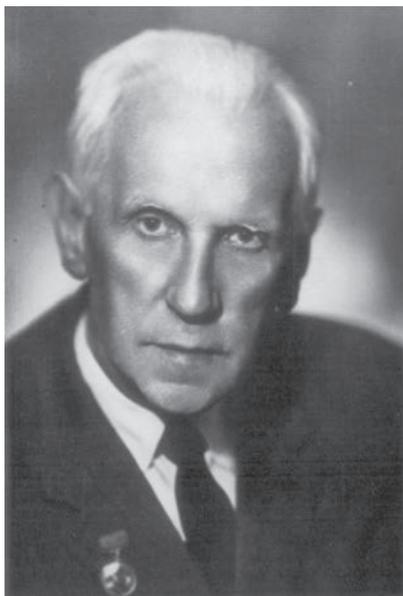
Key words: aviation medicine, aerospace medicine.

Одной из наиболее ярких страниц жизни и научного творчества профессора Военно-медицинской академии Константина Львовича Хилова, выдающегося отечественного оториноларинголога, является его участие в развитии авиационной, а затем и авиакосмической медицины. Ее возникновение было вызвано бурным развитием науки и техники на рубеже XIX–XX веков и появлением летательных аппаратов тяжелее воздуха. В начале XX века это были очень хрупкие и ненадежные конструкции. Они чем-то напомина-

ли стрекоз и этажерки, и на них первые летчики – «летуны», в своем «неуверенном зыбком полете», как тонко подметил поэт¹, отважно осваивали небо. Однако очень скоро эти «стрекозы» и «этажерки», благодаря стремительному научному и техническому прогрессу, смогли превратиться в новый, совершенный вид передвижения, транспорта и грозного оружия. Так, с самого начала, XX век привел к созданию важнейшей отрасли человеческой деятельности – авиации, которая стала своеобразной визитной карточкой ведущих государств мира.

Авиация способствовала не только концентрации всех последних достижений научной мысли, но оказалась одним из ее мощнейших катализаторов. Далее она незамедлительно потребовала медицинского обеспечения полетов, отбора и специальной подготовки летчиков, что определило появление авиационной медицины. А затем был первый полет человека в космос, и им стал гражданин нашей страны Юрий Алексеевич Гагарин.

Это грандиозное событие, несомненно, останется заметной вехой в мировой истории, и произошло всего через полвека после первых полетов аэропланов. Завоевание космического пространства, начавшееся в весенний день 12 апреля 1961 г., поставило новые задачи перед авиационной медициной, и она, теперь уже авиа-



Засл. деят. науки РФ профессор К. Л. Хилов

¹ Блок А. А. В неуверенном зыбком полете. – Стихотворение, ноябрь 1910 г., посвященное первым успехам авиации.



В 1969 году вышла фундаментальная монография К. Л. Хилова «Функция органа равновесия и болезнь передвижения», в которой был подведен итог многолетней работы ученого в области лабиринтологии, авиационной и космической медицины. Успехи К. Л. Хилова в развитии лабиринтологии отмечены почетной научной зарубежной наградой – Большой золотой медалью Яна Пуркинъе (1970).

Научный потенциал, заложенный на кафедре К. Л. Хиловым, смог реализоваться в солидных

исследованиях его учеников, опубликованных уже после ухода из жизни Константина Львовича (1975). Среди них следует в первую очередь назвать докторские диссертации: В. И. Бабьяка «Реакции глазодвигательного аппарата и их сенсорные компоненты при сочетанных действиях вестибулярных и зрительных раздражителей» (1979) и В. Е. Корюкина «Роль и значение центральных нервных механизмов в генезе вестибулярных механизмов» (1986), являющиеся продолжением его научных концепций.

Киселев Алексей Сергеевич – докт. мед. наук, профессор каф. отоларингологии Военно-медицинской академии. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, тел.: 8-812- 329-7194, 8 (921) 753-52-28.

UBER DIE ANWENDUNG VON RADIUMEMANATION IN DER* EXPERIMENTELLEN LABYRINTHOLOGIE

Von Dr. K. Chilow, Assistant.

*Aus der Ohren und Nasenklinik der Militar-Medizinischen Akademie, Leningrad
(Direktor – Prof. Dr. W. I. Wojatschek)*

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭМАНАЦИИ РАДИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЛАБИРИНТОЛОГИИ

К. Л. Хилов

*Клиника болезней уха, горла и носа Военно-медицинской академии, Ленинград
(Директор – проф. д-р. В. И. Воячек)*

Возвращение этой статьи К. Л. Хилова, опубликованной в далеком 1927 г., в научный оборот современной отиатрии вызвано непреходящей ценностью представленных результатов данного фундаментального исследования. Эксперименты с введением в *Bulla tympanica* ампулы с эманацией радия показали, что при этом можно получить не только тотальное, но и ограниченное повреждение (выключение отдельных структур) лабиринта. Это локальное поражение, установленное в одном из трех экспериментов, позволило обнаружить интересный феномен.

Так, в третьем эксперименте возникла ситуация, когда у кошки, в положении лежа на спине, появлялся нистагм, который не прекращался в течение всего времени нахождения в этом положении.

При гистологическом исследовании было установлено, что от волосковых клеток (*Crista ampullaris*) до слухового пятна (*Macula acustic*) эллиптического мешочка (*Utriculus*) тянется свернувшаяся лимфатическая масса, ставшая своего рода связкой. Именно эта, возникшая в результате радиоактивного облучения, патологическая связь и привела к появлению нистагма положения (отолитового нистагма).

Значение данного эксперимента для научной и практической отиатрии очевидно. В клинической практике встречаются случаи, когда после перенесенного острого среднего отита у пациента появляется нистагм при перемене положения головы. По-видимому, в таком случае имеет место ограниченный лабиринтит, который и приводит к а налогичному результату, описанному в эксперименте.

