ИНДЕКС 74082 *ISSN 1992-7304*

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

OTORHINOLARYNGOLOGY-

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ **- Head and Neck Surgery**

Бас, Мойын Хирургиясы

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ -
- Хирургия Головы и Шеи

№ 1-2, 2018

Оториноларингологтар Ассоциасының қоғамдық бірлестігінің халықаралық ғылыми-практикалық журналы

International Journal of Kazakhstan ENT Association

Международный научно-практический журнал Ассоциации отоларингологов

Журнал основан в 2006 году

Материалы I – го Прикаспийского форума, V Евразийской Ассамблеи оториноларингологов

и II – го съезда ЛОР врачей Казахстана

Главный редактор
ҰҒА Академигі, профессор
Бас редакторы **Р.Қ. Төлебаев** Editor-in-Chief

УДК 616.21

Халықаралық «Оториноларингология Бас, Мойын Хирургия» журналы – қазақ, ағылшын және орыс тілдерінде шығарылады: басылым беттерінде Құлақ, Мұрын, Тамақ ауруларының клиникасы мен патологиясы, сонымен қатар Бас, Мойын Хирургиясы және аллергология мен иммунология саласы бойынша мақалалар жарық көреді.

Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery is an international journal of Kazakhstan ENT Association. The journal publishes original papers on basic and clinical research in otorhinolaryngology, allergology, immunology, oncology, medical treatment and surgery.

Международный журнал «Оториноларингология – Хирургия Головы и Шеи» издается на трех языках: казахском, английском и русском, публикует оригинальные статьи по клиническим дисциплинам (оториноларингологии, хирургической патологии в области головы и шеи, онкологии, иммунологии и аллергологии).

Журнал перерегистрирован Министерством культуры и информации Республики Казахстан № 8822 – Ж от 23 ноября 2007г.

Учредители:
Ассоциация Оториноларингологов Республики Казахстан
Научно - практический Центр оториноларингологии I-я городская больница (г. Астана)

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается с письменного разрешения редакции.
Ссылка на журнал «Оториноларингология Бас, Мойын Хирургиясы» обязательна

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

Адрес редакции:
г. Астана, Республика Казахстан, 010000, ул. Бейбитшлик, 49 а
АО «Медицинский уневирситет Астана»

тел. Факс (7172) 53-94-24
E-mail: Rais 007@ yandex.ru

Address for Correspondence
Prof. Rais. K. Toulebaev Chair of, Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery Dept.
010000, Astana, Beybitshilik Street, 49 a, Kazakhstan Republic
Telefax +7 7172) 53-94-24
E-mail: Rais007@yandex.ru

Редакция алқасы
Editorial Board
Редакционная коллегия

Т. М. Әженов (жауапты хатшысы), А.Ж. Байменов, М.Ю. Бобошко, С.Ж. Джандаев, М.С.Жуманкулов, Б.З. Жусупов, С.А.Карпищенко, Р.И. Розенсон (редактордың орынбасары), Г.А.Таварткиладзе, М.З. Шайдаров, Г.А. Фейгин, О.Д.Ягмуров

Редакцияның кеңесшілері
Advisory Board
Редакционный совет

Р.Г. Анютин (Москва)
В.Ф. Антонив (Москва)
Г.Б. Адильбаев (Алматы)
М.Р. Богомильский (Москва)
В.П. Быкова (Москва)
Д.Ю. Березин (Санкт-Петербург)
С.Б. Безшапочный (Полтава)
А.Г. Волков (Ростов - на Дону)
Cemal Cindi (Eskisehir, Turkey)
P.Clement (Brussels, Belgium)
О.М. Газизов (Караганда**)**
Н.М. Гусейнов (Баку)
E. Helidonis (Heraklion, Creece)
K.Jahnke (Essen, Germany)
Н.А. Дайхес (Москва)
Т.И. Гаращенко (Москва)
F.Saheb (Amman, Jordan)
Д.Е. Жайсакова (Алматы)
Д.И. Заболотный (Киев)
Э.К. Исмагулова (Актөбе)
Eu. B. Kern (Rochester, USA)
Х.Э. Карабаев (Ташкент)
В.С. Козлов (Москва)
И.М. Король (Минск)
А.И. Крюков (Москва)
А.С.Лопатин (Москва)
М.Н. Мельников (Новосибирск)
М.М.Магомедов (Москва)
C. Mocanu (Bucharest, Romania)
H.Negm (Cairo, Egypt)
M.Onerci (Ankara, Turkey)
В.А.Насыров (Бишкек)
Я.А.Накатис (Санкт-Петербург)
K. Niemczyk (Warszawa**)**
Г.З. Пискунов (Москва)
В.Т. Пальчун (Москва)
В.Б. Панкова (Москва)
С.М. Пухлик (Одесса)
M.Profant (Bratislava,Slovakia)
М.А. Рябова (Санкт-Петербург)
А.В. Староха (Томск)
А.М. Талышинский (Баку)
С. А. Таукелева (Алматы)
Г.Е. Тимен (Киев)
А.М. Хакимов (Ташкент)
B.Schmelzer (Antwerp, Belgium)
А.К. Шакурян (Ереван)
С.Б. Шахсуварян (Москва)
И.А. Шульга (Оренбург)
Ю.К. Янов (Санкт-Петербург)

7. Pfaar O., Bachert C., Bafe A. et al Guideline on allergen-specific immunotherapy in IgE-mediated allergic rhinitis //Allergol J.Int.- 2014.- Vol.23.- P.282-319
8. An update on the management of hay fever in Britain //Drug Therapy Bulletin.- 2013.- Vol.51.- N.3.- P.30-33
9. Cheng L., Chen J., Fu Q. et al Chinese Society of Allergy Guidelines for diagnosis and treatment of allergic rhinitis //Allergy Astma Immunol Rev.- 2018.-Vol.10.-N.4.-P. 300-353
10. Scadding G.K. Optimal management of allergic rhinitis //Arch Dis Childhood.- 2015.- vol.100.- P.576-582
11. Brown K.R., Bernstein J.A. Clinically relevant outcome measures of novel pharmacotherapy for nonallergic rhinitis //Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.- 2015.- Vol.15.- N.3.- P.204-212
12. Nelson H.S. Allergen immunotherapy now and in the future //Allergy Asthma Proc. - 2016- Vol.37.- N.4.- P.268-272
13. Pajno G.B., Bernardini R., Peroni D. et al Clinical Practice recommendations for allergen-specific immunotherapy in children: the Italian consensus report //Ital. J. Pediatrics .- Vol.43.- N.1.- P.13-32
14. Bachert C., Bousquet J., Hellings P. Rapid onset of action and reduced nasal hyperreactivity: new targets in allergic rhinitis management //Clin. Transl. Allergy.-2018.- Vol.8.-P.25-28
15. Nolte H., Maloney J. The global development and clinical efficacy of sublingual tablet immunotherapy for allergic diseases //Allergology International.-2018.-Vol3.-P.301-308

А.Д. Узоков, Х.Э. Шайхова

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СФЕНОТОМИИ

Кафедра оториноларингологии и стоматологии ТМА
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение. Хронический риносинусит является распространенной патологией носа и околоносовых пазух. По данным литературы, около 10 млн. жителей России ежегодно заболевают острым риносинуситом. Несмотря на попытки лечения с использованием современных медикаментозных препаратов, заболевание остается серьезной проблемой для здравоохранения. Наиболее часто в структуре хронических синуситов встречается патология верхнечелюстных пазух и клеток решетчатого

лабиринта. Клиновидная пазуха, как наиболее отдаленно расположенная, поражается в редком числе случаев. Функциональная эндоскопическая хирургия является методом выбора в случае неэффективности консервативной терапии. Тщательный анализ компьютерной томограммы и определение подходящего доступа к клиновидному синусу является залогом безопасной и успешной операции.

Цель работы: изучение возможных осложнений при функциональной эндоскопической хирургии в зоне клиновидной пазухи на примере литературных данных, оценка эндоскопического эндоназального доступа в лечении сфеноидитов.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ зарубежной и отечественной литературы за период с 2000 по 2016 гг. Изучался опыт выполнения функциональной эндоскопической хирургии в частной клинике Prof Med Service за период с 2015 по 2018 гг.

