

ISSN 2310-3825

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

Volume 22, № 4, 2016

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

S.A. Karpishchenko (Otolaryngology, 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	M. Önerci	Ankara, Turkey
O.N. Borisenko	Kiev, the Ukraine	V. Oswal	Cleveland, Great Britain
V.P. Bykova	Moscow, Russia	G.Z. Piskounov	Moscow, Russia
A.V. Chervinskaya	Saint Petersburg, Russia	M. Profant	Bratislava, Slovakia
M. Jorissen	Leuven, Belgium	Yu. Yu. Rusetski	Moscow, Russia
P. Catalano	New York, USA	M.A. Ryabova	Saint Petersburg, Russia
E. Kern	Rochester, USA	B. Schmelzer	Antwerp, Belgium
I.M. Korol	Minsk, Belorussia	A.K. Shukuryan	Erevan, Armenia
S.Ya. Kosyakov	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
M.Milkov	Varna, Bulgaria	D. Vicheva	Plovdiv, Bulgaria
Ya. Nakatis	Saint Petersburg, Russia	S. Vlaminc	Brugge, Belgium
H. Negm	Cairo, Egypt		

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ.

© С.А. Карпищенко, Е.В. Болознева, Ю.В. Мушникова

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», ул. Льва Толстого, д. 6-8, 197022, Санкт-Петербург, Россия

В статье представлен клинический случай хирургического лечения хронического воспаления лобной пазухи, сопровождавшегося выраженным болевым синдромом. Это явилось главной причиной обращения пациента, так как дискомфортные ощущения не купировались после проведенных ранее оперативных вмешательств. Эндоназальная фронтотомия была выполнена с применением эндоскопической техники под контролем электромагнитной навигационной системы. До выполнения хирургического лечения пациенту была выполнена стандартная 3D – компьютерная томография околоносовых пазух. Это исследование позволило тщательно проанализировать характер воспалительного процесса, оценить анатомические ориентиры, сформировать ход операции. Для лучшего интраоперационного контроля использовалась электромагнитная навигационная станция. Наличие такого оборудования повышает эффективность, снижает риски эндоскопической процедуры. Фронтальный синус является довольно сложной анатомической областью для проведения в нем каких-либо вмешательств, навигационная станция придает оперирующему хирургу больше уверенности в своих действиях, предотвращая возможность повреждения стенок глазницы, основания черепа. Цель повторного хирургического вмешательства заключалась в формировании широкого стойкого носолобного соустья, позволяющего обеспечить адекватный дренаж и вентиляцию лобной пазухи, уменьшить число рецидивов и осложнений заболевания, снизить объем травмы и значительно сократить время пребывания больного в стационаре. В нашем клиническом случае мы использовали сочетание оперативного лечения с консервативным в виде применения топических интраназальных глюкокортикостероидов в форме закапывания. Хирургическое лечение проведено адекватно, получено гнойное содержимое, сформировано достаточное носолобное соустье. К сожалению, в нашем случае, у пациента сохранились боли похожей локализации, что связано с развитием неврологической симптоматики.

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

PAIN SYNDROME IN ACUTE AND CHRONIC INFLAMMATION OF THE FRONTAL SINUS.

© S.A. Karpishchenko, E.V. Bolozneva, Y.V. Mushnikova

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
L. Tolstogo ul., 6-8, 197022, Russian Federation, Saint Petersburg

The article presents a case report of surgical treatment of chronic frontal sinusitis, accompanied by severe pain. It was the main reason for the patient's treatment, as the discomfort hadn't stopped after previous surgeries. Endonasal frontal sinus surgery was performed using endoscopic techniques under the guidance of an electromagnetic navigation system. Before the surgery a 3D computed tomography of the paranasal sinuses had been done. This imaging study allowed us to carefully analyze the nature of the inflammatory process, to evaluate the anatomical landmarks and plan the course of operation. The navigation station was used for better intraoperative control. Existence of such equipment increases efficiency and reduces the risk of endoscopic procedure. The frontal sinus is quite complex anatomical area for any interventions, so image guidance gives the surgeon much more confidence in the actions, preventing possible damage of the orbital walls and the skull base. The purpose of revision surgery in presented case was to form patent and stable frontonasal ostium, allowing adequate ventilation and drainage of the frontal sinus, reduce the number of relapses and complications of the disease, reduce the amount of injuries and significantly reduce the time of hospitalization. In our clinical case, we used a

combination of conservative treatment and surgery using topical intranasal corticosteroid irrigation. Surgical treatment was carried out appropriately, we received the pus and formed a sufficient frontonasal ostium. Unfortunately, in our case, the pain in the frontal area persisted. That was probably due to the development of neurological symptoms.

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

Карпищенко С.А. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8., тел. +7 (812) 338-70-19. e-mail: karpischenkos@mail.ru

Е.В. Болознева – 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, тел: +79117759379, e-mail: bolozneva-ev@yandex.ru

Ю.В. Мушникова – 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, тел: +79522423498, e-mail: mushayulia@mail.ru

Karpischenko S.A. - DMSc, Professor and Chairman ENT department «Pavlov First Saint Petersburg State Medical University», Leo Tolstoy street, 6-8, 197022, Saint Petersburg, Russia, phone +7(812)338-70-19.; e-mail: karpischenkos@mail.ru

E. Bolozneva - Assistant Professor ENT department «Pavlov First Saint Petersburg State Medical University», Leo Tolstoy street, 6-8, 197022, Saint Petersburg, Russia, phone. +79117759379, E-mail: bolozneva-ev@yandex.ru

Yu. Mushnikova – resident, ENT department «Pavlov First Saint Petersburg State Medical University», Leo Tolstoy street, 6-8, 197022, Saint Petersburg, Russia, phone +79522423498, e-mail: mushayulia@mail.ru

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОМУ ОПРОСНИКУ COMQ-12.

© С.Я. Косяков, Ю.В. Минавнина

Кафедра оториноларингологии (зав. – д.м.н., профессор С.Я. Косяков)
ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, Москва, Россия, 125993

Для корреспонденции: Косяков Сергей Яковлевич, e-mail: serkosykov@yandex.ru

Резюме.

Введение. Причиной возникновения проблемы оценки качества жизни является частое несоответствие картины болезни, по мнению пациента, и представлением врача, основанным на объективных данных. Эта ситуация особенно актуальна для отологии, где существует многообразие форм и течений хронического среднего отита. Хронический средний отит (ХСО) - распространенное заболевание, которым страдают, по разным данным, 65-330 млн. человек (до 2% населения) во всем мире, при этом большее количество заболевших наблюдается главным образом в развивающихся странах. Опросник Chronic Otitis Media Questionnaire - 12 (COMQ-12) был первоначально разработан в Великобритании для оценки качества жизни, связанного со здоровьем, по мнению самих пациентов, у больных хроническим средним отитом. Цель данного исследования-определить, является ли данный инструмент международным и применим ли он к русскому населению, учитывая разницу в системах здравоохранения.

Материалы и методы: 108 пациентов - 49 мужчин (45%) и 59 женщин (55%), в возрасте от 16 до 84 с различными формами хронического среднего отита, заполнившие опросник. Пациенты были распределены на группы в зависимости от вида среднего отита и наличия хирургического вмешательства в анамнезе

Результаты: Средний балл по опроснику составил 19,4 (от 4 до 43 среди всех респондентов, стандартное отклонение 8.3). Медиана опросника составила 20. 91% пациентов набрали 30 баллов по опроснику и менее, 55% пациентов – 20 баллов и менее. Внутренняя согласованность опросника оказалась высокой, альфа Кронбаха равна 0.860.

Выводы: русская версия опросника COMQ-12 является надежным инструментом для оценки качества жизни у пациентов с хроническим средним отитом. Этот факт создает условия для международного сотрудничества, используя опросник для оценки эффективности хирургического лечения даже среди стран с различной системой здравоохранения. Имея такой международный опросник на различных языках появляется возможность оценивать направление развития болезни и ее исходов в различных социокультурных условиях по всему миру. Это позволит в будущем составлять наиболее полную картину изучаемого заболевания.

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

THE OBJECTIFICATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA, ACCORDING TO THE INTERNATIONAL QUESTIONNAIRE COMQ-12.

© S.Ia. Kosyakov, J.V. Minavnina

Department of otorhinolaryngology

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russia, 125993

Abstract.

Introduction. The problem of quality of life assessment is caused by a frequent mismatch between the pattern of disease perceived by the patient and the pattern of disease, based on objective data. This situation is particularly relevant to otology, where there are several forms of COM, each of which is

characterized by peculiarities of courses and outcomes. Chronic otitis media (COM) is a widespread disease that affects, according to various sources, 65-330 million people (2% of the population) worldwide, with a greater number of cases observed mainly in developing countries. The Chronic Otitis Media Questionnaire -12 (COMQ-12) was developed initially in the UK to assess the patient-reported health-related quality of life (HRQoL) due to chronic otitis media. The aim of this study is to determine whether this tool is applicable to the Russian population, which has a materially different healthcare system.

Materials and methods: 108 patients with different forms of COM completed the RCOMQ-12.

Results: The study included 108 patients: 49 men (45%) and 59 women (55%), ranging in age from 16 to 84 years. Patients were classified according to their form of COM and whether previous surgery had been undertaken. RCOMQ-12 scores ranged from 4 to 43 among all respondents. The average score was 19.4 (SD 8.3). The median RCOMQ-12 score overall was 20. 91% of respondents achieved a score of 30 or less, 55% of respondents achieved a score of 20 or less. For the RCOMQ-12 Cronbach's alpha was equal to 0.860.

Conclusions: The Russian version of the COMQ-12 is found to be a reliable tool for assessment of HRQoL in patients with chronic otitis media. This sets the scene for international collaboration using this tool to assess the effectiveness of surgical treatments even amongst countries with different healthcare system. By having COMQ-12 in different languages, there is an opportunity to evaluate the course of the disease and its outcomes in different social and cultural conditions all around the world. This allows us to obtain a more complete and objective picture of the studied disease.

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

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

Kosjakov S.Ya. - Professor, DMSc, Head of the Department of Otorhinolaryngology RMAPO, Moscow, 109028, Podkolokolny lane, 16/2, Apt. 46, Tel: 89166808883, e-mail: serkosykov@yandex.ru

Минавнина Юлия Владимировна - старший лаборант кафедры оториноларингологии РМАПО, MinavninaJV@yandex.ru, адрес: г. Москва, 125310, Пятницкое ш, д. 41, кв. 319, тел: 89168279638

Minavnina Ju.V., - laboratory assistant of the Department of Otorhinolaryngology RMAPO, MinavninaJV@yandex.ru, address: Moscow, 125310, Pyatnickoe Shosse 41-319, ph: 89168279638

Конфликт интересов: отсутствует.

