

ISSN 2310-3825

**Folia Otorhinolaryngologiae
et Pathologiae Respiratoriae
(Журнал оториноларингологии
и респираторной патологии)**

Volume 23, № 3, 2017

Official Journal
of the International Academy
of Otorhinolaryngology –
Head and Neck Surgery

Chief Editor

Professor **Sergei Karpishchenko**
First Saint Petersburg State Medical University

Managing Editor

Professor **Galina V. Lavrenova**
First Saint Petersburg State Medical University

Published by



Folia ORL et PR – журнал Международной Академии Оториноларингологии – Хирургии Головы и Шеи (СНГ). Журнал издается на двух языках – английском и русском, публикует оригинальные статьи, исследования в области базисных наук (морфология, физиология, биохимия, etc.), клинических оториноларингологии и пульмонологии.

Folia ORL et PR is an academic journal. The journal publishes original papers on basic and clinical research, review articles, case reports and short communications in the major field of otorhinolaryngology and pulmonology, including physiology, morphology, diagnostics, pathology, immunology, oncology, medical treatment and surgery.

Адрес редакции

Всю корреспонденцию по подписке, рекламе и размещению статей для публикации направлять по адресу:
Россия, Санкт-Петербург 197022, ул. Льва Толстого 6-8
ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова
Кафедра оториноларингологии
e-mail: karpischenkos@mail.ru
тел.: +7 (812) 3387019

www.foliaopr.spb.ru

Address for Correspondence

All correspondence relating to submission of articles, subscription, changes of address, advertisements and requests for back issues should be directed to:
I.P.Pavlov First Medical University, ENT Department
6-8 Leo Tolstoy str.,
Saint Petersburg 197022, Russia
e-mail: karpischenkos@mail.ru
tel.: +7 (812) 3387019

www.foliaopr.spb.ru

С 2015 журнал включен в «Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук»

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ).
Материалы журнала размещаются в научной электронной библиотеке на сайте **elibrary.ru** (договор № 676-11/2013 от 14/11/2013)

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС 77-33960 от 07.11.2008

ISBN 978-5-8469-0052-3



Editorial Board

G.A. Tavartkiladze (Otolaryngology, Co-Editor)
M.M. Ilkovich (Pulmonology, Co-Editor)
M.Yu. Boboshko (Audiology, Co-Editor)
A.E. Shakhnazarov (Managing Secretary)

Advisory Board

A.A. Blotsky	Blagoveschensk, Russia	H. Negm	Cairo, Egypt
O.N. Borisenko	Kiev, the Ukraine	M. Önerci	Ankara, Turkey
V.P. Bykova	Moscow, Russia	V. Oswal	Cleveland, Great Britain
A.V. Chervinskaya	Saint Petersburg, Russia	G.Z. Piskounov	Moscow, Russia
M. Jorissen	Leuven, Belgium	M. Profant	Bratislava, Slovakia
P. Catalano	New York, USA	Yu. Yu. Rusetski	Moscow, Russia
E. Kern	Rochester, USA	M.A. Ryabova	Saint Petersburg, Russia
I.M. Korol	Minsk, Belorussia	B. Schmelzer	Antwerp, Belgium
S.Ya. Kosyakov	Moscow, Russia	A.K. Shukuryan	Erevan, Armenia
V.S. Kozlov	Moscow, Russia	V.P. Sitnikov	Alm-Ata, Kazakhstan
V.N. Krasnozhen	Kazan, Russia	R.K. Toulebaev	Astana, Kazakhstan
Y. Krespi	New York, USA	V.I. Trofimov	Saint Petersburg, Russia
A.S. Lopatin	Moscow, Russia	D. Vicheva	Plovdiv, Bulgaria
M. Milkov	Varna, Bulgaria	S. Vlaminck	Brugge, Belgium
Ya. Nakatis	Saint Petersburg, Russia		

СИНОАЗАЛЬНАЯ ИНВЕРТИРОВАННАЯ ПАПИЛЛОМА: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.

Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Баранская С.В., Бибик П.Р.
ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. И.П.Павлова Минздрава РФ, 197022, Санкт-Петербург,
Российская Федерация.

Для корреспонденции:

Карпищенко Сергей Анатольевич, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
Минздрава РФ. E-mail: karpischenkos@mail.ru

SINONASAL INVERTED PAPILLOMA: LITERATURE REVIEW

Karpischenko S.A., Vereschagina O.E., Baranskaya S.V., Bibik P.R.
Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
197022, Saint-Petersburg, Russian Federation,

Синоназальная инвертированная папиллома: литературный обзор / С.А. Карпищенко, О.Е. Верещагина, С.В. Баранская и др. // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 4-16.
Karpischenko S.A., Vereschagina O.E., Baranskaya S.V., et al.: Sinonasal inverted papilloma: literature review. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 4-16.

Дата поступления статьи 13.06.17 / Дата публикации статьи .01.09.2017
13/06/17 Date received / Date of publication of the article .01.09.2017

Резюме.

Обзор литературы посвящён вопросам этиологии и патогенеза инвертированной папилломы (ИП) полости носа и околоносовых пазух, гистологической и патоморфологической характеристике ИП. Особое внимание уделено вопросам диагностики новообразования на современном этапе, рассмотрены вопросы стадирования ИП и подходы к хирургическому лечению.

Инвертированная папиллома (ИП) – относительно редкое доброкачественное новообразование слизистой оболочки респираторного тракта, представляющее интерес для практикующего оториноларинголога. В связи с особенностями клинического течения ИП: инвазия в подлежащие ткани, риск рецидива и малигнизации новообразования, неспецифичность симптомов, из-за чего ИП длительное время может быть не диагностирована, а качество жизни пациентов заметно снижено, необходимо широкое освещение этой проблемы в аспекте своевременной диагностики и адекватной тактики хирургического лечения.

Для диагностики ИП используют лучевые методы исследования, наиболее часто – КТ, реже – МРТ и ПЭТ, которые могут быть дополнены рентген-контрастными методиками для дифференцировки опухолевого процесса и мягкотканого воспалительного компонента окружающих тканей. Полученные данные используются для оценки распространённости процесса в полости носа, околоносовых пазухах и смежных с ними анатомических структурах, позволяют классифицировать ИП по стадиям, благодаря чему становится возможным определить границы применимости различных хирургических тактик для удаления ИП.

Не существует единой хирургической тактики лечения больных с ИП, поскольку хирургический доступ, объём резекции, и, следовательно, риск рецидива новообразования зависят от квалификации хирурга и оснащённости медицинского центра. В обзоре приведены подходы к классификации хирургических методов лечения ИП, отдельное внимание уделяется эндоскопическому хирургическому методу резекции как эффективному и современному методу лечения с низкой травматичностью и высокой эффективностью относительно отдалённых результатов лечения.

Ключевые слова: синоназальная инвертированная папиллома; стадирование инвертированной папилломы; хирургическое лечение инвертированной папилломы.

Summary.

The literature review is devoted to the etiology and pathogenesis of inverted papilloma (IP) of the nasal cavity and paranasal sinuses, histological and pathomorphological characteristics of the IP. Particular attention is paid to the diagnosis of neoplasm at the present stage, questions of staging of IP and approaches to surgical treatment are considered.

Inverted papilloma (IP) is a relatively rare benign neoplasm of the mucous membrane of the respiratory tract, which is of interest to a practicing otorhinolaryngologist. Due to the peculiarities of the clinical course of IP: invasion of the underlying tissues, the risk of recurrence and malignancy of the neoplasm, the non-specificity of the symptoms and therefore, the IP for a long time may not be diagnosed, and the patient's quality of life is markedly reduced, a broad coverage of this problem in the aspect of timely diagnosis and adequate tactics of surgical treatment.

To diagnose IP, ray methods are used, most often CT, and more rarely MRI and PET, which can be supplemented with X-ray contrast techniques for differentiating the tumor process and the soft tissue inflammatory component of surrounding tissues. The data obtained are used to assess the prevalence of the process in the nasal cavity, the paranasal sinuses and adjacent anatomical structures, which allow the classification of the IP by stages, so that it becomes possible to determine the limits of applicability of various surgical tactics for IP removal. There is no single surgical tactic for treating patients with IP, since surgical access, resection volume, and hence the risk of recurrence of the neoplasm depend on the surgeon's qualification and the equipment of the medical center. The review presents approaches to the classification of surgical methods for the treatment of IP, special attention is given to the endoscopic surgical resection method as an effective and modern treatment method with low traumatism and high efficacy relative to long-term treatment outcomes.

Key words: sinonasal inverted papilloma; staging of inverted papilloma; surgical treatment of inverted papilloma.

Сведения об авторах:

Карпищенко Сергей Анатольевич, д.м.н., профессор, зав. кафедрой оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова E-mail: karpischenkos@mail.ru

Верещагина Ольга Евгеньевна, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава РФ. E-mail: wereschagina@yandex.ru

Баранская Светлана Валерьевна, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава РФ. E-mail: sv-v-b@yandex.ru

Бибик Павел Родионович, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава РФ. Тел. E-mail: bibik.pavel@mail.ru

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ УДАЛЕНИЮ ЮНОШЕСКИХ АНГИОФИБРОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА. ТЕХНИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.

Нерсеян М.В., Капитанов Д.Н., Шелеско Е.В., Зинкевич Д.Н.

Оториноларингологическая группа

*Федеральное Государственное Автономное Учреждение «Национальный
Медицинский Исследовательский Центр Нейрохирургии имени академика
Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации,*

ФГАУ НМИЦН им. ак. Н.Н. Бурденко

4-я Тверская-Ямская улица, 16, Москва, Россия, 125047

Для корреспонденции:

Нерсеян Марина Владиславовна,

Тел.: +7(916)1327532,

e-mail: nermarina@yahoo.com

DIFFERENT MODALITIES TO ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF JUVENILE NASAL ANGIOFIBROMAS. THE TECHNIQUES OF ENDOSCOPIC SURGERIES.

Nersesyan Marina, Kapitanov Dmitry, Shelesko Elizaveta, Zinkevich Denis

Corresponding author Nersesyan Marina,

Doctor of Otorhinolaryngological Group of

Federal State Autonomous Institution

N.N. Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery

of Ministry of Health of the Russian Federation

e-mail: nermarina@yahoo.com

Тел.: +7(916)1327532

Дифференцированный подход к эндоскопическому удалению юношеских ангиофибром основания черепа. Техника эндоскопических операций / М.В. Нерсеян, Д.Н. Капитанов, Е.В. Шелеско и др. // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С.17-34.

Nersesyan M., Kapitanov D., Shelesko E., et al.: Different modalities to endoscopic management of juvenile nasal angiofibromas. The techniques of endoscopic surgeries. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 17-34.

Дата поступления статьи 07.08.17 / Дата публикации статьи .01.09.2017

07/08/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме

В настоящей статье представлен уникальный опыт Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко эндоскопическом удалении юношеской ангиофибромы основания черепа у 69 пациентов.

За последние 10 лет 133 пациента проходили хирургическое лечение в Институте, все мужского пола, в возрасте от 7 до 36 лет.

69 пациентов были прооперированы эндоскопически, 64 пациента, с гигантскими ЮАОЧ – комбинированным доступом с эндоскопической ассистенцией. Среди симптомов были затруднение носового дыхания, носовые кровотечения, деформация лица, нарушения зрения, продолженный рост опухоли.

Большинство пациентов до поступления в Институт уже проходили лечение: эмболизация, перевязка наружной сонной артерии (НСА), одна или более открытых операций, лучевое лечение и химиотерапия.

Эндоскопическая резекция ЮАОЧ является методом выбора даже у пациентов с рецидивом опухоли, так как этот метод является менее травматичным с лучшими хирургическими результатами. Кровотечение при реваскуляризации и рубцы при рецидивах существенно более выражены. Поэтому операции у таких больных гораздо более сложные, длятся дольше. В нашей серии было два осложнения: ранение ВСА и псевдоаневризма верхнечелюстной артерии.

Несмотря на это, предоперационная эмболизация и применение кровесберегающих методик позволяют существенно снизить операционную кровопотерю и риск применения донорской крови. В статье рассматриваются детали эндоскопических операций в зависимости от стадии ЮАОЧ и ее распространения в ключе радикального удаления и уменьшения риска операционных осложнений.

В заключение, ЮАОЧ разных стадий можно успешно лечить эндоскопически. Такие операции должны проводиться в специализированных центрах, где есть все необходимое оборудование и слаженная команда опытных эндоскопических ЛОР-хирургов, нейрохирургов, анестезиологов и трансфузиологов и эндоваскулярных нейрохирургов.

Ключевые слова: юношеская ангиофиброма основания черепа, стадии юношеских ангиофибром, классификация Snyderman, эндоскопическое удаление юношеской ангиофибромы, осложнение удаления ЮАОЧ, клиника юношеских ангиофибром

Abstract

This is a report of unique experience endoscopic management of 69 juvenile nasal angiofibroma (JNA) performed at the Burdenko Neurosurgery Institute.

Over the past 10 years 133 patients represent the population of our study. All were males, aged 7 - 36 y.o. (mean 16 y.o.).

69 patients with JNA were treated endoscopically; 64 patients with giant JNA were treated neurosurgically with endoscopic assistance. Their presenting symptoms were: nasal obstruction, bleeding, facial deformation, visual loss, and growing residual JNA.

Most of the patients had previous treatment: embolization; sutured ECA; 1 or more open surgeries; radiation and chemotherapy.

Endoscopic resection of JNA can be considering as a method of choice even in patients with recurrent JNA as it is less traumatic method of its treatment with a good surgical outcomes. Bleeding during the surgery due to revascularization and scarring is significantly higher, therefore the endoscopic surgery much more difficult and requiring a longer surgical time. We had two severe complications in this group: pseudoaneurism of maxillary artery and ICA injury.

However, preoperative JNA embolization, intraoperative blood saving methods, which need to be used for surgeries for the later stages of JNA; the surgical details are discussed in this paper due to a different stages and locations of JNA in order to avoid complications and be able to resect JNA completely.