Кроме того, эта работа разбивает представления ряда авторов начала XX в. об участии отолитов в формировании вестибулярного нистагма.

Надеюсь, что возвращение в научную и клиническую отиатрию данной статьи К. Л. Хилова будет интересно современным отоларингологам. Она осталась практически неизвестной и недоступной отечественным отиатрам, если не считать нескольких строк о результатах этих экспериментов, приведенных в программном реферате В. И. Воячека «Современное состояние вопроса о физиологии и клинике вестибулярного аппарата» на 2-м (V) Всесоюзном съезде оториноларингологов (1927).

* * *

Статья приводится без той ее части, где излагаются результаты первых двух экспериментов, иллюстрирующих тотальное поражение ушного лабиринта от воздействия эманации радия, а также преамбулы, имеющей большой исторический интерес.

В заключение выражаю глубокую благодарность д-ру П. В. Кирееву, сотруднику кафедры отоларингологии Военно-медицинской академии, любезно согласившемуся перевести статью с немецкого языка.

Проф. А. С. Киселев

Первым с экспериментальной целью в нашей области радий использовал Fache Ewald [1]. Для доказательства своей теории о тонической функции ушного лабиринта на мышцы тела он через небольшое искусственное отверстие в черепе голубя, вложил радий в количестве 3 мг в соседний с лабиринтом отдел.

Уже через несколько часов наблюдалось нарушение функции лабиринта. Голубь вел себя так, как будто ему произвели экстирпацию лабиринта.

После опубликования теории von Magnus, de Klejn [2] и Guix [3] о функции отолитов возникла необходимость найти метод прижизненной изоляции функции отолитового аппарата от функции полукружных каналов. Как известно, von Magnus и de Klejn использовали предложенный для этого von Wittmaack метод быстрого и непродолжительного многократного центрифугирования, при этом отолиты под влиянием центробеж-

ной силы, как более тяжелые тела, отрывались от Macul. acustic., а купулы полукружных каналов оставались нетронутыми. Так как центрифугирование, являясь сильной травмой, может вызвать нежелательные осложнения со стороны нервной системы и, в свою очередь, помешать чистоте эксперимента, мы проводили опыт так, чтобы изолировать функцию отолитов, используя эманацию радия. Наши опыты производились на кошках. Определенную дозу радия запаивали в стеклянную ампулу и вкладывали в барабанный пузырь (Bulla tympanica). Рану зашивали и через несколько часов или дней проводили исследования на вестибулярном стенде, при этом основное внимание уделялось:

– реакции полукружных каналов после вращательных движений;

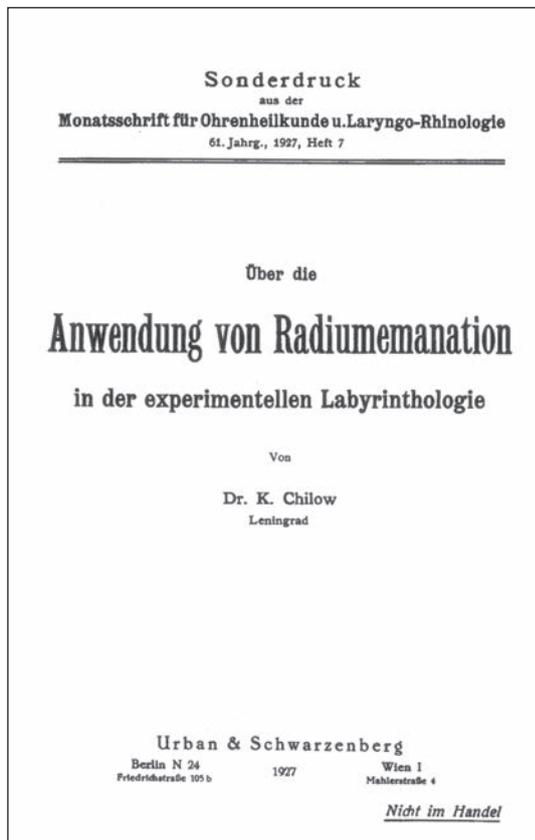
– реакции отолитового аппарата при изменении положения тела животного.

В первом случае мы определяли продолжительность нистагма при вращении в правую и левую стороны. Во втором случае мы наблюдали, появляется ли описанный von Magnus, de Klejn, Voss [5] и Mygind так называемый отолитовый нистагм. Если нам удавалось наблюдать разницу в продолжительности нистагма при правом и левом вращении, то мы считали это влиянием радия на полукружные каналы. В том случае, если наступал отолитовый нистагм, мы могли предположить, что эманация радия влечет за собой нарушение функции мешочка преддверия (Sacculi vestibule). Результаты исследования и выводы представлены в нижеприведенных протоколах эксперимента.

В двух первых экспериментах наблюдалось угнетение поствращательного нистагма. Отолитовый нистагм отсутствовал. При гистологическом исследовании лабиринтов перилимфатическое и эндолимфатическое пространство были заполнены фибринозно-гнойным и геморрагическим экссудатом (А. К.).

Эксперимент № 3. 30.IV.1925 г. Черная кошка с белыми пятнами. Под наркозом в барабанный пузырь с левой стороны (Bulla tympanica sinistra) введена эманация радия в количестве 4,095 милликюри.

