

Редакционная колонка

Г.З.Пискунов, С.З.Пискунов

КАК МЫ ЗАВЕРШАЕМ ДВАДЦАТОЕ
СТОЛЕТИЕ

Оригинальные статьи

*Т.А.Сергеева, С.В.Рябова, Т.Ю.Петровская,
А.С.Лопатин*

ФЕКСОФЕНАДИН - НОВЫЕ
ВОЗМОЖНОСТИ В ТЕРАПИИ СЕЗОННОГО
АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

С.М.Пухлик

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ
АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА
ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ

С.З.Пискунов, Т.Г.Быканова

ЩАДЯЩЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

М.Б. Убайдуллаев, Н.Аманов

ВЛИЯНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ
ОПЕРАЦИЙ В ПОЛОСТИ НОСА НА
ВЫСЕВАЕМОСТЬ СТАФИЛОКОККОВ У
БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ НОСОВОГО
ДЫХАНИЯ

В.Н.Красножён

АКУСТИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН НОСА

Аналитический обзор

Н.А. Вознесенский

ОКИСЬ АЗОТА В РИНОЛОГИИ

Из практики

Н.Ф.Родионов, А.Я.Кулагин, Л.М.Гусева

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРОНИКАЮЩЕЕ
ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ ОРБИТЫ,
КЛЕТОК РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ И
КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ С НАЛИЧИЕМ
ИНОРОДНОГО ТЕЛА

Библиография

Материалы, опубликованные в журнале
«Российская ринология» за 1993-1999 годы

Информационный календарь

Editorial

G.Z.Piskunov, S.Z.Piskunov

3 HOW WE ARE CONCLUDING 20TH CENTURY

Original papers

*T.A.Sergeeva, S.V.Ryabova, T.Yu.Petrovskaya,
A.S.Lopatin*

FEXOFENADIN - NEW HORIZONS IN TREAT-
MENT OF SEASONAL ALLERGIC RHINITIS

8

S.M.Pouchlik

INDIVIDUAL ALLERGENS IN SPECIFIC 12
IMMUNOTHERAPY OF ALLERGIC RHINITIS

S.Z.Piskunov, T. G.Bykanova

CONSERVATIVE SURGERY FOR MAXILLARY 15
SINUSITIS OF DENTAL ORIGIN *M.B. Ubaydullaev,
N.Amanov*

INFLUENCE OF RECONSTRUCTIVE ENDONASAL
SURGERY ON BACTERIAL FLORA OF THE NASAL
CAVITY IN PATIENTS WITH 18 DISTURBED NASAL
PATENCY

V.N.Krasnozhen 21 ACOUSTIC
PHENOMENON OF THE NOSE

Literature review *N.A. Voznesensky* 25
NITRIC OXIDE IN RHINOLOGY

Brief communication

N.F.Rodionov, A.Ya.Kulagin, L.M.Guseva

COMBINED PENETRATING GUNSHOT INJURY OF
THE ORBIT, ETHMOID, AND SPHENOID 31 SINUS

Bibliography 33 Russian

Rhinology: 1993-1999

48 Meeting calendar

КАК МЫ ЗАВЕРШАЕМ ДВАДЦАТОЕ СТОЛЕТИЕ

Рубежи и даты всегда являются стимулом для проведения обзора сделанного. Можно вести дискуссию, когда начинается новое столетие: с наступлением 2000 года или после его завершения, но уже ясно, что 2000 это не 1900. Мы не планируем делать обзор или тем более отчитываться за столетний период. Отметив некоторые вехи, обратим внимание на последние годы, которые, на нашему мнению, были значимыми в развитии ринологии в России. Мы попытаемся изложить некоторые принципиальные положения о физиологической роли околоносовых пазух. Основываясь на результатах известных исследований, изложим свою концепцию функциональной эндоскопической и микроскопической риинохирургии. Определим место молодого Российского общества ринологов в международном сообществе специалистов.

Для всего уходящего столетия было характерным интенсивное развитие хирургии в ринологии. Начало века было отмечено появлением новой методики операции на перегородке носа, предложенной G.Killian (1904). Этот метод, благодаря работам Л.Т.Левина (1912) и М.А.Самойленко (1913), получил широкое распространение в России. Однако эта техника наряду со сторонниками приобрела и достаточно большое число критиков. Возникающие серьезные осложнения, такие как ретракция колюмсллы, изменение формы кончика носа, седловидная деформация, перфорация перегородки, заставляли искать новые типы хирургических вмешательств. Ринологи всего мира признают, что начало консервативной хирургии перегородки носа было положено нашими соотечественниками - В.И.Воячком (1916, 1922) и М.Г.Дангуловым (1926).

В 1948 году M.H.Cottic описал методику максиллярно-иремаксиллярного доступа, который широко пропагандировался в Европе Европейским обществом ринологов, но в России этот метод стал известен только в девяностые годы в основном благодаря конференции Российского общества ринологов, которая была специально посвящена вопросам риносептопластики.

В двадцатые и тридцатые годы бурно развивались и внедрялись хирургические вмешательства на околоносовых пазухах. Так, оригинальные методы операций на лобной пазухе, разработанные А.Ф.Иваиовым, используются и в настоящее время. Книга Ф.С.Бокштейна "Внутриносовая хирургия" с 1956 года является настольной и для начинающего и для опытного ринохирурга. Работы по микроскопической риинохирургии, проведенные Б.В.Шеврыгиным и М.К.Манюком в конце шестидесятых и начале семидесятых годов, положили начало этому виду хирургии в СССР. Несмотря на существовавший в то время консерватизм в вопросе об одновременных вмешательствах на внутриносовых структурах и околоносовых пазухах в семидесятые годы Ю.А.Устьянов начал выполнять такие операции, и в настоящее время они признаны и вошли в повседневную практику.

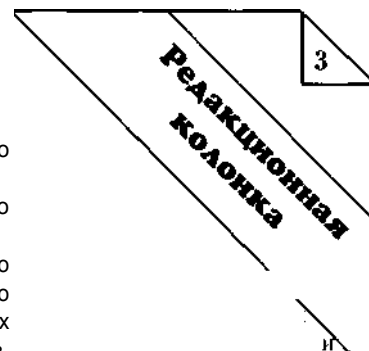
В это же время бурно совершенствовались методы длительного дренирования околоносовых пазух, что заметно повысило качество лечения острых хронических синуситов.

Оториноларингологи вновь стали^А выполнять пластические операции на наружном носе, сочетая их с восстановлением дыхательной функции носа. Были созданы школы подготовки специалистов по современной ринологии в Ярославле, Курске, Москве и Санкт-Петербурге.

Отечественные Оториноларингологи всегда понимали необходимость изучения физиологической роли носа и околоносовых пазух. Еще в 1926 году в Саратове был открыт Научно-исследовательский институт физиологии верхних дыхательных путей. Директором его был ученик Н.П.Симановского М.Ф.Цытович. К сожалению, институт просуществовал недолго и был закрыт перед Великой Отечественной войной. Работы этого института заложили основу профилактического направления в оториноларингологии. Для российских оториноларингологов^В по сей день классической является работа Б.М.Сагаловича (1967) "Физиология и патофизиология верхних дыхательных путей". Огромная энергия Б.С.Преображнскогo пробудила интерес к изучению аллергии в оториноларингологии, что дало возможность по-новому рассмотреть механизмы воспаления слизистой оболочки носа. К сожалению, после его смерти это направление существенно замедлило свое развитие и инициатива здесь перешла к аллергологам.

Весьма важным моментом в оториноларингологии стала оценка слизистой оболочки не как покрова, отделяющего ткани организма от внешней среды, а как органа защиты организма от факторов внешней среды. Это положение было обосновано большой серией работ по физиологии и патофизиологии слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. В основном это были работы зарубежных авторов, поскольку у нас в стране проводить подобные иммуногистологические исследования на современном уровне было сложно. Слизистая оболочка является первым защитным барьером, органом, информирующим организм об антигенной структуре окружающей среды. Это положение формировалось постепенно, но мере накопления результатов фундаментальных исследований в области иммунологии, аллсргологии и ринологии. В связи с этим изменялось и отношение к слизистой оболочке при выполнении хирургических вмешательств. Все шире внедрялись функциональные методы хирургического лечения с использованием эндоскопов и микроскопов.

Медикаментозное лечение воспаления слизистой оболочки приобрело новое значение, а его патогенетическая направленность получила свое обоснование. Были разработаны и внедрены методы местной медикаментозной терапии с использованием дренажей и специальных устройств, например ЯМИК-катетера. Предоперационная медикаментозная подготовка существенно уменьшила опасность осложнений и



всех органов и систем. Поэтому все консервативные и хирургические методы лечения должны быть направлены на сохранение нормальных анатомических и функциональных соотношений в органе, созданном природой за долгие годы эволюции. Для полноценной деятельности этого органа важна каждая анатомическая структура.

Наука пока не определила физиологическое значение перегородки носа. Почему необходимо разделить полость носа на две половины и не сделать этого в носоглотке? Мы объясняем этот факт, исходя из особенностей некоторых физиологических процессов в полости носа. Прежде всего, носовой цикл характеризуется периодическим изменением степени пропускной способности полости носа для воздушной струи. Это обеспечивается расширением кровеносных сосудов и пещеристых тел на одной стороне и их сужением на противоположной за счет изменений тонуса симпатической и парасимпатической нервной системы. Изучение мукоцилиарного клиренса показало его замедление в более узкой половине носа. Угнетается выделительная функция слизистой оболочки, активируется всасывательная, что подтверждается результатами исследования модифицированным сахаринным тестом с полимерной пленкой, содержащей сахарин и метиленовую синь. Полученные данные свидетельствуют о том, что носовой цикл дает возможность одной половине полости носа какое-то время «отдыхать» за счет более интенсивной работы другой. В этой ситуации носовая перегородка, разделяя полость носа на две части, создает парный орган, обеспечивающий защиту нижних дыхательных путей и всего организма от вредных воздействий. Ритмичный режим отдыха каждой половины полости носа обеспечивает качественную работу ее слизистой оболочки, обеспечивающей защитные функции.

С этих позиций можно по-новому взглянуть на деформации носовой перегородки. Мнение о том, что одной половины носа достаточно для дыхания, лишается оснований. Постоянно работающая половина полости носа не имеет возможности отдыхать. При риноскопии мы видим постепенно формирующиеся изменения слизистой оболочки по типу гипертрофии или атрофии. По-видимому, эти этапные изменения зависят от длительности одностороннего дыхания и степени выраженности деформации.

В отечественной оториноларингологии использование эндоскопов и микроскопов сначала ограничивалось описанием обнаруженных вариантов анатомического строения и гипотетическими возможностями использования новой техники в лечении заболеваний. Не было стройного обоснования необходимости применения эндоскопов и микроскопа на основе физиологии и патофизиологии верхних дыхательных путей. Б.В.Шеврыгиным была проведена большая работа по разработке методов микроскопической ринохирургии у детей. Опубликованные им в семидесятые годы работы подтвердили важность коррекции внутриносовых структур для восстановления носового дыхания и обоняния. Б.В.Шеврыгин разработал классификацию врожденных изменений внутриносовых структур. Эти новаторские работы явились стимулом для развития функциональной хирургии, но они долго не получали дальнейшего развития. Лишь в 1996 году Т.И.Гаращенко защитила докторскую диссертацию, посвященную

эндоскопической диагностике и хирургии заболеваний носа и околоносовых пазух у детей. 5

В то же время производилась переоценка традиционных взглядов на значение верхних дыхательных путей в физиологии и патофизиологии человека. Комплекс работ по изучению функции желез слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, физиологической активности слизистой оболочки (С.З.Пискунов), значению пазух решетчатой кости в физиологии и патологии верхних дыхательных путей (Г.З.Пискунов) дали возможность по-другому оценить роль полости носа и околоносовых пазух. Было показано, что одно хирургическое лечение не дает хороших результатов при синусите и его обязательно следует дополнять терапевтическими методами.

Сейчас предпочтение отдается местной медикаментозной терапии. При лечении воспалительных заболеваний этими методами можно создать в очаге воспаления высокую терапевтическую концентрацию лекарственного вещества, в том числе антибиотиков, с наименьшим системным воздействием на организм. Были разработаны способы доставки лекарственных веществ в полость носа и околоносовые пазухи. Наряду с известными методами пункции других пазух был разработан метод пункции и дренирования пазух решетчатой кости, был создан ЯМИК-катетер и разработан способ его применения (Г.И.Марков, В.С.Козлов). В последующем эти способы совершенствовались и модифицировались, проходила их клиническая оценка.

В восьмидесятые годы в ЛОР-клинике I Московского медицинского института, руководимой Ю.М.Овчинниковым, начали использовать современное эндоскопическое оборудование для диагностики и лечения заболеваний носа и околоносовых пазух. Была выполнена кандидатская диссертация в которой указывалось на большое значение эндоскопической диагностики заболеваний носа и околоносовых пазух и возможность проведения шадящих хирургических вмешательств на околоносовых пазухах. Систематическое применение и широкое внедрение эндоскопической функциональной ринохирургии началось в конце восьмидесятых годов в ЛОР-отделении Центральной клинической больницы 4-го Главного управления Минздрава СССР Г.З.Пискуновым. Еще более широкое распространение метод получил после обучения группы специалистов в Австрии, в клинике г.Грац у профессора Н. Stainmberger. Становление функциональной ринохирургии подробно описано в сборнике материалов конференции, посвященной пятилетию Российского общества ринологов (1997).

Развитие функциональной ринохирургии шло параллельно с распространением компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Первые сообщения об использовании этих методов в оториноларингологии были сделаны А.А.Горлиной, затем проблеме активно разрабатывала школа I Московского медицинского института под руководством профессора Ю.М.Овчинникова.

Современная функциональная ринохирургия основана на концепции В.Мессерклингера. Однако, накопленный опыт дал основания несколько пересмотреть и расширить ее и создать собственную концепцию, которой мы руководствуемся в своей клинической и научной деятельности. Она включает в себя следующие положения:

1. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух является органом, обеспечивающим ряд важных функций верхних дыхательных путей и организма в целом.

6. 2. Слизистая оболочка является первым барьером защиты организма от факторов внешнего воздействия, и ее повреждение снижает резистентность организма к вредным факторам внешнего воздействия.
3. Лимфоэпителиальный симбиоз в полости носа и околоносовых пазухах обеспечивается слизистой оболочкой и лимфоидными клетками, продуцируемыми глоточной и небными миндалинами.
 4. Сложная архитектура полости носа и структур решетчатого лабиринта обеспечивает функции верхних дыхательных путей, в первую очередь защитную.
 5. Околоносовые пазухи и их слизистая оболочка являются непосредственным защитным барьером на пути распространения инфекции из полости носа в соседние жизненно важные органы: орбиту и полость черепа.
 6. Причиной роста распространенности болезней носа и околоносовых пазух являются:
 - а) увеличивающаяся нагрузка на верхние дыхательные пути в связи с загрязнением окружающей среды в результате антропогенной деятельности.
 - б) неснижающийся уровень респираторных вирусных инфекций.
 - в) необоснованное удаление небных миндалин и аденоидов, особенно в раннем детском возрасте.
 - г) формирование хронических форм воспаления в результате использования радикальных методов хирургического лечения, разрушающих естественные барьеры защиты организма и верхних дыхательных путей.
 7. Функциональная эндоскопическая и микроскопическая ринохирургия устраняет возникшие в результате воспалительного процесса изменения в полости носа и околоносовых пазухах, а также врожденные изменения, способствующие развитию хронического воспаления; создает условия, близкие к физиологическим; при этом операция максимально щадит целостность слизистой оболочки и анатомические структуры полости носа.
 8. Патогенетическая медикаментозная терапия устраняет воспалительный процесс и создает условия для выздоровления и повышения качества жизни больного человека.

Значительным событием в нашей специальности было создание 17 сентября 1992 года в Курске "Российского общества ринологов". 2 марта 1993 года Министерством печати и информации был зарегистрирован журнал "Российская ринология", который стал официальным печатным органом общества ринологов. Первый номер журнала появился в свет в конце 1993 года. В декабре 1992 года в Подмоскowie была проведена конференция, на которой в течение четырех дней профессора H. Stammberger и G. Woll (Австрия) читали лекции об эндоскопической диагностике заболеваний околоносовых пазух, предоперационной подготовке, показаниях к функциональным эндоназальным операциям и методиках их выполнения. На конференции присутствовало более 150 врачей из различных регионов России.

Центрами внедрения функциональной ринохирургии в России стали ЛОР-кафедры Курского медицинского университета (зав. кафедрой проф. С.З. Пискунов), Ярославский риноцентр (директор - проф. В.С. Козлов) и два ЛОР-отделения Медицинского центра УД Президента РФ (зав. - проф. Г.З. Пискунов и докт. мед. наук

А.С. Лопатин), а также Санкт-Петербургский НИИ уха, горла носа и речи (А.Ю. Кротов). При обучении специалистов предпочтение отдавалось индивидуальной стажировке на рабочем месте в течение 1-4 недель в зависимости от уровня предшествующей подготовки. Обучение проводилось и в системе семинаров. Такие семинары организовывались дважды в год. Программа семинара предусматривает цикл лекций, просмотр видеозаписей операций, непосредственное выполнение операций преподавателями с возможностью просмотра хода операции на мониторе и самостоятельное выполнение операции на трупе под контролем преподавателя. Было организовано и несколько выездных семинаров в крупных административных центрах, на которых обучались оториноларингологи этих регионов (Сочи, Брянск, Белгород, Орел, Ростов, Самара, Новосибирск, Петропавловск-Камчатский).

Фундаментальной формой подготовки специалистов можно назвать Российский курс "Современная эндоназальная функциональная хирургия" который вот уже в течение 5 лет проводится в Ярославле. Базой для проведения курса является Центр микроэндоскопической оториноларингологии Ярославской областной клинической больницы. Директором курса является проф. В.С. Козлов, а основными преподавателями - С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов и А.С. Лопатин. В помощь привлекаются специалисты медицинских университетов Казани, Санкт-Петербурга, Уфы, которые ранее прошли уже подготовку и работают самостоятельно. Программа курса предусматривает теоретическую подготовку по вопросам анатомии, физиологии, патофизиологии носа и околоносовых пазух, патогенеза заболеваний; практическую подготовку по освоению самой хирургической техники. Для этого проводится демонстрация диссекции на анатомических препаратах и прямые трансляции «живых» операций, выполняемых преподавателями курса. В заключение курсанты самостоятельно выполняют операции в анатомическом музее под контролем преподавателей. Лекции охватывают вопросы патогенетической терапии, способы доставки лекарственных веществ в околоносовые пазухи с использованием ЯМИК-катетера. Одновременно на курсе проводится подготовка 30-35 специалистов. До трети общего числа курсантов составляют профессора ЛОР-кафедр медицинских университетов страны: от Владивостока до западных границ России. Участие профессоров в качестве обучающихся существенно расширяет возможности последующего распространения новых тенденций современной ринологии по стране.

Также традиционно в течение пяти лет в январе в Москве под руководством Г.З. Пискунова и основных лекторов: С.З. Пискунова, А.С. Лопатина и В.С. Козлова в аудитории Медицинского центра УД Президента РФ проводятся семинары по патогенетической медикаментозной терапии. Программа семинара предусматривает лекции о патогенезе заболеваний слизистой оболочки носа, околоносовых пазух и лимфаденоидных органов глотки, о современных лекарственных средствах, применяемых в оториноларингологии. Помимо этого на ежегодных конференциях общества ринологов, на конгрессах и съездах регулярно рассматриваются вопросы функциональной ринохирургии и патогенетической медикаментозной терапии.

Являются ли новые тенденции в России только повторением известных, разработанных в других странах

методов функциональной хирургии, или в них есть что-то отличное? Уже первое знакомство с методами функциональной ринохирургии заставило обратить внимание на использование за рубежом исключительно хирургических методов без акцента на необходимость специальной медикаментозной подготовки пациентов перед операцией, отсутствие устоявшихся стандартных методов медикаментозного лечения в послеоперационном периоде. Опыт отечественной медицины требует большего внимания к пациенту на всех этапах лечения, начиная с первичной диагностики заболевания и заканчивая последующим наблюдением в поликлинике. Были разработаны критерии отбора пациентов для хирургического лечения, их предоперационного обследования. Была определена группа больных, которым требуется специальная медикаментозная подготовка перед операцией. В эту группу прежде всего были включены больные бронхиальной астмой и аспириновой триадой, с обострениями гнойных воспалительных процессов в околоносовых пазухах. Были опубликованы соответствующие методические материалы. Эти способы, апробированные на практике, доказали свою эффективность. В частности, существенно улучшились результаты хирургического лечения полипозного риносинусита у больных с сопутствующей бронхолегочной патологией, снизилось число обострений легочных заболеваний в послеоперационном периоде, что ранее являлось основной причиной отказа от хирургического лечения у больных с ассоциированными заболеваниями нижних дыхательных путей.

Целый комплекс лечебных процедур и медикаментозных воздействий позволяет провести использование ЯМИК-катетера. Этот способ заинтересовал наших зарубежных коллег, что подтверждает большое количество патентов, полученных в различных странах. Применение ЯМИК-метода и ЯМИК-катетера дает возможность подготовить больного к операции и провести лечение в послеоперационном периоде. В Японии этот способ получил особое признание, и японские оториноларингологи даже создали научное общество "YAMIK-society". На конференциях этого общества изучаются возможности способа и совершенствуется техника его применения.

Мы являемся сторонниками комплексного функционального хирургического вмешательства на внутриносовых структурах и околоносовых пазухах, что также в отличие наших способов функциональной хирургии от существующих зарубежных. Нами пересмотрен патогенез хоанальных полипов, выделены неизвестные ранее формы. Основной причиной возникновения хоанальных полипов мы считаем нарушение аэродинамики в полости носа в связи с врожденными аномалиями внутриносовой анатомии и мукоидное воспаление слизистой оболочки. Эндоскопическая функциональная хирургия дает практически 100% результат при лечении этого заболевания.