Финансовая поддержка: отсутствует.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕЛЕКТАЗА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

© Катинас Е.Б¹, Соловьев М.М², Карпищенко С.А¹.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова кафедра оториноларингологии с
клиникой¹ и СПбГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»²
197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург
Ул. Льва Толстого 6/8, для корреспонденции: e-mail: elena_katinas@mail.ru

Резюме.

Хронический ателектаз верхнечелюстной пазухи - это клиническое состояние, которое характеризуется постепенным уменьшением объема пазухи вследствие гиповентиляции, что обуславливает втяжение ее стенок и развитие деформаций средней зоны лица, экзофтальма и гипофтальма. При ателектазе верхнечелюстной пазухи, независимо от ее стадии, показана эндоскопическая ринохирургия. В статье приводится обзор литературы и анализ 635 компьютерных томограмм околоносовых пазух пациентов с различными поводами обращения. В результате анализа, описаны клинически и рентгенологически 24 (3,8%) случая ателектаза верхнечелюстной пазухи. Первая стадия у 2 больных, вторая стадия – у 12, третья – у 9 больных. Делается вывод о частом выявлении данного заболевания рентгенологически, при обращении с другой патологией пазух и челюстно-лицевой области. Рассматриваются симптомы различных стадий ателектаза верхнечелюстной пазухи, приводятся данные эндовидеоскопии полости носа, обсуждаются вопросы патогенеза данного заболевания. В статье приведены рентгенологические наблюдения различных типов реагирования надкостницы и костной ткани стенок верхнечелюстной пазухи в условиях ателектаза, обсуждается механизм distraction. Приводятся собственные результаты хирургической коррекции ателектаза в объеме эндоскопической ринохирургии и связанных с ним деформаций средней зоны лица в объеме контурной пластики лица и пластики дна орбиты. На основании данных литературы и собственных наблюдений делается вывод о необходимости хирургического лечения ателектаза верхнечелюстной пазухи, вне зависимости от стадии заболевания. Золотым стандартом лечения является эндоскопическая эндоназальная ринохирургия, направленная на восстановление функционирования естественного соустья верхнечелюстной пазухи. Хирургическая коррекция деформаций лица при данной патологии возможна только после устранения ателектаза.

Ключевые слова: ателектаз верхнечелюстной пазухи, синдром молчащего синуса, эндоскопическая ринохирургия, деформация средней зоны лица, экзофтальм, гипофтальм.

CHRONIC MAXILLARY ATELECTASIS: CLINICAL ASPECTS IN DYNAMIC.

© Katinas E¹, Solovyov M², Karpischenko S¹.

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University¹, Saint-Petersburg city
Hospital №2²
197022, Russian Federation, Saint Petersburg
For correspondence: e-mail: elena_katinas@mail.ru

Abstract.

Chronic maxillary atelectasis is based on sinus obstruction, which results in negative pressure, sinus walls retraction and midface deformity. The article provides a literature review and analysis of 635 CT-scans of patients, who sought medical help for various reasons. Among these 635 cases we found 24 (3.8%) cases of maxillary atelectasis and described them clinically and radiologically. We conclude that the disease is often diagnosed accidentally on CT scans, when a patient visited a doctor for another reason. Clinical and radiological features of different stages of maxillary sinus atelectasis, endoscopic picture and pathogenesis of midfacial deformity are discussed in the article. We present several CT observations of various responses of the periosteum and maxillary sinus bony walls in cases of atelectasis and discuss the mechanism of distraction. Endoscopic sinus surgery with wide maxillary antrostomy is considered to be the treatment of choice. Surgical correction of midface deformity is possible only after elimination of

maxillary atelectasis. Our personal results of endoscopic sinus surgery, facial contouring surgery and orbital floor reconstruction are presented in the article.

Keywords: *chronic maxillary atelectasis, silent sinus syndrome, endoscopic sinus surgery, midfacial deformities, enophthalmos, hypoglobus.*

Катинас Е.Б. – доцент 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: elena_katinas@mail.ru

Соловьев М.М – доцент, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, ГСМПБ №2, Санкт-Петербург, Учебный переулок, 7

Карпищенко С.А. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8., тел. +7 (812) 338-70-19. e-mail: karpischenkos@mail.ru

E. Katinas - Associate Professor ENT department «Pavlov First Saint Petersburg State Medical University», Leo Tolstoy street, 6-8, 197022, Saint Petersburg, Russia, e-mail: elena_katinas@mail.ru

M. Soloviev - Associate Professor, Head of the Department of Maxillofacial Surgery, city Hospital №2, St. Petersburg, Uchebniy per, 7

Karpischenko S.A. - DMSc, Professor and Chairman ENT department «Pavlov First Saint Petersburg State Medical University», Leo Tolstoy street, 6-8, 197022, Saint Petersburg, Russia, phone +7(812)338-70-19.; e-mail: karpischenkos@mail.ru

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

© Бабаев С.Ю.¹, Козаренко Е.А.¹, Митрофанова Н.Н.², Руина О.В.¹,
Строганов А.Б.¹, Мельников В.Л.²

¹ ГБОУ ВО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава
России, 603950, Нижний Новгород, Россия

² ФГБОУ ВО Пензенский Государственный Университет,
440026, Пенза, Россия

Для корреспонденции: Бабаев Сергей Юрьевич, e-mail: s.babaev@mail.ru

Гнойно-воспалительные заболевания ЛОР – органов относятся к числу наиболее распространенных заболеваний и относятся к ведущим показаниям для назначения антибиотиков. Назначение антибактериальной терапии должно основываться на составе биотопа микроорганизмов, обладающих определенными признаками, в том числе и устойчивостью к антибиотикам. В нашей статье представлено исследование микробного пейзажа оториноларингологического отделения многопрофильного стационара, с определением уровня антибиотикорезистентности микробных культур. Целью нашего исследования являлось изучение клинических и эпидемиологических особенностей острых и хронических гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов. В результате были выявлены особенности видового состава возбудителей, в том числе установлено наличие микробных ассоциаций. Установлено, что этиологическая структура гнойно – воспалительных заболеваний у пациентов ЛОР-отделения представлена широким спектром микроорганизмов и включает более 14 видов, в основном условно – патогенных. Наибольший удельный вес составили *S. epidermidis*, *S. aureus*, *P.aeruginosa*, а также бактерии рода *Enterococcus*. Отмечен рост устойчивости микроорганизмов к актуальным антибиотикам, что требует отдельного подхода к назначению эмпирической антибактериальной терапии. Подчеркнута значимость эпидемиологической роли оториноларингологического отделения, как источника поступления микроорганизмов в стационар и среды поддержания эпидемического процесса в зависимости от специфики микробного фона в каждом территориальном локусе. В результате анализа данных настоящего исследования возможно создание алгоритмов лечения и профилактики острых и хронических, внебольничных и нозокомиальных инфекций на основе изучения патологических биоценозов ЛОР-органов, возникающих в различных условиях с учетом закономерностей их формирования, особенностей течения и биологических свойств возбудителей.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания, антибиотикорезистентность, отделение оториноларингологии.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF INFLAMMATORY DISEASE PATIENTS ENT DEPARTMENT MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

© Babaev S. Yu.¹, Kozarenko E. A.¹, Mitrofanova N. N.², Ruina O. V.¹, Stroganov A. B.¹,
Melnikov V. L.²

¹ Nizhny Novgorod State Medical Academy,
603950, Nizhny Novgorod, Russian Federation

² Penza State University, 440026, Penza, Russian Federation

For correspondence: Babaev Sergei, e-mail: s.babaev@mail.ru

Inflammatory diseases of ear, nose and throat are among the most common diseases and are the leading indications for antibiotic prescription. Antimicrobial therapy selection should be based on the composition of biotope microorganisms having certain characteristics, including antibiotic resistance. This article presents a study of the microbial landscape of otorhinolaryngology department of general hospital, with a certain level of antibiotic resistance of microbial cultures. The objective of our study was to evaluate the clinical and epidemiological features of acute and chronic inflammatory diseases of ear, nose and throat. As a result, the peculiarities of pathogens and bacterial associations were identified. It was found that the etiological structure of inflammatory diseases in patients of ENT department represented a broad spectrum of microorganisms and included more than 14 species, mostly conditional - pathogenic. The largest share amounted to *S. epidermidis*, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, and bacteria of the genus *Enterococcus*. Marked growth of microorganisms resistant to current antibiotics that require a separate approach to the appointment of empirical antibiotic therapy. It emphasizes the importance of epidemiological role of otorhinolaryngology department, as a source of microorganism's admission and maintaining the environment of the epidemic process, depending on the specifics of microbial background in each territorial locus. Based on the data of this study it is possible to create algorithms for the treatment and prevention of acute and chronic, and community-acquired nosocomial infections based on a study of pathological biocenosis of upper respiratory tract, resulting in a variety of conditions, taking into account the laws of their formation, the course and the biological properties of pathogens.

Key words: *inflammatory diseases, antibiotic resistance, ENT department*

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ К ЭНДОАЗАЛЬНОМУ ВСКРЫТИЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

© С.А. Карпищенко¹, А.Ю. Зерницкий², Е.В. Болознева¹, С.В. Баранская¹
Кафедра оториноларингологии с клиникой¹
Кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии²
ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, Россия
Для корреспонденции: Карпищенко С.А., e-mail: karpischenkos@mail.ru

Операция синус-лифтинг направлена на увеличение толщины дна пазухи для последующей имплантации зубов верхней челюсти. Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти может являться результатом отсутствия зубов верхней челюсти или врожденным состоянием. Патологические изменения максиллярного синуса (кисты, полипы, инородные тела, гной и др.) влияют на прогноз синус-лифтинга. Эффективность синус-лифтинга зависит от состояния структур верхнечелюстной пазухи, что обусловлено тесной анатомо-топографической связью. Оптимальным методом хирургического лечения является эндоназальная эндоскопическая синусохирургия, направленная на адекватное дренирование полости синуса. В настоящее время функциональная эндоскопическая синусохирургия оториноларингологами во всем мире признается как малоинвазивный и эффективный способ лечения патологии полости носа и околоносовых пазух, позволяющий максимально сохранить анатомические структуры оперируемой области. В статье нами предложен вариант вскрытия верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход с формированием временного соустья при нормально функционирующей структуре остиомаентального комплекса. Вскрытие верхнечелюстной пазухи через нижний ход может быть использовано в качестве диагностической синусоскопии, что предоставляет исчерпывающий объем информации о состоянии максиллярного синуса.

Вывод. Сотрудничество оториноларинголога и челюстно-лицевого хирурга является важным для эффективного лечения синуситов у пациентов, нуждающихся в синус-лифтинге. Междисциплинарный подход в лечении патологии верхнечелюстной пазухи, позволяющий правильно подобрать тактику терапии – залог эффективной имплантации зубов верхней челюсти, при этом процент успешного оперативного вмешательства возрастает. При этом лечение должно отвечать следующим параметрам: малоболезненность и непродолжительный восстановительный период, что отражается на экономической составляющей терапии.

Ключевые слова: синус-лифтинг, функциональная эндоскопическая синусохирургия, вскрытие верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход.