4.V.25. При прыжке животное немного отклоняется влево. Эксперимент с вращением. Вращение в правую сторону – постнистагм влево,



Титульный лист работы К. Л. Хилова



УДК: 616. 21 (091): 61 (470.43)

**ГЕРОЯМИ НЕ РОЖДАЮТСЯ...
(К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА РАМН
ИГОРЯ БОРИСОВИЧА СОЛДАТОВА)**

Н. С. Храппо, А. П. Мирошниченко

**HEROES ARE NOT BORN...
(TO THE 90-TH ANNIVERSARY OF THE ACADEMIC RAMS
I.V.SOLDATOV'S BIRTHDAY)**

N. S. Khrappo, A. P. Miroshnichenko

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
(Ректор – засл. деятель науки РФ, дважды лауреат Государственной премии РФ,
лауреат премии Правительства РФ, академик РАМН, проф. Г. П. Котельников)*

В статье рассказывается об этапах формирования И. Б. Солдатова как личности, интеллектуала, педагога, ученого, врача-клинициста. Называются знаменательные вехи его жизненного пути, свершения, награды.

Ключевые слова: академик И. Б. Солдатов.

Библиография: 5 источников.

This article tells about I.B.Soldatov's stages of forming as a person, an intellectual person, a teacher, a scientist, a clinic doctor. The important points of his life, his achievements, his rewards are presented here.

Key words: I. B. Soldatov.

Bibliography: 5 sources.

Игорь Борисович родился 20 марта 1923 года в Симферополе в семье медиков: отец Борис Федорович Солдатов – хирург в поликлинике, мама Мария Александровна Солдатова – медицинская хирургическая сестра.

25 марта 1998 года Игорь Борисович скоропостижно скончался; тихо, во сне. Был обычный рабочий день, Игорь Борисович провел утреннюю пятиминутку, обсудил с сотрудниками первоочередные текущие дела и отправился в операционную, где принял участие в операции по поводу болезни Менъера. Затем ездил в ректорат медицинского университета для оформления командировки. Игорь Борисович должен был лететь 29 марта в Киев на юбилейную конференцию, посвященную 100-летию со дня рождения корифея украинской оториноларингологии профессора А. И. Коломийченко. Организаторы конференции просили Игоря Борисовича выступить с двумя докладами: «Воспоминания об А. И. Коломийченко» и «О рецепторной функции миндалин».

В этот же день с 15 до 19 часов Игорь Борисович проводил заседание Самарского научного медицинского общества оториноларингологов «Лабиринт»; в восьмом часу вечера пришел домой, лег отдохнуть и уснул навсегда.

Игорь Борисович Солдатов имел 57 лет трудового стажа, из них 20 лет отданы военно-морской службе и 37 лет заведыванию кафедрой оториноларингологии Самарского государственного медицинского университета. Здесь раскрылся его

блестящий талант организатора, педагога, ученого и врача-клинициста.

Известно, что выдающиеся личности формируются под воздействием множества факторов в различные периоды жизни. Детство Игоря Борисовича прошло в семье, где с удивительной гармонией сочетались труд и увлечение искусством, жажда знаний и доброе отношение к людям. Родители Игоря Борисовича обладали замечательными человеческими качествами, они умели поддерживать в семье атмосферу, которая сформировала в мальчике Игоре трудолюбие, целеустремленность, тонкий вкус и художественные наклонности. В школе он успевал по всем предметам очень хорошо, но особенно любил литературу и русский язык, активно участвовал в выпуске школьной стенной газеты – писал стихи, прозу, сочинял пародии. Любовь к классической литературе, особенно к А. П. Чехову, А. С. Пушкину, М. Ю. Лермонтову, остались на всю жизнь. Игорь Борисович оканчивал среднюю школу в Ленинграде, и естественным казалось бы его поступление в Ленинградский институт филологии и литературы. Однако выбор профессии был predetermined впитанными с детства представлениями, существовавшим в семье, – самая лучшая профессия на земле – медицинская, и Игорь Борисович по окончании школы решил поступать в только что открывшуюся в Ленинграде (1940) единственную в стране Военно-морскую медицинскую академию (ВММА). При таком вы-



УДК 616.98:578.828НIV:616.328.2-002.8:616. 428-002:617.53

ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС У ВЗРОСЛОГО, ОСЛОЖНЕННЫЙ АБСЦЕДИРУЮЩИМ ШЕЙНЫМ ЛИМФАДЕНИТОМ, НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

А. В. Гербергаген

RETROPHARYNGEAL ABSCESS AT THE ADULT, THE COMPLICATED ABSCESS CERVICAL, AGAINST HIV INFECTION

A. V. Gerbergagen

МУЗ «Подольская городская клиническая больница», г. Подольск, Московская область
(Главный врач – В. В. Громов)

Ценность представленного клинического наблюдения заключается в следующем:

- медленное формирование гнойников и затяжное течение болезни;
- отсутствие грозных осложнений в виде флегмоны шеи либо медиастинита, несмотря на запоздавшее выявление заболевания, несвоевременное обращение в стационар, учитывая наличие IVB стадии течения ВИЧ-инфекции;
- особенности микрофлоры, вызвавшей заболевание.

Особенностями клинического течения гнойной инфекции в данном случае явились выраженность общих (температурная реакция организма, тахикардия, снижение количества эритроцитов и гемоглобина) и скудность местных проявлений воспалительного процесса.

Ключевые слова: заглотоочный абсцесс, абсцесс шеи, ВИЧ-инфекция.

Библиография: 7 источников.

Value of the presented clinical supervision consists in the following:

The slow formation of abscesses and prolonged duration of illness.

The absence of severe complications in the form of cellulitis neck or mediastinitis, despite the late detection of the disease, delayed treatment in a hospital and taking into account the presence of stage IV B the course of HIV infection.

Features of the microflora which has caused a disease.

The peculiarity of the clinical course of purulent infection in this case were the severity of the common (temperature reaction of an organism, tachycardia, decreased red blood cell count and hemoglobin) and the paucity of local manifestations of inflammation.

Key words: retropharyngeal abscess, abscess cervical, HIV infection.