Разработан способ микрогайморотомии, который можно использовать при различных заболеваниях верхнечелюстной пазухи с минимальной травмой ее стенок и хорошим результатом. Способ транссептальной операции на лобной пазухе несравненно эффективнее традиционных методов и отличается от используемых за рубежом более обоснованными показаниями и техникой выполнения. Способы минимально инвазивной хирургии с применением эндоскопов и микроскопа можно рассматривать как профилактику хронических заболеваний носа и

околоносовых пазух. Суть способа заключается в раннем вмешательстве на анатомических структурах с целью создания физиологических условий для восстановления их функций.

Наиболее сложной патологией для хирургического и медикаментозного лечения является полипозный риносинусит. Использование эндоскопической и микроскопической функциональной хирургии в сочетании с топической терапией кортикостероидами и применением ЯМИК-метода дает возможность избежать рецидива полипоза у 85% пациентов.

К функциональной ринохирургии мы относим и операции по восстановлению эстетической функции носа. Врожденные деформации, посттравматические изменения, которые приводят к нарушению формы носа и затруднению носового дыхания, требуют одномоментной коррекции. Для этого разработан ряд хирургических приемов, позволяющих одновременно восстановить дыхательную функцию носа и воссоздать его форму. Ранее восстановление эстетической функции носа проводили пластические хирурги без учета основной функции носа - дыхательной, а оториноларингологи затем восстанавливали носовое дыхание без учета эстетической функции. Таким образом пациенту требовались как минимум две операции. Разработанные нами способы дают возможность выполнить это вмешательство одномоментно. Для популяризации этого подхода в Москве стали проводиться ставшие уже традиционными курсы обучения по риносептопластике. Опубликованы монография и методические рекомендации.

Таким образом, в настоящее время в России разработано и внедрено в практику новое направление - функциональная эндоскопическая и микроскопическая ринохирургия и патогенетическая медикаментозная терапия заболеваний носа и околоносовых пазух. Учреждены Российское общество ринологов и журнал "Российская ринология", которые являются организующим началом и источником информации специалистов по вопросам современной ринологии. Создана система подготовки и совершенствования кадров. Способ функциональной ринохирургии широко внедрен в лечебную практику ЛОР-отделений больниц России. Подготовлено более 500 специалистов. Метод используется в больницах Москвы (Медицинский центр УД Президента РФ), Курска, Орла, Тамбова, Липецка, Краснодара, Красноярска, Астрахани, Самары, Уфы, Екатеринбурга, Казани, Санкт-Петербурга, Вятки, Ярославля, Твери, Томска, Иркутска, Курчатова, Хабаровска, Оренбурга, Петропавловска-Камчатского, Владивостока, Уссурийска, Черкесска, Брянска, Владикавказа, Ростова, Рязани, Смоленска. Фирмой «Азимут» в Санкт-Петербурге и фирмой «Медикап» в Казани было начато производство эндоскопов и инструментария для функциональных внутриносовых операций.

Г.З.Пискунов, С.З.Пискунов

ФЕКСОФЕНАДИН -

**Т.А.Сергеева*, С. В. Рябова*,
Т.Ю.Петровская*, А.С.Лопатин****

**НОВЫЕ
ВОЗМОЖНОСТИ
В ТЕРАПИИ СЕЗОННОГО
АЛЛЕРГИЧЕСКОГО
РИНИТА**

**Отделения
оториноларингологии
поликлиники №1*
и Центральной клинической
больницы** МЦ УД
Президента РФ**

Аллергический ринит (АР) - одно из самых распространенных заболеваний человека, от которого сейчас страдает более 20% взрослого населения (П.И.Ильина, 1997). АР является классическим примером IgE-

опосредованного процесса. Главными участниками аллергического воспаления в слизистой оболочке носа являются тучные клетки, выделяющие основной медиатор аллергического воспаления гистамин. Деятельность этих клеток определяет особенности ранней и в какой-то степени поздней фаз аллергического воспаления (И.С.Гущин, 1998). Действие гистамина на H1-рецепторы обуславливает ответ организма на воздействие аллергена, что выражается в случае АР заложенностью носа, ринореей, чиханием и зудом.

Антигистаминные препараты давно используются в лечении АР. В связи с этим заметным событием в терапии аллергических заболеваний явилось создание в начале 80-х годов нового антигистаминного препарата, не обладающего седативным действием, - терфенадина. Однако, существенным недостатком терфенадина, как и некоторых других неседативных антигистаминных препаратов, было наличие кардиотоксического эффекта, который иногда приводил к развитию тяжелых аритмий.

Клинические испытания установили, что в отличие от других H1-блокаторов новый препарат - фексофенадин (Ф) не оказывает негативного действия на сердечно-сосудистую систему (М.Н.Terrien et al., 1999). В исследованиях *in vitro* было доказано, что Ф обладает в два раза более высоким сродством к H1-рецепторам, чем терфенадин и при этом лишен антихолинергического и блокирующего кальциевые каналы действия, что и обуславливает полное отсутствие кардиотоксического эффекта. Ф был тщательно исследован в отношении возможной кардиотоксичности. Проводились мониторинг сердечного ритма, контроль артериального давления и давления в левом желудочке. Ни на одном из этих показателей не было зарегистрировано никаких отклонений (С.Pratt et al., 1997). Эксперименты на крысах подтвердили, что Ф не проникает через гематоэнцефалический барьер, не подвергается биотрансформации и быстро выводится из организма преимущественно путем билиарной экскреции.

Для изучения фармакологического действия и безопасности Ф проводились клинические исследования у более чем 4000 пациентов с проявлениями аллергии, 500 здоровых добровольцев, а также у больных с печеночной и почечной недостаточностью. Более 470 человек приняли участие в длительном исследовании по изучению безопасности препарата. Эти исследования показали, что Ф в дозе 60 и 120 мг купирует симптомы сезонного АР в течение 60 минут. В плацебоконтролируемых

исследованиях было установлено, что однократное введение Ф в дозе до 800 мг или повторные введения дозы до 690 мг не вызывают таких побочных реакций как сонливость, сухость слизистых оболочек, изменения сердечного ритма и артериального давления. Прием Ф в дозе до 1380 мг в сутки не оказывал влияния на показатели ЭКГ.

Сейчас доказано, что Ф угнетает экспрессию молекул адгезии ICAM-1, а также индуцированное эозинофилами выделение ICAM-1 и других медиаторов воспаления в культуре клеток эпителия носа, то есть, обладает не только антиаллергическим, но и противовоспалительным действием (М.Muntasir et al., 1998). В исследованиях *in vivo* Ф в дозе 1,6 мг/кг угнетал образование кожного волдыря у морских свинок при провокационной гистаминовой пробе, что свидетельствует о чисто конкурентном антагонизме.

Влияние Ф на способность управлять транспортными средствами и воздействовать на психомоторные реакции оценивалось в двойном слепом перекрестном исследовании в сравнении с плацебо и клемастином, препаратом, обладающим седативным эффектом. Независимо от этого влияние препарата на психомоторное состояние и дневную активность изучалось Британским агентством по оборонным разработкам в двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании на 6 группах пациентов. В качестве активного контроля использовался прометазин, обладающим выраженным седативным действием. Результаты этих независимых исследований были идентичными. Они показали, что Ф не действует на психомоторные реакции и не вызывает сонливости, поэтому он был признан пригодным для лечения аллергии у лиц, занятых в автоматизированном производстве и у водителей транспортных средств (А.N.Nicholson, С.Turner, 1998), причем доза Ф не требует коррекции у пациентов с почечной и печеночной недостаточностью (А.Markham, A.J.Wagstaff, 1998). Проведенное в 1997 году в США мультицентровое плацебоконтролируемое исследование доказало, что прием Ф один раз в сутки в дозе 120 мг является столь же эффективным и более удобным для пациентов (Т.В.Casaleetal., 1999).

Материал и методы исследования

Нами было проведено изучение эффективности Ф (Телфаста) у больных, страдающих сезонным аллергическим ринитом (САР). В исследовании участвовало 20 человек в возрасте от 22 до 63 лет (средний возраст - 33,5 года), среди которых было 14 женщин и 6 мужчин.

Оригинальные статьи

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---------|----|---------|----|---|---|----|---|---|---|
| Длительность заболевания - от 2 до 40 лет (в среднем - 10,5 лет). | | Оценка результатов лечения проводилась врачом 9 [^] Ч | | | | | | | | | | | |
| Среди сопутствующих заболеваний | | заболевание аллергический и пациентом по пятибалльной шкале: | | | | | | | | | | | |
| конъюнктивит был отмечен у 9, мигрень - у 4, бронхиальная астма - у 6, крапивница - у 7, пациенты | | 4 - <i>отличный результат</i> - все симптомы САР исчезли; 3 - <i>хороший</i> - почти все симптомы исчезли, но 1-2 из них сохраняются, хотя стали значительно менее выраженными; | | | | | | | | | | | |
| Результаты кожного тестирования с натуральными аллергенами представлены в табл.1. Из нее видно, что у 15 пациентов | | 2 - <i>удовлетворительный</i> - исчезновение или регресс симптомов САР; 1 - <i>отсутствие эффекта</i> ; | | | | | | | | | | | |
| пыльце деревьев, у 11 - к пыльце сорных трав. У 13 положительная реакция на :- | | 0 - <i>ухудшение</i> . Оценка клинических и лабораторных показателей проводилась врачом при первом визите пациента, на 14 и 28 день приема препарата. | | | | | | | | | | | |
| | | Таблица 1 | | | | | | | | | | | |
| Результаты кожного тестирования у больных САР | | Результаты исследования | | | | | | | | | | | |
| Группы аллергенов | | Положительная реакция - количество больных | | | | | | | | | | | |
| Пыльца деревьев | | 15 | | | | | | | | | | | |
| Пыльца злаковых | | И | | | | | | | | | | | |
| Пыльца сорных трав | | 14 | | | | | | | | | | | |
| Эпидермальные аллергены | | 13 | | | | | | | | | | | |
| Домашняя пыль | | 6 | | | | | | | | | | | |
| Библиотечная пыль | | 3 | | | | | | | | | | | |
| Перо подушки | | 2 | | | | | | | | | | | |
| | | Как видно из таблицы 2, на фоне лечения Ф наблюдалась четкая положительная динамика выраженности всех симптомов САР. При первичном обследовании у всех пациентов были отмечены выраженные симптомы САР. Так, выделения из носа жаловались все 20 больных, причем в 15 из них выраженность этого симптома была максимальной, у 4 - средней интенсивности и лишь у 1 слабой. Заложенность носа отмечали 19 обследованных, из них 17 характеризовали затруднение носового дыхания как интенсивное. Зуд в глазах | | | | | | | | | | | |
| Ф назначался в дозе 120 мг 1 раз в день на фоне максимальных клинических сезонов цветения деревьев | | отмечен у 20 пациентов (в том числе интенсивный - у 15), зуд в носу - у 19 (интенсивный у 15), першение в горле - у 18 (интенсивное - у 13). Покраснение глаз и слезотечение отмечалось соответственно у 19 и 18 обследованных. Через две недели после начала приема (выделения из носа, чихание, заложенность носа, зуд в глазах, слезотечение, покраснение глаз и першение в горле) интенсивности клинических проявлений САР. Во время последнего визита небольшие выделения из носа беспокоили лишь 2, а чихание - 4 пациентов, легкая заложенность носа и щекотание в носу были отмечены у 1 и 2 пациентов соответственно. Остальные симптомы САР полностью купировались на фоне приема Ф | | | | | | | | | | | |
| жители курса лечения | | составила 28 дней. | | | | | | | | | | | |
| Выраженность стандартных симптомов заболевания (выделения из носа, чихание, заложенность носа, зуд в глазах, слезотечение, покраснение глаз и першение в горле) | | обследованных. Через две недели после начала приема препарата было зарегистрировано резкое снижение интенсивности клинических проявлений САР. Во время последнего визита небольшие выделения из носа беспокоили лишь 2, а чихание - 4 пациентов, легкая заложенность носа и щекотание в носу были отмечены у 1 и 2 пациентов соответственно. Остальные симптомы САР полностью купировались на фоне приема Ф | | | | | | | | | | | |
| препарата использовали | | следующие методы исследования: (рис. 1,2). | | | | | | | | | | | |
| • Передняя активная риноманометрия (ПАР); | | Методом ПАР были изучены показатели суммарного объемного потока (СОП) и суммарного сопровитвления воздушному потоку (СС). Нормальные показатели СОП и СС для сравнения были выведены на основании обследования контрольной группы из 14 здоровых лиц без каких-либо заболеваний носа | | | | | | | | | | | |
| • Эндоскопия и фотографирование полости носа; | | | | | | | | | | | | | |
| • Общий анализ крови; | | | | | | | | | | | | | |
| • Подсчет количества эозинофилов в мазках-отпечатках со слизистой оболочки носа; | | | | | | | | | | | | | |
| • ЭКГ; | | | | | | | | | | | | | |
| • Измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений (ЧСС). | | (табл.3). | | | | | | | | | | | |
| | | Таблица 2 | | | | | | | | | | | |
| Динамика выраженности симптомов САР на фоне лечения фексофенадином | | | | | | | | | | | | | |
| Симптомы | | Выраженность симптомов по 4-балльной шкале(количество больных) | | | | | | | | | | | |
| | | Визит 1 | | Визит 2 | | Визит 3 | | | | | | | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | |
| Выделения из носа | | 0 | 1 | 4 | 15 | 1 | 15 | 4 | 0 | 18 | 2 | 0 | 0 |
| Чихание | | 0 | 2 | 18 | 0 | 7 | 10 | 3 | 0 | 16 | 4 | 0 | 0 |
| Заложенность носа | | 1 | 0 | 2 | 17 | 9 | 11 | 0 | 0 | 19 | 1 | 0 | 0 |
| Зуд в глазах | | 0 | 5 | 0 | 15 | 16 | 3 | 1 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| Зуд в носу | | 1 | 0 | 4 | 15 | 7 | 12 | 1 | 0 | 18 | 2 | 0 | 0 |
| Першение в горле | | 2 | 3 | 2 | 13 | 18 | 2 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| Слезотечение | | 2 | 3 | 2 | 13 | 17 | 3 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| Покраснение глаз | | 1 | 4 | 3 | 12 | 20 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |

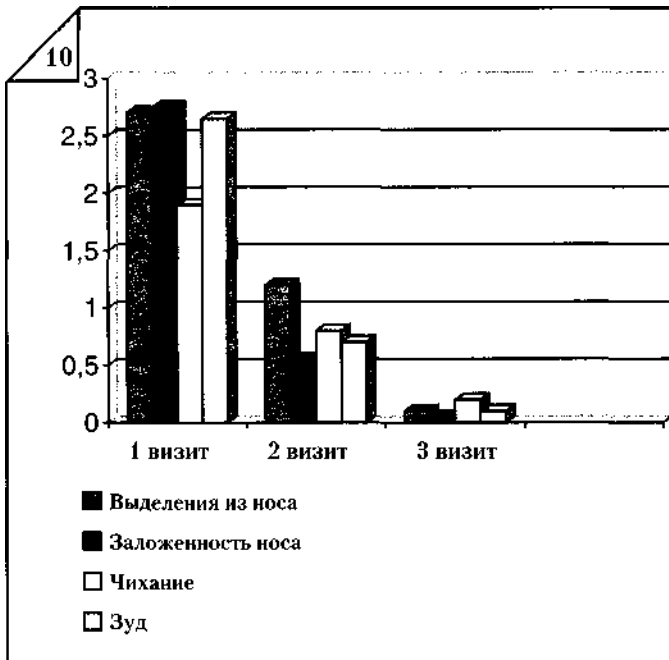


Рис.1. Динамика выраженности симптомов ринита на фоне лечения фексофенадином

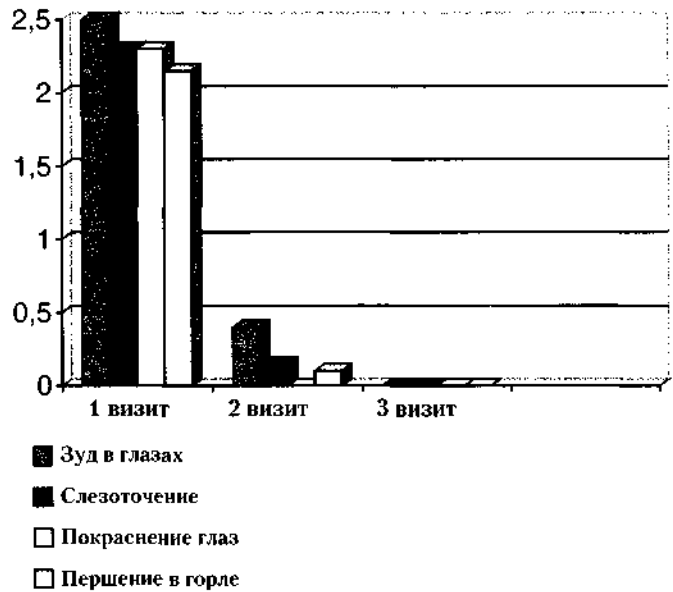


Рис.2. Динамика выраженности сопутствующих симптомов на фоне лечения фексофенадином

Таблица 3

Показатели передней активной риноманометрии у здоровых лиц

| Суммарный объемный поток см ³ /с | Суммарное ссфмоти вление Па/см ³ /с |
|---|--|
| N=14 682,6±35,8 | N=14 0,22±0,01 |

При первом визите среднее значение СОП у больных САР было равно 260,8±46,2 см³/с, при втором - 425,7±58,2 см³/с, а при третьем - 643,6±47,7 см³/с, то есть приблизилось к норме. Среднее значение СС изменилось от 1,2±0,27 Па/см³/с (первый визит), до 0,54±0,02 Па/см³/с (второй визит) и 0,26±0,05 Па/см³/с в конце лечения препаратом. Но данным парного Т-теста среднее значение СОП достоверно возросло от первого к третьему визиту (p<0,0001), соответственно среднее значение СС достоверно уменьшилось (p<0,0001). Характерные изменения кривых ПАР показаны на рис.3. Динамика средних показателей СОП представлена на рис.4, а показателей СС - на рис.5.

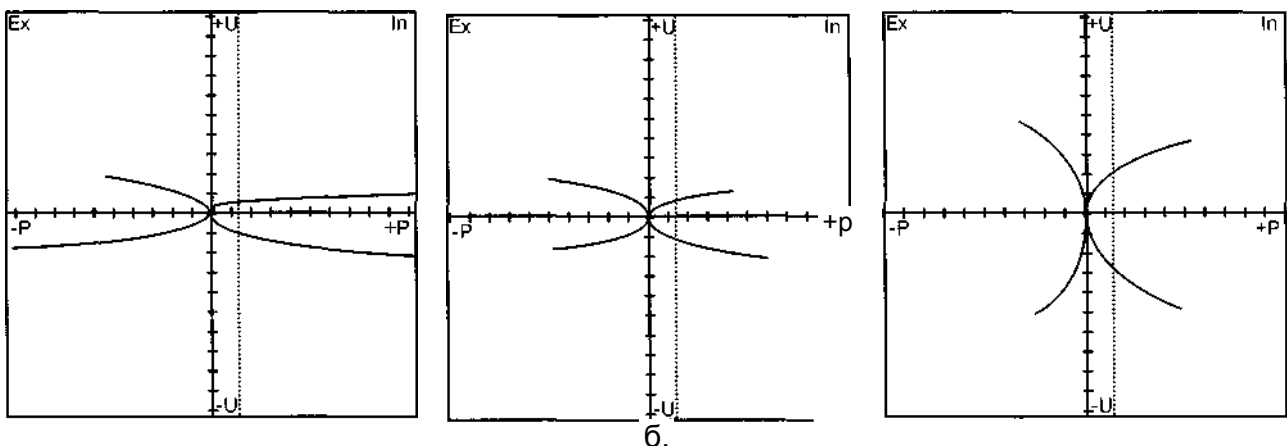
Таким образом, несмотря на широко распространенное мнение о том, что затруднение носового дыхания не является основным симптомом САР, данные ПАР свидетельствуют о статистически достоверном существенном улучшении носового дыхания у пациентов на фоне приема Ф.

Эндоскопические фотопазии, представленные на рис.6, показывают, что эндоскопия полости носа, выполняемая в динамике, позволяет судить об изменении размеров носовых раковин, ширины носовых ходов, что также свидетельствует о восстановлении носового дыхания у больных САР на фоне лечения.

При исследовании мазков-отпечатков со слизистой оболочки носа до лечения эозинофилы были обнаружены у 19 (95%) пациентов, а по окончании курса лечения - лишь у 2 (10%). До начала приема препарата у 12 (60%) больных была отмечена эозинофилия крови, к концу исследования она сохранялась лишь у 1 пациента, однако и в этом случае количество эозинофилов снизилось с 14% до 8%.

ЭКГ у всех пациентов регистрировалась до, после и во время лечения. Отрицательной динамики не было отмечено ни у одного из обследованных. В пределах нормы оставались

Рис.3. Типичные изменения кривых ПАР на фоне лечения фексофенадином (а - до лечения, б - на 14 сутки, в - по окончании лечения).



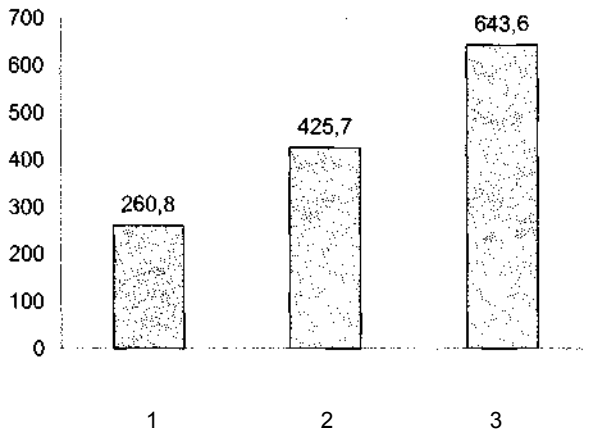


Рис.4. Динамика показателей суммарного объемного потока (СОП) на фоне лечения фексофенадином (1 - СОП во время первого, 2 - СОП во время второго, 3 СОП во время третьего в

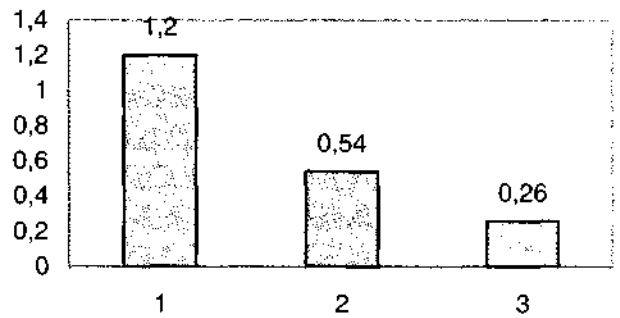


Рис.5. Динамика показателей суммарного сопротивления (CC) на фоне лечения фексофенадином (1 - CC во время первого, 2 во время второго, 3 во время 3 визита).