Conclusion: JNA can be treated with endoscopic guidance, a “stand by” team including experienced endoscopic rhinologists, neurosurgeons; anaesthesiologists, transfusiologists and endovascular neurosurgeons should be available at “times of need”.

Key words: juvenile nasal angiofibroma, endoscopic management (removal) JNA, symptoms of JNA, complications of endoscopic surgery of JNA, Snyderman classification of JNA.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ХАЛИТОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ РАСТИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ И ФИЗИОТЕРАПИЕЙ

Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Малай О.П., Мильчакова А.С.
ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. ак. И.П.Павлова
197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург
Для корреспонденции: Лавренова Галина Владимировна, e-mail:
lavrenovagv@yandex.ru

WAYS OF CURING HALITOSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS USING HERBAL REMEDIES AND PHYSIOTHERAPY

Karpischenko S.A., Lavrenova G.V., Malay O.P., Milchakova A.S.
Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
197022, Russian Federation, Saint Petersburg
For correspondence: Lavrenova Galina, e-mail: *lavrenovagv@yandex.ru*

Возможности коррекции халитоза при хроническом тонзиллите растительными средствами и физиотерапией / С.А. Карпищенко, Г.В. Лавренова, О.П. Малай и др. // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 35-40.

Karpischenko S.A., Lavrenova G.V., Malay O.P., et al.: Ways of curing halitosis in patients with chronic tonsillitis using herbal remedies and physiotherapy. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 35-40.

Дата поступления статьи 16.06.17 / Дата публикации статьи 01.09.2017
16/06/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме: Хронический тонзиллит нередко сопровождается халитозом, который возникает в результате патологического роста анаэробных микроорганизмов, продуцирующих серосодержащие соединения и амины. Среди оториноларингологических причин халитоза первое место занимает хронический тонзиллит. Алгоритм действий врача-оториноларинголога при подозрении на наличие у пациента данной патологии сводится к следующим этапам: диагностика халитоза (осмотр ЛОР-органов, халитометрия и анкета-опросник), этиологическое лечение (общая и местная медикаментозная терапия), ультразвуковая терапия, фитотерапия, индивидуальная неспецифическая активация защитных сил организма. Под нашим наблюдением находилось 26 больных в возрасте от 20 до 56 лет с хроническим компенсированным тонзиллитом и халитозом. Большинство больных 23 (84%) обратились к врачу из-за неприятного запаха изо рта, который ощущался их близкими и ими самими. Для диагностики халитоза у всех больных использовалась халитометрия с помощью *Breathometer Mint* - компактного беспроводного устройства, синхронизируемого со смартфоном через *Bluetooth*. Все обследованные пациенты соглашались на длительный курс терапии, который включал механическое очищение небных миндалин (курс ультразвукового промывания лакун небных миндалин аппаратом *Тонзиллор-М*), медикаментозное лечение дезодорирующими средствами и оральными антисептиками на фоне приема растительных адаптогенов и эфирных масел. Предложенная схема показала свою эффективность у большинства больных.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, халитоз, халитометр, фито- и ароматотерапия, пробиотики, ультразвук, фонофорез.

Abstract: Halitosis is a condition that indicates the presence of infection in the oral cavity, respiratory and digestive systems. Halitosis occurs as a result of pathological growth of anaerobic microorganisms, which produce sulfur-containing compounds and amines. In ENT practice chronic tonsillitis is among the main causes of halitosis while tonsil stones are responsible for bad breath. Otolaryngological algorithm in this case includes: diagnosis of halitosis (examination of ENT organs, using

special device halimeter, providing a patient with a personal questionnaire), ethiological treatment (systemic and topical drug therapy), activation of non-specific defense immunity, psychological help, motivation to self-care and training of its basic methods. In our research we observed 26 patients aged 20 to 56 years with chronic compensated tonsillitis and halitosis. Most of the patients 23 (84%) confessed that bad breath was the main reason why they decided to seek medical care. To diagnosis halitosis in all patients we used halimeter Breathometer Mint - a compact wireless device which is synchronized with the smartphone via Bluetooth. Mint measures the volatile sulfur compounds (VSCs), produced by the anaerobic flora in the oral cavity (ppb). All patients examined had a moderate level of VSC's and fell in zones B and C, which corresponds to 92-156 ppb and 157-275 ppb of volatile sulfur compounds respectively. All patients consented to have a lingering treatment, which included several procedures of tonsil lavage (the course of ultrasonic washing of tonsil lacunas with Tonsillor-M device), deodorizing medicines and oral antiseptics plus plant adaptogens and essential oils. This scheme proved to be effective in most of the patients with chronic tonsillitis and halitosis

Key words: chronic tonsillitis, halitosis, halimeter, phyto-and aromatherapy, probiotics, ultrasound, phonophoresis.

Сведения об авторах:

Карпищенко Сергей Анатольевич, д.м.н, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова, e-mail: Karpischenkos@mail.ru

Лавренова Галина Владимировна, д.м.н, профессор, врач-оториноларинголог ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова, e-mail: lavrenovagv@yandex.ru

Мильчакова Анастасия Сергеевна, интерн кафедры оториноларингологии ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова, e-mail: anastasia.milchakova@gmail.com

Малай Ольга Петровна, врач-оториноларинголог ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГНОЙНЫМИ МЕЗОТИМПАНИТАМИ

Федосеев В.И., Милешина Н.А., Курбатова Е.В., Бондаренко Е.С.
ФГБУН «РНПЦА и С ФМБА России»
117513, Российская Федерация, г. Москва
Для корреспонденции: Курбатова Елена Владимировна,
e-mail: elenakurbatova2007@rambler.ru

SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH CHRONIC SUPPURATIVE MESOTYMPANITIS

Fedoseev V.I., Mileshina N.A., Kurbatova E.V., Bondarenko E.S.
National Research Centre For Audiology and Hearing Rehabilitation
117513, Russian Federation, Moscow
For correspondence: Kurbatova Elena, e-mail: elenakurbatova2007@rambler.ru

Хирургическое лечение детей с хроническими гнойными мезотимпанитами / В.И. Федосеев, Н.А. Милешина, Е.В. Курбатова и др. // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 41-49.

Fedoseev V.I., Mileshina N.A., Kurbatova E.V., et al.: Surgical treatment of children with chronic suppurative mesotympanitis. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 41-49.

Дата поступления статьи 18.07.17 / Дата публикации статьи 01.09.2017
18/07/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме

Целью настоящей работы явилось повышение эффективности хирургического лечения детей с хроническим мезотимпанитом.

Под наблюдением находились 33 ребёнка (35 ушей) с хроническим гнойным мезотимпанитом, которым было проведено хирургическое лечение в период 2015-2016 гг. У всех пациентов была центральная перфорация в натянутой части барабанной перепонки и отсутствовали эпизоды гноетечения в течение 6 и более месяцев до операции.

Дополнительно было проведено аудиологическое исследование, КТ височных костей, эндоскопия полости носа и носоглотки.

Во время операции была оценена сохранность и подвижность цепи слуховых косточек. В 28 из 29 наблюдений потребовалось рассечение рубцов, в 5 случаях - оссикулопластика. Этим пациентам в 4 случаях была выполнена мирингопластика, в 25 – тимпанопластика I типа, в 4 – тимпанопластика II типа, в 1 – тимпанопластика III типа и в 1 случае - консервативно-радикальная операция.

Выводы

1. Острый гнойный средний отит чаще 3 раз в год, травма барабанной перепонки, экссудативный средний отит являются факторами риска развития хронического мезотимпанита у детей.

2. Для детей с хроническим мезотимпанитом характерна кондуктивная тугоухость I-II степени. На характер и степень снижения слуха влияет сохранность цепи слуховых косточек и размер перфорации. Нарушение целостности цепи слуховых косточек чаще обнаруживается у пациентов с длительностью мезотимпанита более 3-х лет.

3. Тимпанопластика является наиболее частым типом вмешательства при хирургическом лечении детей с хроническим мезотимпанитом.

4. Хронический мезотимпанит у детей может сопровождаться развитием холестеатомы.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит; перфорация барабанной перепонки; дети; тугоухость.

Unrelenting number of the patients with chronic suppurative otitis media (CSOM) identified the aim of present investigation – to increase the efficiency of surgical treatment of CSOM.

The authors followed-up 33 children with CSOM after different surgeries performed during 2015/16. All patients had the perforation in pars tensa of tympanic membrane, dry ear during 6 months or longer. Audiological, CT and endoscopic testing were performed additionally.

The mobility of the ossicular chain was evaluated during the surgery. In 28 of 29 cases the scars were cut, in 4 patients the myringoplasty was performed, in 25 - tympanoplasty, in 5 - ossiculoplasty were performed and 1 - wall-down ear surgery was done.

Conclusion

The OMO more than 3 times per year, tympanic membrane trauma, OME can be risk factors of CSOM. Children with CSOM have conductive moderate-to-severe hearing loss, which depends on conditions of the ossicular chain, size of the perforation and the duration of illness. More often the type I tympanoplasty was needed. Sometimes the CSOM with central perforation can be followed by the development of cholesteatoma.

Key words: the chronic suppurative otitis media; children; the perforation of the tympanic membrane; the hearing loss.

Авторы статьи:

Федосеев Владимир Игоревич, доктор медицинских наук, заместитель директора

Милешина Нейля Адельшиновна, доктор медицинских наук, руководитель отделения профилактики и коррекции нарушений слуха

Курбатова Елена Владимировна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник

Бондаренко Евгения Сергеевна, младший научный сотрудник

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ

Карпищенко С.А., Станчева О.А., Суворкина А.Д.
ГБОУ ВПО ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова
197022, Российская Федерация, Санкт-Петербург,
Для корреспонденции: Карпищенко Сергей Анатольевич, ГБОУ ВПО ПСПб
ГМУ им. акад. И.П. Павлова. e-mail: karpischenkos@mail.ru

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ISOLATED FUNGAL SPHENOID SINUSITIS

Karpischenko S.A. Stancheva O.A. Suvorkina A.D.
Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
197022 Russian Federation, Saint-Petersburg.
For correspondence: Karpischenko S., e-mail: karpischenkos@mail.ru

Карпищенко, С.А. Особенности диагностики и лечения изолированных грибковых поражений клиновидной пазухи / С.А. Карпищенко, О.А. Станчева, А.Д. Суворкина // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 50-57.

Karpischenko S.A. Stancheva O.A., and Suvorkina A.D.: Features of diagnosis and treatment of isolated fungal sphenoid sinusitis. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 50-57.

Дата поступления статьи 16.07.17/ Дата публикации статьи 01.09.2017
16/07/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме

Изолированный грибковый сфеноидит является редкой патологией. Среди возбудителей наиболее часто встречаются грибы рода *Aspergillus*, *penicillum*, *candida*. В современной классификации грибковых синуситов выделяют инвазивные (острая и хроническая) и неинвазивные (грибковое тело и аллергический грибковый синусит) формы. Наиболее часто заболевание поражает пожилых женщин, причем инвазивные формы наблюдаются преимущественно у больных с иммуносупрессией, в то время как неинвазивные формы обычно встречаются у пациентов с нормальным иммунным статусом. Для грибкового сфеноидита присущи неспецифические симптомы и весьма стертая клиническая картина. Самым распространенным симптомом является головная боль. Также встречаются назальные симптомы, нарушения зрения и глазодвигательной функции. Для верификации диагноза применяется компьютерная томография, магниторезонансная томография и гистологическое исследование удаленного материала. При фульминантной инвазивной форме летальность составляет 85-100%, несмотря на оперативное лечение и различные схемы системной антимикотической терапии. Неинвазивная форма рассматривается как доброкачественно протекающее заболевание, которое редко рецидивирует при полной хирургической санации пораженной пазухи. Эндоскопический трансназальный доступ является методом выбора. В статье представлен случай пациента 40 лет с длительным анамнезом головных болей. В последние два месяца появилось прогрессирующее снижение зрения на правый глаз. По данным МРТ и КТ был поставлен диагноз грибкового тела клиновидной пазухи. Интраоперационно обнаружены: полипозно-измененная ткань, грибковый шар и густое мукозное отделяемое. Пациент получал системную антибактериальную терапию. Результаты гистологического исследования показали наличие *Aspergillus flavus*. В течение последующего месяца зрительная функция была восстановлена, явления цефалгии купировались.

Ключевые слова: грибковый синусит, изолированный сфеноидит, аспергиллез, грибковый шар

Summary

Isolated fungal sphenoid sinusitis is a rare pathology. *Aspergillus*, *penicillum*, *candida* are the most common pathogens agents of the mycosis of the paranasal sinuses. The modern classification of fungal sinusitis includes the invasive (the acute one and the chronic one) and the noninvasive (the fungus

ball and the allergic fungal sinusitis) types. Most frequently older women are affected. The invasive forms are usually found in immunocompromised patients, unlike the noninvasive forms affects immunocompetent people. The fungal sphenoiditis usually manifest with nonspecific symptoms and unclear clinical course. The most frequent symptom is headache. Nasal symptoms, visual loss and oculomotor disfunction also take place. CT, MRI and histological study are used for verification of the diagnosis. In the fulminant invasive form mortality is about 85-100% despite the surgical treatment and the systemic antimycotic therapy. The noninvasive forms are considered as the benign forms. They are heal completely with the help of surgical removal and recur rarely. The transnasal endoscopic approach is considered like the method of choice. In this article the clinical case of the 40-years old man with the prolonged anamnesis of headaches is presented. During the last two month the visual lesion has been in progress. The diagnosis of the fungus ball of the sphenoid sinus was determined with the help of CT and MRI. During the operation nasal polyps, fungal ball and some mucosal discharge was founded. The patient was treated with systemic antibiotic therapy. The histological study showed that the causative agent was *Aspergillus flavus*. The month after operation there were no headaches and visual lesion left.

Keywords: fungal sinusitis, isolated sphenoid sinusitis (ISSD), aspergillosis, fungal ball.