Bibliography: 7 sources.

Случаи заглотоочного абсцесса не часты сами по себе. Большинство авторов, описывавших это заболевание, указывают на то, что в основной массе больные этой патологией – дети [1–7]. Еще реже удается наблюдать данное заболевание у взрослых людей. Сообщения об особенностях течения заглотоочного абсцесса и других болезней глотки у ВИЧ-инфицированных пациентов единичны [4]. Учитывая изложенное выше, наше наблюдение может оказаться полезным для многих коллег.

Предлагаем вашему вниманию клинический случай осложненного течения заглотоочного абсцесса, наблюдавшийся в нашем отделении.

Больная Д., 1977 г. р., жительница г. Троицка, история болезни № Г-4084, поступила в приемное отделение Подольской ГКБ 18.06.2012 г. по на-

правлению ЛОР-врача поликлиники с подозрением на заглотоочный абсцесс.

При первичном осмотре предъявляла жалобы:

– на умеренную боль в горле при глотании без иррадиации;

– припухлость, боль и онемение в правой половине шеи;

– высокую температуру тела – 38,0–39,0 °С;

– затрудненное проглатывание твердой пищи.

Из анамнеза жизни известно, что в течение 10 лет пациентка страдает ВИЧ-инфекцией, хроническим вирусным гепатитом С.

Давность настоящего заболевания – около 2 недель. Заболевание началось с появления высокой температуры тела, которая трактовалась как побочный эффект проводимой антиретровирусной терапии. Гипертермия быстро купирова-



УДК 616.284-002.155:616.327.2:616.42-089]-053.2

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

А. Д. Гусаков, А. Я. Желтов

THE PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF PATHOLOGY OF LYMPHOID TISSUES OF A NASOPHARYNX IN CHILDREN WITH EXUDATIVE OTITIS MEDIA

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Д. Гусаков)

Проведено исследование 62 детей с заболеваниями носоглотки, страдающих экссудативным отитом. Проведено сравнение эндоназальных и экстраназальных методов хирургического лечения гипертрофии лимфоидной ткани. Предпочтение отдается экстраназальному подходу с использованием «аспирационно-режущих» методов. При экстраназальных подходах отмечается более быстрое и стойкое восстановление слуховой функции и меньше рубцовых изменений в носоглотке в отдаленном периоде.

Ключевые слова: дети, аденоидные вегетации, экссудативный отит.

Библиография: 13 источников.

Study of 62 children with diseases of nasopharynx with exudative otitis media. Comparison of the endonazal and ekstranazal methods of surgical treatment of hypertrophy of lymphoid tissues. Ekstranazal approach is preferred using dedusting-cutting «methods. When ekstranazal approaches have a quick and enduring restoration of auditory function and less scarring in the nasopharynx in distant period.

Key words: children, adenoid cystic vegetation, exudative otitis media.

Bibliography: 13 sources.

Большинство авторов считает, что в основе этиологии и патогенеза экссудативного отита лежит вялотекущее воспаление слизистой оболочки среднего уха, развивающееся на фоне недостаточной функции слуховой трубы [1–3, 11]. При этом в полостях среднего уха создается отрицательное давление и повышается содержание углекислого газа, что способствует увеличению количества слизееобразующих клеток.

Экссудативный отит чаще всего встречается в дошкольном и младшем школьном возрасте, чему способствуют возрастной иммунодефицит, начало посещения детского коллектива и инфицирование респираторными вирусными инфекциями [2]. Как правило, острые вирусные инфекции, сопровождающиеся ринитом или риносинуситом, являются пусковым механизмом для развития экссудативного отита, поскольку развивающийся при этом отек слизистой оболочки носа ведет к нарушению проходимости слуховой трубы и изменению давления в полостях среднего уха. Кроме того, изменяются реологические свойства слизи, нарушаются нормальные пути оттока ее из носа и носоглотки, что приводит к патологическому рефлюксу слуховой трубы и развитию отита.

Таким образом, основную роль в развитии экссудативного отита играет нарушение функции слуховой трубы [1, 2, 8]. Слуховой трубе присущи три основные функции: вентиляционная, дренажная и защитная [1]. Вентиляционная функция заключается в поддержании постоянного давления в барабанной полости, что осуществляется поступлением воздуха через слуховую трубу

при каждом акте глотания, зевании. Дренажная функция обеспечивается работой мукоцилиарного эпителия и мышц трубы и заключается в эвакуации экссудата из барабанной полости в носоглотку. Защитная функция трубы заключается в выработке слизистой оболочкой неспецифических медиаторов клеточной и гуморальной секреторной защиты от инфекций [7]. У 48% обследованных детей с гипертрофией небных миндалин матери отмечают понижение слуха, особенно после вирусных заболеваний. У них не было жалоб на боли в ушах, при осмотре констатированы тубоотит и гипертрофия небных миндалин, тогда как аденоидные вегетации оставались в пределах нормы [6].

Несмотря на большое разнообразие взглядов на этиопатогенез и клинические проявления, а также широкую популяризацию современных методов консервативного лечения детей с гипертрофией аденоидных вегетаций, многие клинические ситуации требуют хирургического вмешательства [9, 12].

Показанием к хирургическому лечению аденоидов могут служить:

отсутствие эффекта от пролонгированного (не менее 3 мес.) медикаментозного лечения (истинная гипертрофия);

рецидивирующий экссудативный средний отит;

предполагаемая или подтвержденная ассоциированная инфекция (хронический аденоидит).