артериальное давление и ЧСС. Следует отметить, что на фоне приема Ф в указанной дозировке, у одного пациента исчезли проявления аллергического дерматита, еще один из больных во время лечения Ф смог отказаться от инсуффляций кортикостероидного препарата фликсоназе.

Таким образом, Ф оказался эффективным у всех 20 больных. Общая оценка результатов лечения, сделанная врачом и больными, совпали. Отличный результат отмечен у 15 (75%), а хороший - у 5 пациентов (25%), отсутствия эффекта и увеличения выраженности симптомов заболевания в данной группе больных не наблюдалось. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что Ф является высокоэффективным и безопасным препаратом для лечения САР.

Литература

1. *Гуцин И.С.* Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. - М.: Фармус принт, 1998.
 2. *Ильина Н.И.* Аллергический ринит // Информационный сборник. Новости науки и техники. Серия: Медицина. Выпуск: Аллергия, астма и клиническая иммунология.- 1997.-№4-С.20-24.
 3. *Abdelaziz M.M., Devalia J.L., Khair O.A., et al.* Effect of fexofenadine on eosinophil-induced changes in epithelial permeability and cytokine release from nasal epithelial cells of patients with seasonal allergic rhinitis // *f. Allergy Clin. Immunol.* - 1998. -Vol. 101, N.3.-P.410-420.
 4. *Casale T.B., Andrade C., Ou R.* Safety and efficacy of once-daily fexofenadine HCl in the treatment of autumn seasonal allergic rhinitis // *Allergy and Asthma Proc.* - 1999. - Vol.20, N.3. -

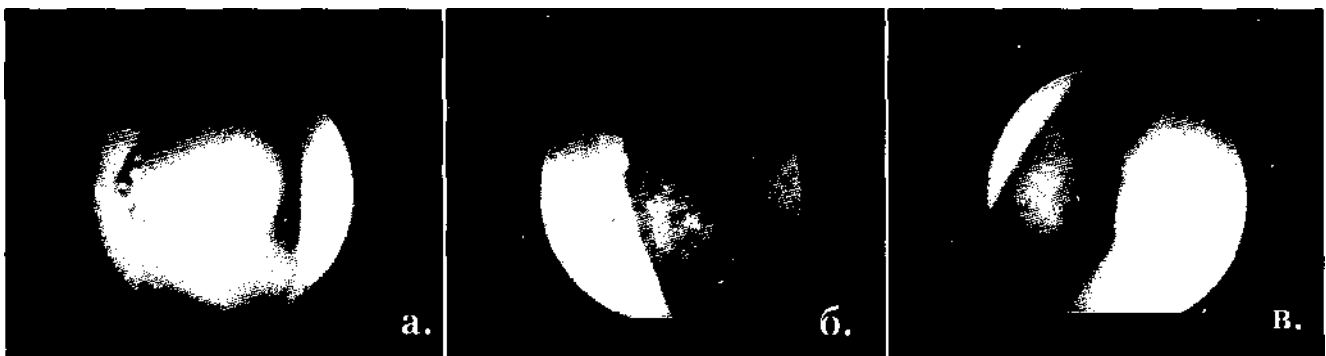
P. 194-198.
 5. *Markham A., Wagstaff A.J.* Fexofenadine. Adis new drug profile // *Drug.* - 1998. - Vol.55. - P.269-274.
 6. *Nicholson A.N., Turner C.* Central effects of the H1-antihistamin, cetirizin // *Aviation Space Environ. Med.* - 1998. - Vol.69.- P. 166-171.
 7. *Pratt C., Mason J., Russell T., Ahlbrandt R.* Effect of fexofenadine HCl on corrected QT interval (QTc) // Paper presented at the Congress of European Academy Of Allergology and Clinical Immunology. -, Rhodos, Greece, June 1997.
 8. *Terrien M.H., Rahm P., Fellrath J.M., Spertini F.* Comparison of the effects of terfenadine on nasal provocation tests with allergen // *J. Allergy Clin. Immunol.* - 1999.- Vol.103, N.6. -P.1025-1030.

T.A.Sergeeva, S.V.Ryabova, T.Yu.Petrovskaya, A.S.Lopatin FEXOFENADIN - NEW HORIZONS IN TREATMENT OF SEASONAL ALLERGIC RHINITIS

Results of a study on clinical evaluation of a new antihistamine drug fexofenadine (Telfast®) efficacy in treatment of seasonal allergic rhinitis are reported. 20 patients participating in this study took 120 mg of the drug once daily during 28 days. Complete control of all rhinitis symptoms was noted in 15 (75%) of the patients, significant improvement - in the rest 5. Subjective (symptoms' score) and clinical (physician's evaluation) improvement was confirmed by changes of endoscopic picture, data of anterior rhinomanometry, and eosinophil count in serum and nasal secretion. No adverse effects were noted.

Поступила 28.10.1999

Рис.6. Динамика эндоскопической картины на фоне лечения фексофенадином: а) до лечения; б) на 14 сутки; в) по окончании курса



С.М.Пухлик

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ

Одесский
государственный
медицинский университет

Ведущая роль в патогенезе аллергических заболеваний отводится изменениям в функционировании разнообразных звеньев иммунной системы, результатом чего развивается гиперергическая реакция на конкретный антиген, который приобретает этиологическое значение в развитии заболевания. В такой ситуации целесообразно пытаться восстановить толерантность по отношению к "причинному" аллергену. Эта задача решается с помощью специфической иммунотерапии (СИТ). Для оптимизации результатов лечения целесообразно использовать региональные антигены с учетом антигенных особенностей, характерных для разнообразных географических и климатических зон (Е.М.Синев, 1996; И.С.Гущин, 1997). В отношении круглогодичного аллергического ринита (КАР) подобных исследований на Украине не проводилось. Поэтому целью нашей работы была оценка эффективности лечения КАР индивидуальными аллергенами.

Согласно нашим аллергологическим исследованиям, домашняя пыль является самым частым "виновником" КАР (С.М.Пухлик, 1999). Поэтому, мы решили оценить эффективность СИТ при КАР именно среди больных с моновалентной сенсibilизацией к домашней пыли. Пыль собиралась в домах Одессы и Одесской области у пациентов с КАР, а для контрольных исследований - в жилищах здоровых лиц. Токсическое и общераздражающее действие индивидуальных аллергенов домашней пыли было исследовано в соответствии с приказом №31 МЗ СРСР в/д 13.01.83. Особенности индивидуальных аллергенов полностью соответствовали требованиям, которые предъявляются к биопрепаратам в соответствии с фармакологической статьей ФС-344ВС-90.

Специфическая активность собственных аллергенов изучалась на 46 больных с КАР путем проведения кожных скарификационных проб. По результатам проб выяснялся показатель местной активности аллергена - ПМА (С.Н.Куприянов, 1985). В начале исследования мы не ставили своей задачей сравнение алергоанти-генных свойств различных серий домашней пыли, собранных у больных с атопией, и у здоровых лиц. Но в процессе клинических испытаний выяснилось, что препараты аллергенов пыли, собранной в жилищах больных с атопией более активны, чем аллергены, изготовленные из пыли, собранной в жилищах здоровых лиц. Поэтому мы сравнили ПМА из разных серий пыли собственных аллергенов.

Было достоверно показано ($P < 0,05$), что антигенные свойства аллергена, изготовленного из смеси пыли жилищ больных с атопией (серии 005 и 008) значительно выше, чем аллергена из пыли, собранной в жилищах здоровых лиц (серия 006 и 007).

Изучаемые аллергены представляют собой 5% экстракты, полученные из бытового сырья. Они соответствуют требованиям, предъявляемым к одноименным российским аллергенам: стерильны, нейтральны (рН 6,9-7,2), стандартны (содержание белкового азота 10000+2000 PNU/мл), безвредны (не вызывают гибели мышей при парентеральном введении), не вызывают аллергических реакций у здоровых лиц, специфичны по отношению к антителам, вырабатываемым в ответ на бытовые антигены. С помощью этих аллергенов можно подтвердить природу атопии и производить подбор лечебных аллергенов для специфической гипосенсибилизации.

Выбор больных для СИТ осуществлялся по результатам иммунотермометрии (ИТМ), кожных проб, провокационной пробы и содержания IgE в сыворотке крови. Противопоказанием к назначению СИТ мы считали наличие аутоиммунных заболеваний, беременность и тяжелую степень бронхиальной астмы (H.J.Mailing, B.Weeke, 1993). СИТ проводилась аллергологом, а динамическое наблюдение и оценка клинических результатов осуществлялась оториноларингологом. Мы считаем, что такое сотрудничество врачей специальностей необходимо для правильной диагностики и выбора метода лечения, потому что врач-аллерголог имеет опыт и возможность предотвратить и эффективно бороться с возможными анафилактическими реакциями. Согласно рекомендациями Е.Н.Сидоренко (1991), мы проводили специфическую гипосенсибилизацию субпороговой концентрацией, последовательно повышая дозу строго индивидуально в соответствии с реакцией на предыдущую.

Результаты

Нами была проведена сравнительная оценка СИТ КАР, вызванного аллергеном домашней пыли с помощью индивидуально изготовленных для каждого пациента (Винницкое предприятие "Иммунолог") собственными аллергенами и стандартными российскими аллергенами (Старопольское НПО "Аллерген") серии 132, 133, 144 в зависимости от кожной пробы с концентрацией 10000 PNU в 1 мл. В каждую группу входило по 20 больных. По полу,

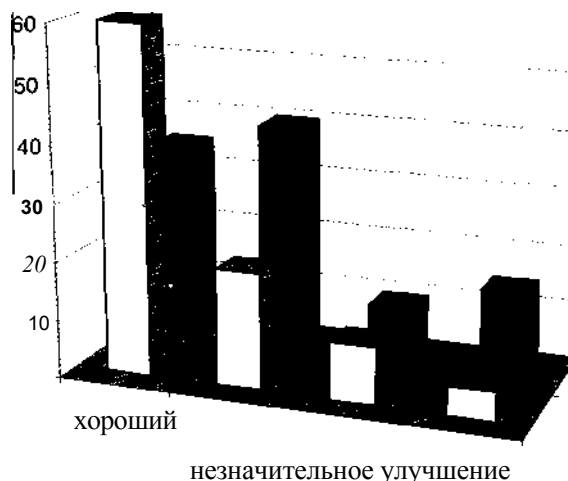
возрасту и длительности заболевания группы больных были однородными.

Начальную дозу мы определяли с помощью алергометрического титрования на коже и слизистой оболочке полости носа. Мы индивидуализовали схемы лечения, исходя из соответствующей реакции больного на введение аллергена. Мы использовали подкожный метод введения, начиная с субпороговой концентрации в дозе 0,1 мл, с дальнейшим повышением дозы на 0,1 мл до 1 мл, после чего концентрация лечебного аллергена повышалась в 10 раз, а дозирование вновь повторяло свой цикл - от 0,1 до 1,0 мл. Лечение, как правило, начинали с 2, реже - с 3 инъекций в неделю. В дальнейшем становилось возможным увеличить интервалы между инъекциями до 1-2 недель или даже до 1 месяца. Поддерживающая терапия проводилась ежемесячно на протяжении двух лет. Оценка клинических результатов производилась по окончании лечения, затем - через один и два года. Сравнительный анализ непосредственных результатов СИТ индивидуальными и стандартными аллергенами представлен в табл.1 и на рис.1.

Клинические результаты оказались хорошими в обеих группах больных: среди лиц, которых лечили стандартными аллергенами, положительный результат был получен у 85%, а в группе больных, пролеченных индивидуальными аллергенами - у 95%. Следует также отметить очень высокий процент "хороших" клинических результатов в последней группе - 60%, достоверно превышающий аналогичный показатель в контрольной группе.

При анализе каждого клинического симптома (заложенность носа, ринорея, зуд в носу, чихание) установлено, что раньше других уменьшаются клинические проявления гиперреактивности - зуд в носу, чихание (в первые месяцы лечения), позднее постепенно прекращается ринорея, и в последнюю очередь нормализуется носовое дыхание. Таким образом, СИТ была одинаково эффективной и при симптомах гиперреактивности и при нарушении носового дыхания.

У одного больного, пролеченного индивидуальными аллергенами, мы не смогли остановить прогрессирование аллергического процесса в связи с развитием поливалентной сенсибилизации и присоединением неиммунологических механизмов атонии (реакции на холод, физическую нагрузку и др.). В группе больных КАР, пролеченных стандартными аллергенами, у 2 человек на фоне бронхиальной гиперреактивности развилась картина бронхиальной астмы. В то же время мы



- Индивидуальный г
- Стандартный

Рисунок 1. Сравнительный анализ клинических результатов СИТ разными аллергенами

СИТ и лечившимися различными топическими препаратами. За 2 года наблюдения у 12 человек из этой группы ($34,3 \pm 5,6\%$, $p < 0,01$) развилась бронхиальная астма. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что СИТ может рассматриваться и как метод первичной профилактики бронхиальной астмы.

Анализ иммунологических показателей продемонстрировал их положительную динамику в процессе СИТ. В группе больных, которые лечились индивидуальными аллергенами, отмечено нарастание абсолютного количества лейкоцитов, а число лимфоцитов увеличивалось только в группе больных, которые использовали стандартные аллергены. При исследовании иммуноглобулинов основных классов выявлено незначительное снижение IgE (колебания в пределах 300-1500 МЕ/мл) по сравнению с исходными и повышение количества IgG и IgA, которое было максимальным у больных, лечившихся индивидуальными аллергенами. Следует отметить, что максимальные показатели повышения IgG наблюдались у больных с выраженным клиническим улучшением. Это подтверждает предположение И.С.Гущина (1998) о том, что продукция IgG-блокирующих антител является важной составляющей противоаллергического действия СИТ. Средний уровень концентрации сывороточного IgM становился близким к физиологической норме.

Таблица 1

Сравнительный анализ СИТ различными аллергенами

| Аллерген | Хороший результат | Удовлетворительный | Незначительное улучшение | Неудовлетворительный | Всего |
|----------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Индивидуальный | 12 чел (60%) 7 чел (35%)* | 5 чел (25%) 8 чел (40%) | 2 чел (10%) 2 чел (10%) | 1 чел (5%) 3 чел (15%) | 20 чел (100%) 20 чел (100%) |
| Стандартный | | | | | |

где * — разница статистически достоверна, при $P < 0,05$.

14 В обеих группах больных после СИТ отмечено снижение как абсолютного, так и относительного количества Т-лимфоцитов по сравнению с исходными данными, а показатели В- и Т-активных лимфоцитов значительно возросли в группе лечившихся индивидуальными аллергенами. Исследования двух основных субпопуляций показали рост количества как Т-резистентных, так и Т-чувствительных Е-РОК, при этом отмечена разная степень повышения в зависимости от вида аллергена, который использовался для СИТ.

В отношении В-лимфоцитов полученные результаты менее убедительны. В целом число В-лимфоцитов достоверно не изменилось в группе лечившихся стандартными аллергенами, а в группе пролеченных индивидуальными аллергенами отмечено увеличение их относительного количества. В то же время в обеих группах после СИТ определялись случаи как значительного увеличения, так и достоверного снижения числа В-лимфоцитов, но при обобщении результатов они сравнивались. Наибольшие изменения отмечены при использовании индивидуальных аллергенов при хороших и удовлетворительных клинических результатах. У больных с неэффективным лечением количество В-клеток не только не увеличивалось, а, наоборот, уменьшалось.

Заключение

- СИТ обладает хорошим терапевтическим эффектом при лечении КАР (хороший и удовлетворительный результат 75-85% при двухлетнем наблюдении).
- Более высокий и качественно лучший результат отмечается при использовании индивидуально изготовленных аллергенов.
- СИТ оказывает тормозящее действие на клеточную и медиаторную организацию аллергического воспаления, которые зависят от вида аллергена. При использовании индивидуальных аллергенов они более значительны.
- СИТ может использоваться как метод первичной профилактики бронхиальной астмы.
- СИТ принципиально отличается от фармакотерапии длительным сохранением лечебного эффекта.

Литература

1. Гуцин И.С. Аллерген-специфическая иммунотерапия // Int. J. Immunorehabil. - 1997.-№7.- С.68-78.
2. Гуцин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. - М.: Фармус Принт, 1998.
3. Пухлик СМ. Этиология круглогодичного аллергического ринита // Рос. ринол. - 1999.- №1.- С.91.
4. Сидоренко Е.И. Клиническая аллергология. К.: Здоров'я, 1991.
5. Синьов ЕМ. Використання регіональних алергешв - шлях оптимізації діагностики і лікування алергічних захворювань // I Національний конгрес України з Імунології, алергології та імунореабілітації. - Алушта, 1998. - С.18-19.
6. Mailing H.J., Weeke B. *Immunotherapy*. Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical

Immunology // Allergy. - 1993. - Vol.48, Suppl.14. - P.9-35.

S.M.Pouchlik INDIVIDUAL ALLERGENS IN SPECIFIC IMMUNOTHERAPY OF ALLERGIC RHINITIS

The paper analyzes results of specific immunotherapy (SIT) in perennial allergic rhinitis (PAR) patients. Two types of allergens were used: commercially available house dust mite allergens and allergens individually prepared of dust from the patients' houses. Better results were obtained in the group treated by individual allergens. Comparison with control group showed that in some cases SIT had prevented development of bronchial asthma. This is the author's opinion that treatment of PAR must be started with SIT and if not effective, continued with medical treatment such as antihistamines and corticosteroids.

Поступила 10.07.1999

С.З.Пискунов, Т.Г.Быканова

**ЩАДЯЩЕЕ
ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ
ОДОНТОГЕННЫХ
ГАЙМОРИТОВ**

Причиной развития одонтогенных гайморитов (ОГ) являются тесные топографо-анатомические взаимоотношения верхнечелюстной пазухи (ВЧП) с зубами верхней челюсти. Воспалению ВЧП способствует наличие кариозных зубов и зубов с гангренозным распадом пульпы, перфорация нижней стенки пазухи во время стоматологических манипуляций, образование свищей после удаления кариозных зубов и попадание в пазуху пломбировочного материала. Одонтогенные гаймориты составляют 25-30% от общего числа воспалительных заболеваний ВЧП, около 7% от общего числа хирургических стоматологических больных составляют пациенты с одонтогенным гайморитом (В.М.Уваров, 1962; Ю.И.Вернадский, Н.И.Заславский, 1968; С.Г.Самозава, 1999).

Традиционной тактикой лечения ОГ в клиниках челюстно-лицевой хирургии является выполнение радикальной операции на ВЧП с полным удалением ее слизистой оболочки. Операция заканчивается формированием максимальных размеров соустья с полостью носа в нижнем носовом ходе. При этом никогда не анализируются ринологические данные, состояние остиомеатального комплекса, изменения анатомических структур которого приводят к нарушению вентиляции и дренажа ВЧП и способствуют хронизации воспалительного процесса. При лечении этой группы больных не выполняются хирургические вмешательства, направленные на восстановление проходимости естественного отверстия ВЧП в случае его блокады, так как хирурги-стоматологи не владеют этими методиками. В то же время наложение соустья пазухи с нижним носовым ходом приводит к удалению большого участка слизистой оболочки, покрытого активно функционирующим мерцательным эпителием.

За последние 2 года под нашим наблюдением находилось 38 больных с ОГ в возрасте от 15 до 62 лет. Наиболее частой причиной развития ОГ была экстракция зуба, приведшая к перфорации нижней стенки пазухи. У 12 пациентов имелись различной давности и размеров одонтогенные свищи на месте удаленного зуба.

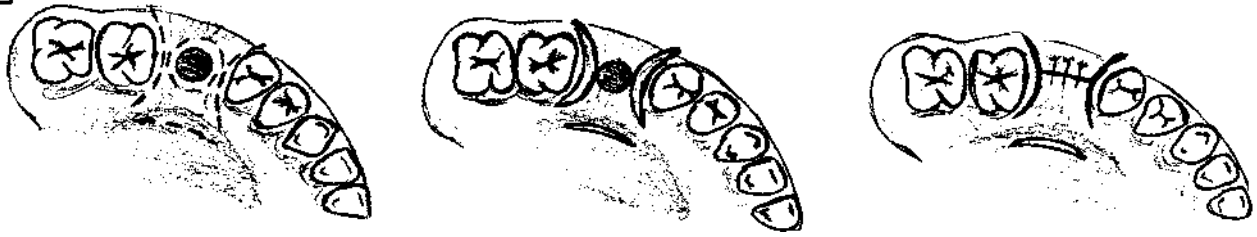
Большое внимание уделялось анамнезу заболевания, так как в ряде случаев особенности

начала заболевания и проводившегося ранее лечения определяли лечебную тактику. Всем больным проводилась рентгенография околоносовых пазух, компьютерная томография в коронарной и аксиальной проекциях, пункция и постоянное дренирование ВЧП. С помощью эндоскопов Хопкинса с 0°, 30° и 90° углом зрения оценивалось состояние эндоназальных структур и остиомеатального комплекса на стороне поражения. В тех случаях, когда в просвете пазухи определялось инородное тело (пломбировочный материал, отломки или корни зуба), холестеатома или грибковые массы, а также при наличии длительно существующего одонтогенного свища производилось хирургическое лечение.