Сведения об авторах:

Карпищенко Сергей Анатольевич, д.м.н., профессор, зав. кафедрой оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, e-mail: karpischenkos@mail.ru

Станчева Ольга Андреевна, ординатор кафедры оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, e-mail: olga.stancheva@yandex.ru

Суворкина Анна Дмитриевна, студентка лечебного факультета ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, E-mail: Anna_suv_94@mail.ru

ОБЪЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ В ПРАКТИКЕ ОТОХИРУРГА

д.м.н., проф. С.Я. Косяков, Ю.В. Минавнина
Кафедра оториноларингологии (зав. – д.м.н., профессор С.Я. Косяков)
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия, 125993
Для корреспонденции: Минавнина Юлия Владимировна,
e-mail: MinavninaJV@yandex.ru

AN OBJECTIVE TOOL IN THE OTOSURGEON'S PRACTICE.

S.Ia. Kosyakov, J.V. Minavnina
FSBEI FPE Russian Medical Academy of Continuous Professional Education
125993, Russian Federation, Moscow
For correspondence: Julia Minavnina, e-mail: MinavninaJV@yandex.ru

Косяков, С.Я. Объективный инструмент в практике отоларинголога / С.Я. Косяков, Ю.В. Минавнина // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 58-64.

Kosyakov S.Ia., and Minavnina J.V.: An objective tool in the otosurgeon's practice. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 58-64.

Дата поступления статьи 12.05.17/ Дата публикации статьи 01.09.2017
12/05/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме.

Введение. Хронический средний отит (ХСО) – заболевание широко распространенное, поражающее до 2% населения. На сегодняшний день методом выбора при ХСО является оперативное вмешательство. В литературе сообщается, что основной целью хирургии при ХСО является прекращение развития заболевания, устранение его последствий и, при возможности, восстановление слуха пациента. Отсутствие единого и понятного инструмента для стандартизации результатов не позволяет получить полную картину и оценить преимущества разных хирургических техник, а также ставит вопрос о более тщательном отборе пациентов для конкретного вида лечения, так как зачастую, безусловно выполненная хирургия не обеспечивает соответствующее улучшение качества жизни у пациента. Связующим элементом между надеждами пациента и возможностями хирурга в последнее время становятся опросники по качеству жизни, связанному со здоровьем.

Материалы и методы: В исследование вошли 180 человек, представляющих популяцию взрослых с диагнозом хронический средний отит. Основная группа – 140 пациентов была прооперирована с использованием опросника COMQ-12 и группа сравнения – 40 пациентов с оперированным ХСО, без учета показателя качества жизни. Все данные были проанализированы с помощью программы Statistica и GNUR (версии 10.0.1011.6, StatSoft, Inc, 2011, Tulsa, Oklahoma, USA).

Результаты: Определены закономерности работы опросника и значимые корреляции с объективными исследованиями больного. Мы вычислили достоверность разницы результатов опросника COMQ-12 до и через 3 месяца и 1 год после операции по всем вопросам.

Выводы: Опросник COMQ-12 применим для русской популяции и является дееспособным, объективным инструментом для оценки качества жизни пациента и прогнозирования исходов оперативного лечения.

Ключевые слова: хронический средний отит; качество жизни; хронические заболевания; опрос и анкетирование; международный опросник.

Abstract.

Introduction. Chronic otitis media (COM) is a widespread disease that affects up to 2% of the population. Today the main method of treatment for COM is surgical intervention. The literature reports

that the main goal of the surgery for COM is to stop the development of the disease, to eliminate the consequences and, if possible, to restore the patient's hearing. The lack of a unified and intuitive tool for standardization of results does not allow to obtain a complete picture and to assess the advantages of different surgical techniques. There is also the problem of more careful selection of patients for specific treatment, as often, perfectly executed surgery does not provide a corresponding improvement in the quality of life of the patient. A connecting element between the expectations of the patient and the surgeon's capabilities has recently developed the use of the health-related quality of life questionnaires.

Materials and methods: the study included 180 patients with COM. The main group of 140 patients were operated using the questionnaire COMQ-12 and the comparison group – 40 patients were operated without regard to the quality of life. All data were analyzed using Statistica and GNU R (version 10.0.1011.6, StatSoft, Inc, 2011, Tulsa, Oklahoma, USA).

Results: We determined the patterns of work for COMQ-12 and significant correlations with objective data of the patient. We calculated the accuracy difference of the results for the questionnaire COMQ-12 before and after 3 months and 1 year after surgery for all issues.

Conclusions: The Questionnaire COMQ-12 is applicable to the Russian population and it is a viable objective tool for assessing the quality of life in patients with COM and predicting the outcomes of surgical treatment.

Keywords: chronic otitis media; quality of life; questionnaire; chronic disease; surveys and questionnaires; translations

Сведения об авторах:

Косяков Сергей Яковлевич - профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой оториноларингологии РМАПО, e-mail: Serkosykov@yandex.ru
Адрес: г. Москва, 109028, Подколокольный пер, д.16/2, кв. 46
Тел: 89166808883

Минавнина Юлия Владимировна - тарший лаборант кафедры оториноларингологии РМАПО, e-mail: MinavninaJV@yandex.ru
Адрес: г. Москва, 125310, Пятницкое ш, д. 41, кв. 319
Тел: 89168279638

К ВОПРОСУ О ПОКАЗАНИЯХ К ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Рябова М.А., Пособило Е.Е., Агрба А.И., Шамкина П.А.
Кафедра оториноларингологии с клиникой ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия, ул. Льва Толстого 6-8, 197022.
Для корреспонденции: Пособило Екатерина Евгеньевна, e-mail: posobilo@mail.ru

QUESTION ABOUT THE INDICATIONS TO TONSILLECTOMY

Ryabova M.A., Posobilo E.E., Agrba A.I., Shamkina P.A.
First Pavlov State Medical University of Saint Petersburg, Department of Otorhinolaryngology, St. Petersburg, Russia, Lev Tolstoy st. 6-8, 197022.
For correspondence: Posobilo Ekaterina, e-mail: posobilo@mail.ru

К вопросу о показаниях к тонзиллэктомии / М.А. Рябова, Е.Е. Пособило, А.И. Агрба и др. // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 65-72.

Ryabova M.A., Posobilo E.E., Agrba A.I., et al.: Question about the indications to tonsillectomy. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 65-72.

Дата поступления статьи 01.06.17 / Дата публикации статьи 01.09.2017
01/06/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме

В представленной работе проанализированы показания к плановой двусторонней тонзиллэктомии у пациентов с хроническим тонзиллитом. Целью исследования являлся анализ показаний к проведению плановой тонзиллэктомии у пациентов с хроническим тонзиллитом в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова. В исследование были включены пациенты, которым была выполнена плановая двусторонняя тонзиллэктомия за период с 01 января 2015 года по 31 декабря 2015 года в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Основным методом исследования являлся ретроспективный анализ историй болезни пациентов, которым была выполнена плановая двусторонняя тонзиллэктомия за указанный период. На основании анализа 87 историй болезни было установлено, что в 40% случаев плановая тонзиллэктомия была рекомендована после 2-х неэффективных курсов консервативного лечения, что соответствует рекомендациям, используемой в нашей стране, в 58% случаев плановая тонзиллэктомия проводилась после 5-7 неэффективных курсов консервативной терапии. У 24% исследуемой группы плановая тонзиллэктомия выполнялась уже после развития различных метатонзиллярных осложнений, что говорит о несвоевременном принятии решения о выполнении тонзиллэктомии. Основную часть больных, которым проводилась плановая тонзиллэктомия составили пациенты с хроническим тонзиллитом, меньшую часть - пациенты с гипертрофией небных миндалин и синдромом обструктивного сонного апноэ, что соответствует данным мировой литературы. При анализе 87 историй болезни было установлено, что имеется рост больных хроническим тонзиллитом, которые самостоятельно обращаются в хирургические стационары для проведения плановой тонзиллэктомии после многочисленных неэффективных консервативных курсов лечения. Данный фактор может свидетельствовать об отсутствии соблюдения имеющихся рекомендаций по направлению пациентов на плановую тонзиллэктомию у врачей амбулаторного звена. Развитие метатонзиллярных осложнений в большинстве случаев является результатом несвоевременного направления больных на плановую тонзиллэктомию.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, тонзиллэктомия.

Abstract

In the present study were analyzed the indications for planned bilateral tonsillectomy in patients with chronic tonsillitis. The aim of the study was to analyze indications for planned tonsillectomy in

patients with chronic tonsillitis in the Clinic of Otorhinolaryngology of the First Pavlov State Medical University of Saint Petersburg. The study included patients who underwent planned bilateral tonsillectomy for the period from January 1, 2015 to December 31, 2015 in the Clinic of Otorhinolaryngology of the First Pavlov State Medical University of Saint Petersburg. The main method of the study was a retrospective analysis of patients' histories who underwent planned bilateral tonsillectomy for the indicated period. Based on the analysis of 87 case histories, it was found that in 40% of cases planned tonsillectomy was recommended after 2 ineffective courses of conservative treatment, which corresponds to the recommendations used in our country, in 58% of cases scheduled tonsillectomy was performed after 5-7 ineffective courses of conservative therapy. In 24% of the study group tonsillectomy was performed after the development of various metatonsillar complications, which indicates the untimely decision-making on the performance of tonsillectomy. The majority of patients who underwent planned tonsillectomy were patients with chronic tonsillitis, the smaller part - patients with hypertrophy of palatine tonsils and obstructive sleep apnea syndrome, which corresponds to the data of world literature. In the analysis of 87 case histories, it was found that there is an increase in patients with chronic tonsillitis who independently go to surgical hospitals for routine tonsillectomy after numerous ineffective conservative courses of treatment. This factor may indicate that there is no observance of the available guidelines for referring patients to planned tonsillectomy in outpatient physicians. The development of metatonsillar complications in most cases is the result of untimely referral of patients to planned tonsillectomy.

Key words: chronic tonsillitis; tonsillectomy.

Сведения об авторах:

Рябова Марина Андреевна, д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, e-mail: marinaryabova@mail.ru

Пособило Екатерина Евгеньевна, аспирант кафедры оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, e-mail: posobilo@mail.ru

Агрба Анри Игоревич – клинический ординатор кафедры оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, e-mail: a_agrba@bk.ru

Шамкина Полина Александровна – студентка VI курса лечебного факультета ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, e-mail: posha_sun@mail.ru

ВЫЧИСЛИТЕЛЬНАЯ АЭРОДИНАМИКА ПОЛОСТИ НОСА И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Красножен В.Н.¹, Щербаков Д.А.², Саушин И.И.³, Гарскова Ю.А.¹,
Хукуматшоев А.И.¹

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 420012, Казань, Россия

²ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, 117152, Москва, Россия

³Научный центр РАН, 420011, Казань, Россия

Для корреспонденции: Щербаков Дмитрий Александрович, e-mail: dmst@bk.ru.

COMPUTATIONAL AERODYNAMICS OF THE NASAL CAVITY AND THE MAXILLARY SINUS

Krasnozov V.N.¹, Shcherbakov D.A.², Saushin I.I.³, Garskova Ju.A.¹,
Hukumatshoev A.I.¹

¹ Russian Medical Academy of Postgraduate Education, 420012, Kazan, Russia

² Research and Clinical Otorhinolaryngology Institute named after L.I. Sverzhevskiy 117152, Moscow, Russia

³ Science center of the Russian science academy, 420011, Kazan, Russia

For correspondence: Shcherbakov Dmitrii Aleksandrovich, e-mail: dmst@bk.ru.

Вычислительная аэродинамика полости носа и верхнечелюстной пазухи / В.Н. Красножен, Д.А. Щербаков, И.И. Саушин и др. // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 73-79.

Krasnozov V.N., Shcherbakov D.A., Saushin I.I., et al.: Computational aerodynamics of the nasal cavity and the maxillary sinus. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 73-79.

Дата поступления статьи 16.06.17 / Дата публикации статьи 01.09.2017

16/06/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме

Лечение пациентов с патологией верхнечелюстной пазухи (ВЧП) занимает ведущее место в практике оториноларингологов. Компьютерное моделирование позволяет воспроизводить некоторые физиологические и патологические процессы, протекающие в организме человека и приблизиться к их пониманию. В статье приведены результаты компьютерного моделирования воздушных потоков, возникающих в полости носа при дыхании. На втором этапе исследования изучались CFD-модели анатомо-функциональной недостаточности крючковидного отростка у пациентов вне обострения хронического риносинусита.

На третьем этапе созданы три компьютерные модели основных хирургических вмешательств на структурах среднего носового хода – функциональная эндоскопическая риносинусохирургия – ФЭРС (медиализация средней носовой раковины на 2 мм, удаление крючковидного отростка, расширение естественного соустья ВЧП до 1 см в диаметре), баллонная синусопластика (расширение естественного соустья до 5 мм, расширение полулунной щели до 7 мм) и предложенная авторами мобилизация крючковидного отростка – МКО (медиализации средней носовой раковины на 2 мм и медиализации крючковидного отростка на 1,5 мм). Установлено отсутствие массообмена между полостью носа и исследуемой ВЧП в норме. После моделирования ФЭРС, скорость потоков, возникающих в среднем носовом ходе составляла $0,08 \pm 0,02$ м/с, в некоторых моделях пиковая скорость воздушного потока в указанном регионе составляла около 1,0 м/с. В случае моделирования ФЭРС массообмен между ВЧП и полостью носа, в норме равный нулю, составил до 36,7 мл/с, тогда как моделирование баллонной синусопластики привело к появлению массообмена между приведенными структурами до 7,8 мл/с. Цифровое

моделирование воздушных потоков, возникающих при дыхании между ВЧП и полостью носа показало отсутствие изменений в скоростях и отсутствие массообмена между указанными полостями после медиализации крючковидного отростка предложенным нами способом.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, баллонная синусопластика, мобилизация крючковидного отростка, функциональная эндоскопическая риносинусохирургия

Abstract

Treatment of patients with pathology of the maxillary sinus is a leader in the practice of otolaryngologists. Computer modeling allows you to play some physiologic and pathological processes in the human body and get closer to their understanding. The results of computer simulation of air flow occurring in the nasal cavity during breathing. In the second stage of the study, CFD models of the anatomical and functional insufficiency of the uncinatе process were studied in patients without exacerbation of chronic rhinosinusitis.