В детской практике хирургические вмешательства на лимфаденоидном глоточном кольце



УДК 616.211-009.86:618.3-06-08-039.73

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Г. В. Лавренова, А. Е. Вертоголов

THE COMPLEX APPROACH TO TREATMENT OF PREGNANCY RHINITIS

G. V. Lavrenova, A. E. Vertogolov

*ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова»
(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)*

Комплексный подход к лечению вазомоторного ринита у беременных, причиной которого является гормональный статус, позволяет безопасно и эффективно справиться с явлениями симптома назальной обструкции практически на любом гестационном сроке.

Ключевые слова: вазомоторный ринит, беременность, назальная обструкция.

Библиография: 14 источников.

The complex approach to treatment of pregnancy rhinitis allows safely and effectively cope to symptom of nasal obstruction practically on any gestational term.

Key words: vasomotor rhinitis, pregnant, nasal obstruction at pregnant patients.

Bibliography: 14 sources.

Вопросы о патогенезе вазомоторного ринита при беременности остаются до конца неизученными. Учитывая индивидуальное разнообразие гормонального статуса на различных сроках гестации, актуально значимыми в амбулаторной практике оториноларинголога являются:

- невозможность прогнозировать степень назальной обструкции во время беременности,
- сложность в диагностике и дифференциальной диагностике,
- сложность подбора эффективной терапии [5, 8].

Назальная обструкция, или ринит беременных, возникающая наиболее часто в конце первого триместра беременности, именуемая также вазомоторным ринитом беременных, является распространенным состоянием. По некоторым данным, около 30% беременных женщин страдают нарушением носового дыхания практически на любом гестационном сроке и полностью выздоравливают после родов [11, 12]. Для ринита беременных характерна триада симптомов:

- назальная обструкция,
- прозрачная ринорея,
- чихание, храп (рнхопатия) (рис. 1).

Ринит беременных, осложненный рнхопатией, является предрасполагающим фактором к развитию артериальной гипертензии и преэклампсии [1, 5, 8].

Согласно сроку гестации концентрация основных гормонов (эстрогена, эстрадиола, эстриола) постоянно повышается. В наибольшем количестве образуется эстриол. Это связано с тем, что надпочечники плода продуцируют дегидроэпиандростерон и дегидроэпиандростеронсульфат, превращающиеся в плаценте в эстриол. Образующийся гормон через фетоплацентарную систему поступает в кровоток матери, в организ-

ме которой синтезируется еще и собственный эстриол. Эстрадиол оказывает анаболическое действие на кости, хрящи, способствуя их росту [4]. Этим обстоятельством можно объяснить увеличение носа и изменение его формы, наблюдаемые у некоторых женщин в период беременности.

Эстрон является промежуточным гормоном и используется организмом как материал для синтеза эстрадиола. Воздействуя на периферические кровеносные сосуды, эстрогены вызывают их расширение благодаря блокированию синтеза ацетилхолинэстеразы – фермента, разрушающего ацетилхолин, – медиатора парасимпатической нервной системы [4].

Прогестерон способствует задержке жидкости в организме. Количество вырабатываемого прогестерона увеличивается пропорционально сроку гестации. Продукцию прогестерона осуществляет желтое тело, а с момента плацентации эту функцию берет на себя плацента.

К другим причинам назальной обструкции относят высокие показатели плацентарного гормона, приводящие к гиперактивности парасимпатической нервной системы и полнокровию слизистой оболочки полости носа, а также инги-

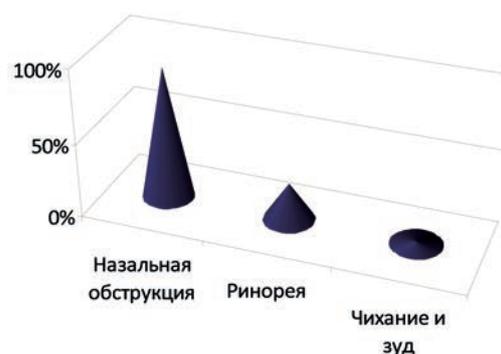


Рис. 1. Триада симптомов ринита беременных.



УДК: 616.284-002.1-08-039-49

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

С. Д. Полякова, Е. А. Некрасова

EFFICIENCY OF COMBINATION THERAPY FOR ACUTE OTITIS MEDIA

S. D. Polyakova, E. A. Nekrasova

Институт последипломного медицинского образования Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко

Проведена оценка клинической эффективности лечения 60 больных с затяжным течением острого среднего отита (ОСО) в возрасте от 18 до 60 лет, у которых имелись остаточные воспалительные явления барабанной перепонки и наличие экссудата в барабанной полости. Пациенты были объединены в две группы по 30 человек, которым проводилось одинаковое базовое консервативное лечение, больным 1-й группы дополнительно назначали эреспал (фенспирид) по 80 мг 3 раза в день в течение 2 нед. Обследование больных включало клинические, эндоскопические, аудиометрические методы исследования, а также изучение транспортной функции мерцательного эпителия (ТФМЭ) слизистой оболочки носа. Полученные результаты свидетельствуют о преимуществе дополнительного назначения эреспала при лечении катаральной стадии острого среднего отита.

Ключевые слова: острый средний отит, слуховая труба, экссудат барабанной полости, транспортная функция мерцательного эпителия, отомикроскопия.

Библиография: 12 источников.

The clinical efficiency of treatment was evaluated in 60 patients aged 18 to 60 years with protracted acute otitis media (AOM) who had residual tympanic membrane inflammation and exudates in the tympanic cavity. The patients were divided into 2 groups of 30 each, who received equal basic medical treatment; Group 1 patients were additionally given eurespal (fenspiride) 80 mg thrice daily for 2 weeks. The patients were examined by clinical, endoscopic, and audiometric studies; the transport function of the nasal ciliated epithelium was also explored. The findings suggest the benefits of the additional use of eurespal in the treatment of the catarrhal stage of AOM.

Key words: acute otitis media, eustachian tube, tympanic cavity exudates, transport function of the ciliated epithelium, otomicroscopy.