Методика операции: После инфильтрационной анестезии мягких тканей щеки 3-5 мл 1% раствора новокаина, выполнялась пункция верхнечелюстной пазухи в области клыковой ямки троакаром фирмы "Karl Storz" с надетой на него ушной воронкой №4, край которой слегка был скошен и зазубрен. Вращающими движениями воронка вводилась в просвет пазухи, после чего троакар удалялся. При помощи вакуумного или электроотсоса отсасывалось содержимое пазухи, внимательно осматривался ее просвет, в случае обнаружения удалялись инородные тела, контролировалось состояние естественного соустья, в случае блокады последнего восстанавливалась его проходимость со стороны ВЧП или полости носа под контролем эндоскопа. Слизистая оболочка пазухи удалялась только в тех случаях, когда в ней присутствовали полипы или кисты. На заключительном этапе операции производилось пластическое закрытие одонтогенного ороантрального свища. Выбор методики пластики определялся размерами свищевого хода.

При небольших ороантральных свищах освежались края свищевого отверстия и производились два параллельных разреза, идущих со стороны преддверия рта к твердому небу. Чтобы ослабить степень натяжения лоскутов слизистой оболочки, можно сделать надрез лоскута на небной стороне. После этого накладывались шелковые или лавсановые швы без натяжения слизистой оболочки (рис. 1а,б,в).

При зияющей ороантральной фистуле производилось циркулярное иссечение ее краев; выкраивался



Оригинальные статьи

а.

б.

B.

Рис. 1. Техника операции при небольшом ороантральном свище

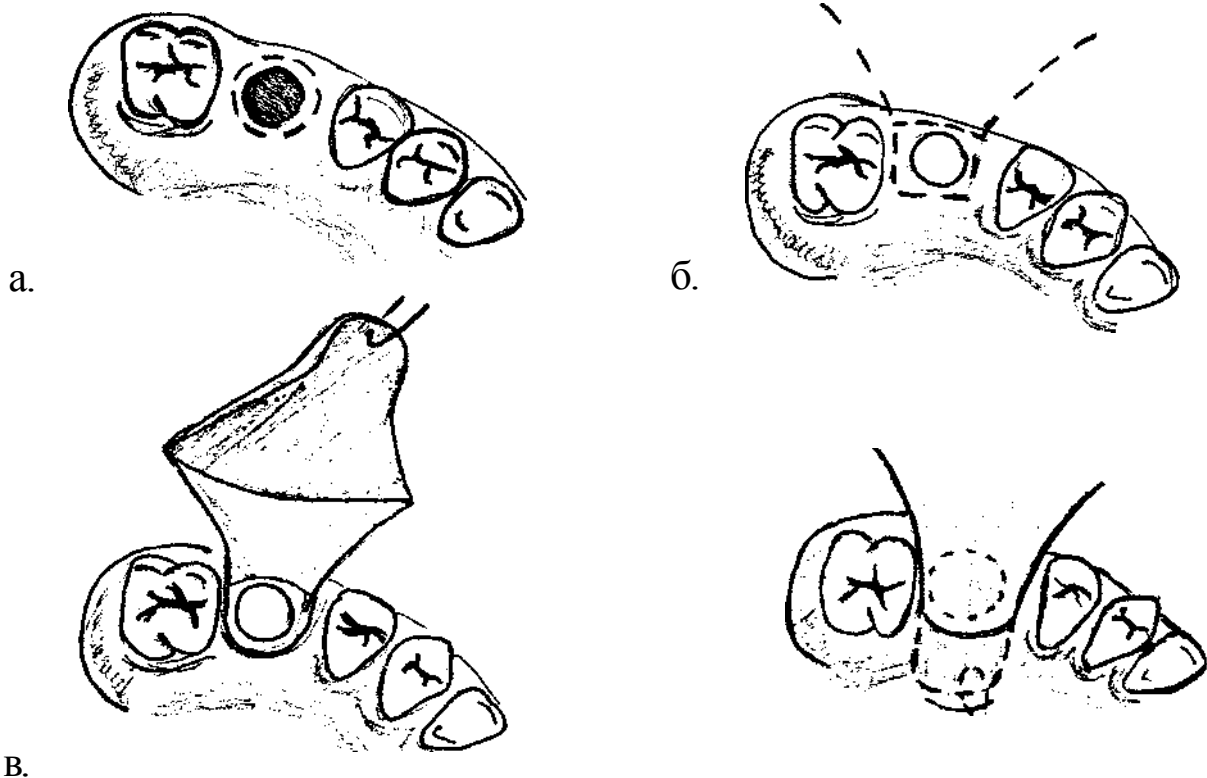
слизисто-надкостный лоскут со стороны преддверия полости рта до переходной складки, а в случае необходимости разрез продолжали на слизистую оболочку верхней губы. Со стороны разреза вокруг фистулы на небной стороне отслаивалась слизистая оболочка. Край лоскута дезэпителизировался, захватывался лигатурой, распластывался над свищевым отверстием, втягивался под отслоенную слизистую оболочку на небной стороне и подшивался. По краям лоскута накладывались шелковые или лавсановые швы (рис.2 а, б, в, г).

Для закрытия значительных отверстий и особенно при наличии рубцовых изменений вокруг места прободения производилась пластика лоскутом с твердого неба по методике, предложенной А.А.Лимбергом. На твердом небе с соответствующей стороны выкраивался языкообразный лоскут с основанием, обращенным к большому небному отверстию, на протяжении от клыка до зуба мудрости. Ширина лоскута - от основания альвеолярного

отростка до средней линии неба. Такой лоскут имеет значительную толщину и хорошо васкуляризован за счет верхней большой небной артерии. Отсепарированный от кости лоскут передним концом перемещали к альвеолярному отростку и после иссечения тканей вокруг перфорационного отверстия подшивали к раневой поверхности слизистой оболочки преддверия полости рта и десны (рис.3 а,б,в,г). Заживление раны в области твердого неба происходило вторичным натяжением (В.А.Дунаевский, 1979).

Ни в одном случае у наблюдаемых нами больных не потребовалось выполнения радикальной операции на ВЧП. У всех больных удалось достичь стойкого выздоровления при минимальном объеме хирургического вмешательства как на костных структурах, так и на слизистой оболочке ВЧП, полости носа и ротовой полости. Если у больных в просвете пазухи ранее была установлена дренажная трубка, то во время операции она не удалялась, а промывание пазухи продолжалось еще 5-6 дней

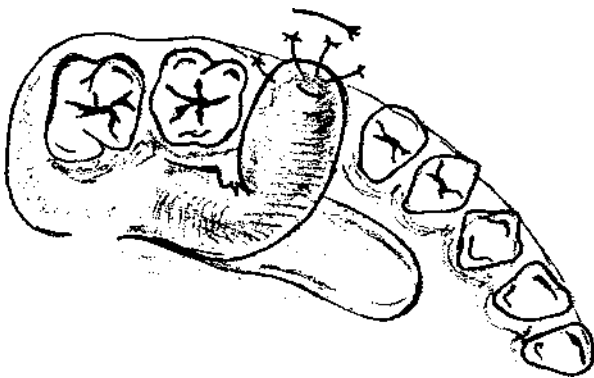
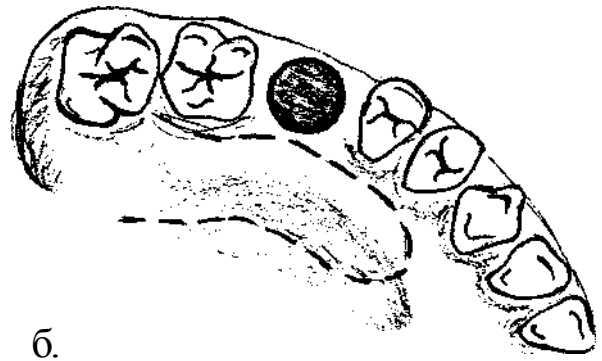
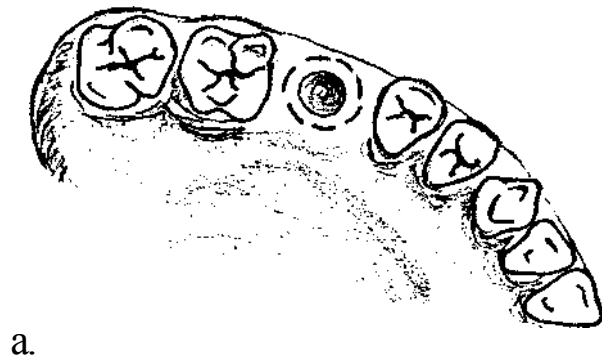
Рис. 2. Техника операции при зияющей ороантральной фистуле



а.

б.

B.



В.

Рис. 3. Техника пластического закрытия свища лоскутом твердого неба.

после хирургического вмешательства. В остальных случаях в послеоперационном периоде пазуха промывалась через естественное соустье.

Мы считаем, что при ОГ нет показаний для радикальной операции на ВЧП, и хирургическое вмешательство должно быть органосохраняющим. Исключение может быть сделано только для случаев распространённого остеомиелитического процесса, орбитальных и внутричерепных осложнений, которые при ОГ наблюдаются крайне редко.

Больные с ОГ должны лечиться в оториноларингологических отделениях. Оториноларинголог лучше челюстно-лицевого хирурга знает особенности патологического процесса в ВЧП, ее взаимоотношения с пазухами решетчатой кости, которые могут вовлекаться в патологический процесс при ОГ, он владеет всеми методами эндоназальных хирургических вмешательств, выполнение которых может потребоваться больному, в то время как челюстно-лицевые хирурги плохо представляют себе хирургическую анатомию полости носа и не владеют методиками эндоназальной хирургии. Кроме того, оториноларинголог при ОГ может использовать и комплекс консервативных мероприятий, которые помогут обеспечить санацию пазухи и в некоторых случаях избавят больного от хирургического вмешательства. Практика показывает, что во многих случаях больным с ОГ, поступившим в отделение челюстно-лицевой хирургии, вообще не проводится консервативная

терапия, а сразу выполняется радикальная операция на ВЧП.

Наш опыт свидетельствует о том, что владение методами функциональной ринохирургии дает возможность избрать оптимальный щадящий вариант вмешательства, позволяющий добиться падежной санации пазухи и стойкого выздоровления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дунаевский В.А. Хирургическая стоматология. М.,1978. 2. Вернадский Ю.М., Заславский ИМ. Одонтогенные гаймориты. М.,1968. 3. Уваров В.М. Одонтогенные гаймориты. М.,1962. 4. Самолазова И.Г. Типологические аспекты одонтогенных гайморитов // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1999. - №2. - С. 102-103.

S. Z. Piskunov, T.G. Bykanova
CONSERVATIVE SURGERY FOR MAXILLARY SINUSITIS OF DENTAL ORIGIN

The paper presents a method of conservative endoscopic surgical treatment of odontogenic maxillary sinusitis. The method consists of middle meatal antrostomy and closure of oroantral fistula using three different types of mucosal flaps depending on the size of the fistula. Advantages in treatment of these patients by an ENT specialist are stressed.

Поступила 28.10.1999

М.Б.Убайдуллаев, Н.Аманов

ВЛИЯНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПОЛОСТИ НОСА НА ВЫСЕВАЕМОСТЬ СТАФИЛОКОККОВ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ

Первый и Второй
Ташкентские медицинские
институты

Пациенты с врожденными дефектами верхней губы и нёба помимо жалоб на наличие самого косметического дефекта нередко обращают внимание на затруднение носового дыхания и частые обострения хронических инфекций верхних дыхательных путей (С.У.Светни el al., 1996; J.Hsu, et al., 1998). У этих больных чаще всего выявляются различные деформации наружного носа и внутриносовых структур, и ряде случаев являющиеся осложнениями первичной ринохейло- и уранопластики.

В литературе чаще всего приводятся сведения о деформациях наружного носа травматического происхождения (автомобильные, бытовые, производственные, спортивные), для которых также характерно нарушение носового дыхания. Для восстановления носового дыхания используются различные реконструктивные операции, однако при этом не учитывается влияние имеющейся деформации на микрофлору полости носа, которая при изменении условий в среде обитания способна осложнить течение заболевания. Микробиологические исследования выявили у таких больных изменения микрофлоры полости носа, характеризующиеся увеличением количества кокковой группы бактерий (В.В.Смирнов и соавт., 1988; M.Knoke et al., 1988; D.Van cler Waaig et al., 1986; K.Toshkova et al., 1997). Учитывая, неблагоприятные последствия, которые несет в себе увеличение бактериальной обсемененности слизистой оболочки, мы поставили своей целью изучение характера изменений микробиоценоза полости носа у этих больных, а также изменения высеваемости *Staphylococcus aureus* (SA) до и после реконструктивной операции.

Материал и методы исследования

Обследованы 62 больных, перенесших в детстве хейло- и уранопластику по поводу врожденных дефектов челюстно-лицевой области. Возраст пациентов варьировал от 18-40 лет. Все пациенты разделены на 2 группы. Основная группа включала 42 больных с нарушением носового дыхания. Микробиологические исследования у этих больных проведены при обращении и через 3 месяца после реконструктивных операций по восстановлению носового дыхания. Вторая (контрольная) группа, состояла из 20 больных, не имевших выраженных нарушений носового дыхания.

Всего проведено более 200 микробиологических исследований. Изучались общее количество бактерий в слизи полости носа и высеваемость стафилококков (St). С учетом рекомендации А.К.Акатова и соавт.(1983) определяли видовую принадлежность последних, в частности SA. Изучали чувствительность St к антибиотикам методом бумажных дисков и устанавливали способность образовывать факторы патогенности. Больной, у которого и после операции из полости носа высевался SA, обладающий комплексом факторов патогенности и не чувствительный к антибиотикам, считался нами бактерионосителем. Результаты исследований подвергнуты статистической обработке по методу Стьюдента-Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

В табл.1 приведены данные об общем количестве бактерий и в том числе St, выделенных из слизи полости носа. Анализ этих результатов показывает, что по сравнению с контрольной группой у больных с нарушением носового дыхания общее количество бактерий и St было повышено в 3-11 раз. У больных контрольной группы общее количество микробов и Si, высеянных из полости носа, составило соответственно $1512 \pm 2,50$ и $87 \pm 1,57$, а у больных основной группы - $5072 \pm 12,48$ и $1015 \pm 4,66$ ($P < 0,05$). Хирургические вмешательства по восстановлению носового дыхания привели к уменьшению микробного обсеменения и высеваемости St, но все же его уровень оставался в 1,35 - 2 раза выше, чем у больных контрольной группы. Это подтверждает тот факт, что само оперативное вмешательство не может привести к нормализации микробиоценоза полости носа и требуются дополнительные меры, одной из которых, по нашему мнению, является селективная антибиотикотерапия, основанная на назначении препаратов после установления чувствительности к нему выделенных микробов. После посева исследуемого материала на специальные селективные питательные среды (МСА, ЖСА и новая МЖСА), изучения способности образовывать плазмокоагулазу и по другим критериям мы идентифицировали присутствие SA и других видов St. Полученные результаты приведены в табл.2.

Анализ полученных данных показывает, что у больных с нарушением носового дыхания высеваемость SA и других видов St значительно превышает аналогичные показатели у лиц контрольной группы, что видимо объясняется нарушением

Высеваемость бактерий из полости носа больных с нарушением носового дыхания и без него до и после септопластики

| | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------|-------------|-----------------|----------------------------------|------------|----------------|-------|
| Общее количество микроорганизмов, из них стафилококков | Количество микробов в колониеобразующих единицах на 1 мл слизи | | | | | | | |
| | Изучаемая группа больных | | | | | | | |
| | 1. Без нарушения носового дыхания (контрольная) | | | | 2. С нарушением носового дыхания | | | |
| | | | | | до операции | | после операции | |
| | В абс. | В% | В абс. | В% | P, | В абс. | В% | P.P., |
| 15-12±8,50 87±1,57 | 100,0 5,75 | 5072±12,48 1015±4,66 | 100,0 20,07 | <0,05 <0,001 | 20335±5,74 195±3,28 | 100,0 9,58 | <0,05 <0,01 | |

аэродинамических условий и способностью *St* приспособляться к изменениям среды обитания, в частности при деформации носовой перегородки. Так, у больных основной группы Высеваемость SA и других видов *St* из полости носа до операции составляла 398±8,75, 517±9,44 и 110±5,04, а у больных контрольной группы - 17±1,24, 56±2,6 и 14±0,95 соответственно, то есть в 20, 9 и 6 раз выше (P<0,001; P<0,01; P<0,05). Корректирующая операция позволила восстановить проходимость носовых ходов и привела к некоторому снижению микробного обсеменения полости носа, в частности *St*, что более чётко проявилось при последующем наблюдении.

Так, через 3 месяца после операции у больных основной группы содержание микробов составило 1015±466, а *St* - 122±293, что по сравнению с предоперационными показателями в 2-8 раз ниже (P<0,05-0,01). Аналогичная закономерность наблюдалась и в отношении высеваемости различных видов *St*. Через 3 месяца после операции в основной группе высеваемость SA, *St. epidermidis* и *St. saprophyticus* составила 22±1,48, 75±5,12 и 25±1,87, что в 4-17 и более

С целью определения степени патогенности выделяемых SA, мы дополнительно определяли их способность образовывать факторы патогенности: гемолитическую, лецитиназную, гиалуронидазную активность и ДНК-азу. Исследования позволили установить, что до операции у больных опытной группы 97,9% изучаемых штаммов SA обладали комплексом факторов патогенности, а после операции количество таких штаммов снизилось и составило 75%. Необходимо отметить, что в контрольной группе больных, Высеваемость таких штаммов была еще ниже и составила 70,6%. Степень патогенности других видов *St* была значительно ниже и составляла всего 1,7-4,9% от всех исследованных штаммов *St. epidermidis*, *St. saprophyticus*.

На предмет чувствительности к антибиотикам исследовано 150 штаммов SA. Анализ данных, приведенных в табл.3, показывает, что все изученные нами штаммы SA были в той или иной степени чувствительны к антибиотикам, но их чувствительность к конкретным антибиотикам существенно отличалась. Наибольшее число исследованных штаммов было чувствительно к гентамицину и оксациллину

Таблица 2

Высеваемость различных видов стафилококков у больных до и после операции

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|----------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| Исследуемые больные | Общее количество стафилококков | | Из них | | | | | |
| | | | Staphylococcus aureus | | Staphylococcus epidermidis | | Staphylococcus saprophyticus | |
| | В абс. | В% | В абс. | В% | В абс. | В% | В абс. | В% |
| 1. Без нарушения носового дыхания | 87±1,5 | 100,0 | 17±1,24 | 19,54 | 56±2,6 | 64,37 | 14±0,95 | 17 |
| 2. С нарушением носового дыхания | | | | | | | | |
| - до операции | 1015±4,66 | 100,0 | 388±8,75 | 38,23 | 527±9,44 | 50,98 | 110±5,04 | 20,84 |
| - после операции: | | | | | | | | |
| - через месяц - через 3 месяца | 195±3,28* 122±2,93* | 100,0 100,0 | 45±1,34* 22±1,48* | 23,07 18,03 | 119±7,12 75±5,12* | 61,08 61,48 | 31±2,56 25±1,87 | 15,90 20,49 |

- различия достоверны

Чувствительность к антибиотикам SA, выделенных из полости носа у больных основной группы

| Название антибиотика | Количество исследованных штаммов | | |
|----------------------|----------------------------------|-----------------------|-------|
| | Всего | Из них чувствительных | |
| | | Вабс | В% |
| Гентамицин | 150 | 112 | 74,67 |
| Оксациллин | 150 | 105 | 70,00 |
| Канамицин | 150 | 54 | 36,00 |
| Мономицин | 150 | 26 | 17,33 |
| Эритромицин | 150 | 73 | 52,00 |
| Неомицин | 150 | 31 | 70,67 |
| Бензил пенициллин | 150 | 75 | 10,00 |
| Лмпицилин | 150 | 75 | 50,00 |
| Линкомицин | 150 | 44 | 29,33 |
| Тетрациклин | 150 | 45 | 30,00 |
| Стрептомицин | 150 | 37 | 24,67 |
| Доксициклин | 150 | 62 | 41,33 |
| Фузидии | 150 | 85 | 56,67 |

(от 70% и выше), к эритромицину, амициллину и фузидину оказались чувствительными от 50 до 56,6% штаммов. Наиболее низкая чувствительность отмечена к группе пенициллина и мономицину - всего 10-20,7% исследованных штаммов. На основании этих результатов для селективной антибиотикотерапии в послеоперационном периоде можно рекомендовать гентамицин, оксациллин и, в меньшей степени, фузидин.

Полученные результаты подтверждают необходимость комплексного подхода к лечению данной группы больных и целенаправленных мероприятий по лечению бактерионосительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акатов А.К., Зуева В.Ф. Стафилококки. Медицина, 1983.
2. Смирнов В.В., Вершигора А.Е. и др. Стафилококк. - Киев: Наукова Думка, 1988.
3. Kroke M., Bernhard Я. Gastrointestinale microflora // Med. aktuell. - 1988. - Vol.14, N2. - P.77-79.
4. Van der Waaig D., Vrico Hospere H.S. Colonisation resistance of the digestive tract mechanism and clinical consequences // Ann. Ist. Super. Sanite. - 1986. - Vol.22, N3. - P.875-882.
5. Cvetni C.Y., Skriin I., Rak I. Bacterial flora of the cavity in laryngectomized patients // Infection. - 1996. - Vol.24, N1. - P.26-28.
6. Hsu J., Lama D.C., Kennedy D.W. Antimicrobial resistance in bacterial chronic sinusitis // Amer. J. Rinol. - 1998. - Vol.12, N4. - P.243-248.
7. Toshkova K., Sovov E. et al. Typing of Staphylococcus aureus isolated from nasal cavities // Zentralbl. Bakteriologie. - 1997. - Vol.283, N4. - P.547-49.

M.B.Ubaydultaev, N.Amanov

INFLUENCE OF RECONSTRUCTIVE ENDONASAL SURGERY ON BACTERIAL FLORA OF THE NASAL CAVITY IN PATIENTS WITH DISTURBED NASAL PATENCY

Microbiologic investigation of nasal microflora has been performed in 62 patients. All these patients had cleft lip or palate repair performed before, 42 of them suffered from disturbed nasal breathing. In latter case, reconstructive endonasal surgery has been performed and the microflora studied again 3 weeks after the surgery. Results obtained show that normalization of nasal patency decreases bacterial (especially Staphylococcus aureus) contamination of the nasal cavity, although its level remains 1.3-2 times higher than figures of the control group.