DENTAL INDICATION TO THE ENDONASAL ANTROSTOMY

© S.A. Karpischenko¹, A.Yu. Zernicki², E.V. Bolozneva¹, S.V. Baranskaya¹
ENT department¹
Maxillofacial surgery department²
Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,
197022, Saint Petersburg, Russia
For correspondence: S.A. Karpischenko, E-mail: karpischenkos@mail.ru

Maxillary sinus lift surgery (maxillary sinus floor augmentation surgery) is a procedure aimed at bone production of the maxillary sinus floor. Atrophy of the alveolar bone is a result of posterior teeth loss or is a congenital condition. The goal of this procedure is to insert implants and rehabilitation of posterior teeth. Pathological process in the maxillary sinus affects the outcome of sinus lifting. Minimally invasive endonasal endoscopic antrostomy is the optimal treatment technique of patients before sinus lifting. Nowadays, otolaryngologists all around the world consider FESS as an effective, minimally-invasive approach, which is maximally conservative regarding anatomy and physiology of the area treated. In this article we present maxillary sinus opening through the inferior nasal meatus. Inferior antrostomy can be

effective in case of pathological dental conditions and pathology in maxillary sinus floor. Approach through the inferior nasal meatus to keep the structures of ostiomeatal unit intact in case of their normal function. Inferior antrostomy can be used for diagnostic maxillary sinuscopy.

Conclusion. Co-operation of otorhinolaryngologist and maxillofacial surgeon is necessary for the effective treatment of patients with sinusitis before sinus lift surgery. Proper and timely treatment of sinusitis is the key to successful implantation. This treatment should be painless and minimally-invasive.

Key words: sinus lift surgery, FESS, inferior antrostomy.

ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА

© Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Куликова О.А., Кучерова Л.Р., Зубарева А.А., Арустамян И.Г

ПСПБГМУ им. ак. И.П.Павлова

197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

Для корреспонденции: Лавренова Галина Владимировна,

e-mail: lavrenovaqv@yandex.ru

Резюме: Гранулематоз Вегенера — системный идиопатический АНЦА-ассоциированный некротизирующий васкулит, основным морфологическим и патогенетическим проявлением которого является гранулематозно-некротическое воспаление с преимущественным поражением верхних дыхательных путей. Заболевание носит системный характер и, патологический процесс, дебютируя как правило, в ЛОР-органах, маскирует симптомы основного процесса. В статье представлены основные положения по клиническим проявлениям в различных системах и органах. Также тщательно рассматривается вопрос обследования пациента, в том числе описаны возможности компьютерной томографии в диагностике поражения околоносовых пазух при системных процессах. В работе представлены различные виды современного лечения гранулематоза Вегенера. В статье сделан акцент на ринологические проявления заболевания. Описан клинический случай больной Ч., 19 лет, с сочетанной патологией гнойного риносинусита и гранулематоза Вегенера, осложненного амаврозом слева. Интерес представленного наблюдения заключается в сочетанной патологии, включающей системное заболевание соединительной ткани (Гранулематоз Вегенера) с гнойно-воспалительным поражением в околоносовых пазухах, что создало значительные трудности в диагностике и выборе дифференцированной тактики лечебного процесса. Следует отметить, что для гранулематоза Вегенера ранняя или, в крайнем случае, своевременная диагностика критически важна, так как это способствует продлению жизни и служит профилактикой многих осложнений. Также немаловажен мультидисциплинарный подход в ведении таких пациентов, и после установления диагноза больного следует срочно направлять в специализированные ревматологические центры для профилактики осложнений со стороны легких и почек, которые, в противном случае, могут привести к летальному исходу. Надеемся, что статья будет полезна как для амбулаторно практикующего специалиста, так и для сотрудников стационарного звена.

Ключевые слова: Гранулематоз Вегенера, острый гнойный риносинусит, компьютерная томография околоносовых пазух

GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS

© Karpischenko S.A., Lavrenova G.V., Kulikova O.A., Kucherova L.R., Zubareva A.A., Arustamyan I.G

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

197022, Russian Federation, Saint Petersburg

For correspondence: Lavrenova Galina, e-mail: lavrenovaqv@yandex.ru

Summary: Granulomatosis with polyangiitis (GPA) is a systemic idiopathic ANCA-associated necrotizing vasculitis. Its main morphological and pathogenic features are granulomatous necrotizing inflammation with upper respiratory tract primary involvement. Despite systemic character of the disease, pathological process usually begins locally in the upper respiratory tract and masks general symptoms of the pathology.

In this article basic information about clinical manifestations in various systems and organs is presented. We also provide a diagnostic scheme, including computed tomography abilities in paranasal sinuses lesion assessment. Different treatment schemes are also provided with regard to rhinological symptoms. For example we describe a clinical case: patient Ch., 19 y. o., with combined GPA with amaurosis and acute rhinosinusitis. In this case the diagnosis of GPA was challenging due to multiple pathologies. It's well-known that timely diagnosis of GPA is critical for quality of life and complication prevention. We also have to remind that patients with verified GPA have to be treated in special rheumatologic centres to prevent possible complications.

Keywords: granulomatosis with polyangiitis, acute rhinosinusitis, computed tomography of paranasal sinuses.

АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ СЛУХОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

© Бобошко М.Ю.^{1,2}, Салахбеков М.А.², Жилинская Е.В.¹, Мальцева Н.В.¹,
Савенко И.В.¹, Тотолян Н.А.¹

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,
197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербурге

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
191015, Российская Федерация, г. Санкт-Петербурге

Для корреспонденции: Бобошко Мария Юрьевна, E-mail: boboshkom@gmail.com

В последние годы наблюдается увеличение числа больных рассеянным склерозом (РС). Особенностью болезни является одновременное поражение различных отделов центральной нервной системы с образованием множественных очагов демиелинизации, что сопровождается процессами нейродегенерации и функциональной реорганизации структур головного мозга. Цель исследования – аудиологическая оценка состояния центральных отделов слуховой системы у больных РС с использованием речевых и неречевых методов. Обследовано 20 пациентов с рецидивирующе-ремиттирующим РС в возрасте от 29 до 59 лет. Контрольную группу составили 20 лиц без РС с нормальными порогами слуха. Наряду с традиционным аудиологическим обследованием всем больным проводились тесты по оценке функционального состояния центральных отделов слухового анализатора: установление дифференциальных порогов по частоте, исследование восприятия ритмических последовательностей стимулов, тест обнаружения паузы, регистрация отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения с применением контралатерального шумового подавления, тест бинаурального взаимодействия в формате чередующейся бинаурально речи, дихотический числовой тест и моноауральный низкочастотный тест (исследование речью на фоне шума) в форматах матриксного фразового теста и тройного числового тестов. Повышение порогов слуха до 1 степени тугоухости имело место только у двух человек, а признаки центральных слуховых расстройств выявлены у всех обследованных пациентов. Максимальные изменения отмечены в тесте по оценке восприятия быстрых ритмических последовательностей стимулов, чувствительном к патологии полушарий головного мозга и мозолистого тела (у 90% испытуемых результат не соответствовал норме) и при исследовании разборчивости фраз в шуме, выявляющем патологию слуховой коры (результаты были ниже нормы у 75% пациентов). Полученные данные свидетельствуют о мультиуровневом поражении центральных звеньев слухового анализатора при РС от стволовых структур до коры головного мозга.

Ключевые слова: центральные слуховые расстройства, рассеянный склероз.

AUDIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE CENTRAL AUDITORY PATHWAYS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

© Boboshko M. Yu.^{1,2}, Salakhbekov M. A.², Zhilinskaja E. V.¹, Maltseva N. V.¹, Savenko I. V.¹, Totoljan N. A.¹

¹ Academician I. P. Pavlov First St. Peterburg State Medical University, 197022,
Russian Federation, Saint Petersburg

² Northwest State Medical University named after Mechnikov, 191015, Russian
Federation, Saint Petersburg

For correspondence: Boboshko Maria, E-mail: boboshkom@gmail.com

The number of patients with multiple sclerosis (MS) is increasing in recent years. A feature of the disease is the simultaneous failure of the various divisions of the central nervous system with the formation of multiple foci of demyelination, which is accompanied by processes of neurodegeneration and functional reorganization of brain structures. The aim of the study was to perform the audiological assessment of central auditory system in patients with MS, using speech and non-speech methods. 20 patients with relapsing-remitting MS from 29 to 59 years old were examined. 20 people without MS with normal hearing thresholds were included in the control group. The traditional audiological examination was performed in all patients as well as tests to assess central auditory analyzer: difference limen for frequency, modification of duration pattern, random gap detection tests, contralateral suppression of otoacoustic emission, binaural interaction test (binaural alternating speech), dichotic digits test and monaural low-redundancy test (speech in background noise) – Russian matrix sentence test and digit triplet test. Slight hearing impairment in only two patients was revealed, and the symptoms of central auditory processing disorders were detected in all examined patients. Maximum changes were observed in the modification of duration pattern test, which is sensitive to pathology in the brain hemispheres and corpus callosum (the results have been below normal in 90% of patients) and in the Russian matrix sentence test in background noise, revealing the pathology of the auditory cortex (the results have been below normal in 75% of patients). The obtained data testify to the multi-level pathology of central parts of the auditory analyzer in patients with MS from brainstem structures to the cerebral cortex.

Key words: central auditory processing disorders, multiple sclerosis

Бобошко Мария Юрьевна (Boboshko Maria) – доктор мед. наук, зав. лабораторией слуха и речи НИЦ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова; 197022 Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8; e-mail: boboshkom@gmail.com; тел. сл. 338 60 34; тел. моб. +7 921 999 57 35.

Салахбеков Магомед Абусаламович (Salakhbekov Magomed) – аспирант кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 191015 Санкт-Петербург, Кирочная ул., 41; e-mail: magomed-salakhbekov@mail.ru; тел. моб. +7 921 988 80 66.

Жилинская Екатерина Викторовна (Zhilinskaia Ekaterina) – аспирант лаборатории слуха и речи НИЦ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова; 197022 Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8; тел. сл. 338 60 34; e-mail: xelloss@mail.ru; тел. сл. 338 60 34; тел. моб. +7 921 790 52 00.

Мальцева Наталия Васильевна (Maltseva Natalia) – канд. биол. наук, ст. научн. сотрудник лаборатории слуха и речи НИЦ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова; 197022 Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8; тел. сл. 338 60 34; e-mail: audiolog@inbox.ru; тел. сл. 338 60 34; тел. моб. +7 921 978 41 97.

Савенко Ирина Владимировна (Savenko Irina) – канд. мед. наук, ст. научн. сотрудник лаборатории слуха и речи НИЦ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова; 197022 Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8; тел. сл. 338 60 34; e-mail: irina@savenko.spb.ru; тел. сл. 338 60 34; тел. моб. +7 921 992 18 16.