Bibliography: 12 sources.

В эпоху развитой антибиотикотерапии количество осложненных форм острого среднего отита (ОСО) не уменьшается, свидетельством чего является увеличение числа лиц, нуждающихся в госпитализации. Так, количество больных с затяжным течением ОСО трудоспособного возраста, находившихся на стационарном лечении в сурдологическом отделении Воронежской областной клинической больницы, в 2005 г. составило 230, в 2006 г. – 236, в 2007 г. – 260, в 2008 г. — 271, в 2009 г. — 298 человек. В стационар, как правило, направлялись больные, которым на поликлиническом этапе не удалось полностью купировать воспалительные явления в ухе и восстановить слух. Проведенный анализ анамнеза показал, что всем больным независимо от стадии заболевания на догоспитальном этапе врачом-оториноларингологом назначались ушные капли, системные антибиотики, при наличии острого ринита – деконгестанты. Из системных антибактериальных препаратов чаще назначались цефалоспорины I и III поколений – 43% пациентов; 38% больных получали комбинацию амоксициллина с ингибиторами бета-лактамаз; 17% – фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин). Необоснованность

назначения антибиотиков фторхинолонового ряда II поколения свидетельствует о недостаточной осведомленности врачей о микрофлоре, имеющей место при ОСО, а также о ее резистентности к антибактериальным препаратам.

В настоящее время в этиологии ОСО доминирующей бактериальной флорой являются *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*, встречающиеся, по данным разных авторов [1, 2, 4], у 46–60% больных и резистентные к фторхинолонам II поколения. Учитывая, что после проведенного лечения купировалось только острое воспаление, а полного выздоровления не отмечалось и заболевание принимало затяжное течение, следует считать такую тактику ведения больных неэффективной. Более того, у 218 (16,8%) из всех обратившихся за эти годы больных после применения ушных капель имелись явления наружного отита.

К сожалению, практикующие врачи не всегда учитывают тот факт, что раннее назначение антибиотиков при ОСО тормозит развитие местной иммунной защиты, при этом снижается продукция антител в условиях недостаточного антигенного раздражения из-за отсутствия инфекцион-



ДЖАМАЛУДИНОВ ЮНУСКАДИ АСХАБАЛИЕВИЧ

В 2013 году исполнилось 60 лет замечательному ученому, эрудированному педагогу и клиницисту, доктору медицинских наук, профессору кафедры болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей Дагестанской государственной медицинской академии МЗ РФ – Юнускади Асхабалиевичу Джамалудинову.

Юнускади Асхабалиевич родился 1 февраля 1953 года в селе Тунзи Гергебильского района Дагестанской АССР.

В 1976 году окончил Дагестанский государственный медицинский институт, после которого обучался в клинической ординатуре на кафедре ЛОР-болезней того же института. По завершении учебы в ординатуре был оставлен на кафедре как перспективный специалист вначале в качестве старшего лаборанта, а в дальнейшем как очный аспирант.

В 1998 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Дистрофические процессы глотки (фарингиты). Клиника, диагностика, лечение и профилактика».

В 2008 году успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Методология комплексной оценки иммунной системы у часто болеющих детей с патологией ЛОР-органов», обосновав необходимость проведения дифференциальной терапии у часто болеющих детей с патологией лимфоидно-глоточного кольца, и получил патент на изобретение.

С 2001 года – доцент, а с 2012 года – профессор кафедры и заведующий ринологическим отделением на 30 коек. Под его руководством защищены 2 кандидатские диссертации, выполняются еще 2 работы заочными аспирантами. Автор 136 научных работ, в том числе 2 учебных пособий. Имеет патент на изобретение и три удостоверения на рацпредложения.

Несомненной заслугой Ю. А. Джамалудинова являются организация и оснащение современной видеоэндоскопической техникой ринологического отделения, которое он и возглавляет с 1996 года. В отделении выполняются тактически все функционально-эндоскопические операции на внутриносовых структурах и придаточных пазухах носа, основании черепа, благодаря чему пациентам из Дагестана нет надобности обращаться за высокопрофессиональной помощью по ринологии за пределы Республики, как это было в недалеком прошлом. В ринологическом отделении налажено также проведение эндоларингеальных хирургических вмешательств с использованием подвешенного ларингоскопа.

Ю. А. Джамалудинов – мыслящий, грамотный клиницист-оториноларинголог, который в 2007 году был удостоен звания «Лучший врач в Российской Федерации» в номинации «оториноларингология». Он является членом редакционного совета журнала «Российская оториноларингология», входит в состав правления Российского общества оториноларингологов. Юбиляр – инициатор и организатор республиканских конференций по специальности.

Ю. А. Джамалудинов – заслуженный врач Республики Дагестан, представлен на звание заслуженного врача Российской Федерации.

Выполняет нелегкие обязанности главного специалиста МЗ Республики Дагестан и заместителя председателя Дагестанского отделения Российского ЛОР-общества. Он отличный семьянин, имеет троих детей, двое из которых пошли по стопам отца и работают оториноларингологами, а супруга Айшат Сайпудиновна успешно работает в Республиканском детском психоневрологическом центре отоларингологом, а также занимается воспитанием детей и внуков.

Поздравляем Юнускади Асхабалиевича со славным юбилеем и желаем ему здоровья на долгие годы, плодотворной работы на ниве отечественной оториноларингологии.