Поступила 3.09.1999

В.Н.Красножён

Акустический феномен

Одной из нечастых жалоб пациентов с заболеваниями носа и околоносовых пазух является жалоба на периодические звуки в полости носа в виде щелчков или "хруста". Продолжительность звуков может колебаться в пределах одной минуты, чаще они имеют высокую частоту и возникают в утренние часы и в периоды затруднения носового дыхания. Из 256 больных, обследованных за последние три года, лишь 5 указали на наличие этого феномена. В доступной литературе нет сведений, касающихся этого необычного явления, названного нами акустическим феноменом носа, в связи с чем мы решили изучить его подробнее.

Материал и методы

Обследованы пять пациентов в возрасте от 23 до 74 лет, среди которых было 3 женщины и 2 мужчины. Все больные были направлены в ринологический центр врачами поликлинической службы для консультации по поводу хронических заболеваний носа и околоносовых пазух: у 2 из них диагностирован полипозный риносинусит (1 группа,) у 2 - вазомоторный ринит (2 группа), еще один пациент перенес эндоскопическую полисинусотомию по поводу рецидивирующего полипозного риносинусита два года тому назад (условно - 3 группа). Длительность заболевания - от 5 до 10 лет. Основные жалобы больных: затруднение носового дыхания, более выраженное в ночные часы, в положении лежа на боку нижняя половина носа была заложена, что вызывало чувство дискомфорта и необходимость дыхания через рот, снижение обоняния, иногда слезотечение и боль в области лица, выделения из носа и приступы чихания, головную боль, снижение слуха непостоянного характера, носовой оттенок голоса и, наконец, звуки в полости носа. Появление и/или усиление звуков наблюдалось в период обострения заболевания и носило, как правило, односторонний характер. Обострения заболевания отмечались 2-3 раза в год.

Все больные были госпитализированы в ринологический центр. Помимо общеклинического обследования больным выполнялись диагностическая эндоскопия полости носа с применением жестких эндоскопов фирм "Элипс" (Казань) и "Karl Storz" (Германия) диаметром 4,0 мм и 2,7 мм с торцевой и боковой оптикой с углами зрения 0°, 30°, 70°, и 90°. Изменение степени кровенаполнения слизистой оболочки носа при физиологическом цикле изучено методом замедленной видеосъемки с помощью видеомагнитофона SLV-450 & Trinitron Color фирмы "Sony" (режим записи - LP-продленное воспроизведение, режим воспроизведения - SP-стандартное воспроизведение), эндоскопическая видеокамера ЭВК-103М (Санкт-Петербург). Исследование проводилось в утренние часы по 15 минут в

Кафедра оториноларингологии
Казанской медицинской академии

каждой половине носа в течение каждого из трех последующих часов в положении больного лежа.

Запись звука, просмотр и запись "живого видео" осуществлены с помощью компьютера "Pentium II", программа "Windows-98" osr-2, Sound Blaster 16, ускорителя мультимедиа и трехмерной графики ASUS AGP-V3800 Deluxe/32 mb, микрофона DM 15 hama, распечатано принтером EPSON Stylus COLOR 400. Компьютерно-томографическое исследование (КТ) носа и околоносовых пазух проведено всем больным на аппарате "Somatom Spiral HP" в аксиальной и коронарной проекциях.

Результаты исследований и их обсуждение

Диагностическая эндоскопия носа и околоносовых пазух выявила следующие существенные для изучения феномена изменения: в 1 группе больных - односторонний, впервые выявленный полипозный риносинусит с распространением полипов в пределах среднего носового хода, искривление перегородки носа, обструкция воронки и естественного соустья верхнечелюстной пазухи, звуки в полости носа выявлены на стороне искривления продолжительностью 54 секунды с перерывами (рис 1.).

Во 2 группе больных отчетливо визуализировались изменения кровенаполнения слизистой оболочки носа нижних носовых раковин (рис. 2а, б, в). Звук зафиксирован слева в период максимального отека нижней носовой раковины через 1ч. 40 мин. от начала исследования. В области среднего носового хода справа в задней фонтанелле выявлено дополнительное отверстие, а также развернутый медиально крючковидный отросток, производивший

Рис.1. Эндоскопическая картина: полипы в пределах среднего носового хода, обструкция воронки и естественного соустья правой верхнечелюстной пазухи у больного 34 лет.



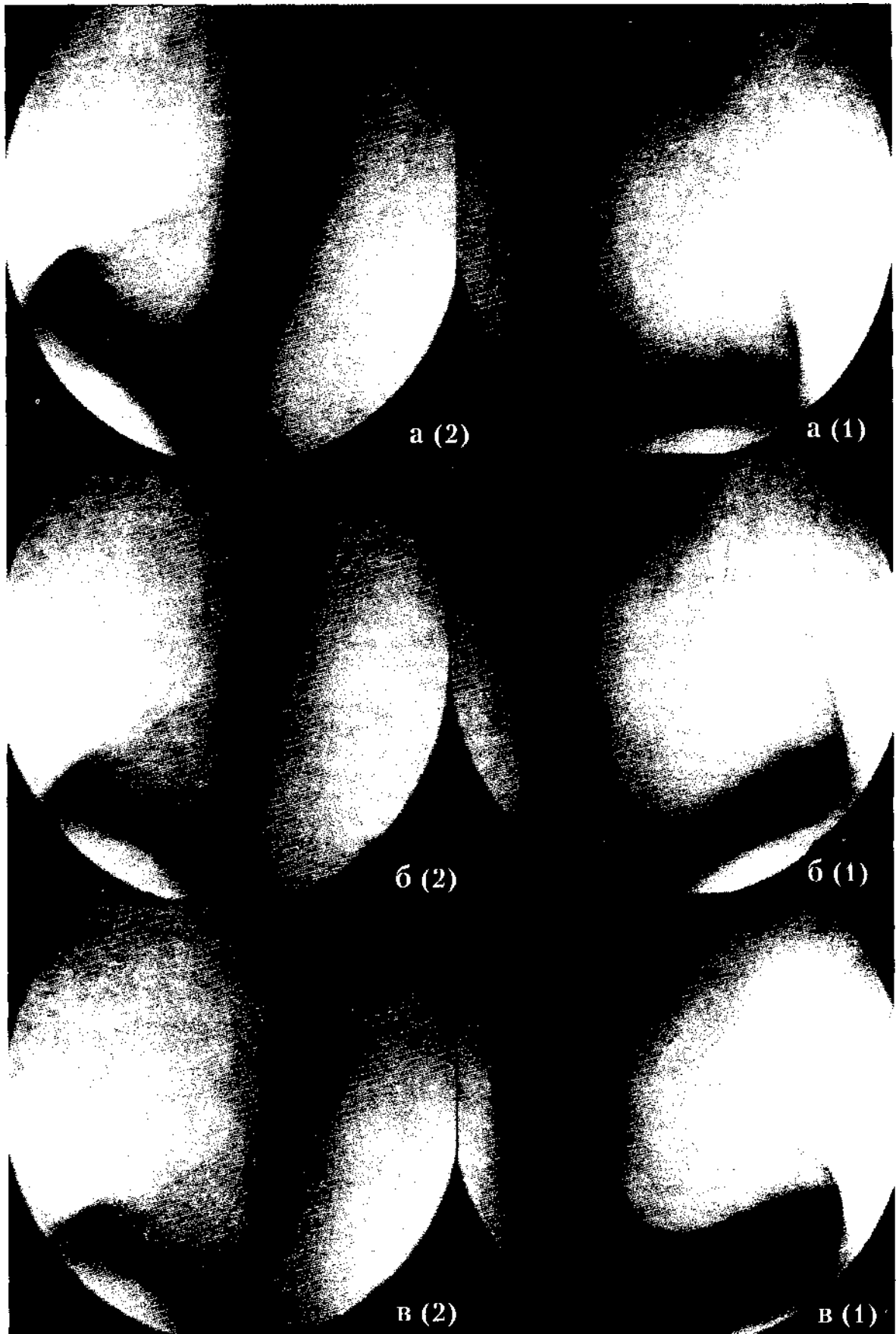


Рис.2. Изменения степени кровенаполнения нижних носовых раковин в процессе носового цикла у больного 46 лет (синхронное изображение).

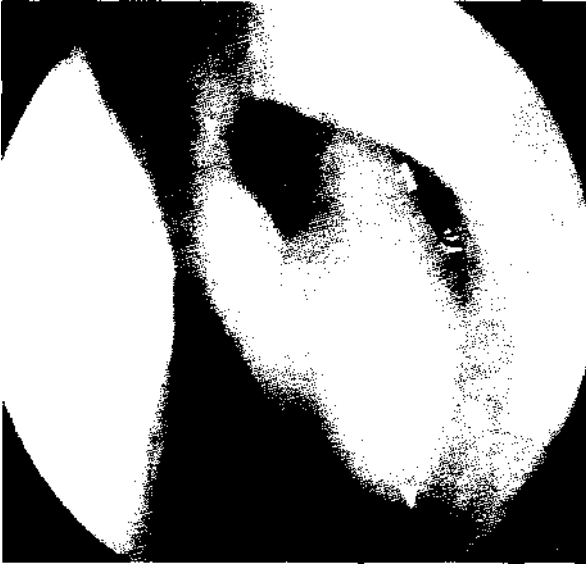


Рис.3. Эндоскопическая картина: "удвоенная" левая средняя носовая раковина вследствие медиально развернутого крючковидного отростка у больного 59 лет.



Рис.4. Эндоскопическая картина выхода "воздуха" из соустья правой верхнечелюстной пазухи в виде "слизистого" пузыря (обозначено квадратом) у больного 74 лет.

впечатление "удвоенной" средней носовой раковины (рис.3), решетчатая воронка была блокирована отечной слизистой оболочкой. Звук регистрировался на левой стороне в течение 82 секунд и носил прерывистый характер.

У единственного пациента 3 "группы" отмечен рецидив двустороннего полинозного риносинусита с обструкцией воронки справа. Больной оперирован, при фенестрации соустья правой верхнечелюстной пазухи отмечен выход "воздуха" под давлением в виде "слизистого" пузырька (рис.4), сопровождавшийся звуковым эффектом высокого тона. Спектрограмма звука представлена на рис.5. Продолжительность звука - 11 секунд.

При КТ выявлены патологические изменения в полости носа и околоносовых пазухах: в 1 группе - искривление перегородки носа, утолщение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи на стороне поражения, решетчатая воронка и передние клетки решетчатого лабиринта были выполнены образованиями с плотностью 40-60 ед.Н, задние концы нижних и средних носовых раковин на стороне искривления были увеличены (рис.6). Во 2 группе визуализированы пристеночные образования в верхнечелюстных пазухах плотностью 5-16 ед.Н, имеющие четкие, выпуклые контуры, искривление перегородки носа, отек носовых раковин с обеих сторон, имела гипертрофия их задних концов (рис.7). В 3 "группе" - выявлены пристеночное утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух, в большей степени справа, образования в области среднего носового хода с плотностью 30-40 ед. Н. В правой верхнечелюстной пазухе - содержимое с плотностью 15-25 ед.Н (рис.8). При повторном наложении соустья и аспирации отсосом получено вязкое отделяемое в количестве 5 мл (рис.9).

Обсуждение результатов

Полученные данные свидетельствуют о том, что звуковой эффект в полости носа возникает на фоне хронического воспалительного процесса в полости носа и околоносовых пазухах. Возникновение звука пациенты связывают с затруднением носового дыхания на

соответствующей стороне. Подтверждением служат данные эндоскопии носа и околоносовых пазух (рис.1), наличие носового цикла у больных всех 3 групп, носовой цикл у больных вазомоторным ринитом записан на видеопленку (рис. 2а-в) и выход "воздуха" из синуса под давлением в виде "слизистого" пузырька у больного, которому было наложено соустье с верхнечелюстной пазухой, и записанный при помощи саундблестера в виде спектрограммы (рис.5,6а-в). Результаты КТ носа и околоносовых пазух указывают на наличие разнообразной патологии, приводящей к обструкции носа, остиомаатального комплекса и особенно области соустьев верхнечелюстных пазух (рис.8). Следует обратить внимание на тот факт, что возникновение звука происходило в связи с физиологическим носовым циклом, а точнее на высоте максимального отека носовой раковины и полной обструкции полости носа (рис.2в).

Таким образом, объективные исследования подтверждают существование; акустического феномена носа. Выражение "воздух" в данном случае имеет весьма условное значение, поскольку длительно закрытое соустье пазухи ведет к изменению процентного соотношения кислород-

Рис.5. Спектрограмма (частотно-амплитудная характеристика) звука у больного 74 лет. Продолжительность звука 11 сек.

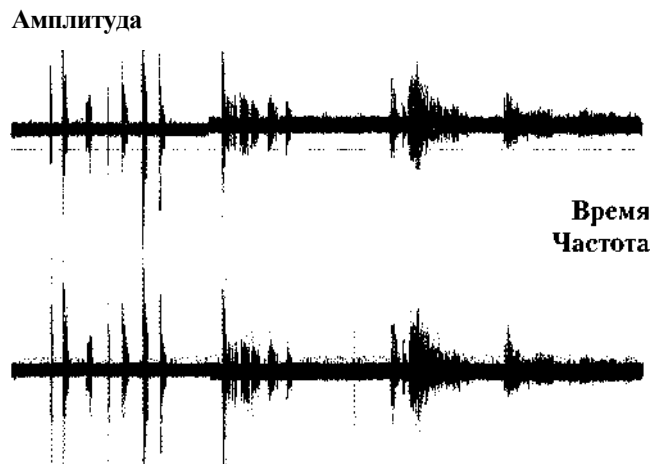




Рис. 6. КТ больного 34 лет (аксиальная проекция). Утолщение слизистой оболочки правой верхнечелюстной пазухи, снижение пневматизации передних клеток решетчатого лабиринта, воронки, искривление перегородки носа вправо.

углекислый газ в сторону увеличения содержания последнего. Кроме того очевидно, что в зависимости от характера микрофлоры, поселившейся в "закрытом" пространство синуса, газовый состав значительно изменится, вызывая при этом характерные проявления воспалительного процесса. Одним из таких симптомов является звук в полости носа. В будущем целесообразно изучение газового состава "закрытого" синуса в зависимости от характера микрофлоры.

Звук возникает в момент выхода "воздуха" из синуса в полость носа через суженное соустье. При этом повышенное давление в пазухе формируется на фоне длительно существующего стеноза соустья и связано с изменением газового состава в синусе. Акустический феномен носа есть проявление одного из звеньев патогенеза риносинусита: стеноз соустья → изменение газовой состава воздуха в синусе → звуковой эффект в полости носа.

Рис.8. КТ больного К. 74 лет (аксиальная проекция). Пристеночные утолщения слизистой верхнечелюстных пазух, образования в области правого среднего носового хода, в правой верхнечелюстной пазухе - содержимое плотностью 15-25 ед.Н., искривление перегородки носа вправо.



Рис.7. КТ больного 59 лет (аксиальная проекция). Пристеночные образования в верхнечелюстных пазухах, имеющие выпуклые контуры, искривление перегородки носа влево.

V.N.Krasnozhen
ACOUSTIC PHENOMENON OF THE NOSE

To investigate causes and properties of the sounds produced in the nasal cavity and paranasal sinuses under different pathologic conditions 5 patients were examined. The examination included diagnostic endoscopy of the nasal cavity, and CT of paranasal sinuses, computer-assisted time lapse video recording, as well as recording of the sound in the nasal cavity. Results of the study confirmed existence of acoustic phenomenon of the nose. The sound was caused by spontaneous escape of the air from a sinus through stenotic natural ostium. The sound was produced at the time of maximal swelling of the nasal inucosa caused by nasal cycle. This acoustic phenomenon presents one of the points in the complex pathogenesis of sinusitis.

Поступила 10.11.1999

Рис.9. Эндоскопическая картина правого среднего носового хода больного 74 лет. Аспирация содержимого верхнечелюстной пазухи через соустье, наложенное в среднем носовом ходе.



Н. А. Вознесенский

**ОКИСЬ АЗОТА
В РИНОЛОГИИ**НИИ пульмонологии
(Москва)**Биохимия и физиология окиси азота**

Окиси азота посвящено множество исследований последних лет. В октябре /1998 года группе исследователей (Furchgott, Ignarro, Murad) была присуждена Нобелевская премия за исследования в этой области. Окись азота (NO) - один из важнейших медиаторов многих физиологических и патологических процессов в большинстве систем организма. NO регулирует тонус, проницаемость и структуру сосудов, тонус гладких мышц внутренних органов, процессы воспаления и иммунной защиты (S.Singh, T.W.Ewans, 1997).

Окись азота образуется из L-аргинина ферментами NO-синтазами (F.P.Nijramp, G.Folkerts, 1995) различных клеток организма: эпителия, эндотелия, нейронов, миоцитов, иммунных и провоспалительных клеток.

В 1991г. Gustatsson обнаружил окись азота в выдыхаемом воздухе у животных и здоровых людей (S.A.Kharitonov, P.J.Barrier, 1997), а в дальнейшем были выявлены изменения уровня NO в выдыхаемом воздухе при ряде заболеваний респираторной системы: бронхиальной астме (K.A.Iving et al., 1998, S.A.Kharitonov et al., 1997), бронхоэктазах (G.Rolla, S.A.Kharitonov et al., 1995), системных заболеваниях соединительной ткани, синдроме обструктивного апноэ сна (C.O.Opolacle et al., 1997), туберкулезе легких (C.H.Wang et al., 1997), осложнениях после трансплантации легких (A.j.Ficher et al., 1998), муковисцидозе (J.Dpotsch et al., 1996, I.M.Balfour-Lynn et al., 1998, S.Lindbcrg et al., 1996) - (табл. 1,2). Ингаляционное введение окиси азота применяют для лечения легочной гипертензии (респираторный дистресс-синдром у взрослых и новорожденных, в кардиохирургии и трансплан-тологии).

Назальная окись азота (определяемая в воздухе, аспирируемом из полости носа) также привлекает внимание исследователей: обнаружено повышение концентрации назальной NO при аллергическом рините и ее снижение при острых и хронических синуситах, муковисцидозе, синдроме неподвижных ресничек. Метод определения назальной и выдыхаемой окиси азота в выдыхаемом воздухе особенно интересен для практической медицины благодаря своей неинвазивности и простоте для пациента, его можно использовать для диагностики и мониторинга активности ряда респираторных заболеваний. В данной статье мы остановимся на использовании окиси азота в ринологии.

Окись азота (NO) - высокоактивное вещество, свободный радикал. В организме окись азота образуется из аминокислоты L-аргинина под действием стереоспецифических ферментов NO-синтаз (NOS) (M.G.Belvisi et al., 1995). В настоящее время описано 3 типа (изоформы) NO-синтаз, отличающихся друг от друга кодирующим геном, распределением в клетках, способом регуляции и скоростью ответа на стимул. Функционально выделяют конститутивные и индуцибельные NO-синтазы. Две изоформы NOS - конститутивные: эндотелиальная NOS (eNOS или тип III) и нейрональная NOS (nNOS или тип I) и еще одна - индуцибельная (iNOS, тип II) (S.Adnot et al., 1995, F.P.Nijkamp et al., 1994).

Конститутивные изоформы NOS (cNOS) постоянно экспрессированы в эндотелиоцитах, нейронах и других клетках. Активируясь при стимуляции рецепторов одним из медиаторов (ацетилхолин, брадикинин, гистамин), конститутивные NOS быстро (в течение секунд или минут) синтезируют небольшие количества (пикомоли) NO для передачи физиологического сигнала.

Индукцибельная NO-синтаза (iNOS) вновь синтезируется клетками (иммунными, эпителиальными и др.) в течение нескольких часов (начиная с транскрипции гена) в ответ на действие цитокинов (интерферона- γ , фактора некроза опухолей - TNF- α , интерлейкина-1 p^*), эндо- или экзотоксина. После экспрессии iNOS образует в 1000 раз больше, чем cNOS, количества окиси азота (наномоли). Одно из возможных физиологических назначений этого процесса - токсическое действие образовавшейся окиси азота на микроорганизмы и опухолевые клетки.

Для исследования NO используются ингибиторы NO-синтазы - структурные аналоги L-аргинина, конкурентно блокирующие образование окиси азота всеми типами NO-синтаз: L-NG-мометил-аргинин (L-NMMA) и L-NG-аргинин-мстил-эфир (L-NAME) (A.D.lidwards et al., 1995). Аминогуанидин селективно ингибирует индуцибельную NO-синтазу, а глюкокортикоиды предотвращают ее индукцию.

Окись азота, образовавшись, выполняет свои физиологические функции и подвергается метаболизму одним из трех основных способов (реакция с гемопroteинами, с супероксид-анионом (O $_2^-$) и образование нитрозотиолов).

Назальная NO у человека образуется NO-синтазами эпителия, нервных волокон, слизистых желез, эндотелия сосудов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух (J.O.Riedcrer et al., 1996). Иммуногистохимическими

26 исследованиями установлено, что в слизистой носа и синусов представлены все три типа NO-синтаз: нейрональная NOS (тип I) нервных волокон, располагающихся вокруг желез, венозных сплетений, мелких артерий и вен (A.J.Tasman et al., 1998), NOS III типа - в эндотелии сосудов, эпителии слизистой оболочки и желез собственного слоя, индуцибельная NOS (тип II) - в воспалительных клетках, эндотелии, покровном и железистом эпителии, а также гладкомышечных клетках при хроническом рините (K.Furukava et al., 1996). Индуцибельная NO-синтаза постоянно экспрессирована в эпителии параназальных синусов (J.O.Lundberg et al., 1996) и отличается от ранее описанной NOS II типа, так как не зависит от ионов кальция и не блокируется системными глюкокортикоидами. Это различие может быть вызвано альтернативным сплайсингом при синтезе фермента (N.T.Eissa et al., 1996). Гипотеза о вкладе комменсальных бактерий в продукцию назальной NO в настоящее время не нашла подтверждения (W.C.Dilkm et al.1996).