Результаты. Учитывая анатомические особенности и результаты компьютерной томографии, подходы к клиновидному синусу могут быть разнообразны. В современной синусохирургии предпочтение отдается трансназальному эндоскопическому подходу. Осложнения эндоскопической сфенотомии можно разделить на две категории: интраоперационные и послеоперационные. К самым распространенным интраоперационным осложнениям относятся локальные кровотечение. Во время вскрытия клиновидной пазухи могут быть повреждены некоторые сосудистые структуры. В большинстве случаев, данные кровотечения не требуют расширенной хирургии и купируются обычной тампонадой по окончании операции. Реже наблюдаются неконтролируемые кровотечения из артерий бассейна внутренней сонной артерии, которые часто сопряжены с агрессивной хирургией внутри основного синуса. Широкое вскрытие латерального сегмента синуса может вызывать повреждение зрительного нерва с последующим компрессионным сдавлением и воспалением нерва. Также латеральная зона клиновидной пазухи должна вызывать настороженность в связи с возможной ликвореей спинномозговой жидкости. Предпосылками могут служить повышенное внутричерепное давление в сочетании с наличием канала Штернберга в нижнелатеральной зоне синуса. К отдаленным осложнениям сфенотомии относится формирование мукоцеле клиновидного синуса. В этом случае хирургическое лечение должно выполняться как можно раньше. в частной клинике Prof Med Service за период с 2015 по 2018 гг. прооперированно около 150 пациентов. Из них 70 пациентов подверглись вскрытию клиновидной пазухи, у 15 больных обнаружено изолированное поражение клиновидного синуса. В 70% случаев

при эндоскопической сфенотомии предпочтение отдавалось трансназальному доступу с обнаружением естественного соустья с основной пазухой. При тотальном полипозном риносинусите, клиновидная пазуха подвергалась вскрытию трансэтмоидальным подходом. Во всех случаях эндоскопическая синусохирургия завершена без каких-либо осложнений.

Выводы. Залогом успешной и безопасной сфенотомии являются: детальное изучение предоперационной компьютерной томографии пациента; минимальные хирургические воздействия внутри сфеноидального синуса. Эндоскопический трансназальный доступ является методом выбора при лечении патологии клиновидной пазухи.

Г.С. Хайдарова, З.Х. Ходжаева

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕФЕРИЧЕСКИМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ

Ташкентская медицинская академия

Повышение качества диагностики и эффективности лечения головокружения — одна из нерешенных проблем практической медицины, имеющих важное медико-социальное значение.

Актуальность данной проблемы во многом определяется высоким уровнем распространенности головокружения. По данным отечественных и зарубежных авторов, головокружением страдают до 10% пациентов, посещающих врача-невролога или оториноларинголога, и до 5% — врача общей практики. Численность больных с кохлеовестибулярными расстройствами составляет свыше 10 человек на 10 тысяч населения, причем отоневрологическое обследование пациентов, страдающих нейросенсорной тугоухостью без субъективных нарушений статического и динамического равновесия, позволяет выявить заинтересованность вестибулярного анализатора более чем в 80% случаев.

Цель - оценить эффективности лечения пациентов с периферическим головокружением с помощью опросника качества жизни (DHI)

Материалы и методы. Под нашем наблюдением находилось 20 пациентов с периферическим головокружением обратившийся во 2-го клиники ТМА в период с Сентября2017 по апрель2018г. Среди обследованных были мужеского пола 6 (30%) женского пола 14 (70%). Пациенты были распределены на 2 группы. В первой группе

отнесли 12 пациентов, к медикаментозное лечение проводился препаратом “Арлеверт”. Вторая группа включала 8 пациентов, к медикаментозное лечение проводился “циннаризином”.

Результаты исследования. Наиболее высокие результаты уменьшение вегетативных симптомов наблюдались при использовании препарата “Арлеверт”. А также положительный результат был получен у 14 (93,3%).

Таким образом, использование препарата “Арлеверт”, показало его достаточную клиническую эффективность и хорошую переносимость. Полученные результатов позволяют сделать вывод об улучшении качества жизни с периферическим вестибулярным головокружением на фоне проводимой монотерапии.

А.Н. Хамидулин, С.Ж. Джандаев, Е.Е. Имангалиев, А.М. Хамидулина, М.Е. Тулеутаев, Т.А. Аскар, М.И. Акимжанова, А.Ж. Шырдаев, Б.К. Ерсаханова

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЛОМУСНЫХ ОПУХОЛЕЙ

ГКП на ПХВ «Городская больница №2»

Цели и задачи. Клиническое наблюдение пациентов с гломусными опухолями (ГО) до и после эмболизации сосудов питающих опухоль, также тактика диагностики при данном заболевании.

Актуальность. Основной актуальностью нашего наблюдения является то, что гломусные опухоли практически не оперируется в нашей стране, за исключением эмболизации сосудов питающих опухоль.

Методы. Результатом метода наблюдения за пациентами использованы результаты пролеченных пациентов с ГО и ранней диагностики ГО. Под наблюдением в отделении сосудистой и функциональной нейрохирургии АО «НЦН» за период с 2014 по 2017 год на стационарном лечении находились 3(100%) пациента с гломусной опухолью с интракраниальным распространением. Была применена эндоваскулярнаяэмболизация сосудов, питающих опухоль.

Нами наблюдался пациент который поступил с жалобами на шум в левом ухе, медленное снижение слуха слева, периодические головные боли и боль в области шеи слева, головокружение, периодический затруднённое глотание, двоение в глазах, поперхивание пищей. Вышеуказанные жалобы отмечались в течение 2 лет, когда впервые появились жалобы на шум в левом ухе и головные боли. Проходил лечение у ЛОР врача с диагнозом смешанная тугоухость 1-2 степени слева, после у невропатолога

с диагнозом - образование пирамиды височной кости слева. В течение последнего года стали беспокоить головокружение, затрудненное глотание, двоение в глазах, поперхивание пищей. На МРТ головного мозга, проведенного только через два года после появления первых жалоб пациента, признаки опухоли ярёмного гломуса с распространением в среднюю и заднюю черепные ямки, с инфильтрацией слухового нерва, правой мосто-мозжечковой цистерны, компрессией передней дольки мозжечка слева. При отоневрологическом исследовании - горизонтальный, мелкоразмашистый, клонический нистагм I степени, в крайних отведениях. Отмечается парез лицевого нерва слева. По классификации House-Brackmann (1985 года) - умеренная дисфункция, заметная разница между двумя сторонами, без функциональных нарушений. При проведении пробы Вебера, при помощи камертона 128 Гц, латерализация звука вправо. Отоскопически в левом слуховом проходе определяется округлое образование, бледно-розового цвета, плотно-эластической консистенции, полностью обтурирующие слуховой проход, безболезненное при пальпации. Характерный для ГО симптом пульсации опухоли при раздувании пневматической воронки в правом наружном слуховом проходе - положительный. Аудиометрическое исследование, при помощи аудиометра, выявило смешанную тугоухость III степени слева. Пальце-носовая проба с интенцией. В позе Ромберга – покачивание больше влево. Селективная церебральная ангиография показала картину опухолевого образования в интракраниальном отделе, в области средней черепной ямки слева. Опухоль васкуляризуется из левой наружной сонной и позвоночной артерий. Ангиография обеих ВСА без патологии.

Диагноз: гиперваскуляризированная опухоль ярёмногогломуса слева. Учитывая класс опухоли, распространение в среднюю и заднюю черепные ямки, инфильтрацию слухового нерва, левой мосто- мозжечковой цистерны, компрессию передней дольки мозжечка слева, поражение лицевого нерва слева, решено первым этапом провести эндоваскулярную эмболизацию сосудов, питающих опухоль. Операция эмболизация двух афферентных ветвей из левой позвоночной артерии и левой наружной сонной артерии прошла без осложнений. Состояние пациента улучшилось, значительно уменьшились головные боли и боли в шее слева. Двоения в глазах нет, поперхивание пищей не отмечает. Снижение слуха на том же уровне, но интенсивность шума в левом ухе значительно снизилась. Пальце-носовая проба с легкой интенцией. В позе Ромберга - покачивание. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии, контрольное обследование через 6 месяцев.

Гломусная опухоль требует: во-первых, особой настороженности у врачей первичного звена, во-вторых, полной отоневрологической диагностики. В данном случае диагноз выставлен спустя два года после появления первых её признаков. Основными признаками начала заболевания явились лишь ощущение шума в ухе и головные боли. Поздняя диагностика этого заболевания привела к развитию выраженной неврологической симптоматики. При жалобах больных на наличие образования в наружном слуховом проходе или кровотечения из уха мы всегда должны помнить о возможном наличии у пациента ГО среднего уха, прогрессирование которой приводит к инвалидности, к развитию массивного кровотечения, а иногда и к летальному исходу. При этом эмболизация афферентных ветвей ГО в той стадии, когда происходит распространение опухоли в структуры мозга, является наиболее функциональным методом, позволяющим приостановить дальнейший рост опухоли. У нас появляется шанс в дальнейшем максимально удалить опухоль полностью, применив хирургическое или комбинированное лечение.

Выводы. Наш опыт показывает, что до сих пор нет алгоритма ранней диагностики и для полного удаления ГО целесообразно провести операцию в два этапа. Первый – эмболизация сосудов дает возможность останавливать рост опухоли и создает условия для второго этапа. Второй – хирургическое удаление (трансмастоидальный доступ).

У.С. Хасанов, Б.Ш. Юсупов, Ш.Ш. Мавлонов

ТИМПАНОТОМИЯ С СУБАНУЛЯРНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Экссудативный средний отит (ЭСО) по длительности заболевания подразделяют на три формы: острый (до 3-х недель), подострый (3—8 недель) и хронический (более 8 недель). Дмитриев Н.С. и со- авт. (1996) считают целесообразным выделять только 2 формы — острую и хроническую. Согласно их классификации ЭСО подразделяется на 4 патогенетически обусловленные стадии: катаральную (до 1 месяца), секреторную (1—12 месяцев), мукозную (12—24 месяцев), фиброзную (более 24 месяцев). Лечебная тактика при мукозной стадии ЭСО предусматривает проведение больным санации верхних дыхательных путей (если она не была осуществлена раньше) и тимпанотомию с дренированием барабанной полости.