Тотолян Наталья Агафоновна (Totoljan Natalia) – доктор мед. наук, профессор кафедры неврологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова; 197022 Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8; e-mail: ntotolyan@mail.ru; тел. сл. 338 60 34; тел. моб. +7 921 992 24 58.

ПРИЧИНЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ СИНУС-ЛИФТИНГА

© Карпищенко С.А., Волошина А.В.

*Кафедра оториноларингологии с клиникой, Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
197022, Российская Федерация, Санкт-Петербург
Для корреспонденции: Волошина Анна Владимировна,
e-mail: anvoloshina1987@gmail.com*

Резюме. В статье описаны особенности возникновения болевого синдрома при выполнении операций синус-лифтинга. Сделан акцент на то, что болевой синдром возникает при воспалительных изменениях со стороны верхнечелюстных пазух. Приведена частота встречаемости данного вида осложнений. Проведен анализ характера болевых ощущений у пациентов, перенесших синус-лифтинг, осложнившийся верхнечелюстными синуситами. В статье представлен опыт лечения и наблюдения пациентов с верхнечелюстными синуситами и болевым синдромом разной степени интенсивности, находившимися на лечении в период с мая по сентябрь 2016 г. на кафедре оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. Проанализирован опыт оперативного лечения верхнечелюстных синуситов, которые явились осложнением синус-лифтинга, методом эндоскопического эндоназального подхода с применением ригидных эндоскопов с разным углом обзора. Проведено сравнение болевого синдрома у пациентов с верхнечелюстными синуситами до и после операции с помощью анкет-опросников, результатов осмотра оториноларинголога и невролога, данных компьютерной томографии. Осмотр отоларинголога включал эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки. Произведен анализ наблюдения за пациентами с верхнечелюстными синуситами, не получившими хирургического лечения. Проанализирован каждый отдельный случай болевого синдрома и верхнечелюстного синусита после проведенного синус-лифтинга. На основании компетентного осмотра невролога и грамотного назначения противовоспалительной терапии верхнечелюстных синуситов, осложненных болевым синдромом после выполнения синус-лифтинга, сделаны окончательные выводы об успехе применения эндоскопической ринохирургии.

Ключевые слова: болевой синдром, околоносовые пазухи, синус-лифтинг, эндоскопическая ринохирургия

CAUSES OF PAIN SYNDROME AFTER PERFORMING SINUS GRAFT

© Karpischenko S.A., Voloshina A.V.

*Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
197022, Russian Federation, Saint Petersburg
For correspondence: Voloshina Anna, e-mail: anvoloshina1987@gmail.com*

Summary. In this article we discuss the peculiarities of pain syndrome after sinus graft operations. The emphasis is put on the fact that pain occurs due to inflammatory changes in the maxillary sinuses. The frequency of occurrence of this type of complications is presented. We analyze the nature of pain syndrome in patients after sinus grafting, complicated by maxillary sinusitis. We present our experience of treatment of patients with maxillary sinusitis and facial pain of varying intensity, in the period from May to September, 2016, at the Department of otorhinolaryngology of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. All cases of maxillary sinusitis, which was a complication of sinus lift surgery, were treated surgically via endonasal endoscopic approach. A comparison of the pain syndrome using questionnaires, ENT specialist and neurologist examination data, CT scans before and after surgery was done. Otorhinolaryngological examination included rigid endoscopy of the nasal cavity and the nasopharynx. The analysis of follow-up of patients with maxillary sinusitis who have not received surgical treatment was also undertaken. We conclude, that endoscopic rhinosurgery is an effective treatment of maxillary sinusitis after sinus lift surgery. Competent examination by a neurologist and correct anti-inflammatory therapy are also of a great importance in such cases.

Key words: *pain, paranasal sinus, sinus graft, endoscopic rhinosurgery*

ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОДНЫХ И ВНЕПИЩЕВОДНЫХ (ФАРИНГЕАЛЬНЫХ) ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ ФАРИНГИТОМ

© ¹Хрусталева Е.В., ²Шишкина Н.М., ²Лубянская Т.Г.

¹ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
Минздрава РФ, 656038, Барнаул, Россия

²КГ БУЗ Краевая клиническая больница, 656024, Барнаул, Россия
Для корреспонденции: Шишкина Наталья Михайловна,
e-mail: shishkina-lor-brn@mail.ru

Цель: охарактеризовать пищеводные и внепищеводные (глоточные) проявления ГЭРБ у пациентов с хроническим атрофическим фарингитом. Задачи: выявление клинических особенностей пищеводных проявлений ГЭРБ, установление формы ГЭРБ, выявление клинических особенностей внепищеводных (фарингеальных) проявлений ГЭРБ. Обследовано 113 пациентов с ГЭРБ и хроническим атрофическим фарингитом и 19 здоровых добровольцев. Клинические особенности патологического процесса в обследованной группе пациентов включали в себя, как пищеводные, так и внепищеводные (глоточные) проявления. Из симптомов ГЭРБ, наиболее часто пациентов беспокоила изжога - 93,81%; реже - отрыжка (80,53%), боли в эпигастрии (61,94%). У всех пациентов преобладала неэрозивная форма ГЭРБ (84,1%). Основными жалобами со стороны глотки, были: першение (81,4%), сухость (79,6%), ощущение жжения (58,4%); в 77% случаев выявлена охриплость. Микрофлора была выделена у 71,6% пациентов, из них у 83,95% - грибы рода *Candida*. При микроскопии мазков со слизистой оболочки ротоглотки у больных данной группы грибы рода *Candida* обнаружены в стадии почкования (57,5%), с наличием псевдомицелия (52,2%), ростковых трубок (1,7%). Средний уровень кислотно-основного равновесия (рН) слизистой оболочки всех отделов глотки пациентов обследуемой группы по сравнению с группой здоровых добровольцев был снижен и смещен в кислую сторону. В носоглотке уровень рН ниже на 4,3% ($6,7 \pm 0,1 - 7 \pm 0,2$) ($p \leq 0,05$), ротоглотке – на 12,2% ($5,8 \pm 0,1 - 6,6 \pm 0,2$) ($p \leq 0,05$), гортаноглотке – на 8,7% ($6,3 \pm 0,1 - 6,9 \pm 0,3$) ($p \leq 0,001$), что наиболее выражено в области ротоглотки.

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; хронический атрофический фарингит; кислотно-основное равновесие.*

CHARACTERISTICS OF ESOPHAGEAL AND EXTRAESOPHAGEAL (PHARYNGEAL) MANIFESTATIONS OF GERD IN PATIENTS WITH CHRONIC ATROPHIC PHARYNGITIS

.© ¹Khrustaleva E. V., ²Shishkina N.M., ²Lubyanskaya T.G.

¹ Altai State Medical University (ASMU)

² The Altai Regional Clinical Hospital

For correspondence: Shishkina Natal'a, E-mail: shishkina-lor-brn@mail.ru

The objective of our research was to characterize esophageal and extra esophageal (pharyngeal) manifestations of GERD at patients with chronic atrophic pharyngitis. Tasks: detection of clinical features of esophageal manifestations of GERD, establishment of the GERD form, detection of clinical features of extraesophageal (pharyngeal) manifestations of GERD. 113 patients with GERD and chronic atrophic pharyngitis and 19 healthy volunteers were included in the study. Clinical features of pathological process in the surveyed group of patients included, both esophageal and extraesophageal (pharyngeal) manifestations. Among all GERD symptoms, we often encountered heartburn (93,81%), regurgitation (80,53%), epigastric pain (61,94%). Non-erosive forms of GERD prevailed (84,1%). Main throat

complaints were the following: irritation (81,4%), dryness (79,6%), burning sensation (58,4%); in 77% of cases hoarseness was revealed. Microflora was cultured in 71,6% of patients, among them 83,95% had candida. Microscopy of throat smears showed Candida in a budding yeast form in 57,5%, with pseudomycelium - 52,2%, with growth tubes - 1,7%. Average pharyngeal pH level in the study group in comparison with the control group was lower. In the nasopharynx pH level was 4,3% lower ($6,7\pm 0,1 - 7\pm 0,2$) ($p\leq 0,05$), in the oropharynx - 12,2% lower ($5,8\pm 0,1 - 6,6\pm 0,2$) ($p\leq 0,05$), in the hypopharynx - 8,7% lower ($6,3\pm 0,1 - 6,9\pm 0,3$) ($p\leq 0,001$), so the difference was the most significant in the oropharynx.

Keywords: *gastroesophageal reflux disease; chronic atrophic pharyngitis; acid and main balance (level pH).*

Хрусталева Елена Викторовна (Chrustaleva Elena) – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой оториноларингологии с курсом глазных болезней, e-mail: lorob@mail.ru

Шишкина Наталья Михайловна (Shishkina Natal'a) - врач-оториноларинголог, e-mail: shishkina-lor-brn@mail.ru

Лубянская Татьяна Григорьевна (Lubyanskaia Tatyana) – к.м.н., заведующая отделением гастроэнтерологии

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СФЕНОТОМИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

© С.А.Карпищенко¹, С.И.Алексеевко^{2,3}

¹ГОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8,

²ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова

Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41

³ГБУЗ Детская городская больница №19 им. К.А.Раухфуса

Россия, 193036, г. Санкт-Петербург, Лиговский пр. 8

Для корреспонденции: Алексеевко Светлана Иосифовна,
e-mail: svolga-lor@mail.ru

Возрастные особенности строения клиновидной пазухи определяют строгие показания к ее оперативному лечению. В детском возрасте как при острых, так и при хронических поражениях сфеноидальной пазухи предпочтение отдается консервативным способам лечения. Пограничное расположение клиновидной пазухи с многими жизненно важными анатомическими структурами повышает уровень ответственности лечащего врача и требует выбора щадящих и наиболее безопасных методов и методик оперативного пособия. В детском возрасте предпочтение отдается эндоназальному эндоскопическому способу путем расширения естественного соустья. Безопасность оперативного вмешательства на клиновидной пазухе у детей повышается за счет применения навигационного оборудования и адаптированного анестезиологического пособия. При подготовке к оперативному вмешательству на клиновидной пазухе в детском возрасте абсолютно показано компьютерно-томографическое исследование околоносовых пазух для определения ее морфоархитектоники и соотношения с окружающими анатомическими образованиями. В статье изложены результаты собственных наблюдений 155 детей с хроническим воспалительными заболеваниями околоносовых пазух, из которых 16 детям была выполнена эндоскопическая сфеноотомия в ГБУЗ «Детская городская больница №19 им. К.А.Раухфуса» г.Санкт-Петербурга за период с 2011-2016 годы. Представлены ранние результаты наблюдения детей после проведенных оперативных вмешательств.

В статье представлено 2 клинических случая оперативного лечения детей с поражением клиновидной пазухи. У первого пациента имели место множественные кисты клиновидных пазух, у второго наблюдалось редкое для детского возраста мукоцеле сфеноидальной пазухи. В обоих случаях оперативные вмешательства проводились под навигационным контролем.

Ключевые слова: эндоскопическая риносинусохирургия, сфеноотомия, навигационное оборудование, детский возраст.