*Коллектив кафедры болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей ДГМА,
коллектив Республиканской (Дагестанской) клинической больницы,
правление Дагестанского научно-практического общества
оториноларингологов,
правление Российского общества оториноларингологов,
редакция журнала «Российская оториноларингология»*





**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК АВТОРЕФЕРАТОВ ДИССЕРТАЦИЙ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.00.04 (НОВЫЙ ШИФР 14.01.03)
«БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА»,
ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДИССЕРТАЦИОННЫЕ СОВЕТЫ РОССИИ В 2008 г.**

Абакаров М.Г. Прогнозирование и лечение ототоксических эффектов аминогликозидных антибиотиков : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.25 <Фармакология, клинич. фармакология> : спец. 14.00.04 <Болезни уха, гола и носа> / Абакаров Магомед Гаджиевич ; [Рос. гос. мед. ун-т]. – М., 2008. – 45 с.

Абдуллаев И.С. Нозокомиальный синусит : диагностика, особенности клинического течения, лечение и профилактика : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 / Абдуллаев Ибрагим Салманович ; [Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2008. – 24 с. Библиогр.: 7 назв.

Абдулхаджиева Л.Р. Клинико-иммунологические особенности аденоидита у детей с аллергическим ринитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Абдулхаджиева Ламара Ризвановна ; [Науч.-клинич. центр оториноларингологии]. – М., 2008. – 25 с. Библиогр.: 7 назв.

Авдеева С.Н. Совершенствование поликлинической оториноларингологической помощи в условиях современного мегаполиса: (клинико-эпидемиол. исслед.) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> : спец. 14.00.33 <Обществ. здоровье и здравоохранение> / Авдеева Светлана Николаевна ; [Науч.-клинич. центр оториноларингологии]. – М., 2008. – 22 с. Библиогр.: 16 назв.

Автушко А.С. Коррекция миотонических нарушений М. Tensor veli palatini и M. Genioglossus в лечении синдрома обструктивных апноэ сна : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Автушко Александр Сергеевич ; [Ин-т физиологии Сиб, отд-ния Рос. акад. наук, Гор. клинич. больница № 1 (г. Новосибирск), Новосиб. гос. мед. ун-т]. – Новосибирск, 2008. – 23 с. Библиогр.: 5 назв.

Алышов Ф.А. Лазерохирургия и иммунокорректирующая терапия в комплексном лечении респираторного папилломатоза : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Алышов Фариз Алескер оглы ; [Моск. обл. науч.-исслед. клинич. ин-т им. М.Ф. Владимирского, Моск. науч.-практ. центр оториноларингологии]. – М., 2008. – 28 с. Библиогр.: 18 назв.

Амиров А.М. Острые вялотекущие мастоидиты : особенности диагностики, клиники и тактика лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, гола и носа> / Амиров Абус Магомедович ; [Рос. гос. мед. ун-т]. – М., 2008. – 24 с. Библиогр.: 5 назв.

Бедрина Е.А. Распространенность патологии ЛОР-органов и пути совершенствования профилактической работы у детей школьного возраста г. Архангельска : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> : спец. 14.00.33 <Обществ. здоровье и здравоохранение> / Бедрина Елена Александровна ; [Сев. гос. мед. ун-т (г. Архангельск), С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – Архангельск, 2008. – 25 с. Библиогр.: 16 назв.

Беличева Э.Г. Острая и внезапная сенсоневральная тугоухость: этиология, клиника, диагностика, эффективность ранней этиопатогенетической терапии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> : спец. 14.00.36 <Аллергология и иммунология> / Беличева Эльвира Георгиевна ; [С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2008. – 43 с. Библиогр.: 17 назв.

Белова Е.В. Клинико-эпидемиологические аспекты хламидийного инфицирования верхнего отдела респираторного тракта у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.09 <Педиатрия> : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Белова Елена Валентиновна ; [Науч.-исслед. ин-т мед. проблем Севера Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук (г. Красноярск), Краснояр. гос. мед. акад.]. – Красноярск, 2008. – 22 с. Библиогр.: 17 назв.

Бичурина Т.А. Клинико-иммунологическая характеристика заболеваний гортани у населения, проживающего в экологически неблагоприятных районах Южного Урала : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> : спец. 14.00.36 <Аллергология и иммунология> / Бичурина Тансылу Амировна ; [НИИ мед. проблем Сев. СО РАМН (г. Красноярск), С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – Челябинск, 2008. – 22 с. Библиогр.: 16 назв.

Бычкова Е.В. Клиническое значение современной диагностики в лечении латентных инфекций верхних дыхательных путей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Бычкова Екатерина Васильевна ; [С.-Петерб. гос. ун-т, С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи]. – СПб., 2008. – 21 с. Библиогр.: 7 назв.

Вавин В.В. Применение местной антиоксидантной терапии в комплексном лечении больных острым гнойным риносинуситом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Вавин Вячеслав Валерьевич ; [Новокузнец. гос. ин-т усоверщ. врачей, Науч.-клинич. центр оториноларингологии]. – М., 2008. – 21 с. Библиогр.: 8 назв.

Василенко Д.Ю. Сочетанные операции при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.04 <Болезни уха, гола и носа> / Василенко Дмитрий Юрьевич ; [Курск. гос. мед. ун-т, Рос. мед. акад. последиплом. образования]. – Курск, 2008. – 23 с. Библиогр.: 9 назв.

Виноградов В.В. Оптимизация заживления ран при хирургическом лечении больных раком гортани и гортаноглотки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.27 <Хирургия> : спец. 14.00.04 <Болезни уха, горла и носа> / Виноградов Вячеслав Вячеславович ; [Яросл. гос. мед. акад.]. – Ярославль, 2008. – 22 с. Библиогр.: 14 назв.