Под нашим наблюдением находились 18 (21уха) больных с мукозной стадией ЭСО с длительностью заболевания свыше 12 месяцев. Пациенты были в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст — 38 лет). Мужчин и женщин было 10 (55.6%) и 8 (44.4%), соответственно. Жалобы больных были типичными для ЭСО: постоянная заложенность уха (ушей), чувство полноты в ухе, аутофония, шум в ухе (ушах), как правило, низкочастотный. При отомикроскопии у пациентов имела место типичная отоскопическая картина, характерная для мукозной стадии ЭСО: утолщение барабанной перепонки, изменение её цвета (до синюшного), втяжение в верхних и выбухание в задних отделах, что является косвенным признаком наличия экссудата в барабанной полости. При использовании пневматической воронки Зигле отмечалась полная неподвижность барабанной перепонки.

При проведении пациентам качественных камертональных проб Ринне и Федеричи их результаты были отрицательными, при пробе Вебера звук камертонов С512 и С1024 латерализовался в больное ухо, а при двустороннем поражении — в хуже слышащее ухо. Средние слуховые пороги на речевые частоты (0,5—2 кГц) по воздушной (ВП) и костной (КП) проводимости были следующие: 48,2±3,5 и 8,8±2,2 дБ; 38,4±4,2 и 8,4±2,4 дБ; 34,6±6,6 и 12,4±4,2 дБ, соответственно.

Всем пациентам проведено хирургическое лечение тимпанотомии с помещением дренажной трубки под меатотимпанальный лоскут в костное ложе, созданное в костной стенке наружного слухового прохода.

После тимпанотомии слизистый экссудат из барабанной полости удаляли, проводили её тщательную ревизию, рассечение спаек (если они были), полость промывали физиологическим раствором, в неё вводили дренажную трубку, меатотимпанальный лоскут укладывали на место. В послеоперационном периоде в течение 7-8 дней проводили промывание барабанной полости физиологическим раствором с последующим его отсасыванием и введениемв полость раствора флуимуцила.

Для нормализации функций слуховой трубы проводили электрическую стимуляцию тубарных мышц (Патякина О.К. и соавт., 1985).

Через 6 месяцев после операции в 14 (77,7%) случаях был зарегистрирован тип А тимпанограммы, в остальных случаях — тип С с отрицательным давлением в барабанной полости, равным — 50— 120 daPa .

Через 1 год после операции средние слуховые пороги по ВП и КП на те же частоты равнялись: 18,2±6,2 и 6,0±1,8 дБ; 16,4±4,0 и 4,8±1,4 дБ; 14,6± 4,2 и 8,2±1,0 дБ,

соответственно, что статистически достоверно ($p < 0,05$) меньше в сравнении с исходными значениями этих порогов.

Вывод: на основании полученных при лечении пациентов с мукозной стадией ЭСО можно сделать вывод что тимпанотомия с субанулярным дренированием барабанной полости как способ лечения больных экссудативным средним отитом значительно улучшает качество жизнь больных.

Г.Ю. Царапкин[1], О.В. Зайратьянц[2], А.С. Товмасян[1], А.С. Кучеров[1], М.М. Мусаева[1]

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ МУКОПЕРИХОНДРИЯ В ЗОНЕ СЕПТАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ

[1]ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗ г. Москвы

[2] Кафедра патологической анатомии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ

Деформация перегородки носа (ПН) наиболее частая хирургическая патология, с которой приходится сталкиваться оториноларингологу в своей практике. За более чем столетнюю историю техника хирургического вмешательства на ПН эволюционировала в направлении от наиболее радикального (резекция) в сторону максимально щадящего (пластика), консервативно-хирургического подхода. Септопластика на сегодняшний день является методом выбора хирургического лечения пациентов с деформацией ПН. Клиническая эффективность малоинвазивной хирургии ПН доказана временем и не подвергается сомнению. Но, несмотря на это, нам всё же приходится сталкиваться с осложнениями, которые сложно прогнозировать, так как они развиваются в отдаленном периоде после операции. Одним из неудачных исходов проведенной септопластики является вторичная девиация ПН. Необходимо отметить, что на сегодняшний день нет научного объяснения природы смешения хрящевого отдела ПН от срединного положения, которое изначально было достигнуто во время проведенной септопластики.

Цель работы: провести гистологическое исследование мукоперихондрия перегородки носа и изучить особенности строения надхрящницы в области грубой деформации.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 22 пациента с деформацией ПН и хроническим ринитом, проявляющихся нарушением носового дыхания. Женщин

было 10, мужчин – 12. Возраст от 18 до 52 лет. Критерии включения: выраженная деформация ПН с односторонним латеральным смещением её хрящевого отдела, суживающим общий носовой ход более чем наполовину; наличие не искривлённого участка ПН в хрящевом её отделе (занимающего срединное положение); вазомоторный или гипертрофический ринит. Критерии исключения: признаки острого или хронического воспаления слизистой оболочки ПН, наличие посттравматической деформация пирамиды носа. Все больные связывают искривление ПН с перенесенной травмой носа в анамнезе: 20 человек – травма была в детском возрасте у 2 пациентов - более года. Всем больным мы провели септопластику, в время которой брали биоматериал (участок мукоперихондрия) из ПН для гистологического исследования: локус А – не искривлённый участок ПН; локус В - участок изгиба ПН перед или над искривлением; локус С - участок изгиба ПН после или под искривлением; локус D – участок, соответствующий «вешине» искривления; локус Е – участок втяжения ПН на противоположной половине носа. Биоптаты фиксировали в 10% нейтральном забуференном фосфатным буфером формалине (pH – 7,0-7,2) в течение 24 час при комнатной температуре, после чего по общепринятой методике заливали в парафиновые блоки. Из парафиновых блоков на ротационном микротоме «Leica» (Германия) изготавливали гистологические срезы толщиной 3-4 мкм. Гистологические срезы монтировали и окрашивали гематоксилином и эозином. Гистологические препараты изучали и фотографировали, применяя комплекс: микроскоп Leica DM LB (Германия) - цифровой фотоаппарат Olympus (Япония) – компьютер. Изучено 110 гистологических препаратов.

Результаты исследования. Во всех 100% гистологических препаратах, взятых локуса А коллагеновые волокна были представлены параллельно направленными пучками, разной толщины, преимущественно слабоэозинофильные; диффузная лимфоидная инфильтрация носила слабо выраженный характер. В 4 (18,2%) исследованиях нами были зафиксированы участки дистрофических изменений и резорбции хряща с замещением его соединительной тканью. Гистологическая картина мукоперихондрия, взятого из локусов В и С в 100% исследований была идентичная. Нами были отмечены гиперплазия и гипертрофия слизистых желез с избыточной продукцией слизи и перигландулярным склерозом, дистрофические, гипер- и метапластические изменения поверхностного эпителия и гиалиноз его базальной мембраны; участки склероза представлены соединительной тканью, богатой фибробластами и сосудами, с широкими пучками разнонаправленных эозинофильных

коллагеновых волокон, очагами гиалиноза. В локусе D во всех 100% исследованиях гистологическая картина была представлена гиперплазией и гипертрофией слизистых желез с избыточной продукцией слизи и перигландулярным склерозом, дистрофические, гипер- и метапластические изменения поверхностного эпителия и гиалиноз его базальной мембраны, кавернозные сосудистые структуры. В локусе Е (100% исследований)соединительная ткань и надхрящница были отечные, соединительная ткань богатая фибробластами и сосудами, со слабо выраженной диффузной лимфоидной инфильтрацией, параллельно направленными пучками коллагеновых волокон разной толщины, преимущественно слабоэозинофильных, с очагами дистрофических изменений и деструкции. В 3 (13,6%) исследованиях нами были зафиксированы локусы хряща с неровной границей за счет участков роста и дистрофических изменений с замещением соединительной тканью.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что на стороне искривления хрящевого отдела ПН (локусы B, C и D) в мукоперихондрии имеется избыточное разрастание соединительной ткани с морфологическими признаками, характерными для гипертрофического рубца: наличие широких разнонаправленных неравномерно эозинофильные пучков коллагеновых волокон богатых фибробластами и сосудами, с облитерацией части капилляров и очагами гиалиноза. На наш взгляд, выявленные нами особенности строения мукопериходрия в области деформированного участка ПН имеют важное научно-практическое значение и могут быть использованы в разработке мер профилактики вторичной девиации ПН после септопластики.