ENDOSCOPIC SPHENOIDOTOMY IN CHILDREN

© S.A.Karpishchenko¹, S.I.Alekseyenko^{2,3}

¹First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, Saint-Petersburg, Russia

²North-Western State Medical University named after I.I.Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

³Children's city hospital №19 named. K. A. Rauchfus, Saint-Petersburg, Russia

For correspondence: Alekseyenko Svetlana, e-mail: svolga-lor@mail.ru

Age-related anatomical features of the sphenoid sinus define rather strict indications for its surgical treatment. Conservative treatment of either acute, or chronic sphenoiditis is preferred in children. Close proximity of the sphenoid sinus to many vital anatomic structures increases the level of responsibility of the attending physician and requires a choice of the most gentle and safe methods and techniques of surgery. In children the preference is given to endonasal endoscopic method of expansion of the natural ostium. Safety of the surgery could be further enhanced by means of navigation equipment and specially adapted anesthesia. Computed tomography of the paranasal sinuses is obligatory before the sphenoid sinus surgery in children. It helps to determine the exact anatomy of sphenoid sinus and its

relationship with surrounding anatomical structures. We present our case series of 155 children with chronic inflammatory diseases of the paranasal sinuses, 16 of which underwent endoscopic sphenoidotomy in GBUZ "Children's city hospital №19 named after K.A. Rauchfuss" (Saint-Petersburg, Russia) in the period between 2011 and 2016 year.

Two clinical cases of surgical treatment of sphenoid sinus pathology in children are presented. The first patient had multiple cysts of the sphenoid sinus, the second – sphenoid sinus mucocele, which is quite rare in childhood. In both cases surgical intervention was performed under navigation control.

Keywords: *endoscopic sinus surgery, sphenoidotomy, navigation equipment, childhood.*

ВЛИЯНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА СОСТОЯНИЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.

© Рябова М.А., Василевский Д.И., Пестакова Л.В.

Первый Санкт–Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
197022, Санкт–Петербург, Российская Федерация
Для корреспонденции: Пестакова Любовь Викторовна,
e-mail: lubov_pestakova@mail.ru

Резюме: Диапазон распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) составляет 18,1 -27,8% в Северной Америке, 8,8 – 25,9% в Европе, 8,7 – 33,1% на Ближнем Востоке. Распространенность ГЭРБ в Москве достигает 23,6%, в городах России - 13,3. Полагают, что причиной оториноларингологических проявлений ГЭРБ является гастроэзофагеальный рефлюкс, проникающий проксимально через верхний пищеводный сфинктер. Выявлена связь ГЭРБ с такими патологическими состояниями как кашель, ларингит, бронхиальная астма и разрушение зубной эмали. ГЭРБ может способствовать развитию фарингита, синусита, легочного идиопатического фиброза и рецидивирующего среднего отита. При этом в доступной литературе не найдено данных о состоянии верхних дыхательных путей у больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Целью работы явилось оценить влияние органического рефлюкс-синдрома на состояние верхних дыхательных путей. В исследовании приняли 16 человек с диагнозом гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, которым в связи с неэффективностью фармакологической терапии выполнялись антирефлюксные хирургические вмешательства. Всем больным выполнялось комплексное оториноларингологическое обследование до и через 2 недели после оперативного лечения. У 87,5 % больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью выявлено поражение слизистой оболочки гортани, и в 50% случаев – глотки. Выявлена статистически значимая взаимосвязь между давностью изжоги и длительностью кашля ($R=0,98$, $p<0,05$). Статистически значимой корреляции между индексом массы тела и степенью выраженности жалоб, а также степенью изменений в гортани выявлено не было ($R=-0,4$; $p>0,05$; $R=0,3$; $p>0,05$). Степень выраженности симптомов поражения верхних дыхательных путей значительно уменьшилась после оперативного лечения.

Ключевые слова: верхние дыхательные пути, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, оперативное лечение.

EFFECTS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE ON THE UPPER RESPIRATORY TRACT.

© Ryabova M.A., Vasilevskij D.I., Pestakova L.V.

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
197022, Russian Federation, Saint Petersburg

For correspondence: Lyubov Pestakova, e-mail: lubov_pestakova@mail.ru

The prevalence of gastroesophageal reflux disease (GERD) is 18.1 -27.8% in North America, 8.8 - 25.9% in Europe, 8.7 - 33.1% in the Middle East. The prevalence of GERD in Moscow is 23.6%, in the cities of Russia - 13.3%. The main cause of ENT manifestations of GERD is a gastro-esophageal reflux, penetrating proximally through the upper esophageal sphincter. The relationship of GERD with conditions such as cough, laryngitis, asthma and tooth enamel destruction is established. GERD may contribute to the development of pharyngitis, sinusitis, pulmonary idiopathic fibrosis and recurrent otitis media. Data on the upper airways condition in patients with gastroesophageal reflux disease is difficult to find. The aim of our study was to evaluate the effect of reflux syndrome on the upper respiratory tract. The study involved 16 patients with gastroesophageal reflux disease, who underwent antireflux surgery.

Everyone was examined before and 2 weeks after the surgery. In 87.5% of patients with gastroesophageal reflux disease flexible laryngoscopy revealed mucosal lesion of the larynx, and in 50% of cases – of the pharynx. A statistically significant relationship between heartburn duration and cough duration was established ($R = 0,98$, $p < 0,05$). A statistically significant correlation between body mass index and the severity of the complaints and the degree of laryngeal changes was not found ($R = -0,4$; $p > 0,05$; $R = 0,3$; $p > 0,05$). GERD symptoms decreased significantly after surgery.

Key words: Upper respiratory tract, gastroesophageal reflux disease, surgical treatment.

Рябова Марина Андреевна – д.м.н., проф. кафедры отоларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, 197022, ул. Льва Толстого, д. 6/8., e-mail:marinaryabova@mail.ru

Василевский Дмитрий Игоревич - д.м.н., доцент кафедры хирургии факультетской с курсами лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, 197022, ул. Льва Толстого, д. 6/8.

Пестакова Любовь Викторовна – клинический ординатор кафедры отоларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, врач-оториноларинголог отделения ранней диагностики аллергических заболеваний женщин детородного возраста поликлиники с КДЦ ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Санкт-Петербург, 197022, ул. Льва Толстого, д. 6/8, e-mail:lubov_pestakova@mail.ru

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «VIII ПЛУЖНИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»

Главный внештатный оториноларинголог
Забайкальского края – д.м.н. Е. В. Егорова

9 сентября 2016 г. в Чите прошла ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «VIII Плужниковские чтения». Организаторами мероприятия выступили ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Министерство здравоохранения Забайкальского края, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита II "ОАО РЖД"».

На церемонии открытия конференции с приветственным словом выступили первый проректор Читинской государственной медицинской академии, профессор Юрий Александрович Ширшов. Он отметил, что высокий уровень подготовки врачей оториноларингологов признают не только в Забайкальском крае, но и по России в целом, что и позволило провести конференцию такого масштаба в стенах Читинской государственной медицинской академии.

В числе докладчиков были сотрудники кафедр оториноларингологии ведущих



российских вузов – Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Российской медицинской академии последипломного образования, Первого Московского ГМУ им. И.М. Сеченова, Иркутского ГМУ, Читинской ГМА. В числе выступавших были главные внештатные оториноларингологи: Забайкальского края – Елена Владимировна Егорова, Республики Бурятия – Сергей Афанасьевич

Бороноев. Особым гостем был профессор Берт Шмельцер, прибывший к нам из Клиники хирургии головы и шеи госпиталя г. Антверпен, Бельгия.

Программа конференции включала 16 докладов, посвященных самым насущным проблемам оториноларингологии и ЛОР-хирургии: «Эндоскопическая фронтотомия» (С.А. Карпищенко, Санкт-Петербург), «Скрытая причина неудач в практике ЛОР-врача. Что нового в лечении хронического риносинусита?» (И.Б. Анготоева, Москва), «Тактика лечения при хроническом аденоидите у часто



болеющих детей» (М.В. Субботина, Иркутск), «Место высокодозных антибактериальных препаратов в лечении инфекций ЛОР-органов» (Э.В. Синьков, Москва), «Носовое дыхание: как мы можем оценить его?» (Берт Шмельцер, Бельгия), «Малоинвазивный доступ к верхнечелюстной пазухе» (С.А. Карпищенко, Санкт-Петербург), «Иммунотерапия воспаления риносинусотубарной зоны» (Г.В. Лавренова, Санкт-Петербург), «Особенности хирургического лечения паралитических стенозов гортани» (Е.В. Егорова, Чита), «Возможности использования радиоволновой техники в оториноларингологии» (Э.В. Синьков, Москва), «Результаты хирургического лечения пациентов с хроническим средним отитом в Республике Бурятия» (С.А. Бороноев, Улан-Удэ), «Особенности анестезиологического обеспечения в оториноларингологии» (Ю.Н. Матафонов, Чита), «Возможности ультразвуковой диагностики заболеваний гортани у детей» (М.В. Субботина, Иркутск), «Острые респираторные заболевания у детей» (И.Н. Гаймоленко, Чита), «Тактика оториноларинголога при синдроме обструктивного апноэ сна» (И.Б. Анготоева, Москва), «ЛОР-патология как причина халитоза» (Г.В. Лавренова, Санкт-Петербург), «Аллергический ринит» (И.К. Богомолова, Чита).

В рамках конференции был проведен мастер-класс с применением навигационных технологий и моторных систем «Medtronic», модератором которого был д.м.н. проф. С.А. Карпищенко (Санкт-Петербург), а его ассистентом была д.м.н. Е.В. Егорова (Чита). Участники конференции могли в режиме реального времени наблюдать ход операции из Дорожной клинической больницы на ст. Чита II ОАО «РЖД».

VIII Плужниковские чтения вызвали большой интерес медицинского сообщества Забайкальского края. В работе конференции приняли участие более 150 специалистов из Читы, Нерчинска, Петровск-Забайкальского, Агинска, Дульдурги, Краснокаменска, Кыры, Приаргунска, Хилка, Чернышевска, Шилки, Ясногорска, а также других населенных пунктов края. Помимо оториноларингологов, в числе слушателей были педиатры, неонатологи, анестезиологи.

Мероприятие в СМИ освещали Читинская ГТРК, студенческая студия МедиАРТ.



Мероприятие было аккредитовано Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования. Зарегистрированные участники получили номерные свидетельства Министерства здравоохранения РФ о прохождении обучения в рамках реализации новой модели непрерывного медицинского образования в размере 6 зачетных единиц (кредитов).

МАСТЕР–КЛАСС ПО РИНОХИРУРГИИ В ТЮМЕНИ.