В соответствии с локализацией NO-синтаз, окись азота (наряду с другими биологическими медиаторами) участвует в регуляции тонуса и проницаемости сосудов, секреции, процессах мукоцилиарного транспорта, воспаления и антимикробной защиты.

Хотя окись азота, по-видимому, не важна для поддержания базального тонуса сосудов носа (J.W.Dear et al.,1995), и не обнаружено связи концентрации назальной NO с данными риноманометрии, NO опосредует увеличение сосудистой проницаемости и пропотевание альбумина, вызываемое гистамином, брадикинином и аллергеном, а также участвует в механизме назальной обструкции при действии брадикинина (но не гистамина или аллергена) (A.P.Lane et al., 1997).

Окись азота участвует в регуляции мукоцилиарного транспорта. Так, при воспалении афферентными нейронами выделяется вещество P, стимулирующее реснитчатый эпителий посредством синтеза окиси азота (R.J.Schlosser et al., 1995). Аналогично NO - необходимое звено для усиления биения ресничек, вызываемого метахолином (B.Yang et al., 1997). При хроническом синусите обнаружена корреляция между концентрацией назальной NO и показателями мукоцилиарного клиренса, такими как частота биения ресничек и время транспорта сахараина.

Интересна возможная роль назальной NO в регуляции функции дыхания: аутоингаляция назальной NO при носовом дыхании приводит к расширению сосудов легких в вентилируемых областях. Так, при носовом дыхании у здоровых регистрировалась более высокая оксигенация крови по сравнению с дыханием через рот. У интубированных больных при введении в дыхательный контур воздуха, прошедшего через собственную полость носа, снижалось легочное сосудистое сопротивление и повышалась оксигенация крови.

Высокий уровень окиси азота в полости носа, возможно, служит для противомикробной защиты. Эндотоксин приводит к небольшому, но достоверному увеличению синтеза назальной NO в течение первого часа (A.M.Kirsten et al., 1997). Окись азота в этом случае может быть сигналом для начала воспалительного ответа. NO предотвращает опосредованный через Fas-рецептор апоптоз эозинофилов, что может вести к накоплению эозинофилов в очаге аллергического воспаления (H.Hebestriet et al., 1998). Таким образом, окись азота

участвует во многих физиологических процессах, что подтверждается при измерении назальной и выдыхаемой NO и обуславливает сложность трактовки результатов.

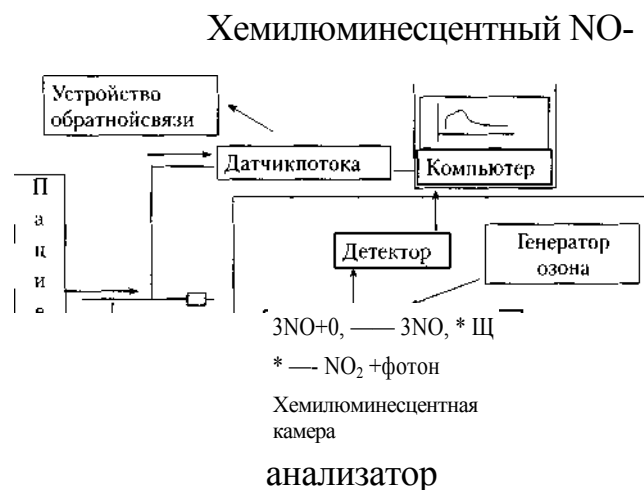
Измерение окиси азота в выдыхаемом воздухе

Окись азота может быть обнаружена в выдыхаемом воздухе и воздухе, полученном из полости носа (назальная NO), у человека и животных в концентрации от 1 до нескольких сотен ppb - частей на миллиард. Методики измерения могут быть разными, но большинство приборов основано на принципе хемиллюминесценции: в результате реакции NO с озоном, генерируемым анализатором, образуется молекула диоксида азота (NO₂) с высокоэнергетическим электроном, впоследствии испускающая фотон, который регистрирует датчик. Принципиальная схема хемиллюминесцентного анализатора представлена на рис.1. Современные анализаторы позволяют проводить измерения окиси азота в выдыхаемом воздухе в режиме реального времени с точностью до десятых долей ppb в пределах от 1 ppb до десятков ppb.

Первоначально измерения NO проводили в воздухе, собранном за несколько выдохов в резервуар, но затем было обнаружено, что концентрация NO неодинакова в различных отделах респираторного тракта: в полости носа, околоносовых пазухах и носоглотке содержание NO значительно выше, чем в нижних дыхательных путях. Так, нормальная концентрация NO в бронхах, определенная при бронхоскопии или через трахеостому, составляет около 7+4 ppb, а концентрация NO в полости носа и носоглотке достигает 1000 ppb. Таким образом, необходимо разделять выдыхаемую и назальную окись азота.

В связи с тем, что в разных исследованиях нередко использовались различные методики измерения и дыхательные приемы, возникла потребность в стандартизации подходов к измерениям. Такой консенсус был достигнут и опубликован группой ведущих исследователей в сентябре 1996: "Exhaled and nasal nitric oxide measurements: Recommendations" - рекомендации по измерению выдыхаемой и назальной окиси азота (S.A.Kharitonov et al., 1995). В этом документе изложены требования к аппаратуре, рекомендации по калибровке, контролю точности и безопасности измерений, методики измерения, технические и

Рис.1. Схема NO-анализатора



физиологические факторы, оказывающие влияние на величину выдыхаемой окиси азота.

Исследование проводится следующим образом. Пациент находится в покое, в положении сидя. Для измерения выдыхаемой NO пациент после максимального вдоха производит один выдох с постоянной скоростью (10-15 л/мин), ориентируясь на показания устройства обратной связи. Ограничитель потока создает небольшое (5-20 см водного столба) положительное давление, при этом мягкое небо закрывает вход в носоглотку. Воздух для анализа забирается через подсоединенную Т-образную трубку. Во избежание связывания NO дыхательный контур должен быть сделан из инертных материалов (нержавеющая сталь, тефлон). Полученная кривая (рис.2) имеет начальный пик, соответствующий воздуху мертвого пространства. Эта порция воздуха контаминирована назальной и атмосферной окисью азота и практического интереса не представляет. Состояние нижних дыхательных путей характеризует фаза плато, следующая за начальным пиком и совпадающая по времени с максимумом углекислого газа при одновременном измерении. Значения NO в фазу плато соответствуют значениям, полученным прямым измерением при бронхоскопии (7 ± 4 ppb). Эта методика применима у взрослых и детей старше 5 лет.

Назальная окись азота измеряется следующим образом: пациент делает глубокий вдох и задерживает дыхание на 20-30 секунд. Воздух поступает в полость носа через одну ноздрю из атмосферы, проходит через обе половины полости носа и активно аспирируется анализатором из другой ноздри. Мягкое небо при этом отделяет носоглотку от нижних дыхательных путей, что подтверждается низким уровнем CO_2 при одновременной записи. На кривой назальной NO (рис.3) оценивается плато, следующее за восходящей частью кривой. Нормальный уровень назальной окиси азота - 900-1000 ppb при скорости потока 250 мл/мин.

Содержание NO в атмосфере не оказывает существенного влияния на выдыхаемую окись азота, поскольку легкие быстро захватывают ингалируемую NO. Напротив, в полости носа не происходит абсорбции NO, поэтому при измерениях назальной окиси азота необходимо учитывать вклад атмосферной NO при ее высоких (более 40 ppb) концентрациях.

На величины выдыхаемой и назальной окиси азота влияет ряд факторов (табл. 1,2), что надо учитывать при измерении.

Имеются противоречивые сообщения о влиянии 27^а возраста и пола на величину NO: в одном из исследований найдена зависимость NO от площади поверхности тела. После 5 минутной максимальной физической нагрузки концентрация NO возвращается к норме через 15-20 минут. Курение снижает уровень NO, оказывая как хронический, так и острый эффект; при отказе от курения уровень NO постепенно возвращается к норме. Колебания содержания L-аргинина в обычной диете существенно не влияют на уровень NO.

Изменение уровня NO при различных патологических состояниях

При аллергическом рините уровень назальной окиси азота повышается до 1500 ppb по сравнению с нормальным значением (до 1000 ppb) (E.Baraldi et al., 1998, U.Martin et al., 1996, SAKharitonov et al., 1997., J.F.Amal et al., 1997), причем не только в период обострения, но и при отсутствии симптомов в день обследования. Топические глюкокортикоиды снижают уровень NO до нормального. Назальный тест с аллергеном приводит к транзиторному падению назальной концентрации NO в течение первого часа.

Часто используемые в лечении различных заболеваний носа α -адреномиметики (например, оксиметазолин) уменьшают концентрацию NO в остром тесте, возможно, приводя к недостатку субстрата для ее синтеза, но этот эффект не подтвержден при длительном их использовании. Изменения назальной NO под влиянием сосудосуживающих препаратов у здоровых добровольцев не коррелировали с динамикой показателей риноманометрии.

В отдельных исследованиях было обнаружено повышение выдыхаемой NO при ОРВИ, но выявить изменения назальной окиси азота при банальных простудных заболеваниях ("common cold" в англоязычной литературе) не удалось.

При остром гайморите у детей назальная NO снижалась в 3 раза по сравнению с нормой и возвращалась к нормальным величинам после антибиотикотерапии, тогда как при инфекциях верхних дыхательных путей без синусита концентрация NO не отклонялась от нормы и не менялась при лечении антибиотиками. У больных хроническим синуситом продукция NO снижена, что может иметь патогенетическое значение из-за ухудшения мукоцилиарного клиренса и противомикробной защиты (S.Lindberg et al., 1996).

Рис. 2. Выдыхаемая окись азота: нормальная форма кривой.

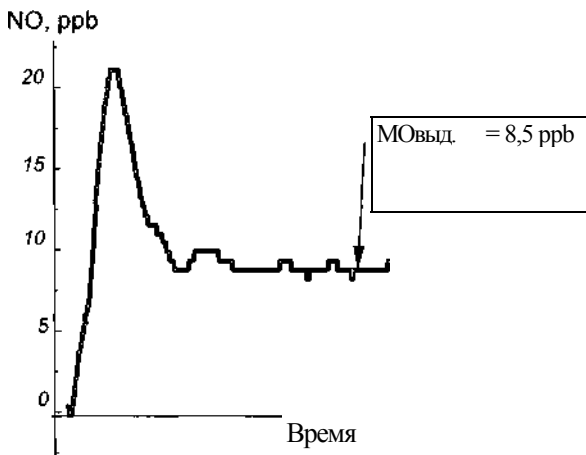
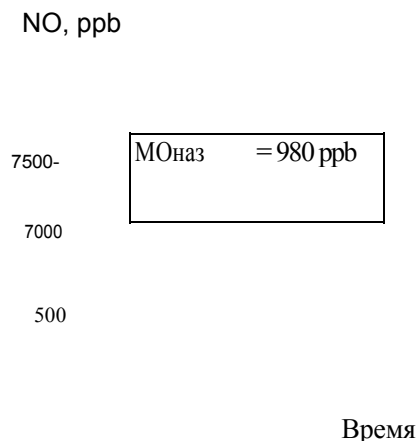


Рис. 3. Назальная окись азота: нормальная форма кривой.



28 Связь NO с функцией реснитчатого эпителия иллюстрирует резкое снижение назальной NO при синдроме неподвижных ресничек (в том числе синдроме Картагенера), когда нарушение мукоцилиарного клиренса проявляется частыми респираторными инфекциями. Синдром обструктивного апноэ сна приводит к возрастанию назальной NO после пробуждения по сравнению с вечерними показателями, тогда как у здоровых этого не происходит. При муковисцидозе наблюдается снижение назальной NO в 2-4 раза ниже нормы, что связывают с развитием хронического синусита у этих больных. Окись азота не отражает степени активности заболевания или функционального состояния легких при муковисцидозе (J.Dpotsch et al., 1996).

Влияние топического антигистаминного препарата Аллергодил на назальную NO

Топические антигистаминные препараты традиционно используют в лечении аллергического ринита. Аллергодил (ацеластин) - H1-гистаминоблокатор, используемый местно в виде спрея. Данное исследование было проведено для изучения клинической эффективности Аллергодила и влияния его на назальную NO.

В исследование были включены 10 пациентов (средний возраст 24 года, без серьезных сопутствующих заболеваний, требующих постоянной терапии) с сезонным аллергическим ринитом, вызванным сенсibilизацией к пыльце березы. Исследования проводились в период палинации без предшествующего лечения сосудосуживающими, антигистаминными и глюкокортикоидными препаратами по крайней мере в течение двух недель. Диагноз был подтвержден клиническими данными и результатами кожных проб.

Клинико-инструментальная оценка состояния больного проводилась в первый день (до назначения препарата) и на 7 день лечения и включала оценку клинического статуса и измерения назальной окиси азота. Субъективное состояние оценивалось больными при заполнении анкеты. Оценивалась выраженность каждого из симптомов (ринорея, чихание, заложенность носа, гипосмия) в баллах от 0 (отсутствие симптома) до 3 (симптом максимально выражен),

Таблица 1

Факторы, влияющие на содержание выдыхаемой окиси азота (NO)

| Увеличение NO | Уменьшение NO |
|--|--|
| Введение L-аргинина | Введение ингибиторов NOS, глюкокортикоидов |
| Физическая нагрузка | Курение |
| Задержка дыхания | Прием алкоголя |
| Бронхиальная астма | Хронический бронхит |
| Системная красная волчанка с поражением легких | Системная склеродермия с легочной гипертензией |
| Вирусная инфекция респираторного тракта | ВИЧ-инфекция |
| Бронхоэктазы | |
| Цирроз печени | |
| Туберкулез легких | |
| Осложнения после трансплантации легких | |
| | |

вычислялась сумма баллов. Каждому пациенту назначалось лечение Аллергодилом по 1 инсуффляции в каждую ноздрию 2 раза в день. По окончании лечения оценивалась динамика клинического состояния и концентрации назальной NO, а также переносимость препарата и побочные эффекты.

В результате лечения Аллергодилом произошло улучшение клинического состояния больных: сумма клинического счета, составлявшая до лечения $6,8 \pm 2,9$ баллов, снизилась до $4,0 \pm 1,6$ баллов ($p < 0,01$). Назальная NO статистически достоверно снизилась, составив до лечения и после применения Аллергодила соответственно 1212 ± 182 ppb и 858 ± 96 ppb ($p < 0,05$). Побочные эффекты наблюдались у 1 пациента в виде жжения в носу.

В данном исследовании показан хороший клинический эффект Аллергодила при сезонном аллергическом рините. Впервые продемонстрировано снижение назальной NO под влиянием топического антигистаминного препарата; механизмы этого явления требуют дальнейшего изучения.

Заключение

В настоящее время в клиническую и научную практику внедряется новый метод - исследование NO в выдыхаемом воздухе, который благодаря своей простоте и неинвазивности может использоваться для дифференциации диагностики (в том числе скрининговой) ряда заболеваний, мониторинга воспаления в дыхательных путях, исследований противовоспалительной активности лекарственных препаратов и оптимизации терапии (С.А.Харитонов и соавт., 1997; НАВознесенский и соавт., 1998).

Представляются перспективными дальнейшие исследования NO при диагностике и лечении аллергического ринита, полипозном риносинусите (в ткани полипов обнаружена повышенная активность NO-синтазы), оценке мукоцилиарного клиренса, применении ингибиторов NO-синтазы в качестве терапевтических агентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенский НА., Антонов Н.С., Чучалин А.Г. Окись азота и легкие // Пульмонология. - 1998. - №2.
2. Харитонов С.А., Барж П.Дж., Чучалин А.Г. Выдыхаемый оксид азота: новый тест в оценке функции легких // Пульмонология. - 1997. - №3.
3. Adnot S., Raffestin B., Eddahibi S. NO in the lung // Respir-Physiol. - 1995. - Vol.101, N2. - P.109-120.

Таблица 2 Факторы, влияющие на содержание назальной окиси азота (NO)

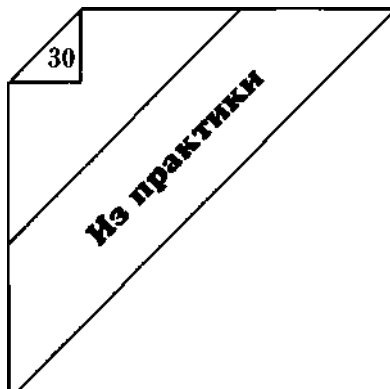
| Увеличение NO | Уменьшение NO |
|----------------------------------|---|
| Введение L-аргинина | Введение ингибиторов NOS, назальных глюкокортикоидов, а-адренемиметиков |
| Задержка дыхания | Физическая нагрузка |
| Аллергический ринит | Синдром неподвижных ресничек |
| Синдром обструктивного апноэ сна | Острый и хронический синусит |
| | Муковисцидоз |

4. *Airing K., Weitzberg E., Lundberg J.M.* Increased amount of nitric oxide in exhaled air of asthmatics // *Eur. Respir. J.* - 1993. - Vol.6. - P. 1368-1370.
5. *Amal J.F., Didier A., Rami J. et al.* Nasal nitric oxide is increased in allergic rhinitis // *Clin. Exp. Allergy.* -1997. - Vol.27. - P.358-362.
6. *Balfour-Lynn I.M., Laverty A., Dinwiddie R.* Reduced upper airway nitric oxide in cystic fibrosis // *Arch. Dis. Child.* - 1996. - Vol.1. - P.319-322.
7. *Baraldi E., Azzolin N.M., Biban P., Zacchello F.* Effect of antibiotic therapy on nasal nitric oxide concentration in children with acute sinusitis // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* - 1997. - Vol.155. - P. 1680-1683.
8. *Baraldi E., Azzolin N.M., Can a S. et al.* Effect of topical steroids on nasal nitric oxide production in children with perennial allergic rhinitis: a pilot study // *Respir. Med.* -1998. - Vol.92. - P.558-561.
9. *Belvisi M.G., Ward J.K., Mitchell J.A., Bames P.J.* Nitric oxide as a neurotransmitter in human airways // *Arch. Int. Pharmacodyn.* -1995. - Vol.329. - P.9711-10.
10. *Dear J.W., Scadding G.K., Foreman J.C.* Reduction by NG-nitro-L-arginine methyl ester (L-NAME) of antigen-induced nasal airway plasma extravasation in human subjects in vivo // *Br. J. Pharmacol.* -1995. - Vol.106. - P.1720-1722.
11. *Dillon W.C., Hampl V., Shultz P. et al.* Origins of breath nitric oxide in humans // *Chest.* -1996. - Vol.110. - P.930-938.
12. *Dpotsch J., Demirakca S., Terbrack H.G. et al.* Airway nitric oxide in asthmatic children and patients with cystic fibrosis // *Eur. Respir. J.* - 1996. - Vol.125. - P.37-40.
13. *Eissa N.T., Strauss A.J., Haggerty C.M.* Alternative splicing of human inducible nitric-oxide synthase mRNA: tissue-specific regulation and induction by cytokines // *J. Biol. Chem.* - 1996. - Vol.127. - P.184-187.
14. *Edwards A.D.* The pharmacology of inhaled nitric oxide // *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal. Ed.* - 1995. - Vol.72. - P.127-130.
15. *Fumkawa K., Hanison D.G., Saleh D. et al.* Expression of nitric-oxide synthase in the human nasal mucosa // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* -1996. - Vol.50. - P.847-850.
16. *Hebestreit H., Dibbert B., Balatti I. Et. al.* Disruption of fas receptor signaling by nitric oxide in eosinophils // *J. Exp. Med.* - 1998. - Vol.118. - P.415-425.
17. *Kharitonov S.A., Wells A.U., O'Connor B.J. et al.* Elevated levels of exhaled nitric oxide in bronchiectasis // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* -1995. - Vol.151. - P.1889-1893.
18. *Kharitonov S.A., O'Connor B.J., Evans D.J., Bames P.J.* Allergen-induced late asthmatic reactions are associated with elevation of exhaled nitric oxide // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* - 1995. - Vol.151. - P.1894-1899.
19. *Kharitonov S.A., Bames P.J.* Exhaled nitric oxide: a marker of airway inflammation? // *Current Opinion in Anaesthesiology* - 1996. - Vol.9. - P.542-548.
20. *Kharitonov S.A., Alving K., Bames P.J.* Exhaled and nasal nitric oxide measurements: Recommendations // *Eur. Respir. J.* - 1997. - Vol.10. - P.1683-1693.
21. *Kharitonov S.A., Rajakulasingam K., O'Connor B. et al.* Nasal nitric oxide is increased in patients with asthma and allergic rhinitis and may be modulated by nasal glucocorticoids // *J. Allergy Clin. Immunol.* -1997. - Vol.99. - P.58-64.
22. *Kirsten A.M., Jporres R.A., Kirsten D., Magnussen H.* Effect of a nasal challenge with endotoxin-containing swine confinement dust on nasal nitric oxide production // *Eur. J. Med. Res.* - 1997. - Vol.118. - P.335-339.
23. *Lane A.P., Prazma J., Gibbons P.J. et al.* The role of nitric oxide in the neural control of nasal fluid production // *Am. J. Rhinol.* -1997. - Vol.11, N4. - P.303-311.
24. *Lindberg S., Cenn A., Runer T.* Low levels of nasal nitric oxide (NO) correlate to impaired mucociliary function in the upper airways // *Acta Otolaryngol.(Stockh).* -1997. - Vol.92. - 29^x P.728-734.
25. *Lindberg S., Cervin A., Runer T.* Nitric oxide (NO) production in the upper airways is decreased in chronic sinusitis // *Acta Otolaryngol.(Stockh).* - 1997. - Vol.92. - P.113-117.
26. *Lundberg J.O., Weitzberg E., Rinder J. et al.* Calcium-independent and steroid-resistant nitric oxide synthase activity in human paranasal sinus mucosa // *Eur. Respir. J.* -1996. - Vol.9. - P. 134-1347.
27. *Martin U., Bryden K., Devoy M., Hottwath P.* Increased levels of exhaled nitric oxide during nasal and oral breathing in subjects with seasonal rhinitis // *J. Allergy Clin. Immunol.* - 1996. - Vol.97. - P.768-772.
28. *Nijkamp P.P., Folkerts G.* Nitric oxide and bronchial hyperresponsiveness // *Arch. Int. Pharmacodyn.* - 1995. - Vol.329. - P.81-96.
29. *Olopade C.O., Christon J.A., Zakkar M. et al.* Exhaled pentane and nitric oxide levels in patients with obstructive sleep apnea // *Chest.* - 1997. - Vol.111. - P.1500-1504.
30. *Rolla G., Bnissino L., Bertero M.T. et al.* Increased nitric oxide in exhaled air of patients with systemic lupus erythematosus // *J. Rheumatol.* - 1997. - Vol.24. - P.1066-1071
31. *Riederer A., Held B., Worl J., Unger J.* Endogenous!}' formed nitric oxide in nasal mucosa of the human: Detection by nicotinamide-adenine dinucleotide phosphate diaphorase (NADPH-d) histochemistry // *Laryngorhinootologie.* - 1996. - Vol.75. - P.584-589.
32. *Rinder J.* Sensor}' neuropeptides and nitric oxide in nasal vascular regulation // *Acta Physiol. Scand.* - 1996. - Vol.50, Suppl. - P. 1-45.
33. *Rinder J., Lundberg J.M.* Nasal vasoconstriction and decongestant effects of nitric oxide synthase inhibition in the pig // *Acta Physiol. Scand.* -1996. - Vol.50. - P.233-244.
34. *Schlosser R.J., Czaja J.M., Yang B., McCaffrey T.V.* Signal transduction mechanisms in substance P-mediated ciliostimulation // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* - 1995. - Vol.115. - P.582-588.
35. *Singh S., Evans T.W.* Nitric oxide, the biological mediator of the decade: fact or fiction? // *Eur. Respir. J.* -1997. - Vol.10. - P.699-707.
36. *Tasman A.J., Bogatzki B., Hept W. et al.* Nitric oxide synthase in the innervation of the human nasal mucosa: correlation with neuropeptides and tyrosine hydroxylase // *Laryngoscope* - 1998. - Vol.98. - P. 128-133.
37. *Wang C.H., Liu C.Y., Lin H.C., et al.* Increased exhaled nitric oxide in active pulmonary tuberculosis due to inducible NO synthase upregulation in alveolar macrophages // *Eur Respir J.* - "1998. - Vol.26. - P.809-815.
38. *Yang B., Schlosser R.J., McCaffrey T.V.* Signal transduction pathways in modulation of ciliary beat frequency by methacholine // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* - 1997. - Vol.106. - P.230-236.