Г.Ю. Царапкин[1], Н.Л. Кунельская[1,2], А.С.Товмасян[1], А.В. Артемьева-Карелова[1], Т.А. Кочеткова[1]

КТ В ИЗУЧЕНИИ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН

[1]ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗ г. Москвы

[2]Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Актуальность. Наиболее частая операция, которую проводит оториноларинголог с целью восстановления носового дыхания - это хирургическое вмешательство на

нижней носовой раковине (ННР). Если септопластика (подслизистая резекция перегородки носа) преследует цель формирования симметричных половин полости носа за счет срединного положения перегородки носа, то хирургические вмешательства на нижних носовых раковинах – увеличение просвета общего носового хода. На сегодняшний день хирурги применяю различные виды вмешательств на ННР, которые могут выполнятся в нескольких модификациях. Например при хирургическом лечении вазомоторного ринита используют разрушение (дезинтеграцию) кавернозной ткани ННР. Щадящее иссечение ткани ННР – показанием является фиброзная гипертрофия ННР. И подслизистая остеоконхотомия– при косной гипертрофии ННР. Но, в практике врачи применяют такой вид хирургического вмешательства на ННР, как люксация раковины с последующей латероконхопексией, что преследует цель уменьшить объем вмешательства на тканях раковины за счет увеличения расстояния до остова перегородки носа. По своей сути это ятрогенный перелом ННР со смещением. Хотя данный вид операции широко применяется в практической оториноларингологии, мы можем с уверенностью констатировать, что на сегодняшний день нет четких показаний для проведения данного хирургического вмешательства и отсутствуют научные данные по клинической эффективности.

Цель работы: изучить эффективность латероконхопексии по данным контрольного КТ ОНП у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на ННР, и определить анатомические особенности костного остова ННР, влияющие на место перелома.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 21 больных с искривление перегородки носа и хроническим ринитом. 10 - женщин и 11 – мужчин. Возраст от 18 до 48 лет. Критерием исключения костная гипертрофия ННР.Всем больным мы проводили септопластику с шинированием перегородки носа, люксацию ННР с двух сторон с латероконхопексией, щадящее хирургическое вмешательства на тканях раковины с обеих сторон в объеме, соответствующим форме хронического ринита (вазотомия или конхотомия).

КТ исследование носа и ОНП проводили в 2 проекциях с толщиной среза0,25 мм.Изображение увеличивали (zoom) до 300-600%, при котором четко визуализировали костную структуру ННР. Сроки проведения: до лечения и на 30 сутки после операции. На томограмме носа и ОНП, проведенной на дооперационном этапе, мы измеряли толщину косной пластики ННР в мм. на всем её протяжении. Далее, сопоставляли данные рентгенологического исследования до и после операции, при этом особое

внимание уделяли положению косных отломков ННР по отношению к месту перелома и соотносили полученные данные дооперационного исследования. Таким образом в нашем исследовании было 42 ННР.

Результаты и обсуждение. По данным векторного анализа КТ-анатомии ННР в переднем отделе представляет пирамидальный отросток с широким основанием, равный 1,24±0,01 мм. Постепенно основание отростка суживается, его длина увеличивается и на уровне processuslacrymalis ННР принимает форму ламеллы, толщиной 0,96±0,01 мм. и направленной вниз. Проводя измерения толщины ННР на уровне processusmaxillaris в 38 (90,5%) исследованиях нами было установлено, что по длине пластика имеет локальное сужение (перешек), толщиной 0,52±0,01 мм. На уровне processusethmoidalis перешеек ламеллы ННР нами был отмечен при 18 (42,9%) исследования. В дорсальных отделах длина ННР постепенно уменьшается, а толщина основания увеличивается, достигая 1,16±0,01 мм. При проведении сравнительно анализа КТ до и после лечения нами было отмечено, что линия перелома ННР, возникшего во время люксации в 100% исследованиях начинается на уровне processuslacrymalis и заканчивается на уровне processusethmoidalis ННР, при этом консолидированные костные отломки располагаются в вертикальной плоскости, параллельно перегородки носа.

Таким образом, полученные нами данные имеют важное значение в планировании хирургического вмешательства на ННР.

Г. Ю. Царапкин[1], Н.Л. Кунельская[1,2], Р.Б. Хамзалиева[1], М.В. Гунина [1]

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

[1]ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗ г. Москвы

[2]Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российскийнациональный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Актуальность. Среди оториноларингологической патологии носовые кровотечения (НК) занимают важное место в структуре заболеваний лор-органов и являются частой причиной госпитализации больных либо в терапевтические, либо в специализированные лор-стационары. По данным отечественных авторов, частота этой

патологии среди госпитализированных больных составляет от 4 до 14%. 60% госпитализированных с НК были больные в возрасте до 10 или старше 50 лет. В 90% случаев НК расцениваются, как идиопатические. Предрасполагающими факторами развития НК являются заболевания полости носа (искривление перегородки носа, инородные тела и новообразования полости носа), системные заболевания, заболевания крови, гипертоническая болезнь, заболевания печени и инфекционные заболевания. Наиболее частым источником НК является Киссельбахово сплетение (90-95%) – передние НК. В 5-10% случаев - сплетение Вудраффа – задние НК.

Первую экстренную помощь данному контингенту больных оказывает врач СМП, а при неэффективности - оториноларинголог многопрофильного стационара. Основным показанием к госпитализации является острая кровопотеря, рецидивирующий характер НК и невозможность остановки НК.Нередко НК рецидивируют, что можно связать с высокотравматичными способами передней тампонады полости носа, приводящие к кровоточивости не только зоны Киссельбаха, но и более глубоких отделов полости носа.

Цель работы: изучить особенности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с НК в крупном многопрофильном стационаре.

Материалы и методы. Нами изучены медицинская документация (истории болезни) больных, находившихся на лечении в ГКБ им. Ф.И. ИноземцеваДЗ Москвы (бывшая ГКБ№36) в 2014 году. Проводя исследование мы изучали такие показатели, как пол и возраст больного, канал поступления больного в стационар, наличие и состоятельность тампонады носа, сопутствующая патология, проведенные лечебные мероприятия, срок госпитализации.

Результаты и обсуждение. Нами было установлено, что за 2014 год, среди 745 человек, обратившихся в ЛОР-кабинет Приемного отделения ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, 175 человек (23,6%) было госпитализировано с диагнозом НК. Это составило 7% всех госпитализированных по экстренным показаниям за 2014 год (2479 человек). Из всех обратившихся в ЛОР-кабинет с НК 10 человек от госпитализации в ЛОР-отделение отказались (1,3% из всех обратившихся в ЛОР-кабинет). Практически все пациенты с указанной нозологией были доставлены в приемное отделение по СМП, и только 3 % всех обратившихся были направлены из поликлиники и 3% из всех пациентов обратились самостоятельно. Всем госпитализированным пациентам на первом этапе производилась передняя тампонада носа, из них только у 5,6% больных тампонада была выполнена на догоспитальном этапе и оказалась состоятельна

(выполнена бригадой СМП, врачом поликлиники). В связи с неэффективностью передней тампонады 7 пациентам (6,5%) была произведена задняя тампонада носа раздутым катетером Фолея, дополненная передней тампонадой марлевой турундой. В связи с массивной кровопотерей по показаниям 2 (1,8%) пациентам в ЛОР-отделении проводилось переливание компонентов крови (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма), одному пациенту в связи с неэффективностью проводимых мероприятий для остановки кровотечения произведена односторонняя перевязка наружной сонной артерии. В 9,3% случаев пациентам после удаления тампонов для профилактики рецидивов НК проводилось механическое или химическое воздействие на слизистую оболочку перегородки носа (прижигание Ляписом, раствором нитрата серебра, электро- и лазерная коагуляция).

Средний койко-день госпитализированных больных с НК составил 6,17 дней, 7,4 % пациентов (13 человек) провели в стационаре 11 и более дней (превышение сроков госпитализации по МЭС). Среди всех госпитализированных соотношение женщин и мужчин оказалось практически равным– 51,4 % против 48,6% (90 женщин и 86 мужчин соответственно). Средний возраст пациента с НК составил 58,6 лет (60 лет среди женщин и 57 среди мужчин). У подавляющего большинства пациентов НК отмечались на фоне повышения артериального давления и сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы - 88%, 2,86% страдали вегетососудистыми нарушениями, у 4,57% пациентов носовые кровотечения отмечались на фоне травм лица и головы.

Таким образом, экстренная тампонада полости носа, проведенная на догоспитальном этапе медицинской помощи, у больных 94,4% несостоятельна и требует повторной тампонады полости носа, которую проводит оториноларинголог. 7,4 % пациентов с НК превышают сроки госпитализации, предусмотренные МЭСами по данной назологии.

Г.Ю. Царапкин[1], А.Г. Кучеров[1,2], П.А. Сударев[1], Е.В. Горовая[1], А.С. Мепаришвили[1]

ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

[1]ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

[2]Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

Актуальность. Лечение острого воспаления слуховой трубы (СТ) в большинстве случаев требует местного применения лекарственных препаратов, которые призваны купировать воспалительный процесс и уменьшить отёк слизистой оболочки. Такие методы лечения, как продувание по Политцеру и катетеризация СТ временно предотвращают патологические изменения в барабанной полости, связанные со снижением внутритимпанального давления. Большинство практикующих оториноларингологов в выборе способа доставки лекарственного препарата в просвет лечения острого воспаления СТ отдают предпочтение введению препарата через ушной катетер Гийота. Но, необходимо отметить, что на сегодняшний день нет четких данных о количестве препарата, достигающего места предполагаемого воздействия.

Цель работы: изучить эффективность введения лекарственного препарата в структуры среднего уха посредством катетеризации СТ.