В июне 2015 года на базе МСЧ «Нефтяник» было открыто первое в Тюменской области полноценное, оснащенное передовым оборудованием ЛОР отделение, готовое принять 26 пациентов одновременно. Наличие собственной диагностической базы (лаборатории клинической диагностики и патоморфологии, отделение лучевой диагностики (МСКТ, УЗИ)) позволяют своевременно выявлять редкие заболевания в условиях одного учреждения. Врачи постоянно повышают свой профессиональный уровень посредством прохождения зарубежных стажировок (Германия, Франция, Голландия). Средний медицинский персонал проходит ежегодные курсы повышения квалификации (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург). В этом году ЛОР отделению исполнился год и первый день рождения был ознаменован проведением мастер-класса с участием специалистов из Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Мастер-класс открыл заведующий кафедрой оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, профессор С.А. Карпищенко, прочитав прекрасную лекцию по принципам хирургии лобной пазухи. Важно отметить, что лобная пазуха является одной из труднодоступных для внутриносовой хирургии. А эндоназальная фронтотомия таит в себе высокий риск проникновения в переднюю черепную ямку с развитием ликвореи.



В операционной :
проф. С.А. Карпищенко,
нейрохирург Ю.А. Геркул,
оториноларинголог Д. А. Щербаков



В ЛОР отделении МСЧ "Нефтяник":
проф. С.А. Карпищенко,
оториноларинголог Д.А. Щербаков,
заведующий ЛОР-отделением А.В.Володеев

Мы попросили Сергея Анатольевича продемонстрировать эндоназальный доступ в верхнечелюстную пазуху с использованием современной навигационной системы, для чего к практической части мастер-класса были подготовлены два пациента с вариантами хронического верхнечелюстного синусита. Первым оперировали одонтогенный верхнечелюстной синусит, как пример изолированного полипозного поражения верхнечелюстной пазухи. У второго пациента были

диагностированы кисты верхнечелюстных пазух с двух сторон. Сергей Анатольевич показал ориентиры в нижнем носовом ходе и блестяще выполнил эндоназальную максиллотомию в обоих случаях. Благодаря возможностям навигационной системы, мы могли видеть положение агрессивного инструмента (шейвера) в полости носа и в верхнечелюстной пазухе.

После мастер-класса мы приступили к самостоятельной клинической апробации и в последующие четыре дня прооперировали 12 пациентов с различной патологией полости носа и околоносовых пазух, пробуя различные варианты использования навигации от зондов для «узнавания» анатомических ориентиров до агрессивных инструментов для безопасного их использования. Следует выделить несколько ярких клинических примеров, когда навигационная система была незаменима и позволила значительно сократить время операции. Первый пациент с переломом нижней стенки орбиты «blow-out»: после выполнения нижней орбитотомии и высвобождения пролоббировавшей орбитальной клетчатки из верхнечелюстной пазухи под контролем навигации мы без труда смогли установить титановую пластину и получить эстетический и функциональный результат. Уже на вторые сутки после операции у пациента были купированы беспокоившие его явления диплопии. Следующему пациенту произвели радикальную санирующую операцию на лобной пазухе Draf III. У данного пациента это была третья операция на лобной пазухе эндоназальным доступом. Благодаря навигационной системе, мы обнаружили, что правая лобная пазуха вовсе не дренировалась ввиду индивидуальных анатомических особенностей пациента. В этом случае благодаря системе, оборудованной изогнутым интраназальным бором, мы провели успешную назализацию. Не потребовалось выполнения тампонады, пациент был выписан через три дня после операции.

*Врач-оториноларинголог, к. м.н . Д.А.Щербаков,
МСЧ «Нефтяник», Тюмень*

Цикл лекций профессора Вольфа Манна (Wolf Mann) 23-24 ноября 2016.

Больше ста оториноларингологов города собрались в уютном конференц-зале отеля в центре Санкт-Петербурга прослушать лекции известного немецкого оториноларинголога, профессора Университета Иоганна Гутенберга, профессора университетской клиники (г. Майнц, ФРГ) Вольфа Манна.

Тема первой лекции: *"Beethoven's hearing (Слух Бетховена)"*.

Хочется отметить оригинальность построения первого доклада: в разрезе прогрессивного течения болезни великого немецкого композитора Л.Бетховена (тугоухость), было показано как менялось его творчество, трансформировались музыкальные композиции.

В 28-летнем возрасте у Бетховена начинает развиваться глухота, сопровождавшаяся звоном в ушах, которую ему тщательно удавалось скрывать в течение трех лет. Однако в возрасте 44 лет композитор полностью оглох. Известно, что глухота наложила отпечаток на творчество композитора. Если до 1800 года в его музыке чувствуется влияние Моцарта и Гайдна, то с 1800 по 1815 год, когда глухота прогрессировала,



Бетховен пишет знаменитую Лунную сонату и Третью, Четвертую, Пятую симфонии. Будучи уже полностью глухим, тяжело больным соматически, с расстроенной психикой, он создает потрясающую Девятую симфонию и Messa Solemnis. Лекция сопровождалась фрагментами музыкальных композиций Бетховена, отражающих стадии его

болезни.

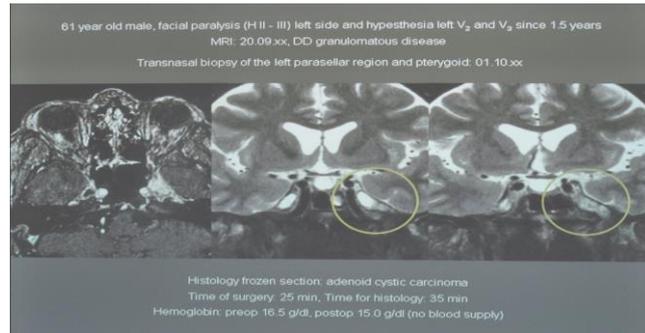
Вторая лекция – *"Endonasal management of nasal, sinus and skullbase tumors (Стратегия эндоскопической диагностики и лечения опухолей носа, его придаточных пазух и основания черепа)"*, была посвящена принципам хирургии новообразований основания черепа и полости носа. Было продемонстрировано несколько крайне интересных клинических случаев опухолей основания черепа с распространением в орбиту, околоносовые пазухи. Профессор подробно остановился на методиках операций, описал возможные доступы к опухолевым образованиям, методы реконструкции послеоперационной полости.

После лекции Вольф Манн ответил на вопросы слушателей, касающиеся применению навигационных систем в оториноларингологии, применению "свободных лоскутов" при пластике послеоперационных полостей после удаления различного вида опухолей.

В перерыве между лекция Вольф Манн рассказал о своём пути в специальности. Это был монолог, в котором профессор дал понять молодым докторам, что хорошим специалистом можно стать только в одном случае: должно быть стремление, мотивация и желание работать в команде. Необходимо учиться, использовать опыт предыдущих поколений, постоянно тренировать свои навыки и не думать, о том, что "ты все знаешь и умеешь".

Во второй день, визита аудитории были представлены две лекции, темы которых являлись логичным продолжением прочитанной накануне.

В докладе "*Microscopic-endoscopic skull base surgery (Микроскопическая и эндоскопическая техника в хирургии основания черепа)*" были изложены основы современных методик хирургических вмешательств при опухолевых процессах в области основания черепа. Вначале были рассмотрены положительные и отрицательные стороны применения микроскопа и эндоскопов при данной патологии. Со слов В. Манна, на современном этапе развития медицины, специалисты должны в равной мере использовать преимущества обеих методик. Далее, лектор продемонстрировал несколько сложных клинических примеров из собственной практики. Каждый случай сопровождался подробными наглядными иллюстрациями, отражающими ход оперативного вмешательства, доступы и отдаленные результаты лечения. После доклада профессор Манн, по «горячим следам» ответил на интересующие аудиторию вопросы, обсудил тактику ведения таких пациентов в послеоперационном периоде.



Логичным завершением двухдневного цикла была лекция на тему «*Management of ESS complications (Осложнения эндоскопической хирургии)*».

Были представлены основные, наиболее часто встречающиеся, осложнения, с которыми может столкнуться хирург, во время оперативного вмешательства при заболеваниях околоносовых пазух и новообразованиях основания черепа. Профессор коснулся вопросов тактики при кровотечениях из крупных сосудов в зоне вмешательства, декомпрессии орбиты и зрительного нерва, рассматривались некоторые способы остановки ликвореи.



В конце заседания, от имени всех собравшихся отоларингологов города, заведующий кафедрой оториноларингологии ПСПбГМУ, профессор С.А.Карпищенко поблагодарил профессора В.Манна за его визит в Санкт-Петербург, отметив большую образовательную ценность представленного материала.

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РСФСР, ДОЦЕНТА Г.М. КОМАРОВИЧ

Галина Михайловна Комарович – яркий представитель российской школы оториноларингологии, основанной Н.П.Симановским, ученица член-корреспондента АМН СССР профессора В.Ф.Ундрица.

Г.М.Комарович родилась 16 марта 1916 года в Омской губернии в семье служащего. В 1938 году она окончила Омский медицинский институт, а в 1939 году прошла специализацию по оториноларингологии в Военно-Медицинской академии им. С.М.Кирова в клинике профессора В.И.Воячека. Во время Великой Отечественной войны Г.М.Комарович служила в госпиталях Ленинградского фронта в качестве врача-хирурга и оториноларинголога и была награждена медалями за «За победу над Германией» и «За оборону Ленинграда».

После демобилизации из рядов Советской Армии в 1945 году Галина Михайловна пришла работать в 1-й Ленинградский медицинский институт им. академика И.П.Павлова в качестве ординатора ЛОР отделения. С 1950 года Г.М.Комарович – ассистент кафедры оториноларингологии, которую возглавлял член-корр. АМН СССР профессор В.Ф.Ундриц. В 1952 году ею под руководством профессора В.Ф.Ундрица была защищена кандидатская диссертация, а в 1962 году ей было присвоено ученое звание доцент.

В 1975 - 76 годах доцент Г.М.Комарович исполняла обязанности заведующего кафедрой ЛОР 1-го Ленинградского медицинского института им. академика И.П.Павлова.

Круг научных интересов доцента Г.М.Комарович был весьма обширен, он простирался от вопросов клинической физиологии ЛОР органов до частных клинических исследований, имеющих непосредственный выход в практику. Она изучала физиологию жидкостных систем лабиринта, разрабатывала технику слуховосстанавливающих операций и других оперативных вмешательств на ЛОР-органах, апробировала в клинике новые отечественные антибиотики и т.д. Результаты этих исследований легли в основу более чем 50 печатных работ.

Г.М.Комарович в начале 50-ых годов разработала новый метод хирургического доступа для удаления доброкачественных опухолей гортаноглотки. Большое внимание она уделяла проблемам патологии уха, консервативному и хирургическому лечению хронических гнойных средних отитов и их осложнений, клиническим и функциональным результатам слухоулучшающих операций (стапедопластики и тимпаноластики).

Г.М.Комарович была прекрасным лектором и преподавателем, под ее руководством обучалось ни одно поколение студентов лечебного и стоматологического факультетов.