At the third stage, three computer models of the basic surgical interventions on the structures of the middle nasal passage were created: functional endoscopic sinus surgery (medialisation of the medial nasal concha by 2 mm, removal of the uncinatе process, expansion of the natural maxillary sinus ostia up to 1 cm in diameter), balloon sinusoplasty (expansion of the natural maxillary sinus ostia up to 5 mm, expansion of the hiatus semilunaris up to 7 mm) and the mobilization of the uncinatе process (medialisation of the medial nasal concha of 2 mm and medialization of the uncinatе process of 1.5 mm). The absence of mass transfer between the nasal cavity and investigated maxillary sinus. After modeling of the FESS, the velocity of the streams occurring in the average nasal course was 0.08 ± 0.02 m / s, in some models the peak airflow velocity in this region was about 1.0 m / s. In the case of the FESS model, the mass exchange between the maxillary sinus and the nasal cavity, normally zero, amounted to 36.7 ml / s, while the simulation of balloon sinusoplasty resulted in mass transfer between the reduced structures up to 7.8 ml / s. Digital modeling of air currents arising during breathing between the maxillary sinus and the nasal cavity showed no changes in the rates and the absence of a mass change between these cavities after the medialisation of the uncinatе process by the method proposed by us.

Keywords: maxillary sinus, balloon sinusoplasty, mobilization of the uncinatе process, functional endoscopic sinus surgery

БЕСКАНЮЛЬНАЯ ТРАХЕОСТОМИЯ ВЗАМЕН КАНЮЛЬНОЙ

Г.А. Фейгин¹, В.Г. Шевчук¹, Д.А. Мактыбаева², А.М. Орозалиева²

¹Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина,
720040, г. Бишкек, Кыргызская Республика

²Международная высшая школа медицины, 720054, г. Бишкек, Кыргызская
Республика

Для корреспонденции: Мактыбаева Дамира Анарбековна,
e-mail: niyazalieva @yandex.ru

CANNULA LESS TRACHEOSTOMY INSTEAD OF CANNULA

Feigin G.A.¹, Shevchuk V.G.¹, Maktybaeva D.A.², Orozalieva A.M.²

¹Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin,
720040, Bishkek, Kyrgyz Republic

²International School of Medicine, 720054, Bishkek, Kyrgyz Republic

For correspondence: Maktybaeva Damira, e-mail: niyazalieva @yandex.ru

Бесканюльная трахеостомия взамен канюльной / Г.А. Фейгин, В.Г. Шевчук, Д.А. Мактыбаева и др. // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 80-88.

Feigin G.A., Shevchuk V.G., Maktybaeva D.A., et al.: Cannula less tracheostomy instead of cannula. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 80-88.

Дата поступления статьи 22.06.17 / Дата публикации статьи 01.09.2017
22/06/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме: В статье показаны преимущества формирования бесканюльной трахеостомы взамен канюльной. Это обусловлено отсутствием раневого кожнотрахеального канала и инородного тела – трахеостомической трубки. Эти особенности названного канала провоцируют в нем развитие воспалительного процесса появлением на его стенках фибриновых налетов, гнойного экссудата и грануляций, а в окружающих тканях воспалительного инфильтрата, удлиняющего его протяженность. Экссудат проникает в трахею, что наряду с раздражением рефлексогенных зон трахеоканюлей приводит к развитию трахеобронхита и тяжелых приступов кашля. Несмотря на отмеченное, предложенная операция не нашла должного внедрения в практику, что связано с дополнительной сложностью и большей затратой времени при ее выполнении. Поэтому появилось желание представить методические основы ее выполнения, в том числе с преодолением трудностей, связанных с особенностями строения шеи, наличием на ней объемных образований, патологических изменений, связанных с выполненной в прошлом канюльной трахеостомией. Их устранение преследует цель сформировать трахеостому, которая зияет и не закрывается из-за пологих карев. Чтобы они были таковыми необходимо удалить избыток тканей из яремной ямки, удалить объемное образование, иссечь инфильтрат, окружающий трахеостому при выполнении ретрахеостомии и рубцовые ткани после в прошлом трахеостомии и при необходимости мобилизовать трахею из грудной клетки. При трахеомалации необходимо произвести циркулярную резекцию части трахеи, сшить её по бокам и сзади с противоположным отделом трахеи или с гортанью, которые будут удерживать края трахеостомы и сохранять её просвет. При ригидности её стенок, необходимо удалить рубцовую ткань с наружной стороны до появления эластичности стенок трахеи и после этого формировать её. Бесканюльная трахеостома значительно облегчает состояние больных и выполнение процедур по уходу и лечению. В ней не определяются признаки воспаления трахеобронхита в респираторном тракте и сохраняется мукоцилиарный клиренс. Удаление и вставление T-образной силиконовой трубки, используемой для дилатации и удержания просвета трахеи при её рубцовой деформации отличается простотой и легкостью. Она позволяет осуществлять кормление больных после надскладочной резекции с первых дней после операции в положении Тренделенбурга и способствует восстановлению разделительной функции.

Ключевые слова: канюльная трахеостома, бесканюльная трахеостома, трахеостомическая трубка, кожнотрахеальный канал, трудности выполнения трахеостомии.

Summary: The article shows the advantages of forming a cannula less tracheostomy instead of a cannula tracheostomy. This is due to the absence of a wounded skin and tracheal canal and a foreign body - tracheostomy tube. These features of the named channel provokes in it the development of the inflammatory process by the appearance on its walls of fibrinous deposits, purulent exudate and granulation, and in the surrounding tissues of the inflammatory infiltrate, extending its length. Exudate penetrates to the trachea, which along with irritation of the reflexogenic zones of the tracheocannula leads to the development of tracheobronchitis and severe attacks of cough. Despite mentioned, the proposed operation did not find proper implementation in practice, which is associated with additional complexity and more time consuming in its implementation. Therefore, there was a desire to present the methodological basis for its implementation, including the overcoming of difficulties associated with the peculiarities of the structure of the neck, the presence of voluminous formations on it, pathological changes associated with the past cannula tracheostomy. Their elimination aimed at forming a tracheostoma, which gapes and does not close because of flat cares. That they were such it is necessary to remove excess tissue from the jugular fossa, to remove the volume formation, to excise the infiltrate surrounding the tracheostomy while performing retraheostomy and scar tissue after past tracheostomy and if necessary, to mobilize the trachea from the chest. At tracheomalacia, it is necessary to make a circular resection of the part of the trachea, sew it on the sides and behind with the opposite part of the trachea or with the larynx, which will hold the edges of the tracheostomy and keep its lumen. With the rigidity of its walls, it is necessary to remove scar tissue from the outside before the appearance of elasticity of the tracheal wall and then form it. The cannula less tracheostoma greatly facilitates the condition of patients and the implementation of procedures for care and treatment. There are no signs of inflammation of the tracheobronchitis in the respiratory tract and mucociliary clearance is maintained. Removal and insertion of the T-shaped silicone tube used to dilate and retain the lumen of the trachea with its scar deformation is simple and easy. It allows feeding the patients after the underlining resection from the first days after the operation in the Trendelenburg position and contributes to the restoration of the separation function.

Keywords: *cannula tracheostomy, cannula less tracheostomy, tracheostomy tube, skin-tracheal canal, difficulties in tracheostomy*

Сведения об авторах:

Фейгин Георгий Аронович (Fejgin Georgij) – профессор кафедры офтальмологии-оториноларингологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина. Кыргызская Республика, 720040, г.Бишкек, ул. Тоголок Молдо 1, тел. +996 702 156244, goricfejgin1929@gmail.com

Шевчук Вадим Германович (Shevchuk Vadim) – к.м.н., врач высшей категории, отделение ЛОР – хирургия голова-шея. Кыргызская Республика, 720040, г.Бишкек, ул. Тоголок Молдо 1, тел. +996 555 949270

Мактыбаева Дамира Анарбековна (Maktybaeva Damira) - ассистент кафедры специальных клинических дисциплин Международной высшей школы медицины. Кыргызская Республика, 720054, г.Бишкек, ул. Интергельпо, д. 1Ф, тел. +996 555 379 379, +996 312 644402, niyazalieva@yandex.ru

Орозалиева Альфиза Молдокматовна (Orozalieva Alfiza) – к.м.н., ассистент кафедры специальных клинических дисциплин Международной высшей школы медицины. Кыргызская Республика, 720054, г.Бишкек, ул. Интергельпо, д. 1Ф, тел. +996 551 666 687, +996 312 644402, alfizaorozalieva@mail.ru

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ОКОЛОУШНОГО СВИЩА.

Сопко О.Н., Попова Е.Н.

Кафедра оториноларингологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, ул. Льва Толстого 6-8, 197022

Для корреспонденции: Попова Екатерина Николаевна, popova_en91@mail.ru

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL EAR FISTULA.

Sopko O. N., Popova E. N.

*First Pavlov State Medical University of Saint-Petersburg,
St.-Petersburg, Lev Tolstoy st. 6-8, 197022*

For correspondence: Popova Ekaterina, popova_en91@mail.ru

Сопко, О.Н. Опыт оперативного лечения врожденного околоушного свища / О.Н. Сопко, Е.Н. Попова // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 89-94.
Sopko O. N., and Popova E. N.: Experience of surgical treatment of congenital ear fistula. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 89-94.

Дата поступления статьи 01.08.17/ Дата публикации статьи 01.09.2017
01/08/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме.

В статье представлен клинический случай врожденного околоушного свища и наш опыт его оперативного лечения. Врожденные аномалии развития ушной раковины встречаются довольно редко и рассматриваются как результат либо задержки роста, либо ее усиленного роста. Большинство аномалий, наиболее тяжелых как в косметическом, так и в отношении трудности их устранения, относится к аномалиям развития на почве задержки роста. К ним относят врожденную ушную фистулу, врожденное расщепление ушной мочки, микроотию и полное отсутствие ушной раковины. Ушной свищ (fistula auris congenital) представляет собой самый легкий вариант из вышеописанных и характеризуется наличием небольшого отверстия с узким и коротким каналом. Чаще всего канал кончается слепо, редко соединяется с наружным слуховым проходом и барабанной полостью, еще реже с носоглоткой, выстлан эпидермисом и располагается обычно впереди helix ascendens или tragus, реже на antitragus, crus helicis или на мочке. Образуется в результате нарушения развития эмбриональных зачатков первой жаберной дуги. В рамках диагностики проводятся пальпация с надавливанием на область свища и осмотром отделяемого из свищевого хода, зондирование свища для определения его глубины. Помимо этого, может потребоваться рентгенофистулография, которая направлена на выявление точного месторасположения свищевого хода. Лечение данной патологии только оперативное, причем операцию необходимо выполнять в холодный период.

Ключевые слова: врожденный околоушный свищ, оперативное лечение, аномалии развития ушной раковины.

Abstract

This article presents a clinical case of congenital ear fistula and our experience of surgical treatment. Congenital malformations of the auricle are rare and are seen as the result of either delay growth or enhanced growth. Most anomalies, the most severe in cosmetics and in the difficulty of their elimination, refers to anomalies on the ground of delay of growth. These include congenital auricular fistula, a congenital splitting of the earlobes, microtia and the complete absence of the auricle of the Ear fistula (fistula auris congenital) is the easiest option described above and characterized by the presence of small holes with a narrow and short channel. Often canal ends blindly, rarely connects with the outer ear canal and the tympanic cavity, even less with the nasopharynx, is lined with epidermis and is usually

ahead of tragus or helix ascendens, at least on the antitragus, crus helices, or on the lobe. Formed as a result of abnormalities in the development of the embryonic rudiments of the first Gill arch. The diagnostics are conducted palpation with pressure on the area of the fistula and inspection discharge from the fistulous, probing the fistula to determine its depth. In addition, you may need to rentgenofistulography, which aims to identify the exact location of the fistulous. The treatment of this pathology only operative and the operation must be performed in the cold period.

Keywords: congenital ear fistula, surgical treatment, congenital malformation of the ear.

Сведения об авторах:

Сопко Ольга Николаевна, к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, e-mail: sopko@yandex.ru

Попова Екатерина Николаевна, клинический ординатор кафедры оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, e-mail: popova_en91@mail.ru

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОХРАНЕНИЯ КРЮЧКОВИДНОГО ОТРОСТКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ.

Андреева И.Г.^{1,2}, Хукуматшоев А.И.¹, Красножен В.Н.¹

¹ КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
420012, Российская Федерация, г.Казань

² ГАУЗ «Детская Республиканская Клиническая Больница» Министерства
Здравоохранения Республики Татарстан.
420138, Российская Федерация, г.Казань

Для корреспонденции: Андреева Ирина Геннадьевна, e-mail:
arisha.andreeva2008@mail.ru

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION CONSERVATION UNCINATE PROCESS IN THE SURGICAL TREATMENT OF RHINOSINUSITIS IN CHILDREN.

Andreeva I.G.^{1,2}, Khukumatshoev A.I.¹, Krasnozhan V.N.¹

¹ KSMA - Branch Campus of the FSBEI FPE RMACPE MOH Russia
420012, Russian Federation, Kazan

² Children's Republican Clinical Hospital
420138, Russian Federation, Kazan

For correspondence: Andreeva Irina, e-mail: arisha.andreeva2008@mail.ru

Андреева, И.Г. Клинико-морфологическое обоснование сохранения крючковидного отростка при хирургическом лечении риносинусита у детей / И.Г. Андреева, А.И. Хукуматшоев, В.Н. Красножен // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 95-102.

Andreeva I.G., Khukumatshoev A.I., and Krasnozhan V.N.: Clinical and morphological substantiation conservation uncinata process in the surgical treatment of rhinosinusitis in children. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 95-102.