Задачи: 1. Изучить эффективность введения лекарственного вещества в структуры среднего уха при помощи традиционного ушного катетера Гийота, посредством восходящей сальпингографии.2. Разработать ушной катетер оригинальный формой, которая ориентирована не на расположение глоточного устья СТ, а на направление её просвета и оценить эффективность катетеризации СТ при помощи восходящей сальпингографии.

Материалы и методы. В исследование вошло 12 пациентов (12 ушей) с хроническим перфоративным средним отитом без нарушения вентиляционной функции СТ. Все больные дали добровольное согласие на проведение сальпингографии. Рентгеновское исследование мы проводили как до, так и после катетеризации СТ. Под эндоскопическим контролем мы катетеризировали СТ на стороне пораженного среднего уха и посредством нагнетания воздуха вводили контрастное вещество Hypaques объеме 1,0 мл. Далее проводили контрольное рентгеновское исследование вносолобной проекции и по Майеру.

На первом этапе работы мы вводили рентгенконтрастное вещество при помощи ушного катетера Гийота 6 больным, которые составили I клиническую группу. Сравнительный анализ рентгенограмм у пациентов Iгруппы показал, что в результате сольпингографиимы не зафиксировали контрастное свечение в структурах среднего уха. Только у 2 пациентов на обзорной рентгенограмме в носолобной проекции была интенсивная полоска в области боковой стенки глотки.Учитывая полученные данные,мы предположили, что контрастное вещество не попадает в просвет СТ из-за конструктивных особенностей ушного катетера Гийота. В этой связи нами была разработана оригинальная форма ушного катетера, позволяющая катетеризировать СТ в направлении ее просвета (Патент на изобретение №2609205 «Катетер для проведения электрофореза и введения лекарственных средств в барабанную полость»).

На втором этапе нашей работы мы вводили рентгенконтрастное вещество в структуры среднего уха при помощи оригинального ушного катетера. В данном исследовании было 6 пациентов, составивших II клиническую группу. Сравнительный анализ рентгенограмм у пациентов II группы показал, что во всех случаях рентгеноконтрасное вещество заполняло просвет СТ на всем протяжении. Но, при этом следует отметить, что ни при одном исследовании рентгенконтрастный препарат не достиг барабанной полости.

Выводы: 1. При традиционной катетеризации СТ ушным катетером Гийота жидкая форма лекарственных веществ не попадает в просвет СТ, о чем свидетельствуют результаты сальпингографии. 2. При катетеризации СТ «на протяжении» вводимый рентгеноконтраст в объеме 1 мл заполняет весь просвет СТ без попадания в барабанную полость.

УДК: 613.73.613.65

И.А. Шульга, А.В. Акимов, Е.И. Шульга, В.В. Щетинин, И.В. Райцелис

ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ-ВОКАЛИСТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ВОКАЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ТВОРЧЕСКОГО ВУЗА

ФГОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ России, Оренбург, Россия

Актуальность проблемы. Проблема профотбора лиц, поступающих в вокальные отделения ВУЗов, напрямую связана с риском развития профессиональной заболеваемости лиц голосо-речевых профессий.

В связи с этим особую актуальность приобретает изучение в первую очередь специфических свойств и способностей, которые отличают индивида от других представителей человечества.

Сохранение и укрепление здоровья студентов-вокалистов имеет высокую социальную значимость и входит в число важнейших задач государства.

Целью работы было установить причинно-следственные связи и зависимости между уровнем вокальных способностей студентов-вокалистов и медико-биологическими и социально-гигиеническими факторами их формирования.

Для выполнения поставленной цели в исследовании участвовали 54 студента вокальных отделений Оренбургского государственного института искусств им. М. и Л. Ростроповичей и Оренбургского музыкального колледжа в возрасте 16-26 лет, 46 певцов-профессионалов в возрасте 22-54 лет и 100 человек группы сравнения, не занимающихся вокальным искусством.

Социально-гигиеническая характеристика условий жизни студентов проводилась с помощью метода одномоментного анкетирования по анкете, разработанной кафедрой гигиены детей и подростков ММУ им. Сеченова с внесенными нами дополнениями. Анкета включала 45 вопросов, где оценивались: социально-демографические факторы (состав семьи, число детей в семье), социально-экономические факторы (образование родителей, жилищные условия, материальное благосостояние семьи, характер и режим питания), медико-социальные факторы (режим дня, вредные привычки, проведение досуга).

Существуют определенные закономерности и тенденции наследования вокальных способностей. Только 25-40% признаков наследуется через прямое действие генов, которые передаются потомству (Рудин Л.Б., 2011). В связи с этим можно

предположить, что существует ген или гены, определяющие способность человека к пению. Именно при их наличии приобретается данная способность.

При анализе родословных установлено, что в семьях вокалистов достаточно высокий показатель такого признака, как певческий голос. В группе вокалистов общее число родственников I и II степени родства составило 1426 человек, из них поющих 28,5%. При этом профессиональных вокалистов, окончивших вокальное отделение среднего специального или высшего учебного заведения 14,3% от числа поющих. Общее количество родственников I и II степени родства в группе студентов, не занимающихся вокальным искусством составило 302 человека. Количество поющих родственников у данного контингента лиц составило 3,6%. Выявлено, что среди вокалистов процент поющих родственников был выше в 7,9 раз, чем в группе студентов, не занимающихся вокальным искусством.

Известно, что в подростковом возрасте усиливается влияние социальных факторов (Ершова Д.А.,2007). Отмечено, что современная семья вокалистов ориентирована на малодетность (2 ребенка в семье у 52,5% и 46,5%) и полную семью (85,7% и 92,3%).

Половина вокалистов (56,8% и 48,0%) воспитываются в семьях с доходом выше прожиточного минимума, однако 55,5% и 62,2% вокалистов в период обучения в учебных заведения проживают в общежитии. Выявлено, что в группе вокалистов с потенциальными вокальными способностями в 2 раза меньше отцов и больше в 2 раза матерей с неполным средним образованием, чем в группе вокалистов без потенциальных вокальных способностей. В группе вокалистов с вокальными способностями в 2,3 раза чаще встречались матери с высшим образованием, чем отцы.

При изучении распространенности поведенческих факторов риска среди вокалистов выявлено, что половина из них пробовали курить (47,4% и 42,1%), но курят регулярно всего 5,3% и 4,8%. Вокалисты знают, что курение, употребление алкогольных напитков и наркотических средств, особенно для лиц голосо-речевых профессий, вредны для здоровья человека. Следует отметить тот факт, что некурящих вокалистов больше, чем курящих регулярно в 14,9 раза среди вокалистов с вокальными способностями и в 17,5 раза среди вокалистов без вокальных способностей. Большинство вокалистов пробовали алкогольные напитки (52,6% и 47,1%), и примерно такое же количество вокалистов (37,2% и 40,2%) употребляют ежемесячно. Необходимо отметить, что 100% вокалистов не пробовали наркотики.

Таким образом, практическая ценность работы характеризуется обоснованием и разработкой «портрета» студента-вокалиста с потенциальными вокальными способностями и без них.

Приоритетными социально-гигиеническими факторами, формирующими образ жизни студентов-вокалистов, являются выше прожиточного минимума материальный достаток семьи, удовлетворительные жилищные условия, низкая двигательная активность, нерациональное питание, степень выраженности которых выше среди студентов с потенциальными вокальными способностями по сравнению со студентами, не имеющими вокальных способностей.

У. М. Эргашев, Ш. Ш. Мавлонов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА

Ташкентская медицинская академия

Ключевые слова: тимпаносклероз, гомохрящ, кукумазин.

Значительное место среди поражений органа слуха, сопровождающихся тугоухостью, принадлежит тимпаносклерозу. Тимпаносклероз - негнойное заболевание среднего уха, характеризующееся образованием в слизистой оболочке своеобразных очагов (тимпаносклеротических бляшек) - ограничивающих подвижность барабанной перепонки или слуховых косточек. Доля больных тимпаносклерозом, в структуре пациентов с патологией слуха, обусловленной хроническими воспалительными процессами в среднем ухе, весьма значительна и составляет до 33% (1).

Цель: заключается повышение эффективности хирургической реабилитации больных с тимпаносклерозом.