N. A. Voznesensky NITRIC OXIDE IN RHINOLOGY

The paper reviews some studies of nitric oxide (NO) in the field of rhinology. Biochemical and physiological characteristics of NO, as well as methods for measuring of NO concentrations in the inhaled air are described. Nasal NO concentrations can be changed significantly under different pathological conditions such as allergy and chronic sinusitis. Results of the author's study on influence of topical antihistamine drug azelastine (Allergodil®) on the nasal NO are presented.

Поступила 21.04.1999



КОМБИНИРОВАННОЕ ПРОНИКАЮЩЕЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ ОРБИТЫ, КЛЕТОК РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ И КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ С НАЛИЧИЕМ ИНОРОДНОГО ТЕЛА

ЛОР-отделение Центральной
городской клинической
больницы (Ульяновск)



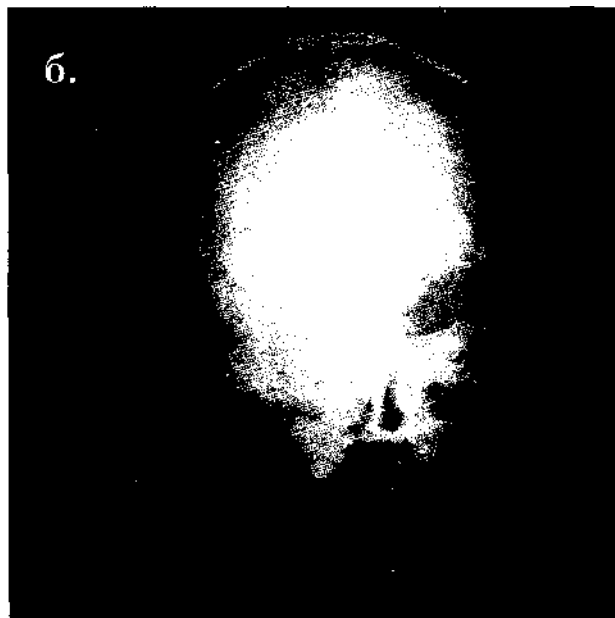
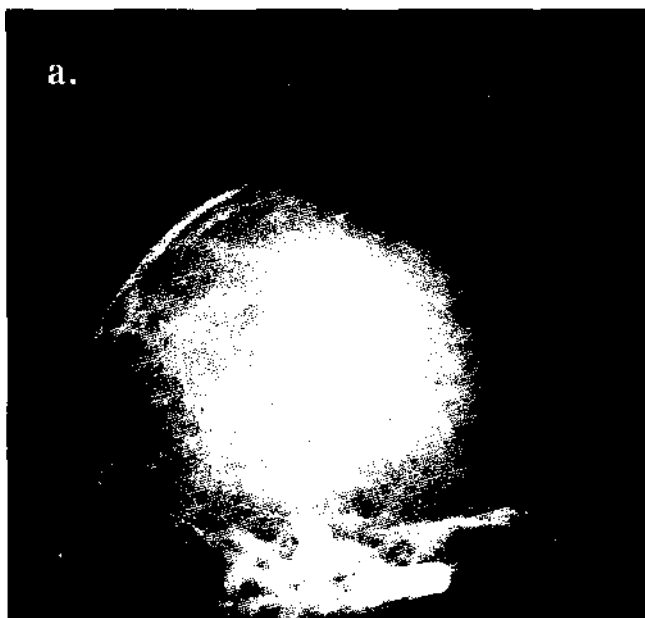
Опасность ранении околоносовых пазух связана с анатомо-топографическими особенностями данной области: близостью сонной артерии, кавернозного синуса, перекреста зрительных нервов, глазодвигательного, отводящего, лицевого, тройничного и слуховых нервов, а также всех трех черепных ямок (A.S.Orbay et al., 1997). Современные публикации обычно обобщают опыт лечения взрослых пациентов, огнестрельные ранения в детском возрасте встречаются крайне редко. В имеющейся литературе мы встретили всего два случая огнестрельных ранений клиновидной пазухи у детей (Л.А.Кравченко и соавт., 1968; Н.М.Смирнов, 1970). В этой связи приводим случай успешного лечения ребенка с огнестрельным ранением орбиты, решетчатой кости и клиновидной пазухи.

Больной Т., 8 лет, поступил в ЛОР-отделение Ульяновской городской клинической больницы 05.06.93 г.

спустя сутки после огнестрельного ранения из самодельного оружия. Состояние при поступлении тяжелое. В сознании, заторможен. Лицо симметричное. Менингеальных симптомов нет. Пульс 90 ударов в минуту. Артериальное давление 90/70 мм рт. ст. При совместном осмотре с окулистом обнаружено разможжение правого глазного яблока, рваная рана нижнего века. Наружный нос правильной формы. Слизистая оболочка полости носа розовая. В правой половине носа сгустки крови. Носовое дыхание справа затруднено. Слизистая оболочка глотки розовая, справа на задней стенке глотки - следы засохшей крови. Горлань без особенностей. Наружные слуховые проходы свободны, барабанные перепонки серые, опознавательные пункты четкие. Шепотная речь на оба уха - более 4 м.

Анализ крови: гемоглобин 133 г/л, эритроциты 4.0гЮ12/л, лейкоциты 19,0г109/л, СОЭ 3 мм/час. Смещения срединных структур головного мозга не выявлено. При спинномозговой пункции получен мутный эритрохромный ликвор, давление - 80 мм водного столба.

Рис.1. Рентгенограммы костей черепа в боковой (а) и прямой (б) проекциях, демонстрирующие положение инородного тела.



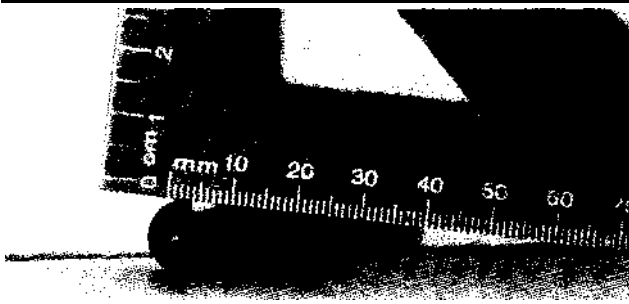


Рис.2. Иностранное тело, извлеченное во время операции.

После центрифугирования ликвор бесцветный, прозрачный, реакция Панди ++; белок 0,66 г/л; цитоз $5,0 \times 10^6$ /л; лейкоциты 0-1 в поле зрения; эритроциты 15-20 в поле зрения. На рентгенограммах черепа, выполненных в двух проекциях, выявлена тень инородного тела металлической плотности прямоугольной формы, расположенная в проекции клиновидных пазух (рис.1).

Спустя 24 часа после травмы под эндотрахеальным наркозом произведена энуклеация глазного яблока, ревизия раневого канала с удалением костных осколков медиальной и нижней стенок глазницы, клеток решетчатого лабиринта, боковой и частично передней стенок клиновидной пазухи справа. Иностранное тело расположено в поперечно-косом направлении занимая пространство от клеток решетчатого лабиринта справа до боковой стенкой левой клиновидной пазухи. Иностранное тело удалено, им оказался металлический стопорный палец размерами 2,9x0,9x1,2 см (рис.2). Эндоназально наложено соустье с правой клиновидной пазухой и введены две дренажные трубки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи удалены на шестнадцатый день после операции.

При осмотре через 5 лет (январь 1999) состояние ребенка удовлетворительное. ЛОР органы без особенностей. Протезирован правый глаз.

Особенностью данного наблюдения является обширное комбинированное травматическое повреждение орбиты, глазного яблока, задних клеток решетчатой кости и клиновидной пазухи с наличием в них крупного инородного тела. Своевременное хирургическое вмешательство с участием окулиста и отоларинголога, правильный выбор доступа к инородному телу и последующая интенсивная медикаментозная терапия в послеоперационном периоде предотвратили развитие серьезных внутричерепных и септических осложнений и привели к выздоровлению больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кравченко Л.А., Есакова М.Г., Лебедева А. Д. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1968, №2. - С.95-96.
2. Смирнов ЕМ. // Вести, оторинолар. - 1970, №5. -С. 108-109.
3. Orbay A.S., Uysal O.A., Iyigun O., et al. Unusual penetrating faciocranial injury caused by a knife: A case report. // Craniomaxillofacial Surg. - 1997. - Vol.25, №5. - P.279-281.

N.F.Rodionov, A.Ya.Kulagin, L.M.Guseva
COMBINED PENETRATING GUNSHOT INJURY
OF THE ORBIT, ETHMOID, AND SPHENOID
SINUS

A case of gunshot injury of the orbit, ethmoid and sphenoid sinus in a 8 year-old child is presented. Foreign body has been successfully removed using combined external and endonasal surgical approach.

Поступила 14 октября 1999 года

МАТЕРИАЛЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ В ЖУРНАЛЕ "РОССИЙСКАЯ РИНОЛОГИЯ*" ЗА 1993 - 1999 ГОДЫ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Андронников В.Ю., Козлов М.Я., Цветков Э.А. Эндолимфатическая терапия риносинусогных орбитальных осложнений у детей. 1995, №2, с.17.

Арефьева Н.А., медведев Ю.Л., Ваганова В.Ш. Патогенез и лечение

круглогодичного ринита. 1997, №4, с.4.

Арефьева Н.А., Фазлыева Р. М., Машко Н.Н.. Система гемостаза у больных аллергическим ринитом. 1997, №4, с.8.

Безшапочный С.Б. Хирургическая коррекция посттравматических деформаций носа. 1993, №1, с.85.

Быкова В.П., Рубанова И.И. Клинико-морфологическис особенности гипертрофического фарингита у детей. 1994, №3, с.4.

Быкова В.П., Сатдыкова С.П., Лопатин А.С., Пискунов Г.З., Чучуева Н.Г., Антонова Н.А. Состояние слизистой оболочки остео-меатального комплекса

но данным световой и электронной микроскопии. 1995, №3-4, с.48.

Вальтер К. Осложнения ринопластики. 1995, №2, с.4.

Вебер Р., Кеерль Р. Изменения степени кровенаполнения слизистой оболочки носа при физиологическом носовом цикле. 1998, №3, с. 17.

Волков А.Г., Химичева Е.В., Уракчеева А.Ш.. Воспаление и гипертрофия глоточной миндалины у взрослых. 1999, №2, с.4.

Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова Л.А., Багомедов М.М. Особенности полипозных риносинуситов у детей. 1997, №1, с.27.

Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А., Джамалутдинов Ю.А., Гаджимирзаева Р.Г. К оценке некоторых положений хирургической коррекции

деформаций перегородки и наружного носа. 1997, №3, с.28.

А.А., Гусниева Ж.М. . Сочетанные операции в ринологической практике. 1998, №3, г.13.

Гамзатова А.А., Гаджимирзаев Г.А.. Изменения гемодинамики слизистой оболочки носа у детей с утопическим ринитом иод влиянием специфической иммунотерапии. 1998, №3, с.20. Геерман И.. 37-летний опыт микро-эндоскопической хирургии перегородки носа, всех околоносовых иа.чух и слезного мешка под общей гипотензивной анестезией. 1995, № 3-4, с.28.

А.С., Беда М.В., Медникова О.Б. Клиническая эффективность фликсоназе в лечении аллергического круглогодичного ринита. 1997, №3, с.10.

Гребенников А.Н., Шевченко А.Г., Васильев А.Ю., Козлов В.С. Роль функциональной оценки проходимости соустьев околоносовых пазух в практике врачебно-летней экспертизы. 1994, №1, с.26.

Гринева В.А. Клинико-морфологическис аспекты в диагностике и лечении сфеноидитов. 1997, №3, с.15.

Дебрянский В.А., Кутин Г.А.. Аденотонзиллэктомня под общим обезболиванием в условиях однодневного детского стационара. 1998, №3, с.11.

Диденко В.И. Первичные и вторичные реконструктивно-пластические операции на лобных синусах с использованием аутологичных губчатой аутокости и костного мозга. 1998, №3, с.4.

Диденко В.И., Гусаков А.Д.. Реконструктивно-пластические операции при атрофических ринитах и озене с использованием губчатой аутокости и костного мозга. 1995, №1, с.52.

Диденко В.И., Гусаков А.Д. Первичная и вторичная реконструктивно-пластическая хирургия лобных пазух с использованием губчатой аутокости и костного мозга. 1996, №5, с.17.

Ван Кауенберг П.Б., Джг И., Джг.М.. Гистамин и нейропептиды. 1997, №3,

с.4.

Керн Ю.Б. Транссептально-трансфеноидальная хирургия гипопиза. 1994, №4, с.5

Керн Ю.Б., Уонг Т. Хирургия носового клапана. 1995, №1, с.4.

Киселев А. С., Андроненков В.А.. Новый ринохирургический метод устранения назальной ликвореи. 1998, №4, с.15.

Киселев А. С., Даниличев Д.Ф., Горбачев Д.С., Лугина В.Д. Актуальные

вопросы сочеганных повреждений глазницы и ЛОР-органов. 1997, №1, с.32.

Киселев А. С.. Руденко Д.В., Лушникова Т.А.. Пневматосинус клиновидной пазухи и его клиничко-рентгенологические проявления. 1995, №3-4, с.63.

компьютерной томографии высокого разрешения и визуализации анатомического строения решетчатого лабиринта. 1999, №3, с.Ю.

Климанцев С.А., Рязанцев С.В, Скоромец А.А.. Клинические аспекты применения аурикулодиагностики в ринологии. 1994, №2, с.22. Козлов В.С., Марков Г.И. Контрастная рентгенография околоносовых пазух "ЯМИК"-методом. 1993, №1, с.50.

Козлов М.Я., Егоров Л.В.. Современная тактика лечения искривления носовой перегородки у детей. 1994, №3, с.32.

Л.Д. Иммунный статус больных с воспалительными заболеваниями верхнечелюстных пазух. 1998, №2, с. 19.

7. Акустический феномен носа. 1999, №4, с. 21. С.В., накатис Я.А.. Сравнительный анализ лучевых методов диагностики заболеваний и поврежденных околоносовых пазух и полости носа. 1994, №2, с.6.

Лавренова Г.В. Защитные механизмы полости носа при хроническом пылевом воздействии. 1995, №3-4, с.75.

Ланцов А.А., Полевщиков А.В., Дроздова М.В.. Переключение классов синтезируемых антител при риносинусопатиях. 1999, №1, с. 14.

Лейзерман М.Г., Лесков И.В. ., Наседкин А.Н., Рябова С.В., Старосветский Б.В., Шехтер А.Б.. Сравнительное изучение радиоволнового, лазерного и ультразвукового воздействия на биологические ткани в эксперименте. 1999, №3, с.Ю.

Лопатин А.С. Реконструктивная хирургия деформаций перегородки носа. 1994, Приложение 1, с.3.

Лопатин А.С. Общая и местная кортикостероидная терапия в лечении хронического синусита. 1997, №1, с.9.

Лопатин А.С. Эндоскопическая хирургия заболеваний носоглотки. 1998, №1, с.28.

Мейер Р. Перфорации перегородки должны и могут быть закрыты. 1995, №3-4, с.12.

николаев М.П. Магнитолазерная терапия болезней носа и околоносовых пазух. 1993, №1, с.57.

ж. Ринопластика: современные методы. 1996, №1, с.17. ж. Аутогенные трансплантаты в ринопластической хирургии: показания и методы получения. 1996, №1, с.26. Окунь О.С., Колесникова Л.Г.

Эпидемиологический анализ хронического гнойного гайморита. 1997, №1, с.17. Петрова Г.И., Гервасиева В.Б. . Этиология, клинические особенности и специфическая иммунотерапия аллергических ринитов у детей. 1999, №3, с.4.

Пискунов Г.З. Состояние функциональной эндоскопической и микроскопической ринохирургии в России. 1998, №1, с.35. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Разиньков С.П., Завьялов Ф.Н., Калуцкий П.В., Ерофеева Л.Н., Казначеева С.В., Новикова Н.Н., Коробова Т.Н., Мильченко Т.Н.. Экспериментальное исследование и клиническое применение

октенисепта в ринологии. 1996, №5, с. 23. /Пискунов И.С., Кравцов Д.В. Рентгенологическое и гистологическое

сопоставление степени зрелости остеом. 1995, №3-4, с.68.

Пискунов И.С., Лопатин Л.С. Изолированное поражение клиновидной пазухи у больных с черепно-мозговой травмой. 1997, №1, с.38.

Пискунов С.З., Барсуков В.С., Завьялов Ф.Н., Пискунов И.С., Кузнецова О.И. К вопросу о патогенезе и морфогенезе антрохоанальных полипов. 1997, №3, с.22.

Пискунов С.З., Быктова Т.Г. Щадящее хирургическое лечение одонтогенных гайморитов. 1999, №4, с.15.

Пискунов С.З., Завьялов Ф.Н., Ерофеева Л.Н. Исследование мукоцилиарной транспортной системы слизистой оболочки носа у здоровых лиц. 1995, №3-4, с.60.

Пискунов С.З., Завьялов Ф.И., Гурьев И.С., Пискунов В.С. Особенности патологического процесса в околоносовых пазухах в зависимости от расположения и размеров соустья. 1999, №2, с.16.

Пискунов С.З., Лыкова Е.И. Ринопластика и трахеонластика хрящом перегородки носа, консервированным в пчелином меде. 1997, №4, с.11.

Пискунов С.З., Пискунов Г.З. О физиологической роли околоносовых пазух. 1997, М-1, с.16.

Пискунов С.З., Пискунов Г.З., Ельков И.В., Лазарев А.М., Астахова Г.М., Кузнецова О.П., Казначеева С.В., Новикова Н.В., Мельченко Т.Е. Проблема общего и местного консервативного лечения острого и хронического гайморита. 1994, №1, с.5.

Пискунов С.З., Раишников С.П., Калущик П.В., Литовка А.Н., Лыкова Е.И. Использование для ринопластики хряща перегородки носа, консервированного в пчелином меде. 1996, №1, с.54.

Плужников М.С. Наш опыт лазерной ринохирургии. 1993, М1, с.61

Плужников М.С., Петрицкий Н.Н., Янтарева Л.И., Власова Т.Д., Лю Ван Чк. Изменение реактивности микрососудов после аутоотрансфузии крови, фотомодифицированной гелий-неоновым лазером. 1994, №3, с.18.

Портенко Г.М. К вопросу об иммунологической автономии слизистой оболочки носа. 1994, №1, с.15.

Пухлик С.М. Специфическая иммуотерпия аллергического ринита индивидуальными аллергенами. 1999, №4, с.

Пухлик С.М. Особенности распределения некоторых HLA-антигенов больных вазомоторным ринитом. 1996, М5, с.26.

Пухлик С.М., Дюмин О.В. Распространенность клинических синдромов нарушения иммунологической реактивности у больных вазомоторным ринитом. 1995, №2, с.21.

Резников К.П., Полякова В.И., Отставное Г.Ю. Сравнение информативности in vitro диагностик аллергической РАСТ и МАСТ. 1999, №1, с.32.

Руиневский И.В., Гофман В.Р. Применение аутофибринового клея в пластике перегородки носа после ее подслизистой резекции. 1994, №3, с.23.

Рязанцев С.В., Климанов С.А. К вопросу о ринокардиальном рефлексе. 1993, №1, с.47.

Рязанцев С.В., Юркин И.В. К вопросу об эндоназальном использовании ультразвука и электрического тока в лечении больных вазомоторным ринитом и бронхиальной астмой. 1994, №3, с.10

Савин А.А. Значение компьютерной томографии в диагностике опухолей верхних дыхательных путей. 1999, №2, с.9.