Дата поступления статьи 25.05.17/ Дата публикации статьи 01.09.2017
25/05/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме.

Крючковидный отросток (КО) является важнейшей анатомической и функционально значимой структурой, которую можно отнести к активному защитному механизму полости носа. В обзоре представлены современные данные отечественных и зарубежных исследователей о роли КО. Во время эндоскопической операции на передней группе околоносовых пазух (ОПП) резекция КО является основным этапом. Исследования аэродинамики воздушного потока показали, что воздушный поток на вдохе в средний носовой ход не поступает. Свободная пластинка КО препятствует струе вдыхаемого воздуха, прикрывая соустья верхнечелюстной и лобной пазух. По мнению исследователей КО влияет на скорость потока воздуха в области КО. Хирургическое воздействие должно быть направлено на восстановление аэродинамики и аэрации полости носа. По мнению одних ученых более широкое вскрытие пораженных ОПП за счет резекции КО способствует восстановлению аэрации и дренажа. Удаление КО дает возможность идентифицировать естественное соустье верхнечелюстной пазухи и выявить дополнительное соустье. Другие исследователи отмечают, что основными преимуществами сохранения КО являются меньшая травматичность области остиомеатального комплекса и сохранение его функциональной значимости. Применение эндоскопического доступа через нижний носовой ход

позволяет сохранить структуры остиомеатального комплекса при их нормальном функционировании, эффективно оперировать патологические состояния, например, дентальной природы. Использование новой технологии - баллонной синусопластики (БСП), как самостоятельный метод или интраоперационное дополнение к FESS в ряде случаев позволяет избежать инфундибулотомии. Применение особого инструмента мобилизации КО может являться альтернативой БСП с минимальной травмой для КО и минимальными затратами в лечении.

Ключевые слова: околоносовые пазухи, крючковидный отросток.

Abstract.

Uncinate process (UP) is the most important anatomical and functionally significant structure, which can be attributed to the active defense mechanism of the nasal cavity. The review presents the current data of domestic and foreign researchers on the role of the UP. During endoscopic surgery on the anterior group of paranasal sinuses (PNS), resection of the UP is the main stage. Studies of aerodynamics of the air flow showed that the air flow on the inhalation in the middle nasal passage does not flow. A free UP plate prevents the flow of inhaled air, covering the anastomoses of the maxillary and frontal sinuses. In the opinion of the researchers, UP affects the air flow velocity in the region of the UP. According to some scholars a wider opening of the affected paranasal sinuses (PNS) by UP resection contributes to the restoration of aeration and drainage. Removal of UP allows to identify the natural maxillary sinus fistula and to identify additional anastomosis. Other researchers have noted that the main advantages of saving UP are less traumatic ostiomeatal complex area and the preservation of its functional significance. The use of endoscopic access through the lower nasal passage allows you to keep the structure intact ostiomeatal complex in their normal operation, effectively operate dental pathological states of nature. The use of new technologies - balloon sinusoplasty (BSP), as an independent method or an intraoperative supplement to FESS in the number of cases allows to avoid infundibulotomy. The use of a special instrument to mobilize the UP may be an alternative to balloon sinusoplasty with minimal trauma to the UP, and cost-effectively in the treatment.

Keywords: paranasal sinuses, uncinat process.

Сведения об авторах:

Андреева Ирина Геннадьевна, заочный аспирант кафедры оториноларингологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, 420138, г. Казань, ул. Оренбургский тракт, 140, arisha.andreeva2008@mail.ru, 89050255717.

Хукуматшоев Абубакр Ильхомудинович, очный аспирант кафедры оториноларингологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 89674646182. doc.abu.86@mail.ru

Красножен Владимир Николаевич, зав. кафедрой оториноларингологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, д.м.н., профессор, главный внештатный оториноларинголог г.Казани. Медицинский центр «КОРЛ», 420059, г.Казань, ул. Даурская, д.12, тел\факс 2778837. vn_krasnozhon@mail.ru 89172913322.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕР- АССИСТИРОВАННЫХ НАВИГАЦИОННЫХ СИСТЕМ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНДОАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ.

Карпищенко С.А.¹, Мартынихина М.С.², Болознева Е.В.¹, Станчева О.А.¹

¹Кафедра оториноларингологии с клиникой ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, ул. Льва Толстого 6-8, 197022.

²СПБ ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», Россия, Санкт-Петербург, пер. Учебный, 5, 194354.

*Для корреспонденции: Карпищенко Сергей Анатольевич,
karpischenkos@mail.ru.*

COMPUTER-ASSISTED NAVIGATION SYSTEMS AND FESS IN PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS.

Karpishchenko S.A., Martinihina M.S., Bolozneva E.V., Stancheva O.A.

First Pavlov State Medical University of Saint Petersburg, Department of Otorhinolaryngology, St. Petersburg, Russia, Lev Tolstoy st. 6-8, 197022.

For correspondence: Karpishchenko Sergei, karpischenkos@mail.ru.

Использование компьютер-ассистированных навигационных систем при эндоскопической эндоназальной хирургии у пациентов с муковисцидозом / С.А. Карпищенко, М.С. Мартынихина, Е.В. Болознева и др. // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 103-109.

Karpishchenko S.A., Martinihina M.S., Bolozneva E.V., et al.: Computer-assisted navigation systems and FESS in patients with cystic fibrosis. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 103-109.

Дата поступления статьи 25.07.17 / Дата публикации статьи 01.09.2017
25/07/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме: в статье представлен случай успешного хирургического лечения пациента, страдающего муковисцидозом и хроническим полипозным риносинуситом. Сочетание этих заболеваний не является редким. Методики хирургического лечения хронического полипозного риносинусита у пациентов с муковисцидозом требуют тщательного анализа перед их выбором и проведением. Радикальные операции на околоносовых пазухах для таких пациентов являются травматичными, сопровождаются в послеоперационном периоде высоким риском развития гнойно-септических осложнений. Функциональная эндоназальная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух является современным щадящим и наиболее оптимальным способом оперативного лечения таких пациентов. Минимальное повреждение собственной слизистой оболочки синусов, адекватное удаление патологического контента и санация пораженных областей – вот некоторые тезисы, характеризующие правильность такого способа лечения. Применение электромагнитной компьютер-ассистированной станции повышает эффективность и безопасность хирургического лечения пациентов, страдающих муковисцидозом. Навигационное оборудование позволяет совмещать анатомические структуры и данные компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии пациента, что позволяет интраоперационно более точно ориентироваться в полости синусов. В представленном клиническом случае успешность хирургического лечения заключалась в выборе правильной тактики ведения пациента в до- и

послеоперационном периоде. Помимо наличия хронического полипозного риносинусита у пациента имелась выраженная деформация носовой перегородки, что так же способствовало нарушению носового дыхания и усугублению течения полипозного процесса. В условиях общей анестезии, управляемой гипотонии под контролем ригидных эндоскопов с различными углами обзора и электромагнитной навигационной системы при помощи шейверной установки из носовой полости удалена полипозная ткань, расширены соустья с околоносовыми пазухами. Патологическое содержимое (гной, полипозные массы) было удалено. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Ключевые слова: муковисцидоз, хронический полипозный риносинусит, FESS, электромагнитная навигационная система.

Abstract: the article presents a case of successful surgical treatment in a patient with cystic fibrosis and chronic rhinosinusitis with polyps. The combination of these diseases is not rare. Methods of surgical treatment in patients with chronic rhinosinusitis with polyps and cystic fibrosis require careful analysis before they are performed and the choice. Radical surgery for paranasal sinuses in such patients are traumatic, accompanied in the postoperative period by a high risk of development of purulent-septic complications. Functional endonasal endoscopic surgery of the paranasal sinuses is a modern, sparing and most optimal method of surgical treatment of such patients. Minimal damage to the mucous membrane of the sinuses, adequate removal of pathological content and sanitation of affected areas - these are some theses that characterize the correctness of this method of treatment. The use of an electromagnetic computer assisted station increases the efficiency and safety of surgical treatment of patients suffering from cystic fibrosis. Navigation equipment allows to combine anatomical structures and computer and / or magnetic resonance imaging of the patient, which allows intraoperatively more accurately navigate in the sinus cavity. In this clinical case, the success of the surgical procedure consisted in choosing the right tactics for managing the patient in the pre- and postoperative period. In addition to the presence of chronic rhinosinusitis with polyps, the patient had a pronounced deformation of the nasal septum, which also contributed to the disruption of nasal breathing and aggravation of the course of the polyposis process. A polypous tissue from the nasal cavity was removed with the help of the shaver system under general anesthesia controlled hypotension under the control of rigid endoscopes with different viewing angles and an electromagnetic navigation system. Sinus ostium were expanded. Pathological contents (pus, polypous masses) were removed. The postoperative period proceeded without complications.

Keywords: cystic fibrosis, chronic rhinosinusitis with polyps, FESS, electromagnetic navigation system.

Сведения об авторах:

Карпищенко Сергей Анатольевич, д.м.н., профессор, зав. кафедрой оториноларингологии с клиникой ПСПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова, тел.: 89117176226, e-mail: karpischenkoss@mail.ru

Мартынихина Мария Сергеевна, врач-торакальный хирург СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», тел.: 89112156703, e-mail: martynikhina@gmail.com

Болознева Елизавета Викторовна, очный аспирант кафедры оториноларингологии с клиникой ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова, тел.: 89117759379, e-mail: bolozneva-ev@yandex.ru

Станчева Ольга Андреевна, ординатор кафедры оториноларингологии с клиникой ПСПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова, тел.: 89516807427, e-mail: olga.stancheva@yandex.ru.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ФРОНТОТОМИЯ ПРИ ИНОРОДНОМ ТЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ.

С.А. Карпищенко, О.Е. Верещагина, Е.В. Болознева, Ю.В. Легкова
Кафедра оториноларингологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия, ул. Льва Толстого 6-8, 197022
Для корреспонденции: Легкова Юлия Владимировна, e-mail: mushayulia@mail.ru

FRONTAL SINUS SURGERY WITH FOREIGN BODY IN FRONTAL SINUS.

S.A. Karpishchenko, O.E. Vereshchagina, E.V. Bolozneva, Y.V. Legkova
First Pavlov State Medical University of Saint Petersburg, Department of Otorhinolaryngology, St. Petersburg, Russia, Lev Tolstoy st. 6-8, 197022
For correspondence: Legkova Yuliia, e-mail: mushayulia@mail.ru

Эндоскопическая фронтотомия при инородном теле лобной пазухи / С.А. Карпищенко, О.Е. Верещагина, Е.В. Болознева и др. // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (3). – С. 110-116.

Karpishchenko S.A., Vereshchagina O.E., Bolozneva E.V., et al.: Frontal sinus surgery with foreign body in frontal sinus. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (3): pp. 110-116.

Дата поступления статьи 29.07.17 / Дата публикации статьи 01.09.2017
29/07/17 Date received / Date of publication of the article 01.09.2017

Резюме

В данной статье представлен клинический случай хирургического лечения хронического фронтита, ранее дважды оперированного наружным доступом с попыткой облитерации левой лобной пазухи. Эндоскопическая эндоназальная фронтотомия была выполнена с применением эндоскопической техники на основе данных мультиспиральной компьютерной томографии под контролем электромагнитной навигационной системы. Пациенту ранее в 1985 и 1994 годах были выполнены оперативные вмешательства. Однако пациента беспокоили частые обострения хронического процесса. В ходе операции при расширении естественного соустья с лобной пазухой было обнаружено инородное тело плотной консистенции, практически полностью obturiruyushcheye вход в левую лобную пазуху. Из-за особенностей своего строения лобная пазуха является наиболее сложной для выполнения хирургических манипуляций. Поэтому для осуществления интраоперационного контроля операция была выполнена под контролем электромагнитной навигационной системы Medtronic, которая предоставила высокую точность изображения на экране в трех проекциях. При помощи прямого бора и лазера в контактном режиме на мощности 7 Вт инородное тело было редуцировано и удалено, также в лобной пазухе обнаружено гнойное содержимое и грибковые массы, все патологическое было удалено. Пациент был выписан на амбулаторное лечение на 10е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Цель операции заключалась в формировании широкого носолобного соустья, которое позволит обеспечить адекватный дренаж и вентиляцию лобной пазухи.

Использование электромагнитной навигационной системы показано при технически сложных эндоскопических вмешательствах, таких как эндоскопическая эндоназальная фронтотомия, удаление новообразований из околоносовых пазух, повторные вмешательства на пазухах после операций наружным доступом, а также при вмешательствах на смежных областях совместно с офтальмологами, нейрохирургами и челюстно-лицевыми хирургами.

Ключевые слова: острый фронтит, хронический фронтит, эндоскопическая эндоназальная фронтотомия, электромагнитная навигационная система.

Abstract

The article represents a clinical case of surgical treatment of chronic frontal sinusitis, which previously was operated twice through the external access with an attempt of obliteration to the left frontal sinus. Endoscopic endonasal frontal sinus surgery was performed using endoscopic technique based on the data from multispiral computer tomography and under the control of electromagnetic navigation system. The patient had undergone surgical intrusions twice, in 1985 and 1994. However, the patient was worried about frequent exacerbations of the chronic process. During the surgery, with spreading of native frontal anastomosis, a foreign element of dense consistency was discovered. It had almost obtruded the entrance to the left frontal sinus. Because of the peculiarities of their structure, the frontal sinus is the most difficult to perform surgical procedures. Therefore, the implementation of intraoperative monitoring operation was carried out under the control of the electromagnetic navigation system Medtronic, which provided high precision image on the screen in three dimensions. By means of direct drill and a laser in contact regime at the capacity of 7W, the foreign body was reduced and removed. Also, a festering content and fungi masses were found in the frontal sinus. All the pathological content was removed. The patient was discharged to outpatient treatment on the 10th day after operation in satisfactory condition.

The purpose of the operation was to form a broad frontal anastomosis, which will ensure adequate drainage and ventilation of the frontal sinus.