Материалы и методы исследования. ТМА под контролем операционного микроскопа нами было выполнено 21 слухоулучшающих операций у больных с диагнозом хронический средний отит, осложненный тимпаносклерозом. Из них 14 больных были с перфорацией барабанной перепонки и 7 без перфорации.У больных с открытой формой тимпаносклероза мы проводили операцию в два этапа, то есть, на первом этапе заушным доступом проводилась санация барабанной полости от тимпаносклеротических очагов и вросшего эпидермиса, предупреждая тем самым развитие ятрогенной холестеотомы, с формированием замкнутой воздушной барабанной полости за счет восстановления целости тимпанальной мембраны и на втором этапе, после 6 месяцев, проводилась мобилизация стремени и реконструкция

оссикулярной цепи, что позволяет восстановить звукопередачу. При обнаружение дисфункции слуховой трубы, мы просверлили канавку в нижней стенке, в которую уложили тефлоновую тимпановентиляционную трубку, чтобы создать воздушное пространства барабанной полости, а также для профилактики сращения височной фасции с травмированной слизистой оболочки мыса, оставляя тефлоновую прокладку, которую удаляли через 6 месяцев. У больных с закрытой формой тимпаносклероза одномоментно выполнялись операции с максимально полным удалением склеротических конгломератов из среднего уха, мобилизации стремени и восстановление системы звукопередачи в среднем ухе с помощью коллюмелизации. При фиксации слуховых косточек в аттике удаляли наковальню и резецировали головку молоточка. При мобилизации стремени удаляются все очаги тимпаносклероза до круговой связки стремени и пересекали склеротически измененное сухожилие стременной мышцы. У больных с тимпаносклерозом, для коллумелизации использовали консервированный аллохрящ в виде клина, для профилактики рубцово-спаечных процессов в среднем ухе в конце операции и в послеоперационном периоде через тимпановентиляционную трубку вводили раствор кукумазима по 1.0 мл через день на пятые сутки. Кукумазим - протеолитический фермент растительного происхождения (папайя), обладает выраженной хондролитической, фибринолитической и тромболитической активностью. А также, в послеоперационном периоде больным назначали из антиоксидантов витамин Е, блокаторы кальциевых каналов, верапамил и малосолевую диету. Блокаторы кальциевых каналов улучшают микроциркуляцию, а также почечный кровоток и способствуют выведению из организма избытка солей и воды, а также улучшают реологические свойства крови. Величина костно-воздушного интервала (КВИ) у пациентов составляла 44.6 дБ, величина КВИ через месяц после операции сократилась до 27.4 дБ.

Выводы: Важной проблемой современной отохирургии является профилактика развития тимпаносклеротического процесса, который включает в себя своевременное дренирование барабанной полости при острых отитах, ранее выявление ХГСО и его активное комплексное лечение с хирургическим дренированием полости антрума или ревизией аттико-антральной области, в зависимости от выраженности их поражения, а также улучшение социальных условий населения. Для рефиксации стремени после его мобилизации у больных с тимпаносклерозом рекомендуем вводить в барабанную полость раствор кукумазима и соблюдать малосолевую диету.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Полшкова Л.В. Особенности формирования холестеатомы у больных с туботимпанальной формой хронического гнойного среднего отита. Автореф. дисс... канд. мед.наук. С-П., 2013. – 33 с.
2. Сударев П.А. Стапедопластика в реабилитации тугоухости у больных тимпаносклерозом. Автореф. дисс… канд. мед.наук. М., 2016. – 28 с.
3. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха. Том 4. Томск: ThimeVerlag; 2012. – с. 1-84.

У.М. Эргашев, Т.Ш. Уринов

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность проблемы: Острая сенсоневральная тугоухость является одним из распространенных заболеваний и представляет собой актуальную проблему оториноларингологии. К сожалению, с каждым годом число больных, страдающих острой сенсоневральной тугоухостью, неуклонно растет. Возможно, выявление этой патологии связано со своевременной и качественной диагностикой с помощью широкого внедрения аудиометрической аппаратуры в амбулаторную практику. Но, с другой стороны, нельзя исключить и реальное возрастание количества острых нарушений слуха по нейросенсорному типу. На сегодняшний день в литературе имеются различные методы лечения острой сенсоневральной тугоухости, но нет единого мнения авторов по тактике лечения больных с данной патологией.

Цель: Определить оптимальную схему лечения острой сенсоневральной тугоухости с применением глюкокортикостероидов.

Материал и методы: С начала 2016 года по 2017 год нами были обследованы 61 пациентов с диагнозом острая сенсоневральная тугоухость. Из них женского пола 36 пациентов (59%) и мужского пола 25 пациентов (41%). 18 больных обратились к врачу в первые три дня от начала заболевания, 27 больных обратились в первые десять дней и 16 больных в течении одного месяца. Учитывая тот факт, что процесс острой сенсоневральной тугоухости связан с нарушением питания слухового нерва, с целью улучшения микроциркуляции и улучшения реологических свойств крови были применены сосудистые препараты и лекарства поддерживающего действия. Помимо

вышеуказанных препаратов для нейропротекции, нами были использованы глюкокортикостероиды (дексаметазон) по ступенчатой схеме.

Результаты: В ходе исследования острой сенсоневральной тугоухости нами была применена ниже приведенная схема назначения дексаметазона. Схема назначения дексаметазона: 16мг-5дней, 12мг-4дня, 8мг-3дня, 4мг-2дня внутривенно капельно с NaCl 0,9%-100мл по ударной дозе в первую половину дня. Так, по результатам нашего исследования применение дексаметазона по ступенчатой схеме является наиболее оптимальным и безопасным. У больных этой группы, практически, не наблюдались побочные явления в виде повышения артериального давления, головной боли, слабости и неприятных ощущении. У 17 (95%) больных, которые обратились в первые три дня от начала заболевания, при раннем выявлении патологии и своевременном лечении с помощью дексаметазона практически полностью восстановился слух.

Вывод: Таким образом, своевременное и адекватное лечение с применением препарата дексаметазона по ступенчатой схеме, позволит максимально и эффективно вылечить больных с острой сенсоневральной тугоухостью.



К 70 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ГЕОРГИЯ АБЕЛОВИЧА ТАВАРТКИЛАДЗЕ

23 августа 2018 года исполнилось семьдесят лет основателю и директору Российского НКЦ аудиологии и слухопротезирования, президенту Международной Академии Оториноларингологии – Хирургии Головы и Шеи, профессору Г. А. Тавартkиладзе.

Тавартkиладзе Георгий Абелович– известный российский ученый, специалист в области фундаментальной и прикладной аудиологии, создатель и бессменный директор Российского научно-клинического центра аудиологии и слухопротезирования, созданного в 1988 году в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР как Всесоюзный научный центр аудиологии и слухопротезирования с целью повышения эффективности диагностики нарушений слуха и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой, которые и были достигнуты за 30 лет. Непосредственным результатом деятельности Центра явилось создание специальности «Сурдология-оториноларингология» с системой подготовки специалистов, авторитетной научной школы, разработка и внедрение программ аудиологического скрининга и кохлеарной имплантации, учреждение Российского общества аудиологов и Национальной медицинской ассоциации сурдологов, президентом которой он является, с традицией проведения Национальных конгрессов аудиологов и научно-практических конференций по специальности.

Тавартkиладзе Георгий Абелович – доктор медицинских наук, профессор, действительный член Российской медико-технической академии и Международной академии наук, автор более 500 научных работ (276 опубликованы за рубежом), 6 монографий, 6 руководств (включая главы в Национальных руководствах), 5 авторских свидетельств. Под руководством Г.А.Тавартkиладзе защищены 7 докторских и 26 кандидатских диссертаций.

В 1996 году за развитие аудиологии в России награжден Орденом Дружбы, в 2008 году - Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2015 году – Орденом Почета.

Основные научные направления, разрабатываемые Г.А. Тавартkиладзе, посвящены вопросам раннего выявления нарушений слуха, начиная с периода новорожденности, ранней реабилитации больных с нарушениями слуха и глухотой, в том числе методом кохлеарной имплантации, разработке критериев аудиологической медико-социальной экспертизы, профессиональной тугоухости. Под его руководством впервые в стране были разработаны система универсального аудиологического скрининга и программа многоканальной кохлеарной имплантации, которые внедрены в

клиническую практику и с успехом используются в работе специализированных учреждений Российской Федерации и стран Содружества.

Таварткиладзе Г.А. была создана на базе Центра кафедра сурдологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, которая за 16 лет подготовила более 4200 специалистов для сурдологической службы и различных этапов аудиологического скрининга. На базах Центра организовано широкое обучение специалистов объективным методам исследования слуха, а также современным методам реабилитации детей и взрослых с тугоухостью и глухотой, что позволило тысячам детей получить полноценное академическое образование и социализацию, а также профессию.

Г.А. Таварткиладзе избран действительным членом Американской Академии Аудиологии, Европейской Академии отологии и отоневрологии. Является членом Правления Международной группы по изучению слуховых вызванных потенциалов, членом правления Европейской федерации аудиологических обществ, Международной коллегии по оториноларингологии, с 1994 года является членом Совета экспертов Всемирной Организации Здравоохранения. Избирался Президентом Международного общества аудиологов. В настоящее время является Генеральным секретарем Международного общества аудиологов, президентом Международной Академии Оториноларингологии - Хирургии Головы и Шеи. Является почетным членом Итальянского и Немецкого обществ оториноларингологов, почетным доктором Национальной Академии наук Армении, почетным членом Украинской ассоциации отиатров, отонейрохирургов и отоневрологов, почетным профессором Грузинской оториноларингологической ассоциации.

Г.А.Таварткиладзе является почетным главным редактором журнала Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae, членом редколлегий журналов "Вестник оториноларингологии", "International Journal of Audiology", "Acta Oto-Rhino-Laryngologica" (Stockh.), "International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology", "European Archives of Otorhinolaryngology", "Journal of Hearing Science", "Journal of Audiology Research ", Оторинорларингология Бас, Мойын Хирургиясы».