Являясь последователем физиологического направления в оториноларингологии, сформированного в ЛОР клинике ВМА им. С.М. Кирова профессорами Н.П.Симановским и В.И.Воячком, и в совершенстве владея saniрующими операциями на ухе, всеми видами тимпаноластики, а также операциями: фенестрация лабиринта, мобилизация стремени, стапедопластика при отосклерозе, Г.М.Комарович передавала свой богатый опыт и знания молодым врачам, клиническим ординаторам и аспирантам на протяжении всей работы на кафедре. Она требовала от клинических ординаторов и аспирантов отличных знаний физиологии и

анатомии, что являлось и является основополагающим при постановке диагноза и успешного, как хирургического, так и консервативного лечения патологии ЛОР органов.

Много времени и сил Г.М.Комарович отдавала общественной работе: возглавляла много лет профсоюзную организацию клиники, была членом месткома института, трижды избиралась депутатом Петроградского районного совета трудящихся, была членом исполкома Петроградского района г. Ленинграда, в течение 10 лет выполняла обязанности ученого секретаря Клинико-морфологического Совета института по защите диссертаций.

Г.М.Комарович была организатором и активным участником многих Всесоюзных и Всероссийских съездов и конференций оториноларингологов.

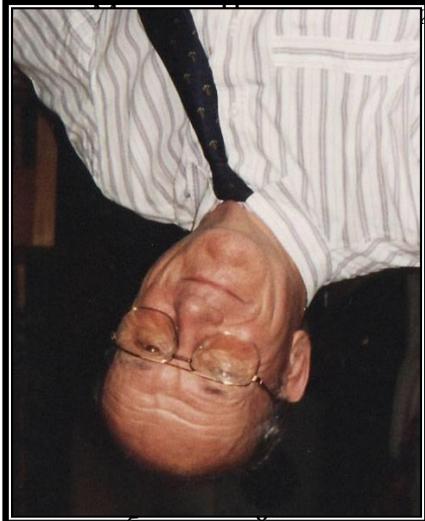
За более чем 40-летний период работы на кафедре ЛОР 1-го Ленинградского медицинского института им. академика И.П. Павлова Г.М. Комарович сумела воспитать большое количество высококлассных специалистов – оториноларингологов. Многие ее ученики стали кандидатами и докторами наук, профессорами и руководителями высокого ранга, вспоминают с благодарностью и теплом годы учебы в клинике.

За безупречную работу и активную деятельность она многократно получала благодарности от ректората института, была занесена на Доску Почета института, награждена знаком «Отличник здравоохранения», медалями «За доблестный труд» и «к 100-летию В.И. Ленина», в 1976 году ей было присвоено высокое звание «Заслуженный врач РСФСР».

Всегда энергичная, неутомимая во всех своих делах и начинаниях, красивая, со вкусом одетая, Г.М.Комарович всегда была и остается примером для подражания.

*Заслуженный врач РФ, д.м.н. профессор В.И. Линьков (Санкт-Петербург),
Кафедра оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского
государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова,
Российское общество оториноларингологов,
Редакция журнала «Российская оториноларингология».*

Профессор Мишель ПОРТМАНН (1924-2016)



лся в семье выдающегося ученого оториноларинголога профессора Жоржа Портманна. Его дедом был основатель оториноларингологии профессор Эмиль Мур. Поэтому выбор профессии был очевиден и предопределен.

В 1944 году Мишель Портманн закончил медицинский и фармакологический факультет университета Бордо. С самого начала своей карьеры он интересовался вопросами восприятия звуков и воспроизведения речи. В 1952 году он создает в Университете Бордо Региональный центр фониапии и аудиологии, который затем был трансформирован в 1955 году в Лабораторию экспериментальной аудиологии. Это послужило началом блестящей карьеры выдающегося ученого Мишеля Портманна и созданию нового направления научных исследований в Европе. За всю свою долгую научную карьеру Мишель Портманн издал 15 книг и был автором и соавтором более 500 научных статей, опубликованных в ведущих профильных журналах Европы и Америки. В 1954 году профессор М.Портманн вместе со своей женой доктором Клодин Портманн создал Центр слуха и речи, основной задачей которого была реабилитация глухих и тугоухих детей.

«Имея такого знаменитого деда и такого выдающегося отца, было трудно избежать медицинской судьбы. Я тренировался с раннего возраста» - говорил Мишель Портманн. В 1978 году профессор М.Портманн возглавил ЛОР клинику университета Бордо, которую основал его дед. Всемирную славу как хирург-оториноларинголог он приобрел благодаря разработке хирургических вмешательств на ухе. Он был пионером микрохирургии уха и отонейрохирургии. В Бордо была создана первая отонейрохирургическая бригада, которая занималась лечением больных с акустической невриномой. Профессор Мишель Портманн воспитал плеяду блестящих ученых и хирургов, которые успешно трудятся на разных континентах. Выйдя на пенсию в 1990 г. М.Портманн продолжал передавать свой опыт и проводить операции в стенах клиники Сэнт Огюстэн, на базе которой в настоящее время располагается Институт Жоржа Портманна.

Проф. М.Портманн был кавалером ордена Почетного Легиона, почетным профессором многих университетов мира, членом многих академий, ассоциаций и обществ. Он был почетным членом Украинской Ассоциации отиатров, отонейрохирургов и отоневрологов.

Мне, как и многим другим украинским специалистам, посчастливилось быть учеником профессора Мишеля Портманна. Впервые я увидел проф. М.Портманна в 1991 г., когда приехал на стажировку в Бордо в Институт (в то время он назывался Фонд) Ж.Портманна. Меня поразило отношение профессора М.Портманна к нам, молодым специалистам из разных стран, которые приехали учиться к большому Мастеру. М.Портманн был всегда очень дружелюбен, открыт, общителен, с искрометным чувством юмора. Его лекции превращались в спектакль одного актера, в котором он был главным режиссером. Не имея в то время возможности использовать компьютерную технику, проф. М.Портманн неизменно сопровождал свои лекции

рисунками и схемами, которые он чертил на доске. Также, как и его мастерски проведенные операции сопровождалось постоянно схемами и рисунками, которые объясняли ход операции, а его хирургические жесты неизменно соответствовали изображениям на бумаге. Нам казалось, что повторить эти операции так просто и легко, как это делал наш Учитель, не представляет большого труда. И только лишь вернувшись домой, и, сев за операционный стол, мы поняли насколько высокий Профессионал и щедрый Человек делился с нами своими секретами. Лишь сегодня отдаешь себе отчет как много труда было вложено в эту легкость.

Неотъемлемой чертой многочисленных курсов, лекций, проведенных операций проф. М.Портманном являлось простота изложения, ясность, четкость, открытость. Для него не существовало профессиональных тайн, которыми он не поделился бы с нами. Он не боялся вырастить в своем окружении конкурентов, был предельно откровенен и открыт к общению. А это проявления высочайшего профессионального уровня и огромного человеколюбия.

Отношение к нам - иностранным стажерам, - было чрезвычайно заботливое. Каждый день он интересовался нашими делами, беспокоился о том, как устроен наш быт в Бордо. Неоднократно приглашал нас к себе в гости – будь то фамильный замок в Бель Эр, или дачный домик в Арес на берегу залива Аркашон. Часто проводил с нами выходные дни. Мы были приглашены на все конференции и заседания, которые проводил Мишель Портманн в Институте.

Мишель Портманн пользовался огромным авторитетом среди коллег во всем мире. На международных конференциях он неоднократно выступал с лекциями и проводил показательные операции. Во время научных споров и дискуссий его слово было всегда завершающим и подводящим итог.

В 1992 году на международной конференции в Бордо, посвященной уходу на пенсию проф. М.Портманна, он выступал с показательной лекцией об эволюции вестибулярной системы. Лекция проходила в огромной аудитории университета, вмещающей 3 тысячи человек. В аудитории не было ни одного свободного места, даже в проходах и на лестнице. Кое-кто прилетел в Бордо только для того, чтобы послушать эту лекцию проф. М.Портманна и в тот же вечер улетал домой. Нам вместе с проф. Ю.А.Сушко посчастливилось присутствовать на этой незабываемой лекции, которая явилась профессиональной вершиной М.Портманна и свидетельствовала о всемирном признании Великого Ученого.

Проф. М.Портманн путешествовал со своими лекциями и показательными операциями по всему миру. Дважды он приезжал в Украину. Во время первого визита в 1993 г. мы проводили 5-дневный семинар с лекциями М.Портманна и показательными операциями. В первый день семинара в зале было около 100 человек. Однако слух о лекциях М.Портманна разлетелся моментально по всем просторам бывшего Советского Союза и на 5-й день семинара в зале не было свободного места. Проф. М.Портманн своими лекциями и операциями произвел революцию в среде наших отоларингологов. Он открыл нам новые горизонты и продемонстрировал современные возможности микрохирургии. Для нас это послужило толчком для организации курсов микрохирургии уха и отонейрохирургии, и проведения ежегодных международным семинаров в Киеве. Проф. М.Портманн не уставал учить и передавать свой опыт следующему поколению. Возможно это символично, что весть о смерти проф. М.Портманна пришла к нам во время очередного международного семинара в тот час, когда его сын Дидье проводил показательную операцию.

За две недели до смерти М.Портманна мы встречались в клинике, где он находился на лечении. В эти дни во Франции проходила конференция CORLAS, президентом которого много лет был М.Портманн. Конференция была посвящена проф. М.Портманну. Он к ней долго готовился и до последнего дня собирался принять

участие. Однако ухудшение самочувствия не позволило ему участвовать в конференции. Он очень сожалел о том, что не мог проявить своего обычного гостеприимства и не мог принять всех нас, участников конференции, у себя дома.

Ушел из жизни наш Учитель, Великий Ученый, Большой Человек профессор Мишель Портманн. Выражая соболезнования семье проф. М.Портманна, с огромной благодарностью будем хранить светлую память о нем и передавать его знания молодым поколениям специалистов.

MERCI BEAUCOUP, CHER MAITRE!