The use of electro-magnetic navigation system is shown in technically difficult endoscopic interventions such as endoscopic endonasal frontal sinus surgery, removal of tumors of the paranasal sinuses, re-intervention on the sinuses after surgery external access, as well as in interventions for related fields in conjunction with ophthalmologists, neurosurgeons and maxillofacial surgeons.

Key words: acute frontal sinusitis, chronic frontal sinusitis, endoscopic endonasal frontal sinus surgery, electro-magnetic image guidance.

Сведения об авторах:

Карпищенко Сергей Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского Медицинского Университета имени академика И.П.Павлова, Россия. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8, e-mail: karpischenkos@mail.ru

Верещагина Ольга Евгеньевна - к.м.н., заведующий отделением оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского Медицинского Университета имени академика И.П.Павлова, Россия. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8, e-mail: wereschagina@yandex.ru

Болознева Елизавета Викторовна – ассистент кафедры оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского Медицинского Университета имени академика И.П.Павлова, Россия. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8, e-mail: bolozneva-ev@yandex.ru

Легкова Юлия Владимировна – клинический ординатор кафедры оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского Медицинского Университета имени академика И.П.Павлова, Россия. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8, e-mail: mushayulia@mail.ru



ПРИГЛАШЕНИЕ



Международная научно – практическая конференция «Оториноларингология – Хирургия Головы и Шеи» (6-7 октября 2017 год, Астана)

Уважаемые коллеги!

АО «Медицинский университет Астана» 6-7 октября 2017 года проводит Международную научно - практическую конференцию «Оториноларингология – Хирургия Головы и Шеи», посвященную 50 летнему юбилею кафедры и клиники болезней уха, горла и носа. Конференция и мастер-класс с участием учёных из клиники Варшавского медицинского университета (Польша) будут проходить в конференц-зале первой городской клинической больницы и клиники отоларингологии по адресу: 010000, город Астана, улица Кошкарбаева, 66.

Просим Вас принять участие в конференции и прислать статьи строго по тематике до 15 августа 2017 года. Публикация бесплатная.

Статьи будут опубликованы в специальном выпуске журнала «Оториноларингология»

Открытие конференции 06 октября (пятница) 2017 года в 15.00 в Актовом зале Первой городской клинической больницы. Регистрация участников с 12.00 до 14.30. Основные доклады состоятся 07 октября (суббота) с 8.00 до 18.00.

Контактные телефоны: +7 (7172) 27-20-34, +7 701 710 45 09

e-mail: rais007@yandex.ru

Организационный взнос – двадцать тысяч (20.000 тенге) или по национальному курсу – шестьдесят четыре (64 доллара США). В стоимость взноса включено: материалы конференции с папкой, сертификат, кофе-брейк и участие в вечернем торжественном ужине.

В период проведения конференции будет проходить выставка современного медицинского оборудования и новых лекарственных средств



Министерство
здравоохранения РФ



Министерство
здравоохранения РТ



ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России»



Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Конференция будет проходить под эгидой
Международной Академии Оториноларингологии-Хирургии Головы и Шеи (IAO-HNS)

Глубокоуважаемые коллеги!

15-17 сентября 2017 года г.Казань примет участников Ежегодной всероссийской научно-практической конференции с международным участием «IX Плужниковские чтения», посвященной актуальным вопросам диагностики и лечения заболеваний верхних дыхательных путей и челюстно-лицевой области.

В Конференции примут участие ведущие лекторы в области оториноларингологии из России, стран Европы и Азии:

1. Prof. Bert Schmelzer (Бельгия)
2. Dr.Dr. h.c. Monika Lehnhardt-Gorjany (Германия)
3. Prof. Hesham Hegm (Египет)
4. Проф. С.А. Карпищенко (Санкт-Петербург)
Тема лекции: «Эндоскопическая сфено-тонотомия»
5. Проф. М.А.Рябова (Санкт-Петербург)
Тема лекции: «Рубцовые стенозы гортани»
6. Проф. В.Н.Красножен (Казань)
7. Проф. Г.В.Лавренова (Санкт-Петербург)
Тема лекции: «Фито-и иммунотерапия хронического синусита»
8. Проф. А.А.Зубарева (Санкт-Петербург)
Тема лекции: «Роль КТ в междисциплинарном сотрудничестве»
9. Проф. А.С. Лопатин (Москва)
10. Доц С.А.Климанцев (Санкт-Петербург)
11. Доц. Школьник С.Ф. (Чебоксары)

LARYNGOLOGY AND VOICE ASSOCIATION
 6TH ANNUAL CONFERENCE IN SCIENTIFIC COORDINATION WITH

INDIAN SPEECH AND HEARING ASSOCIATION
 Association of Speech, Language and Hearing Professionals

BLA
 Bharatiya Loghinika Akademi

EUROPEAN LARYNGOLOGICAL SOCIETY

WORLD LARYNGOLOGY SUMMIT 2017
 SEPTEMBER 22, 23, 24
 BENGALURU, INDIA

Under the aegis of Rajarajeshwari medical college and Hospital, Haldipur ENT group – Chord Road Hospital Pvt Ltd, Rudrappa ENT Hospital and NEAT, Bengaluru

Interactive session on **LARYNGEAL FRAME WORK SURGERY, TISSUE REGENERATION & NEWER APPROACH IN TREATMENT OF SULCUS VOCALIS**
 From **ISHIKI VOICE FOUNDATION**

WORLD LARYNGOLOGY SUMMIT 2017

www.lvasummit2017.com
hello@lvasummit2017.com

Contact Person

Professor Dr. Nagaraj – 9448117450, Dr. Praveen – 9611108008, Dr. Krishnamurthy.N – 9845568879
 Dr. Dinesh – 9448668474, Dr. Manjunath – 9480406716, Dr. Prashanth – 9164055760

Official Address

Dr.Krishnamurthy. N.
 CHORD ROAD HOSPITAL HALDIPUR ENT GROUP, # 100/101 , LIC COLONY, BASAVESHWARNAGAR MAIN RAOD,
 BASAVESHWARNAGAR (NEAR SHANKARMATH), BANGALORE- 560079.



Bulgarian Rhinologic Society
www.bulgarianrhinologicsociety.org



**6th Bulgarian-Italian
Rhinology Friendship
Meeting**

1st - 3rd December 2017, Sofia, Bulgaria

REGISTRATION

Online registration!!! – www.bulgarianrhinologicsociety.org

Registration desks will be open and located at the Sofia Hotel Balkan as follows:

Friday, December 1, 2017	12:00 -18:30
Saturday, December 2, 2017	07:30-17:00
Sunday, December 3, 2017	07:30- 13:00

Registration Fees:

(In EUR, including VAT at 22%). Fees apply to payments received prior to the indicated deadlines.

	<u>Early Bird</u> Until May 30, 2017	<u>Regular</u> Until September 1, 2017	<u>Onsite</u> After September 1, 2017
ORL Participant	€120	€150	€190
Balkan/Russian speaking countries/Lower-	€100	€130	€170

middle income countries*			
ERS, BRS, AICEFF, IAR, AIOPL Member**	€100	€130	€170
Residents***	€80	€100	€120

* Balkan – Albania, Bosna and Hercegovina, Montenegro, Makedonia, Serbia, Romania, Turkey, Greece/ Russian Speaking countries – Russia, Belarus, Moldova, Georgia, Azarbejdzhan, Armenia, Kazahastan, Mongolia, Ukraine/Lower-middle income countries are defined according to the World Bank Country Classification of Low income economies countries; [click here](#) to see the Country Classification data.

**ERS, BRS, AICEFF, IAR, AIOPL Member - In order to benefit from the reduced fee, an official stamped letter signed by the president of the Society (or membership payment document) to confirming this status must accompany the registration.

***Residents – In order to benefit from the reduced fee, an official stamped letter signed by the head of the department to confirming this status must accompany the registration.

FEES FOR ALL MEETING PARTICIPANTS INCLUDE:

- Admission to sessions
- Admission to exhibition
- Congress publications
- An Invitation to the Welcome Reception and Christmas Gala Dinner
- Coffee and light refreshments at the Exhibition Hall

ACCOMODATION:

I would like to **PREPAY** for accommodation for

1 ▼

***Double** room accommodations are possible only upon explicitly specifying the second person's name

HOTEL	Single room Before/After 01.09.2017	Double room Before/After 01.09.2017	Bed in double room*
FestaHotel ****	<input type="radio"/> 42 €/52 €	<input type="radio"/> 52 €/62 €	<input type="radio"/> 25 €

<http://www.festahotels.com/modules/hotels/hotel.php?id=9&lang=en>

Notes: Payment & Cancellation policy

- Please note that in order for us to guarantee your booking, we require a deposit amount of at least first 1 night of your accommodation period. Therefore, please specify, the number of nights you would like to prepay for.
- Room deposit should be paid at the time of booking
- **Please note that all prices include breakfast, VAT and all taxes.**

PAYMENT METHODS

Payment of registration fees (in EUR) can be made as follows:

By Bank Transfer:

Additional 20/30 Euro admission is required.

Please ensure that the name of the participant is stated on the transaction draft.

Please make drafts payable to:

Account name: Stela Audit Company Ltd.
Bank details: Allianz Bank AD, Sofia, Bulgaria
Swift code: BUINBGSF
IBAN number: BG35BUIN95611000178907 – leva

More information:

Stela Audit Company Ltd.

tel. /359/ 2-8220725; fax. /359/ 2-8287518; Email: stela_audit@abv.bg

ap.6, 142 Alexander Stamboliiski boulevard; Sofia, Bulgaria

- Bank charges are the responsibility of the participant and should be paid at source in addition to the registration fees.
- Registration will only be valid upon receipt of the full payment by the registration department according to the deadline indicated. An email confirming registration will only be sent after receipt of the required fees.
- Outstanding payments will be collected on-site and charged the on-site rate. A copy of the bank transfer (or other proof of payment) will be required in the event that registration fees were not credited to the meeting account on time.

REGISTRATION CANCELLATION POLICY:

In case of cancellation at any stage, Bank transfer handling fee (30 Euro) will not be refunded – applicable to Bank Transfer payments only.

All cancellations must be electronically mailed:

- Cancellations received until May 30, 2017 – Full refund less EUR 30 handling fees.
- Cancellations received between May 30 to September 1, 2017 – 50% will be refunded.
- After September 1, 2017 – no refund will be made.

GROUP REGISTRATION:

For group registration (10 participants and more) please contact the registration department at: dilyanav@yahoo.com



Согласно решению Проблемной учебно-методической комиссии по оториноларингологии ЭГОУ «Всероссийский учебно-методический Центр по медицинскому и фармакологическому образованию» от 23 апреля 2007 года издательством «Диалог» г. Санкт-Петербург подготовлены к печати учебные пособия: «Ситуационные задачи по оториноларингологии» под редакцией проф. М.С. Плужникова и Г.А. Георгиади; «Практические умения по оториноларингологии» проф. Г.М. Портенко, М.С. Плужников, Г.В. Лавренова; «Неотложные состояния в отоларингологии» – авторы С.А. Карпищенко и А.А. Блоцкий. Все издания имеют грифы УМО и включены в список обязательной литературы для подготовки студентов.

Для формирования заказа просим Вас сообщить количество пособий.

Стоимость:

1 экз. «Ситуационные задачи по оториноларингологии» – 500 руб.

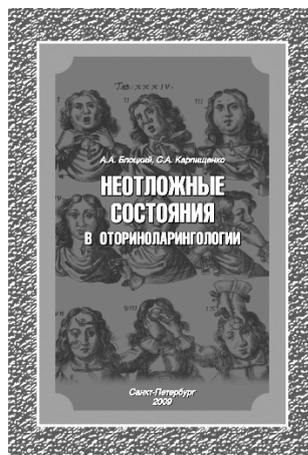
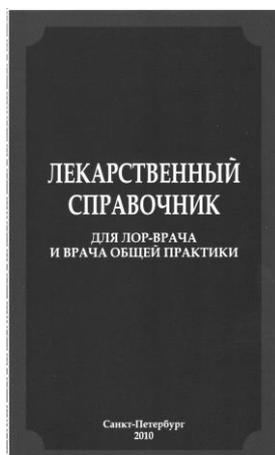
1 экз. «Лекарственный справочник для ЛОР врача» – 570 руб.

1 экз. «Неотложные состояния в оториноларингологии» – 350 руб.

1 экз. «Справочник по оториноларингологии» – 400 руб.

Заказы направлять в адрес издательства: 190000, Санкт-Петербург, а/я 417
 тел/факс (812)718-59-18

e-mail: meddialog@mail.ru



ТРЕБОВАНИЯ К РУКОПИСЯМ, НАПРАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ

(составлены с учетом требований Высшей аттестационной комиссии РФ и «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», разработанных Международным комитетом редакторов медицинских журналов)

ОБЩИЕ ПРАВИЛА

Статья должна соответствовать Положению о принципах редакционной этики научно-практических журналов Издательства «Медицина»

http://medlit.ru/static/pages/files/00%20General/140227_edit_ethics_ru.pdf

Статья должна иметь визу руководителя и сопровождаться официальным направлением от учреждения, из которого выходит, в необходимых случаях – экспертным заключением. В направлении следует указать, является ли статья диссертационной.

Статья должна быть подписана всеми авторами, что дает право журналу на ее публикацию в бумажном и/или электронном формате и размещение в сети Интернет.