Научные разработки Г.А. Таварткиладзе и сотрудников Центра позволили выйти российской аудиологии на передовые рубежи мировой науки. Результаты исследований Г.А. Таварткиладзе используются как научно-исследовательскими коллективами, так и Университетами США, Европы, Японии, Австралии.

Итогом международного признания явилось проведение в Москве 22-го Международного Конгресса по изучению слуховых вызванных потенциалов (2011) и 31-го Всемирного Конгресса аудиологов (2012).

К заслугам Тавартkиладзе Г.А. следует отнести эффективную научную и практическую работу созданного им Центра в качестве головного учреждения в области аудиологии, разработку новой Резолюции Всемирной организации здравоохранения по профилактике нарушений слуха и глухоты, принятой 70-й Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2017 г., а также определение Центра Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения в 2017 г. Центром, сотрудничающим с ВОЗ в области профилактики нарушений слуха и глухоты.

Редакционная коллегия журнала «Оториноларингология Бас, Мойын Хирургиясы»

Президент Евразийской Ассамблеи Оториноларингологов и Ассоциации ЛОР врачей Казахстана, Заслуженный деятель РК, Академик Национальной Академии Наук, профессор Р.К.Тулебаев

СОДЕРЖАНИЕ

1. Адильбаев Г.Б., Адилбай Д.Г., Мухамедиев Б.Т.
РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ……...3.
2. Акимов А.В., Шульга И.А, Сетко Н.П.
ВОЗДЕЙСТВИЕ АЭРОГЕННЫХ ТОКСИЧЕСКИХ ПОЛЛЮТАНТОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ…….…….....4.
3.Амангалиев А.Б., Амангалиева Г.Е.
СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛОР ХИРУРГИИ……..6.
4.Бакиева Ш. Х., Жуменов Д. А.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА……..…8.
5.Батыров Т.У. , Жаканов Т.В., Еримбетов Е.Е.
СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГЕМАНГИОПЕРИЦИТОМЫ ОКОЛОУШНОЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦ……...……..9.
6.Батыров Т.У., Сагындык Х.Л., Кожаков Б.Б.
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕФЕКТА НАРУЖНОГО НОСА……..15.
7.Безшапочный С.Б., Гасюк Ю.А., Лобурец В.В., Лобурец А.В.
ИССЛЕДОВАНИЕ АЭРОДИНАМИКИ ПОЛОСТИ НОСА В НОРМЕ И ПРИ НАРУШЕНИЯХ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР.....18.
8.Безшапочный С.Б., Подовжний А.Г., Джиров А.Р.
НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ……20.
9.Бекпан А.Ж.
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ У ДЕТЕЙ……23.
10.Бекпан А.Ж., Ауталипов Д.Х.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРОДЕБРИДЕРА ПРИ АДЕНОТОМИИ У ДЕТЕЙ……24.
11.Боймурадов Ш. А., Маннапов А.Б., Рахимов А.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХРЯЩА УШНОЙ РАКОВИНЫ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ НОСА У БОЛЬНЫХ С СЕДЛОВИДНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ НАРУЖНОГО НОСА…… 25.

12.Буркутбаева Т.Н., Ауелбаев М.Д., Умбеткулова С.Н., Шбайр М.И.
КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА…….26.

13.Бустонов М.О., Холов Ш.И., Дододжонов Ж.Ю., Бустонов Б.М.
РИНОСИНУСИТЫ ГРИБКОВО–БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ - ВЗАИМОСВЯЗИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА И ИММУННОГО СТАТУСА……..28.

14.Газизов О.М., Абденова А.Н., Вохминова Д.В., Дарибаев М.Д.
ВЛИЯНИЕ ДЕФОРМАЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НА ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА……..30.

15.Газизов О.М., Абдуганиев Р.Г., Зинченко Н.А., Мусин А.Б., Султанбекова А.А., Шметова Д.Г.
16.ВЫЯВЛЕНИЕ ЛОР-ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У СТУДЕНТОВ КГМУ ПО ЕЖЕГОДНЫМ МЕДОСМОТРАМ……..32.

17.Гафурова А.И., Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Решульский С.С., Коробкин А.С.
ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ В ЛОР-ОНКОЛОГИИ……..35.

18.Гюсан А.О., Узденова Х.А.
ЛЕЧЕНИЕ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАМИ УШНОЙ РАКОВИНЫ……..36.

19.Гюсан А.О., Узденова Х.А., Боташев Р.Х.
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВНУТРЕННЕГО УХА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ……..38.

20.Джамалудинов Ю.А., Джамалудинова П.Ю., Гасанов Г.Г.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ……40.

21.Джандаев С.Ж., Касенова Д.С., Орумбаева А.С.
СУБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СРЕДНИХ ОТИТАХ…….42.

22.Джандаев С.Ж., Рахимов С.К., Имангалиев Е.Е., Кляро С.С.

ИЗМЕНЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НОСА……43.

23.Джандаев С.Ж., Рахимов С.К., Касенова Д.С., Байбулов М.М.

ИЗУЧЕНИЕ ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОСА…….45.

24.Добрецов К.Г.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ……...47.

25.Дубинец И.Д., Коркмазов М.Ю., Скирпичников И.Н., Ратушный Е.С., Кашицына О.И.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБЪЕМОВ ОТОХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА И СТЕПЕНИ ТУГОУХОСТИ……...49.

26.Ерсаханова Б.К., Жусупов Б.З., Папулова Н.М.

АНТИМИКОТИЧЕСКА ТЕРАПИЯ ПРИ ГРИБКОВЫХ РИНОСИНУСИТАХ……..51.

27.Журавлев А.С., Шушляпина Н.О., Демина Е.В.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБУЧАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ…….53.

28.Иванов С.А., Бривков Р.И., Богомаз С.Н., Лазарева Н.Ф., Галицкая Н.Ф., Савенко Ю.Н., Коваль М.В.

НАШ ОПЫТ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ…….55.

29.Иванов С.А., Шляга И.Д., Бривков Р.И.

ЗАМЕЩЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННЫХ СКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ КРЫЛА НОСА……..57.

30.Имангалиев Е.Е., Джандаев С.Ж., Кусанова С.А.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРХНЕЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ……...58.

31.Карабаев Х.Э., Насретдинова М.Т.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫХ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ……61.

32.Коркмазов А.М.

ВЛИЯНИЕ ТАМПОНАДЫ ПОЛОСТИ НОСА НА ПРОЦЕССЫ РЕГЕНЕРАЦИИ У РИНОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ……...63.

33.Крюков А.И., Гаров Е.В., Царапкин Г.Ю., Мартиросян Т.Г., Товмасян А.С.
ВЛИЯНИЕ ТАМПОНАДЫ ПОЛОСТИ НОСА НА ФУНКЦИЮ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ……...66.
34.Крюков А.И., Зеликович Е.И., Фёдорова О.В., Гарова Е.Е.
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕСТЕАТОМ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА……..67.
35.Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Царапкин Г.Ю., Товмасян А.С., Хамзалиева Р.Б., Кишиневский А.Е.
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ……..69.
36.Крюков А.И., Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Елисеев О.В., Лесогорова Е.В., Красникова Д.И., Яковлев В.С.
ПРИМЕНЕНИЕ АЭРОЗОЛЬТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЛАРИНГИТАХ…….72.
37.Крюков А.И. , Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Лесогорова Е.В., Елисеев О.В
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ……...73.
38.Крюков А.И., Фёдорова О.В., Зеленкова В.Н., Загорская Е.Е., Киселюс В.Э.
ВАРИАНТЫ АССИСТЕНЦИИ ПРИ СТАПЕДОПЛАСТИКЕ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ……75.
39.Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Артемьева-Карелова А.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДСЛИЗИСТОЙ ВАЗОТОМИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН…….77.
40.Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Панасов С. А.
АНАТОМИЧЕСКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В ХИРУРГИИ НЁБНЫХ МИНДАЛИН……..79.
41.Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Панасов С. А.
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ……..80.
42.Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Панасов С. А.
ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА……83.
43.Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Тардов М. В., Панасов С. А.

ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ СТРУКТУР МЯГКОГО НЕБА ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА……..85.

44.Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Товмасян А.С., Горовая Е.В., Мусаева М.М.

ДЕФОРМАЦИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СЕПТОПЛАСТИКУ…….88.

45.Кунельская Н.Л., Кунельская В.Я., Романенко С.Г., Шадрин Г.Б., Красникова Д.И.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГРИБКОВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОРТАНИ……..91.

46.Кунельская Н.Л., Мищенко В. В.

«НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЙ КОНФЛИКТ» И «НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЙ КОНТАКТ» VIII НЕРВА……93.

47.Кунельская Н.Л., Романенко С.Г., Павлихин О.Г.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВОКАЛИСТОВ С УЗЕЛКАМИ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК…….94.

48.Кунельская Н.Л., Романенко С.Г., Яковлев В.С., Павлихин О.Г.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРТОНУСНОЙ ДИСФОНИИ…….96.

49.Кунельская Н.Л., Царапкин Г.Ю., Товмасян А.С., Артемьева-Карелова А.В., Кочеткова Т. А., Кишиневский А.Е.

ТАМПОНАДА ПОЛОСТИ НОСА В ИНТРАНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ……...98.