*Президент Института Ж.Портманна,
Вице-президент Украинской Ассоциации отиатров, отонейрохирургов и
отоневрологов,
д.м.н. О.Н.Борисенко*

FESS 2017



VI Российский курс с международным участием:

**СОВРЕМЕННАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
РИНОХИРУРГИЯ**

**17-20 МАЯ 2017
МОСКВА**



Джин Кит Суи
(Сингапур)



Мануэль Бернал-Спрекельсен
(Барселона, Испания)



Метин Онерчи
(Анкара, Турция)

МЕД ЗНАНИЯ

+7(495) 699 14 65, 699 81 84
info@medQ.ru, medQ.ru
rhinology.ru

Директор мастер-класса

Профессор А. С. Лопатин

Президент Российского общества ринологов
Научный руководитель по оториноларингологии
ФГБУ «Поликлиника №1 УДП РФ

Почетные гости:

Мануэль Бернал-Спрекелсен (Барселона, Испания)

Джин Кит Сиу (Сингапур)

Метин Онерчи (Анкара, Турция)

Лекторы и хирурги:

Г.З.Пискунов (Москва), Д.Н.Капитанов (Москва), С.А.Карпищенко (Санкт-Петербург), В.С.Козлов (Москва), А.С.Лопатин (Москва), Е.В.Носуля (Москва), С.П.Сысолятин (Москва), Е.Л.Атькова (Москва), Н.Н.Краховецкий (Москва), Г.А.Полев (Москва), Д.П.Поляков (Москва), А.А.Шиленков (Ярославль), С.Ф.Школьник (Чебоксары)

В мае 2017 года в Москве состоится очередной мастер-класс. Он будет посвящен 25-летию эндоскопической ринохирургии в России. Организованные в 2012-2016 годах курсы, прошедшие при участии Хайнца Штаммбергера (Австрия), Паоло Кастельнуво (Италия), Даниэля Симмена (Швейцария), П.Дж.Вормальда (Австралия), Эгберта

Хойзинга (Нидерланды) и других звезд мировой ринопластики имели большой успех. За эти дни около тысячи участников из всех уголков России и стран СНГ смогли прослушать циклы лекций, посмотреть прямые трансляции «живых» операций, пообщаться с ведущими ринопластами мира.

В 2017 году формат курса в целом останется традиционным, он будет включать лекции, трансляции «живых» операций, демонстрирующих рутинные и более сложные эндоскопические вмешательства на околоносовых пазухах и соседних структурах. Однако, как и в предыдущие годы, акценты будут поставлены на отдельных темах с учетом пожеланий курсантов. В мае 2017 мы более подробно поговорим о лечении заболеваний слезоотводящих путей и смежных вопросах челюстно-лицевой хирургии.

Все наши гости: и М.Бернал-Спрекелсен, и М.Онерчи, и Дж.К.Сиу являются известными в мире специалистами в хирургии слезоотводящих путей. Поэтому в один из дней курса мы будем транслировать с их комментариями различные варианты дакриоцисториностомии, а в программу второй половины этого дня включим лекции российских и зарубежных дакриологов в формате “How I Do It” и интерактивную дискуссию по проблемам дакриологии между курсантами и докладчиками.

Похожим образом мы планируем провести еще один день, когда утром покажем совместные с челюстно-лицевыми хирургами операции при сложных случаях одонтогенных и постимплантационных синуситов, а затем в лекциях и заключительной дискуссии обсудим ставшей уже мультидисциплинарной проблему дентальной имплантации и синуслифтинга с точки зрения хирургов различных специальностей.

Участие в научно-практической конференции 17 мая 2017г. - БЕСПЛАТНОЕ
Стоимость участия в мастер-классе с 18 - 20 мая 2017г.- 20 000 рублей

Приглашаются оториноларингологи, офтальмологи, челюстно-лицевые хирурги.
Ждем вас в мае 2017 года в Москве!

Директор мастер-класса профессор А.С.Лопатин, Президент Российского общества ринологов
lopatin.andrey@inbox.ru

Организаторы
Российское общество ринологов, ООО «Медзнания»
www.rhinology.ru
www.medQ.ru

Куратор мастер-класса Ягеман Христина
(495) 699 14 65; 699 81 84 t.yageman@medQ.ru

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО
о проведении XIII Межрегиональной научно-практической конференции
оториноларингологов
Сибири и Дальнего Востока с Международным участием
«Актуальные вопросы оториноларингологии»

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем Вас, принять участие в проведении конференции и издании сборника научных работ Амурской государственной медицинской академии и Научного общества оториноларингологов Амурской области посвященного XI Межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с Международным участием «Актуальные вопросы оториноларингологии», которая состоится 30 июня 2017 года в г. Благовещенске.

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Амурская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ
- Министерство здравоохранения Амурской области
- Научно-практическое общество оториноларингологов Амурской области

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЮ конференции является обобщение результатов фундаментальных и прикладных исследований, определение приоритетных направлений в решении актуальных проблем современной оториноларингологии на территории Сибири и Дальнего Востока, внедрение образовательных программ для врачей.

ПРОГРАММА включает научные доклады на пленарных заседаниях ведущих российских и зарубежных ученых и специалистов в области оториноларингологии, лекции для практикующих врачей, выставки современных лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Участниками межрегиональной конференции являются врачи-оториноларингологи, педиатры, врачи общей практики, аллергологи-иммунологи, научные работники.

ВОПРОСЫ, ПЛАНИРУЕМЫЕ К ОБСУЖДЕНИЮ:

- Эпидемиология болезней лор органов на территории Сибири и Дальнего Востока.
- Морфофункциональные механизмы развития болезней лор органов при воздействии экстремальных экологических факторов.
- Современные технологии диагностики и лечения заболеваний ЛОР-органов.
- Современные подходы к фармакологической терапии острой и хронической патологии лор органов.
- Диагностика и лечение патологии лор органов в детском возрасте.
- Технологии реабилитации и профилактики острых и хронических заболеваний лор органов с использованием рекреационного потенциала Сибири и Дальнего Востока.
- Формы и методы совершенствования оториноларингологической помощи населению в социально-демографических условиях Сибири и Дальнего Востока.
- Реконструктивно-восстановительная хирургия в оториноларингологии.
- Диагностика и лечение онкологических заболеваний в оториноларингологии.

РЕГИСТРАЦИЯ: Заявки на участие с докладом принимаются до 30 апреля. Для участия в Межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с Международным участием необходимо направить в секретариат оргкомитета соответствующую заявку. Материалы будут опубликованы в сборнике научных трудов.

Требования к оформлению материалов

Статья должна быть напечатана через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman, кегль – 12, текстом статьи оформляется в редакторе Word 2000 или Word 2003 (с расширением - все документы Word). Объем работы в количестве страниц не ограничен. Статья может содержать рисунки, таблицы, список литературы. Могут быть представлены в сборнике и интересные клинические наблюдения. В начале первой страницы указывается название статьи, инициалы и фамилии авторов, учреждение, из которого вышла работа.

Срок подачи работ для опубликования до 1 апреля 2017 года.

КОНТАКТЫ:

675000, Благовещенск, ул. Горького 95, ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ, зав. кафедрой оториноларингологии и офтальмологии, главный внештатный специалист МЗ АО, председатель областного научно-практического общества оториноларингологов, д.м.н., проф. Блоцкий Александр Антонович. E-mail: blotskiy@gmail.com, Тел. 89145748063.

Официальный сайт: <http://www.amursma.ru>

Конференция оториноларингологов в г. Благовещенске с 2014 года приобрела статус Всероссийской научно-практической конференции и входит в список мероприятий проводимых Министерством Здравоохранения РФ, проводимая конференция будет аккредитована в системе НМО с присвоением баллов.



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 Лиля 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, автоматически 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. // Новости оторинолар. и логопатол. – 2002. – № 2. – С. 7–10.

С двумя авторами

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

Авторов больше трех

7. Vocal cord injection with autogenous fat: A long-term magnetic resonance imaging evaluation / J. H.

Brandenburg [et al]. // Laryngoscope. – 1996. – Vol. 106, N 2, pt. 1. – P. 174–180.

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

Статьи из сборников:

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

Тезисы докладов:

9. Бабий А. И., Левашов М.М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). 3 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 "Антиплагиат.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
Болевой синдром при остром и хроническом воспалении лобной пазухи С.А. Карпищенко, Е.В. Болознева, Ю.В. Мушникова	4
Pain in acute and chronic inflammation of the frontal sinus. S.A. Karpishchenko, E.V. Bolozneva, Y.V. Mushnikova.....	4
Объективизация качества жизни у больных хроническим средним отитом согласно международному опроснику COMQ-12. С.Я. Косяков, Ю.В. Минавнина	6
The objectification of quality of life in patients with chronic otitis media, according to the international questionnaire COMQ-12. S.Ia. Kosyakov, J.V. Minavnina.....	6
Динамика клинических проявлений ателектаза верхнечелюстной пазухи Катинас Е.Б Соловьев М.М., Карпищенко С.А.	8
Chronic maxillary atelectasis: clinical aspects in dynamic. Katinas E, Solovyov M, Karpischenko S.....	8
Клинические и эпидемиологические особенности гнойно-воспалительных заболеваний пациентов оториноларингологического отделения многопрофильного стационара Бабаев С.Ю., Козаренко Е.А., Митрофанова Н.Н., Руина О.В., Строганов А.Б., Мельников В.Л.	10
Clinical and epidemiological features of inflammatory disease patients ent department multidisciplinary hospital Babaev S.Yu., Kozarenko E.A., Mitrofanova N.N., Ruina O.V., Stroganov A.B., Melnikov V.L. ²	10
Стоматологические показания к эндоназальному вскрытию верхнечелюстной пазухи С.А. Карпищенко, А.Ю. Зерницкий, Е.В. Болознева, С.В. Баранская.....	12
Dental indication to the endonasal antrostomy S.A. Karpischenko, A.Yu. Zernickii, E.V. Bolozneva, S.V. Baranskaya.....	12
Гранулематоз вегенера Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Куликова О.А., Кучерова Л.Р., Зубарева А.А., Арустамян И.Г.	14
GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS Karpischenko S.A., Lavrenova G.V., Kulikova O.A., Kucheroва L.R., Zubareva A.A., Arustamyan I.G.	14
Аудиологическая оценка состояния центральных отделов слуховой системы при рассеянном склерозе Бобошко М.Ю., Салахбеков М.А.; Жилинская Е.В., Мальцева Н.В., Савенко И.В. ¹ , Тотолян Н.А.	16

Audiological assessment of the central auditory pathways in patients with multiple sclerosis Boboshko M.Yu., Salakhbekov M.A., Zhilinskaia E.V., Maltseva N.V., Savenko I.V., Totoljan N.A.	16
Причины болевого синдрома после выполнения синус-лифтинга Карпищенко С.А., Волошина А.В.	18
Causes of pain syndrome after performing sinus graft Karpischenko S.A., Voloshina A.V.	18
Характеристика пищеводных и внепищеводных (фарингеальных) проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с хроническим атрофическим фарингитом Хрусталева Е.В., Шишкина Н.М., Лубянская Т.Г.	20
Characteristics esophageal and extra esophageal (pharyngeal) manifestations of GERD at patients with chronic atrophic pharyngitis Khrustaleva EV, Shishkina NM, Lubyanskaya TG	20
Эндоскопическая сфенотомия в детском возрасте С. А.Карпищенко , С.И.Алексеевко	22
Endoscopic sphenoidotomy in children © S.A.Karpishchenko, S.I.Alekseyenko	22
Влияние гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на состояние верхних дыхательных путей. Рябова М.А., Василевский Д.И., Пестакова Л.В.	24
Effect of gastroesophageal reflux disease to the upper respiratory tract. Ryabova M.A., Vasilevskij D.I., Pestakova L.V.	24
Требования к рукописям, направляемым в журнал.....	42
Instructions to authors.....	50
Условия подписки.....	54

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 01.12.2016 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 2016

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