Принципы, которыми должен руководствоваться автор научных публикаций

Автор (или коллектив авторов) несет первоначальную ответственность за новизну и достоверность результатов научного исследования:

- Автор статьи представляет достоверные результаты проведенных исследований.
- Автор гарантирует, что результаты исследования, изложенные в представленной рукописи, полностью оригинальны. Заимствованные фрагменты или утверждения сопровождаются обязательным указанием автора и первоисточника. Чрезмерные заимствования, а также плагиат в любых формах, включая неоформленные цитаты, перефразирование или присвоение прав на результаты чужих исследований, неприемлемы.
- Автор не предоставляет в журнал рукопись, которая была отправлена в другой журнал и находится на рассмотрении, а также статью, уже опубликованную в другом журнале.
- Редакция вправе запросить у авторов необработанные данные, имеющие отношение к рукописи, необходимые для рецензирования. Автор должен предоставить доступ к такой информации и в любом случае сохранять эти данные в течение адекватного периода времени после публикации.
- Все лица, внесшие существенный вклад в проведение исследования, указываются как соавторы статьи.
- Автор четко обозначает в рукописи тот факт, если в работе использовались химические продукты, процедуры или оборудование, при эксплуатации которых возможен необычный риск.
- При участии в работе людей или животных как объектов исследования, автор указывает в рукописи, что все исследования соответствуют действующему законодательству и нормативам исследовательских организаций. От всех людей, ставших объектами исследования, получает информированное согласие, о чем указывается в рукописи. Права на неприкосновенность частной жизни соблюдаются.
- При обнаружении автором существенных ошибок или неточностей в статье на этапе ее рассмотрения или после опубликования, он уведомляет об этом редакцию журнала в кратчайшие сроки. Если получены сведения от третьей стороны о том, что публикация содержит существенные ошибки, автор обязан изъять работу или исправить ошибки в максимально короткие сроки.

Примечание: редакция журнала оставляет за собой право информационной проверки всех поступающих на рецензирование текстов в программе "Антиплагиат.ВУЗ" и прекращения любого рода сотрудничества как с авторами, предоставившими материалы

с некорректными заимствованиями чужих текстов и идей, так и с организациями, рекомендовавшими данные работы к публикации.

Статья присылается в редакцию по электронной почте или обычной почтой (1 экз. распечатки с обязательным приложением электронной версии).

Статья должна быть напечатана шрифтом Times New Roman или Arial, размер шрифта 12, с двойным интервалом между строками, все поля, кроме левого, шириной 2 см, левое поле 3 см. Все страницы должны быть пронумерованы. Автоматический перенос слов использовать нельзя.

Вся текстовая часть статьи должна быть записана в 1 файле (титульный лист, резюме, ключевые слова, текст статьи, таблицы, список цитированной литературы, сведения об авторах); файл с текстом статьи должен быть назван по фамилии первого автора статьи (Иванов. Текст). Рисунки и сканы документов записываются отдельными файлами, также содержащими фамилию первого автора (Иванов. Рисунок).

Объем статей не должен превышать 18 страниц (включая иллюстрации, таблицы, резюме и список литературы), рецензий и информационных сообщений – 3 с.

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ

Титульный лист должен начинаться со следующей информации:

- 1) фамилия и инициалы автора (авторов),
- 2) название статьи,
- 3) полное наименование учреждения, в котором работает автор, в именительном падеже с обязательным указанием статуса организации (аббревиатура перед названием) и ведомственной принадлежности,
- 4) почтовый индекс учреждения, город, страна;
- 5) контактная информация: Ф.И.О. полностью и адрес электронной почты автора, ответственного за переписку.

Если авторов несколько, у каждой фамилии и соответствующего учреждения проставляется цифровой индекс. Если все авторы статьи работают в одном учреждении, указывать место работы каждого автора отдельно не нужно, достаточно указать учреждение один раз. Если у автора несколько мест работы, каждое обозначается отдельным цифровым индексом

Образец начала титульного листа:

Рахманин Ю.А.¹, Зыкова И.Е.¹, Федичкина Т.П.¹, Соленова Л.Г.²

ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ РОЛИ ВОДНОГО ФАКТОРА В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ИНФЕКЦИИ *Helicobacter pylori*

¹ФГБУ НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н. Сысина Минздрава РФ, 119121, Москва, Россия; ²ФГБУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, 115211, Москва, Россия

Для корреспонденции: Соленова Лия Геннадьевна, E-mail: lsolenova@mail.ru

For correspondence: Solenova Liya, E-mail: lsolenova@mail.ru

В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора (авторов).

ПЛАН ПОСТРОЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНЫХ СТАТЕЙ

Дальнейший план построения оригинальных статей должен быть следующим: **резюме и ключевые слова на русском языке, резюме и ключевые слова на английском языке**, краткое введение, отражающее состояние вопроса к моменту написания статьи и задачи настоящего исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, информация о финансовой поддержке работы, гранты, благодарности, указание на конфликт интересов при его наличии, список цитированной литературы.

Изложение статьи должно быть ясным, сжатым, без длинных исторических введений и повторений. Предпочтение следует отдавать новым и проверенным фактам, результатам длительных исследований, важных для решения практических вопросов.

Методика исследований должна быть описана очень четко, так чтобы ее легко можно было воспроизвести.

При представлении в печать экспериментальных работ следует руководствоваться «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных». Помимо вида, пола и количества использованных животных, авторы обязательно должны указывать применявшиеся при проведении болезненных процедур методы обезболивания и методы умерщвления животных.

Нужно указать, являются ли приводимые числовые значения первичными или производными, привести пределы точности, надёжности, интервалы достоверности, оценки, рекомендации, принятые или отвергнутые гипотезы, обсуждаемые в статье.

СТАНДАРТЫ

Все термины и определения должны быть научно достоверны, их написание (как русское, так и латинское) должно соответствовать «Энциклопедическому словарю медицинских терминов» (в 3-х томах, под ред. акад. Б.В. Петровского).

Лекарственные препараты должны быть приведены только в международных непатентованных названиях, которые употребляются первыми, затем в случае необходимости приводятся несколько торговых названий препаратов, зарегистрированных в России (*в соответствии с информационно-поисковой системой «Клифар-Госреестр» [Государственный реестр лекарственных средств]*).

Желательно, чтобы написание ферментов соответствовало стандарту *Enzyme Classification*.

Желательно, чтобы наследуемые или семейные заболевания соответствовали международной классификации наследуемых состояний у человека (*Mendelian Inheritance in Man* [<http://ncbi.nlm.nih.gov/Omim/>]).

Названия микроорганизмов должны быть выверены в соответствии с «Энциклопедическим словарём медицинских терминов» (в 3-х томах, под ред. акад. Б.В. Петровского) или по изданию «Медицинская микробиология» (под ред. В.И. Покровского).

Написание Ф.И.О., упоминаемых в тексте, должно соответствовать списку литературы.

Рукопись может сопровождать словарь терминов (неясных, способных вызвать у читателя затруднения при прочтении).

Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, физических, химических и математических величин и терминов (например, ДНК), допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Все вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

Дозы лекарственных средств, единицы измерения и другие численные величины должны быть указаны в системе СИ.

АВТОРСКИЕ РЕЗЮМЕ

Авторское резюме к статье является основным источником информации в отечественных и зарубежных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. Резюме доступно на сайте ОАО «Издательство «Медицина»», на сайте Научной электронной библиотеки и индексируется сетевыми поисковыми системами.

По резюме к статье читателю должна быть понятна суть исследования. По резюме читатель должен определить, стоит ли обращаться к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации. Резюме должно излагать только существенные факты работы. Приветствуется структура резюме, повторяющая структуру статьи и включающая введение, цели и задачи, методы, результаты, заключение (выводы). Однако: предмет, тема, цель работы указываются в том случае, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать в том случае, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы.

Резюме должно начинаться с информации, содержащейся на титульном листе. Объем текста авторского резюме должен быть от 200 до 250 слов.

Резюме должно сопровождаться несколькими ключевыми словами или словосочетаниями, отражающими основную тематику статьи и облегчающими классификацию работы в компьютерных поисковых системах. Ключевые слова перечисляются через точку с запятой. В конце перечисления ставится точка.

Резюме и ключевые слова должны быть представлены как на русском, так и на английском языках. При переводе фамилии авторов рекомендуется транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе *BGN (Board of Geographic Names)*, см. сайт <http://www.translit.ru>. В отношении организации(ий) важно, чтобы был указан официально принятый английский вариант наименования.

ТРЕБОВАНИЯ К РИСУНКАМ

Черно-белые штриховые рисунки: формат файла – TIFF (расширение *.tiff), любая программа, поддерживающая этот формат (Adobe PhotoShop, Adobe Illustrator и т. п.); режим – bitmap (битовая карта); разрешение 600 dpi (пиксели на дюйм); возможно использование сжатия LZW или другого. Текст на иллюстрациях должен быть четким.

ПОДПИСИ К РИСУНКАМ И ФОТОГРАФИЯМ

Подписи к рисункам и фотографиям группируются вместе и даются на отдельной странице. Каждый рисунок должен иметь общий заголовок и расшифровку всех сокращений. В подписях к графикам указываются обозначения по осям абсцисс и ординат и единицы измерения, приводятся пояснения по каждой кривой. В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение.

ОФОРМЛЕНИЕ ТАБЛИЦ

Сверху справа необходимо обозначить номер таблицы (если таблиц больше, чем одна), ниже дается ее название. Сокращения слов в таблицах не допускаются. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте и обязательно должны быть обработаны статистически. Таблицы можно давать в тексте, не вынося на отдельные страницы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ СПИСКИ

В оригинальных статьях допускается цитировать не более 30 источников, в обзорах литературы - не более 60, в лекциях и других материалах - до 15. Библиография должна содержать, помимо основополагающих работ, публикации за последние 5 лет. 6

В списке литературы все работы перечисляются в порядке их цитирования. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках.

Документы (Приказы, ГОСТы, Медико-санитарные правила, Методические указания, Положения, Постановления, Санитарно-эпидемиологические правила, Нормативы, Федеральные законы) нужно указывать не в списках литературы, а сносками в тексте.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Библиографическое описание книги (после ее названия): город (где издана); после двоеточия название издательства; после точки с запятой год издания. Если ссылка дается на главу книги: (авторы); название главы; после точки ставится "В кн.:" или "In:" и фамилия(и) автора(ов) или редактора(ов), затем название книги и выходные данные.

Библиографическое описание статьи из журнала: автор(ы); название статьи; название журнала; год; том, в скобках номер журнала, после двоеточия цифры первой и последней страниц.

При авторском коллективе до 6 человек включительно упоминаются все, при больших авторских коллективах 6 первых авторов "и др.", в иностранных "et al."); если в качестве авторов книг выступают редакторы, после фамилии, после запятой, следует ставить "ред.", в иностранных "ed."

Библиографические описания должны оформляться в виде трехколоночной таблицы. В первом столбце – порядковый номер источника в порядке его упоминания в тексте статьи. Во втором столбце – библиографическое описание источников для публикации в печатной русскоязычной версии журнала, в третьем – библиографическое описание, предназначенное для выгрузки в международные индексы цитирования и размещения на англоязычной части сайта журнала. Ссылки на зарубежные источники выглядят в обоих случаях одинаково.

Фамилии и инициалы всех авторов на латинице и название статьи на английском языке следует приводить так, как они даны в оригинальной публикации (если в оригинальной публикации нет

названия статьи на английском языке и ФИО авторов на латинице; необходимо транслитерировать ФИО и название статьи в стандарте BSI (транслитерация — передача русского слова буквами латинского алфавита, автоматическая транслитерация в стандарте BSI производится на страничке <http://ru.translit.net/?account=bsi>)). Далее в квадратных скобках следует написать переведенное на английский язык вами название статьи. Далее следует название русскоязычного журнала в транслитерации, далее следуют выходные данные — год, том, номер, страницы. В круглые скобки помещают язык публикации (In Russ.). В конце библиографического описания помещают doi статьи, если таковой имеется. [1]. Akulich M.M. ЗДЕСЬ ДОЛЖНА БЫТЬ ТРАНСЛИТЕРАЦИЯ НАЗВАНИЯ, [А ДАЛЕЕ В КВАДРАТНЫХ СКОБКАХ ПЕРЕВОД НАЗВАНИЯ] / M.M. Akulich, V.V. Pit // ЗДЕСЬ ДОЛЖНА БЫТЬ ТРАНСЛИТЕРАЦИЯ ИСТОЧНИКА. 2011. №8. pp. 34-43. (In Russ.)

Все остальные источники приводятся на латинице с использованием транслитерации в стандарте BSI с сохранением стилового оформления русскоязычного источника. В круглые скобки помещают язык публикации (In Russ.).

Ссылки на авторефераты диссертаций, материалы конференций, патенты и юридические документы можно приводить только в случае, если они имеются в открытом доступе в Интернете, с пометкой: Доступно по: <http://www.....> Ссылка активна на чч.мм.гггг. (Available at: <http://www....> Accessed month, day, year).

Например:

Шиленкова В.В. Острые и рецидивирующие синуситы у детей (диагностика и лечение): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Ярославль; 2008. Доступно по: <http://www.gastroscan.ru/disser/shilenkova-vv.pdf>. Ссылка активна на 12 октября, 2015.

Shilenkova V.V. Ostrye i retsidiviruyushchie sinusity u detei (diagnostika i lechenie) [Acute and recurrent sinusitis in children (diagnosis and treatment)]: Avtoref. diss. ... dokt. med. nauk. Yaroslavl'; 2008. (In Russ.). Available at: <http://www.gastroscan.ru/disser/shilenkova-vv.pdf>. Accessed October 12, 2015.

Козлов В.С., Державина Л.Л., Шиленкова В.В. Возможности акустической ринометрии и передней активной риноманометрии в изучении носового цикла. Российская ринология. 2002;1:4-10.

Kozlov VS, Derzhavina LL, Shilenkova VV. Acoustic rhinometry and anterior active rhinomanometry in the investigation of nasal cycle. Rossiiskaya rinologiya. 2002;1:4-10. (In Russ.).

Grutzenmacher S., Lang C., Mlynski R., Mlynski B., Mlynski G. Long-term rhinoflowmetry: a new method for functional rhinologic diagnostics. American Journal of Rhinology. 2005;19(1):53-57.

Grutzenmacher S., Lang C., Mlynski R., Mlynski B., Mlynski G. Long-term rhinoflowmetry: a new method for functional rhinologic diagnostics. American Journal of Rhinology. 2005;19(1):53-57.