**СОДЕРЖАНИЕ****Научные статьи**

И. М. Алибеков, Х. Т. Абдулкеримов, Т. С. Чернядьева, А. А. Чесноков, Д. Г. Гуз ОПЫТ АМБУЛАТОРНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА.	3
О. Е. Верещагина, А. С. Коношков МУКОЦЕЛЕ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА	5
Г. А. Гаджимирзаев, А. Х. Асиятилов, Ю. А. Джамалудинов, Р. Г. Гаджимирзаева, А. Н. Чудинов, М. А. Азизов, Э. Г. Гамзатова ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ	9
Е. А. Гилифанов, В. А. Невзорова ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛОТКИ У ЛИЦ, ДЛИТЕЛЬНО КУРЯЩИХ ТАБАК.	13
В. В. Гофман, Л. С. Бакулина ПОЧЕМУ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИСЕПТИКОВ И АНТИБИОТИКОВ НЕ ДАЕТ ЖЕЛАЕМОГО ЭФФЕКТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ?	21
В. В. Дискаленко, Ю. К. Янов, О. Н. Сопко, Е. В. Болознева КЛИНИКО-АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ТУГОУХОСТИ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ. . .	26
В. И. Евдокимов АНАЛИЗ НАУКОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНФОРМАЦИОННОГО ПОТОКА СФЕРЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОТОЛАРИНГОЛОГИИ	30
Р. В. Карапетян, М. И. Аникин, Т. А. Бокучава ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭПИАНТРАЛЬНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ С ХОЛЕСТЕАТОМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА	39
Ю. А. Карюк, Е. А. Кирасирова ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ДЕКРЕТИРОВАННЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ.	47
Д. С. Клячко, Ю. К. Янов, В. И. Пудов, Г. Р. Азизов ВЛИЯНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО УРОВНЯ МАКСИМАЛЬНО КОМФОРТНОЙ ГРОМКОСТИ И ПОРОГА СТАПЕДИАЛЬНОГО РЕФЛЕКСА НА РАЗБОРЧИВОСТЬ РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	51
М. О. Кустов, П. В. Начаров, Л. Л. Клячко ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ НАРУЖНЫМ ДИФФУЗНЫМ ОТИТОМ.	56
А. В. Кутина ХРОНИЧЕСКИЙ СФЕНОИДИТ, НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА, СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ	62
В. А. Ляпин, В. П. Казаковцев ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА.	65
В. А. Ляпин, В. П. Казаковцев ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА	69
М. А. Панякина, О. А. Меркулов НАВИГАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ: РАСПИРЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ГОРИЗОНТОВ	72
Г. А. Полев, Н. А. Дайхес ПРИМЕНЕНИЕ ОПТИКИ С ИЗМЕНЯЕМЫМ УГЛОМ ОБЗОРА В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	76



Г. Э. Тимен, А. Н. Голод ПОКАЗАТЕЛИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫХ ПОРОГОВ СИЛЫ ЗВУКА ПО ЛЮШЕРУ У ДЕТЕЙ СО СМЕШАННОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПРИ НЕГНОЙНЫХ И ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СРЕДНЕГО УХА С ВЫПОТОМ	80
О. В. Черемисина, Е. Л. Чойнзонов, О. В. Панкова, К. Ю. Меньшиков ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ КАК КРИТЕРИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУППЫ РИСКА ПО РАКУ ГОРТАНИ	84
Е. В. Шабалдина, А. В. Шабалдин, В. А. Михайленко, А. А. Колобов, С. В. Рязанцев, А. С. Симбирцев ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ЦИТОКИНОВ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ГАММА-D-ГЛУТАМИЛ-L-ТРИПТОФАНА (БЕСТИМ) НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ НОСА ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИНДАЛИН ЛИМФОИДНОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА	89
А. В. Широкая, В. М. Свистушкин, С. Н. Шатохина, В. Н. Шабалин ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНСУСИТОМ И ПРОГНОЗ ЕГО ТЕЧЕНИЯ	96
А. Ю. Юрков, А. Е. Усков КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ГОЛОСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДВУСТОРОННИМИ ПАРАЛИТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ	105
Обзоры	
Н. В. Бойко, В. Н. Колесников ТИМПАНОПЛАСТИКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	108
С. В. Рязанцев, В. К. Артюшкина, П. В. Начаров, М. А. Лаптиева СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНСУСИТОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	114
Исторический раздел	
А. С. Киселев ПРОФЕССОР К. Л. ХИЛОВ И ЕГО РОЛЬ В АВИАЦИОННОЙ И АВИАКОСМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ	122
К. Л. Хилов ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭМАНАЦИИ РАДИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЛАБИРИНТОЛОГИИ	128
Н. С. Храппо, А. П. Мирошниченко ГЕРОЯМИ НЕ РОЖДАЮТСЯ (К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА РАМН ИГОРЯ БОРИСОВИЧА СОЛДАТОВА)	132
Из практики	
А. В. Гербергаген ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС У ВЗРОСЛОГО, ОСЛОЖНЕННЫЙ АБСЦЕДИРУЮЩИМ ШЕЙНЫМ ЛИМФАДЕНИТОМ, НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.	137
Школа фармакотерапии	
Elena Schmidt ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРОИЗВОДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ УШНЫХ ВКЛАДЫШЕЙ	140
А. Д. Гусаков, А. Я. Желтов ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ	144
Г. В. Лавренова, А. Е. Вертоголов КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ	149
С. Д. Полякова, Е. А. Некрасова ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА	154
Юбилей	
ДЖАМАЛУДИНОВ ЮНУСКАДИ АСХАБАЛИЕВИЧ	158
Информационный раздел	
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК АВТОРЕФЕРАТОВ ДИССЕРТАЦИЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.00.04 (НОВЫЙ ШИФР 14.01.03) «БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА», ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДИССЕРТАЦИОННЫЕ СОВЕТЫ РОССИИ В 2008 г.	162

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 А4 (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 Н 04 В 1/38, Н 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 В 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, МПКЗ В 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