50.Курбанов У.А., Махмудов И.Х., Бустонов М.О., Джанобилова С.М., Холов Ш.И.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСКРИВЛЕНИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА……101.

51.Лазарева Л.А., Музаева Б.Р.

СПОСОБ РАННЕЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕНСОНЕВРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ВЗРОСЛЫХ……...103.

52.Лазарева Л.А., Чакрян А.С.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ СРЕДСТВ С БАКТЕРИОФАГАМИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ РИНОСИНУСИТОВ……...105.

53.Накатис Я.А., Рымша М.А.

РАЗВИТИЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ……108.

54.Накатис Я.А., Рымша М.А.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В БОРЬБЕ С ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА……110.
55.Насретдинова М.Т., Карабаев Х.Э.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИИЙ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА……..112.
56.Насретдинова М.Т., Карабаев Х.Э.
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИНАРУШЕНИЯМИ……..114.
57.Папулова Н.М.
ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ НОСА…116.
58.Папулова Н.М., Ерсаханова Б.К., Жусупов Б.З.
НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РИНОСИНУСИТОМ…….118.
59.Папулова Н.М., Ерсаханова Б.К., Жусупов Б.З.
О ХАРАКТЕРЕ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ГАЙМОРИТЕ И СОПУТСТВУЮЩЕМ ИСКРИВЛЕНИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА……...119.
60.Пухлик С.М.
РИНИТЫ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ……121.
61.Пухлик С.М.
ХРОНИЧЕСКИЕ РИНИТЫ У ДЕТЕЙ…….123.
62.Пухлик С.М., Безшапочный С.Б.
ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ……125.
63.Тулебаев Р.К., Байменов А.Ж., Розенсон Р.И.
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РИНИТЫ 2018: САМЫЕ ВАЖНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ……127.
64.Узоков А.Д., Шайхова Х.Э.
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СФЕНОТОМИИ……...132.
65.Хайдарова Г.С., Ходжаева З.Х.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕФЕРИЧЕСКИМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ……...134.

66.Хамидулин А.Н., Джандаев С.Ж., Имангалиев Е.Е., Хамидулина А.М., Тулеутаев М.Е., Аскар Т.А., Акимжанова М.И., Шырдаев А.Ж., Ерсаханова Б.К.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЛОМУСНЫХ ОПУХОЛЕЙ……...135.

67.Хасанов У.С., Юсупов Б.Ш., Мавлонов Ш.Ш.

ТИМПАНОТОМИЯ С СУБАНУЛЯРНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ……...137.

68.Царапкин Г.Ю., Зайратьянц О.В., Товмасян А.С., Кучеров А.С., Мусаева М.М.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ МУКОПЕРИХОНДРИЯ В ЗОНЕ СЕПТАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ……...139.

69.Царапкин Г.Ю., Кунельская Н.Л., Товмасян А.С., Артемьева-Карелова А.В., Кочеткова Т.А.

КТ В ИЗУЧЕНИИ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН…….141.

70.Царапкин Г.Ю., Кунельская Н.Л., Хамзалиева Р.Б., Гунина М.В.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ……143.

71.Царапкин Г.Ю., Кучеров А.Г., Сударев П.А., Горовая Е.В., Мепаришвили А.С.

ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ…….146.

72.Шульга И.А., Акимов А.В., Шульга Е.И., Щетинин В.В., Райцелис И.В.

ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ-ВОКАЛИСТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ВОКАЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ТВОРЧЕСКОГО ВУЗА…….148.

73.Эргашев У.М., Мавлонов Ш. Ш.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА……150.

74.Эргашев У.М., Уринов Т.Ш.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ……..152.

75.Тулебаев Р.К. К 70 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ГЕОРГИЯ АБЕЛОВИЧА ТАВАРТКИЛАДЗЕ…….153.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

1. Статья должна быть представлена в напечатанном виде (в 2-х экземплярах), на одной стороне листа А-4 (210х297 см), через полуторный (1,5) интервал, кегль 12, шрифт Times New Roman KZ. Поля сверху и снизу 2 см, слева 4 см, справа 2 см и иметь разделы: введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, литература.

2. Объем статьи (без списка литературы) не менее 6 страниц машинописного текста. Статьи могут быть на казахском, русском, английском языках и должна иметь соответствующие резюме с названием статьи. Резюме должно быть составлено из нескольких предложений, отражающих суть проблемы, изложенной в статье. Обязательны инициалы и фамилии авторов, указанных в статье. В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора (авторов).

Реферативные сообщения – 2 страницы (с названием статьи на двух языках, без резюме).

Обзоры – 8 страниц (без резюме, но с названием статьи на 2-х языках и библиографией).

3. Представляемая статья должна иметь визу руководителя кафедры, учреждения на право опубликования и сопроводительное письмо руководства учреждения на официальном бланке (или заверенное печатью). Вверху первой страницы статьи пишутся: УДК, название статьи на казахском либо русском или английском языках, инициалы и фамилии авторов, название учреждения, в котором выполнена работа с указанием города. В конце статьи должна быть подпись каждого автора с указанием должности, ученой степени, ученого звания (фамилии, имени, отчества, адреса и телефона для переписки).

4. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректура авторам не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу, на новой дискете (без вирусов и повреждений), интервал 1,5 в формате MS Word 6.0 2000 for Windows.

5. Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в текст на дискете по ходу статьи. Таблицы не должны превышать объем 0/5 листа А4. Шрифт в таблицах 10. Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы. Рекомендуется не более 3 рисунков и таблиц.

6. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых не допускается. Меры даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.

7. В списке литературы: источники указываются строго в алфавитном порядке, причем, в начале перечисляются отечественные, а затем иностранные авторы. Фамилии отечественных авторов пишутся с инициалами, фамилии, имена, отчества иностранных авторов на языке оригинала. Библиография должна быть напечатана колонкой через 1,5 интервала. Количество цитируемых источников в статье не должно превышать более 20 авторов, в обзоре литературы – 50 (за прошедшие 5-10 лет).

8. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника (в квадратных скобках), указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы, сборнике, место и год издания, количество страниц, в

монографии приводятся ФИО авторов, место издания, название издательства, год издания, количество страниц.

9. Редакция оставляет за собой право сокращения или исправления статей.

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

11. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или предоставленных в другие редакции для опубликования, не допускаются.

12. Оплата за статью производится в тенге по курсу национального банка из расчета пять (5) евро за одну страницу.

Instructions to authors

Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery publishes original articles, reviews, short notes, case reports and ORL workshops. Letters to the Editor, short communications concerning ORL. Society activities, and short historical notes are also accepted. Articles will be accepted on condition that they will be translated into English by the author (s). A covering letter must accompany all submissions and must be signed by all authors giving their full names and surnames. The covering letter should state whether the work has been published and if so, where, when and in what language; the exact bibliographic data should be cited. The first named author (or indicated, if in an alphabetical order) is responsible for ensuring that all the authors have seen and approved the manuscript and are fully conversant with its contents. Rejected manuscripts will not be returned to the authors unless specifically requested.

Ethics

The Journal publishes all material relating to human investigation and animal experiments on the understanding that the design of the work has been approved by ethics committees in the country of origin.

Preparation of manuscripts

Authors are responsible for the accuracy of their report including all statistical calculations and drug doses. When quoting specific materials, equipment and proprietary drugs, authors must state in parentheses the name and address of the manufacturer, and generic names for drugs. The paper should be submitted in English and the authors are responsible for ensuring that the language is suitable for publication. Original articles should normally be in the format of introduction, methods, results, discussion. Each manuscript should contain key words and summary on a separate page. Lengthy manuscripts are likely to be returned to authors for shortening. The discussion in particular should be clear and concise, and should be limited to matters arising directly from the results. Number of the tables and figures are unlimited but within reasonable limits, otherwise they are to be returned for shortening. Short notes and original observations are presented in a brief form. They should follow the standard format of introduction, methods, results and discussion, but no summary is required and they should not exceed 500 words with five references and one table or figure. Case reports should contain no more than 400 words with one figure and five references. ORL workshops describe technical innovations or modifications that may be useful in practice. These articles should contain less than 500 words and no more than two figures and five references.

Typescripts

The manuscript MUST be accompanied by a diskette. It is essential that the manuscript (in 1 copy) be clearly reproduced (laser printer) with adequate space for editorial notes. Papers must be typewritten or printed on A4 paper (210:297mm) on one side of the paper only with double spacing and 4 cm margins. Manuscripts that do not conform to these requirements will be returned to the authors for recasting. Each paper should contain illustrations with legends in the text.

References should be typed with double spacing and each starting from the new line in the alphabetic order of the authors names. In the text, references should be numbered in brackets.

Diskettes

Manuscript may be submitted on 3,5 inch diskette or CD ROM. One paper should be written as one file only. Disks must be clearly labeled with the name of first author, manuscript number, software used and the name of the file to be processed. It is important that the material submitted to the editors in disk form must be accompanied by two copies as above. The legends for illustrations should be included in the disk. Whilst most computer and word processor disks can be accepted the preferred combination are either - Microsoft Word for Windows 98 or Microsoft Word 2000.