Учитывая требования международных систем цитирования, библиографические списки входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

Транслитерируются фамилии авторов и русскоязычные названия источников. Переводятся на английский язык названия статей, монографий, сборников статей, конференций с указанием после выходных данных, которые даются в цифровом формате, его языка (in Russian). Название источника выделяется курсивом.

Список литературы в латинице может готовиться с помощью систем транслитерации свободного доступа (<http://www.translit.ru>) и переводчика *Google*. Вручную делать транслитерацию не допускается в целях избежания ошибок. Перевод, безусловно, требует редактирования.

Поскольку возможны различные варианты транслитерации фамилий, при приготовлении ссылок на статьи, опубликованные в журналах издательства «Медицина», рекомендуется использование данных с сайтов *www.medlit.ru* или *www.elibrary.ru*.

ТЕХНОЛОГИЯ ПОДГОТОВКИ ССЫЛОК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ АВТОМАТИЧЕСКОЙ ТРАНСЛИТЕРАЦИИ И ПЕРЕВОДЧИКА

На сайте <http://www.translit.ru> можно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу.

1. Входим в программу Translit.ru. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии, кроме названия книги или статьи, на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».
2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список References.
3. Переводим с помощью переводчика Google название статьи, монографии, сборника, конференции и т.д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, требует редактирования.
4. Объединяем описания в транслите и переводное, оформляя в соответствии с принятыми правилами. При этом необходимо раскрыть место издания (Moscow) и, возможно, внести небольшие технические поправки.
5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи

Описание статьи из журнала

Krasovskiy G.N., Yegorova N.A., Bykov I.I. Methodology of harmonizing hygienic standards for water substances, and its application to improving sanitary water legislation. Vestnik RAMN. 2006; 4: 32-6 (in Russian).

Описание статьи из электронного журнала Белозеров Ю.М., Довгань М.И., Османов И.М., Шабельникова Е.И., Магомедова Ш.М. Трофотропное влияние карнитена у подростков с пролапсом митрального клапана и повышенной утомляемостью. 2011.

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., Тёмкин Я.С., Лихачёв 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 / Е.В. Борзов // Новости оторинолар. и логопатол. – 2002. – № 2. – С. 7–10.

Bondarenko O. V.: Improvement of the technique of intradermal surgical suturing. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (1): pp. 7-10.

С двумя авторами

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

Ryabova M.A., and Posobilo E.E.: Laser tonsillotomy in patient with pharyngolaryngeal reflux: case report. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (1): pp. 7-10.

Авторов больше трех

Инструмент мобилизации крючковидного отростка (исследование на кадаврах) / В.Н. Красножен, Ю.А. Гарскова, Д.А. Щербаков и др. // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2017. – 23 (1). – С. 20–24.

Krasnozhen V.N, Garskova Ju.A., Shcherbakov D.A. et al.: The development of tool for uncinatе process mobilization. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2017; 23 (1): pp. 20-24

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 съезд оторинолар. Респ. Беларусь: Тез. докл. Мн., 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. рек. Л., 1991. 14 с.

Патентные документы:

12. Пат. 2187888 Российская Федерация, МПК7 Н 04 В 1/38, Н 04 J 13/00. Приемопередающее устройство / Чугаева В. И.; заявитель и патентообладатель Воронеж, науч.-ислед. 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 / Тернет Э. В. (США); заявитель Спейс Системз / Лорал, инк.; пат. поверенный Егорова Г. Б. – № 2000108705/28; заявл. 07. 04. 00; опубл. 10. 03. 01, Бюл. № 7 (1 ч.); приоритет 09. 04. 99, № 09/289, 037 (США). – 5 с.

14. А. с. 1007970 СССР, МПК3 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.

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

В рецензии освещаются следующие вопросы:

- а) соответствие содержания статьи заявленной в названии теме,
- б) соответствие современным достижениям науки,
- в) доступность читателям с точки зрения языка, стиля, расположения материала, наглядности таблиц, диаграмм, рисунков и формул,
- г) целесообразность публикации статьи с учетом ранее вышедших в свет публикаций,
- д) в чем конкретно заключаются положительные стороны, а также недостатки статьи, какие исправления и дополнения должны быть внесены автором.

Рецензент рекомендует с учетом исправления отмеченных недостатков или не рекомендует статью к публикации в журнале, входящем в Перечень ВАК.

Рецензии заверяются в порядке, установленном в учреждении, где работает рецензент.

Рецензирование проводится конфиденциально. Автору рецензируемой статьи предоставляется возможность ознакомиться с текстом рецензии. Нарушение конфиденциальности возможно только в случае заявления рецензента о недостоверности или фальсификации материалов, изложенных в статье.

Если в рецензии содержатся рекомендации по исправлению и доработке статьи, ответственный секретарь направляет автору текст рецензии с предложением учесть их при подготовке нового варианта статьи или аргументировано (частично или полностью) их

опровергнуть. Доработанная (переработанная) автором статья повторно направляется на рецензирование.

Статья, не рекомендованная рецензентом к публикации, к повторному рассмотрению не принимается. Текст отрицательной рецензии направляется автору по электронной почте, факсом или обычной почтой.

Наличие положительной рецензии не является достаточным основанием для публикации статьи. Окончательное решение о целесообразности публикации принимается редколлегией журнала и фиксируется в протоколе заседания редколлегии.

После принятия редколлегией решения о допуске статьи к публикации, ответственный секретарь информирует об этом автора и указывает сроки публикации. Текст рецензии направляется автору по электронной почте, факсом или обычным почтовым отправлением.

Оригиналы рецензий хранятся в редколлегии или редакции в течение пяти лет.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

THE JOURNAL PURPOSES:

presentation of specialized information and clinical experience;
formation of modern clinical thinking;
informational support of scientific research in the form of publication (scientific and practical research results);
assure compliance of the journal to the level of world requirements to scientific periodicals at the expense of attraction of foreign authors reviewers and editorial board members.

THE JOURNAL OBJECTIVES:

provide researchers the opportunity to publish their research results;
attract a specialized readership to the modern perspective and actual directions of scientific researchers;
exchange of views and experience between researchers from different regions and states.

One of the highlights of journal policy is screening and review of published materials. All articles are tested through the 'Antiplagiat' system to optimize the selection process and only then sent for review.

The editorial board carries out reviewing and editing of all incoming manuscripts in accordance with the established procedure of reviewing. Based on the review, the editorial board could accept the submission for publication, asks the author to improve the article or reject it.

THE JOURNAL SUBJECT

14.01.03 — ear, nose, throat diseases

AUTHORS AND THE READERSHIP

Our authors are the teachers of medical universities and scientific workers of the Russian Federation, countries of near and far abroad, practitioners, graduate students.

The journal has a subscription in the state printing agency 'Rospechat', subscription index 32014. It is included in the Russian Science Citation Index, materials are published in the scientific electronic library on the website elibrary.ru (contract No. 676-11/2013 dated 14/11/2013).

EDITORIAL ETHICS:

In the development of principles of editorial ethics the editorial board of "Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae" was guided by the recommendations of the Ethics Committee publications - Committee on Publication Ethics (COPE) and the experience of other editions. Ethical rules and norms are accepted by leading international scientific publishers. The observance of ethical norms and rules is obligatory for all participants of the publication process of scientific materials: authors, reviewers, editorial board members, editors and staff of the publishing house.

The editor-in-chief (responsibilities)

The editor-in-chief decides which of materials should be published:

- The editor-in-chief considers the accuracy and the scientific importance of materials.
- The editor-in-chief is guided by the policies of the editorial board and has the right to confer with other editors or reviewers in decision-making.
- The editor-in-chief evaluates manuscripts for their intellectual content regardless of race, gender, sexual orientation, religious belief, ethnic origin, citizenship, social status or political views of authors.
- Unpublished data from submitted manuscripts is not used for personal purposes or doesn't passed on to third person without the written consent of the author.
- The editor-in-chief reserves the right to refuse the publication of materials, if there is sufficient reason to believe that the information provided is plagiarism.
- In case of conflict situation the editor-in-chief is responsible for claims concerning considered manuscripts or published materials, takes all necessary retaliatory measures to restore violated rights: interaction with authors and argumentation of corresponding complaint.
- The editor-in-chief has the right to refuse the consideration of manuscripts in case of conflict of interests due to competitive, cooperative and other interactions and relationships with sponsors, companies and other institutions associated with the manuscript.

The reviewer

The reviewer provides scientific expertise of copyrighted materials, his/her actions are unbiased:

- The manuscript (received for review) is a confidential document and not transmitted for familiarization or discussion to third person without permission from the editor.
- The reviewer makes an objective and reasoned evaluation about study results. Personal criticism of the author is not allowed.
- Unpublished data from submitted manuscripts is not used by the reviewer for personal use.
- The reviewer notifies the editor with a request to be excluded from the reviewing process of this manuscript.
- The reviewer identifies significant published works relevant to the theme and not included in the bibliography of the manuscript.
- If there is a substantial similarity or overlap between the manuscript under consideration and any other published work, which is in the sphere of the scientific competence of the reviewer, the reviewer draws the editor's attention to this fact.

Manual for authors of scientific publications

The author (or authors) has primary responsibility for the novelty and reliability of research results:

- The author sets out consistent research results.
- The author guarantees that research results described in the submitted manuscript are completely original. The borrowed fragments or statements are accompanied by the obligatory indication of the author and the source. The excessive borrowing and plagiarism in any form, including unregistered quotes, paraphrasing or assignment of rights to the results of other research are unacceptable.
- The author cannot submit the manuscript, which has been sent to another journal and is under consideration, as well as an article which is already published in another journal.
- The editorial board may request from the authors the raw data that is relevant to the manuscripts needed for review. The author should provide access to such information and anyway save the data within an adequate period of time after publication.

- All persons who have made a significant contribution to the study, are listed as co-authors of the article.
- The author clearly states in the manuscript about the using of chemicals, procedures or equipment with possible unusual risk.
- Involving people or animals as subjects of research, the author indicates in the manuscript that research is in compliance with applicable laws and regulations of research organizations. The author obtains informed consent from all people who have become objects of study. Rights to privacy are respected.
- If the author finds mistakes or inaccuracies in the article at the stage of reviewing or after publication, he or she should notify the editorial office as soon as possible. If the author obtains information about mistakes from third person, he or she is obliged to remove the work or to correct mistakes.

Note: the editorial board reserves the right to check all information about received for review texts in the program "Антимплазам.ВУЗ" and stop any kind of cooperation with the sponsors who provided materials with incorrect borrowed texts and ideas, and organizations recommending these works to publication.

FOLIAE OTORHINOLARYNGOLOGIAE ET PATHOLOGIAE RESPIRATORIAE 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.

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.

Reference

It would be helpful for some authors to read an excellent book that has been written for doctors whose first language is not English: "Writing Successfully in Science", M. O'Connor, Chapman & Hale, 1991, ISBN 041 446308.

УСЛОВИЯ ПОДПИСКИ

с 2009 года ОТКРЫТА ПОДПИСКА на журнал по каталогам

Агентства «Роспечать»

Подписной индекс - 32014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Editorial Board.....	3
Синоназальная инвертированная папиллома: литературный обзор. Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Баранская С.В., Бибик П.Р.	4
Дифференцированный подход к эндоскопическому удалению юношеских ангиофибром основания черепа. Техника эндоскопических операций. Нерсеян М.В., Капитанов Д.Н., Шелеско Е.В., Зинкевич Д.Н.....	6
Возможности коррекции халитоза при хроническом тонзиллите растительными средствами и физиотерапией Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Малай О.П., Мильчакова А.С.	8
Хирургическое лечение детей с хроническими гнойными мезотимпанитами Федосеев В.И., Милешина Н.А., Курбатова Е.В., Бондаренко Е.С.....	10
Особенности диагностики и лечения изолированных грибковых поражений клиновидной пазухи Карпищенко С.А., Станчева О.А., Суворкина А.Д.	12
Объективный инструмент в практике отохирурга Косяков С.Я., Минавнина Ю.В.	14
К вопросу о показаниях к тонзиллэктомии Рябова М.А., Пособило Е.Е., Агрба А.И., Шамкина П.А.....	16
Вычислительная аэродинамика полости носа и верхнечелюстной пазухи Красножен В.Н., Щербаков Д.А., Саушин И.И., Гарскова Ю.А, Хукуматшоев А.И.....	18
Бесканюльная трахеостомия взамен канюльной Г.А. Фейгин ¹ , В.Г. Шевчук ¹ , Д.А. Мактыбаева ² , А.М. Орозалиева ²	19
Опыт оперативного лечения врожденного околоушного свища. Сопко О.Н., Попова Е.Н.....	22
Клинико-морфологическое обоснование сохранения крючковидного отростка при хирургическом лечении риносинусита у детей. Андреева И.Г., Хукуматшоев А.И., Красножен В.Н.....	24
Использование компьютер-ассистированных навигационных систем при эндоскопической эндоназальной хирургии у пациентов с муковисцидозом. Карпищенко С.А., Мартынихина М.С., Болознева Е.В., Станчева О.А.	26

Эндоскопическая фронтотомия при инородном теле лобной пазухи. С.А. Карпищенко, О.Е. Верещагина, Е.В. Болознева, Ю.В. Легкова	28
Требования к рукописям, <u>направляемым в журнал</u>	37
Instructions to authors.....	45
Условия подписки	49

Журнал оториноларингологии и респираторной патологии

Главный редактор – Карпищенко С.А.
Заместитель главного редактора – Таварткиладзе Г.А.
Верстка и дизайн – Шахназаров А.Э.
Размещение в e-library – Арустамян И.Г.

ISSN 2310-3825

Подписано в печать 01.09.2017 г. Формат 60x88 1/16
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура «ТаймсРоман». Усл. печ. листов 5,5.
Тираж 1000 экз. Заказ № 49.
Отпечатано с готовых диапозитивов в ООО «УльтраТраст»
Санкт-Петербург, ул. Цветочная, д.6

© IAO-HNS 2017

Полное или частичное цитирование допускается только с разрешения редакции.
Ссылка на журнал обязательна