Санжаровская Н.К. Остеомы околоносовых пазух. 1997, М>3, с.19.

Сватко Л.Г., Студенцова И.А., Краевожен В.Н., Будник ИМ. Экспериментальное обоснование применения димефосфона при лечении гнойного гайморита. 1994, №2, с.18.

Сергеева Т.А., Лопатин А.С. Эффективность аэрозольного антибиотика биопарокса в лечении синуситов. 1998, №4, с.11.

Сергеева Т.А., Рябова С.В., Петровская Т.Ю., Лопатин А.С. Фексофенадин - новые возможности в терапии сезонного аллергического ринита. 1999, №4, с.8.

Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В. Опыт применения назонекса у больных аллергическим ринитом 1999, №1, с.53.

Стакер Ф.Дж. Современная хирургия перегородки носа. 1997, №1, с.4.

Староха А.В., Солодилов В.Ю., Давыдов А.В. Неинвазивный аспергиллез клиновидной пазухи. 1997, №4, с.32.

Толстой К.П., Шульга И.А., Чемезов С.В. К вопросу о ранних симптомах тромбоза пещеристого синуса у больных фурункулом носа и верхней губы. 1994, №3, с.35.

Трубин В.В., Радаев А.К. Применение трансплантатов из акриловых сополимеров в контурной ринопластике. 1997, №1, с.36.

Тулебаев Р.К., Розенсон Р.М., Хамитова Г.Х., Мальцев А.Г., Дикаев С.Х. Показатели клеточного иммунного статуса при круглогодичном

аллергическом рините у детей, проживающих в различных 33 районах радиационного риска. 1995, №3-4, с.72.

Убайду: Илаев М.Б. Ринопластика после первичной хейлопластики. 1997, №4, с.14.

Убайдиллаев М.Б., Аманов Н. Влияние реконструктивных операций в полости носа на высвеемость стафилококков у больных с нарушением носового дыхания. 1999, М4, с.18.

Ульянов Ю.Л. Нормограмма аэродинамики носа. 1996, М>5, с.15.

Устьянов Ю.А. Новый метод хирургического лечения сколиоза носа. 1996, №1, с.46.

Устьянов Ю.А. К вопросу о лечении перфорации носовой перегородки. 1996, М1, с.65.

Фешин Г.А., Изаева Т.А. К классификации и лечению флебитов и тромбозов крупных вен лица и кавернозного синуса риноспульфасиального гегеза. 1996, №5, с.20.

Хмельницкая П.М., Ковалева Л.М. Морфогенез полипозных форм синусита у детей. 1994, №1, с.19.

Черняк Б.А., Буйнова С.Н., Тяренькова С.В. Аллергические риниты у детей и подростков в Восточной Сибири: распространенность, этиологическая характеристики и взаимосвязь с бронхиальной астмой. 1998, №4, с.4.

Черняк Б.А., Сукманская Е.Г. Эффективность специфической иммуотерапии аллергического сезонного ринита аллергоидом пурстал. 1999, №2, с.12.

Шелудченко Т.П. Современные аспекты магнитотерапии и применение магнитных эффектов в оториноларингологии. 1994, М>2, с.30.

Шелудченко Т.П., Наумов А.Н. Местный и общий иммунитет у больных с инфекционно-аллергическим ринитом. 1995, Л>3-4, с.81.

Штаммбергер Х., Люксенбергер В.Л., Джебелес Дж.А., Валч К. Эндоскопическая декомпрессия зрительного нерва. 1998, М1, с.17.

Шульга И.Л., Дерябин Д.Г. К вопросу о патогенезе фурункула носа и верхней губы. 1994, №3, с.28.

Эрохин В.М., Никитин А.А. Хирургические методы коррекции носа с толстой пористой кожей. 1996, М1, с.60.

Юго С., Падован И. Декортикационный (наружный) доступ в ринопластике - хирургическая техника. 1996, М1, с.34.

Юнусов А.С. Хирургические вмешательства при деформациях переднего и заднего отделов перегородки носа у детей. 1999, №3, с.Ю.

Яблонова В.П., Матвиенко И.И., Соболева П.П. Термография в диагностике заболеваний околоносовых пазух. 1996, №5, с.29.

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

Бойко Н.В. Наследственная геморрагическая телеангиэктазия как причина рецидивирующих носовых кровотечений. 1998, М4, с.34.

Бойко П.В. Хирургическое лечение рецидивирующих носовых кровотечений. 1999, №2, с.29.

Быкова В.П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей. 1993, Х>1, с.40.

Васильев В.В. Инвертированная папиллома носа и околоносовых пазух. 1994, М1, с.44.

Вебер Р., Кеерль Р. Регенеративные процессы после эндоназальных операций на околоносовых пазухах. 1997, М4, с.16.

Вознесенский Н.А. Окись азота в ринологии. 1999, №4, с.

Ериов Ф.И., Гаращенко Т.И. Возможен ли контроль острых респираторных заболеваний у детей? - Новый взгляд на старую проблему. 1999, №2, с.20.

Забирев Р.А., Хасанов Ш.Х. Этиология и патогенез аллергического ринита. 1997, №1, с.40

Капитанов Д.Н., Лопатин А.С. Эндоскопическая диагностика и лечение назальной ликвории и энцефалоцеле передних отделов основания черепа. 1999, М3, с.30.

Кеннеди Д.В., Бекер Д.Г. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух. 1998, №1, с.4.

Лопатин А.С. Эндоскопическая функциональная ринохирургия. 1993, М1, с.71.

Лопатин А.С., Лрыцбашиева М.Р. Магнитно-резонансная томография в исследовании полости носа и околоносовых пазух. 1996, №5, с.3.

Лопатин А.С., Бузунов Р.В., Смушко А.М., Дороценко Н.Э., Ерошина В. А. Храп и синдром обструктивного апноэ во сне. 1998, М4, с.17.

Лопатин А.С., Пискунов Г.З. Катетеризация и принудительное дренирование околоносовых пазух. 1995, М1, с.34.

Мани В.Дж. Симптомы ЛОР-заболеваний во время беременности.

Библиография

34 1997, №3, с.8.

- Пискунов Г.З., Лопатин А.С.* Основные виды разрезов при риноптопластике. 1994, №3, с.41.
- Пискунов Г.З., Пискунов С.З.* Как мы завершаем двадцатое столетие. 1999, №4, с.3.
- Пискунов С.З.* Физиология и патофизиология околоносовых пазух. 1993, №1, с.19.
- Пискунов С.З., Разиньков С.П.* Эстетические критерии косметической ринопластики. 1994, №2, с.13.
- Плужников М.С., Лопатко А.И.* Низкоэнергетическое лазерное излучение в ринологии. 1995, № 3-4, с.42.
- Пухлик СМ.* Вазомоторный ринит - роль вегетативной нервной системы в его патогенезе. Методы диагностики и лечения. 1999, №3, с.23.
- Рихельманн Г., Лопатин А.С.* Мукоциллиарный транспорт: экспериментальная и клиническая оценка. 1994, №4, с.33.
- Скоробогатый В.В.* Функциональная эндоназальная хирургия - безальтернативный метод лечения воспалительных заболеваний лобных пазух?. 1999, №2, с.34.
- Чумаков Ф.И., Дерюгина О.В.* Туберкулез носа и околоносовых пазух. 1995, №2, с.30.

ЛЕКЦИИ

- Быкова В.П.* Структурные основы мукозального иммунитета верхних дыхательных путей. 1999, №1, с.5.
- Богомилский М.Р.* Об особенностях аллергических ринитов у детей. 1999, №1, с.35.
- Блохин Б.М.* Ринит, синусит и бронхиальная астма. 1999, №1, с.33.
- Гаращенко Т.И.* Гомеопатическая и гомотоксикологическая терапия аллергических ринитов у детей. 1999, №1, с.59.
- Гаращенко Т.И.* Тонзиллярная проблема в педиатрии. 1999, №1, с.68.
- Гуцин И.С.* Патогенез аллергического воспаления. 1999, №1, с.12.
- Державина Л.Л., Козлов В.С.* Методы объективной оценки носового дыхания - риноманометрия и акустическая ринометрия - в диагностике и контроле эффективности лечения сезонного аллергического ринита и хронического полипозного и полипозно-гнойного синусита. 1999, №1, с.28.
- Ильина Н.И.* Эпидемиология аллергического ринита. 1999, №1, с.23.
- Ланцов А.А., Шустова Т.И., Самокин М.Б.* Вегетативная иннервация слизистой оболочки полости носа и ее роль в патологии. 1999, №1, с.16.
- Латышева Т.В.* Поражение верхних дыхательных путей при острых токсико-аллергических реакциях на медикаменты. 1999, №1, с.43.
- Лопатин А.С.* Грибковые заболевания околоносовых пазух. 1999, №1, с.46.
- Лопатин А.С.* Медикаментозное и хирургическое лечение полипозного риносинусита. Лечение синусита, ассоциированного с бронхиальной астмой. 1999, №1, с.65.
- Лопатин А.С., Сидоренко И.В., Дорощенко Н.Э., Арцыбашева М.В.* Состояние ЛОР-органов при агаммаглобулинемии. 1999, №1, с.41.
- Лусс Л.В., Тузлукова Е.Б., Ерохина С.М.* Непереносимость ацетилсалициловой кислоты и препаратов пиразолонового ряда: принципы диагностики и лечения. 1999, №1, с.71.
- Маркова Т.П., Чувилов Д.Г.* Механизм действия и показания к применению бактериальных вакцин. 1999, №1, с.56.
- Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М.* Механизмы патогенеза воспаления органов дыхательного тракта и некоторые аспекты медикаментозной коррекции. 1999, №1, с.10.
- Пискунов Г.З.* Медикаментозная терапия в оториноларингологии. 1998, №3, с.24.
- Пискунов Г.З.* Выбор оптимального метода хирургического вмешательства при аллергическом рините. Предоперационная подготовка больных и ведение послеоперационного периода. 1999, №1, с.61.
- Пискунов Г.З., Лопатин А.С.* Эндоскопическая диагностика аллергических и воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух. 1999, №1, с.25.
- Разанцев С.В.* Этиопатогенетическая теория полипозных риносинуситов. 1999, №1, с.21.
- Сидоренко И.В., Гомес Л.А.* Диагностика и лечение первичных иммунодефицитных состояний. 1999, №1, с.38.

ИЗ ПРАКТИКИ

- Арефьева Н.А., Курамышин А.Ф., Цыглин А.А., Ванеева К.Г., Фахрутдинов Р.С.* Риногенные мширующие субдуральные эмпиемы

головного мозга. 1998, №3, с.36.

- Ашмарин М.Л.* Щадящий вариант вскрытия верхнечелюстной пазухи. 1999, №2, с.38.
- Воронкин В.Ф., Хачак А.Х., Иващенко А.И.* Эпителиома Малерба наружного носа с распространением в полость рта и носа. 1999, №2, с.40.
- Григорьев Г.М., Терновой А.В., Ноговицын И.А.* К вопросу об анаэробной инфекции околоносовых пазух. 1997, №4, с.29.
- Какоша Б.П.* Наш опыт эндоскопической ринохирургии. 1995, №3-4, с.86.
- Капитанов Д.Н., Сербиненко Ф.А., Бухарин Е.Ю.* Редкий случай травматической ложной аневризмы наружной сонной артерии с локализацией в верхнечелюстной пазухе. 1997, №4, с.31.
- Киселев А.С., Бондарук В.В.* Наблюдение больной, страдающей тригеминальным трофическим синдромом. 1995, №2, с.36.
- Карпова П.В., Кофанов Р.В.* Ликворная киста лобной доли мозга. имитировавшая мукоцеле лобной пазухи. 1996, №5, с.31.
- Коришкова В.Н., Медведкова И.Г.* Некроз нижних носовых раковин после ультразвуковой дезинтеграции. 1994, №2, с.29.
- Лопатин А.С.* Ятрогенное инородное тело клиновидной пазухи. 1996, №5, с.33.
- Пискунов С.З., Гришин О.Н., Гурьев И.С., Литовка А.И.* Об оксификации кист верхнечелюстной пазухи. 1999, №3, с.40.
- Родионов Н.Ф., Кулагин А.Я., Гусева Л.М.* Комбинированное проникающее огнестрельное ранение орбиты, клеток решетчатой кости и клиновидной пазухи с наличием инородного тела. 1999, №4, с.31.
- Рыбак А.А., Матвеева Т.В.* Хронический гайморит, осложненный множественными абсцессами головного мозга. 1994, №4, с.48.
- Хачак А.Х., Глебов А.В.* Риносинусогенный остеомиелит лобной кости и множественные внутричерепные осложнения. 1998, №4, с.37

ИСТОРИЯ РИНОЛОГИИ

- Вальтер К.* Эволюция ринопластики. 1996, №1, с.5.
- Киселев А.С., К.Л.Хилов* - создатель современной ринологической школы Военно-медицинской академии. 1995, № 3-4, с.89.
- Киселев А.С.* К истории открытия Ganglion septi nasi и его значение для клинической ринологии. 1996, №5, с.35.
- Мчелдзе Т.П.* Хронологическая таблица важнейших дат в истории ринологии. 1994, №1, с.52.
- Мчелдзе Т.П.* Библиография ринологической библиографии 1887-1988. 1994, №4, с.57.
- Пискунов Г.З.* История ринологии. 1993, №1, с.12.

ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ

- Мчелдзе Т.П.* Секционный курс изучения топографической анатомии носа и околоносовых пазух. 1994, №3, с.46.
- Пискунов С.З., Петрик Ю.С., Пискунов Г.З., Лица Д.В., Афанасьев А.С., Разиньков С.П., Загородний В.И., Лазарев А.И., Ельков И.В.* Типы тестовых заданий для контроля знаний в оториноларингологии, оценка их трудностей и надежности. 1997, №4, с.35.
- Пискунов С.З., Пискунов Г.З., Разиньков С.П., Лазарев А.И.* Совершенствование объективных методов обучения и контроля знаний в преподавании оториноларингологии. 1996, №1, с.73.

РЕЦЕНЗИИ

- Лопатин А.С.* Рецензия на книгу "Атлас ультразвуковой диагностики заболеваний органов головы и шеи". 1994, №3, с.62.
- Николаев М.П.* Рецензия на книгу "Низкочастотная ультразвуковая терапия и хирургия в отоларингологии". 1994, №2, с.88.
- Пискунов Г.З.* Рецензия на книгу "Ринохирургия оптохиазмального архаоидита". 1994, №3, с.59.

ЮБИЛЕИ

- С.Б.Безшапочному* - 50. 1996, №5, с.46.
- В.Р.Тофмани* - 50. 1998, №4, с.41
- С.З.Пискунову* - 60. 1996, №1, с.75.
- Г.З.Пискунову* - 60. 1997, №3, с.39.
- Хийзили Э.Х.* Проф. Ван Дишоку - 100 лет.

ХРОНИКА

- Быкова В.П.* 4 Международная конференция по вопросам иммунологии в оториноларингологии. 1994, №2, с.90.
- Быкова В.П.* Второй симпозиум по экспериментальной ринологии и

иммунологии носа. 1996, №5, с.44.
 Заслуженный успех. 1994, №2, с.94.
Гарациенко Т.И. VII международный конгресс детских оториноларингологии. 1999, №3, с.2.
Киселев Л.С. Второй Российский курс "Современная эндоназальная функциональная хирургия". 1997, №1, с.43.
Козлов В.С. Третий Российский курс "Современная эндоназальная функциональная хирургия". 1997, №3, с.44.
Лопатин А.С. Международный симпозиум "Аллергические и инфекционные риносинуситы". 1994, №2, с.91.
Лопатин А.С. XV конгресс (Европейской) ринологического общества. 1994, №3, с.57.
Лопатин А.С. Международная зимняя конференция Европейской академии лицевой хирургии. 1995, №2, с.57. *Лопатин А.С.* "Неделя носа". 1996, №5, с.44.
Лопатин А.С. Международный конгресс "Реснички, слизь и мукоцилиарные взаимодействия". 1997, №4, с.40.
Лопатин А.С. Международная ринологическая конференция, посвященная 100-летию М.Коттла. 1997, №4, с.41. *Лопатин А.С.* Второй симпозиум "Минимально инвазивная хирургия под контролем изображения в отоларингологии и хирургии основания черепа. 1998, №4, с.39.
Лопатин А.С. XVII конгресс Европейского ринологического общества и международный симпозиум "Инфекция и аллергия носа". 1998, №4, с.40.
Мчелидзе Т.П. Новинки ринологической литературы. 1994, №1, с.52.
Пискунов Г.З. Второй Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". 1995, №2, с.59.
Пискунов Г.З. II конгресс Российского общества ринологов. 1996, №5, с.38.
Пискунов Г.З. Первый Всемирный конгресс по вопросам аллергии, эндоскопии и лазерной хирургии в оториноларингологии. 1998, №4, с.38.
Пискунов Г.З. III конгресс Российского общества ринологов. 1998, №3, с.38.
Пискунов Г.З. Конференция "Экологические аспекты оториноларингологии". 1999, №3, с.46.
Пискунов Г.З., Семенов Ф.Н., Волик А.К. Отчет о работе XVI Всемирного конгресса оториноларингологов. 1997, №3, с.30.
Рязанцев С.В. Третий Российский курс "Современная эндоназальная функциональная хирургия". 1998, №1, с.42.
Опиши Т. Протокол заседания исполнительного комитета 18 международного симпозиума по инфекции и аллергии носа (ISIAN). 1999, №3, с.47.
 Отчет о международном консенсусе по диагностике и лечению ринита. 1996, №4, с.2."
 Стенограмма дискуссии "Проблемы септопластики". 1994, №1, с.44.
 Стенограмма дискуссии "Проблемы ринопластики". 1994, №2, с.36.
 Устав Общества Ринологов. 1993, №1, с.7.
 Устав Общероссийской общегвзпной организации "Российское общество ринологов". 1999, №3, с.42.

МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДОВ И ТРАДИЦИОННЫХ КОНФЕРЕНЦИЙ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ

Абабий И.И., Гагауз А.М. Использование кварц-полимерного моноволокна диаметром 1 мм для удаления новообразований носа и околоносовых пазух. 1995, №2, с.47.
Абабий И.И., Гагауз А.М. Лечение вазомоторного и гипертрофического ринита у детей с использованием Yag-Na лазерного луча в контактном режиме. 1996, №2-3, с.70.
Абабий И.И., Матюк М.К., Максименко Д.Д., Центю В.А. Функциональная хирургия полости носа у детей. 1998, №2, с.54.
Абдурашитов Р.Ш., Данное А.Н. Варианты диагностики и лечения одонтогенного гайморита. 1994, Приложение 2, с.59.
Абдурашитов Р.А., Шаратов Р.А. Пептоксифиллин в лечении нейровегетативной дисфункции. 1996, №2-3, с.23.
Азнабаева Л.Ф., Арефьева Н.А., Хафизова Ф.А. Экология и иммунология слизистых оболочек верхних дыхательных путей. 1996, №2-3, с.9.
Алиметов Х.А., Сабиров А.М. Наш опыт внутриносовой хирургии. 1997, №2, с.56.
Александрой А.М. Роль околоносовых пазух в формировании носового сопротивления. 1994, №2, с.50.
Александров А.М., Плужников М.С., Червинская А.В. Бронхиальная реактивность в ринопластике. 1996, №2-3, с.42.
Александров К.Г., Кузнецов Ю.П. Применение гомотрансплантата с

биосовместимым покрытием в ринопластике. 1996, №2-3, с.71. 35
Андреев С.В., Аверин А.А., Зайцев В.С., Сквирская А.А. О применении энтеросорбции при хронических аллергических риносинуситах. 1996, №2-3, с.115.
Антонов В.Ф., Аксенов В.А., Мажди Мохамед Ахмед Джиллад. Способ пластического закрытия перфорации носовой перегородки. 1994, Приложение 2, с.77.
Анютин Р.Г., Корниенко А.М. Наш взгляд на современную классификацию ринитов. 1997, №2, с.7.
Анютин Р.Г., Лукьянов М.В., Гузминова Н.Ю. Местная анестезия ультракаином при хирургическом лечении больных риносинуситами. 1997, №2, с.56.
Анютин Р.Г., Романов И.А. Хирургическое лечение больных с перфоративным одонтогенным гайморитом. 1996, №2-3, с.72.
Анютин Р.Г., Романов И.А. Щадящая гайморотомия у больных с перфоративным одонтогенным гайморитом. 1998, №2, с.34.
Анютин Р.Г., Фролов В.М. Щадящие методы лечения больных хроническим гипертрофическим ринитом. 1994, №2, с.69.
Апостоледи К.Г. Дифференциально-диагностическое значение эндоскопии полости носа и носоглотки при нарушении носового дыхания. 1997, №2, с. 17.
Арефьева Н.А. Иммунологические аспекты формирования носовых полипов. 1994, Приложение 2, с.30.
Арефьева Н.А. Иммунологические аспекты рецидивирующих ринитов. 1996, №2-3, с. 10.
Арефьева Н.А. Иммунологические аспекты классификации ринита. 1997, №2, с.7.
Арефьева Н.А. Система гемостаза у больных с носовыми кровотечениями. 1998, №2, с.77.
Арефьева Н.А., Абдурашитов Р.И. Система гемостаза в ринологии. 1996, №2-3, с. 108.
Арефьева Н.А., Абдурашитов Р.Ш., Хафизова Ф.А. Комплексная диагностика риногенных архаидитов. 1998, №2, с.39.
Арефьева Н.А., Азнабаева Л.Ф., Машико И.М., Кильсенбаева Ф.А. Механизмы реализации иммунного ответа у больных рецидивирующим риносинуситом при лечении циклофероном. 1999, №1, с.49.
Арефьева Н.А., Янборисов Т.М. Обоснование к выбору метода коррекции перегородки носа. 1993, Приложение 1, с.31.
Асланов З.С., Гаджимираева Р.Г. Лечение гипертрофических ринитов при сочетании с деформацией перегородки носа. 1998, №2, с.70.
Лимарин М.Л. Комбинированный хирургический метод лечения хронических гипертрофических ринитов. 1997, №2, с.57.
Бабина И.М. Применение аугментина для лечения больных экссудативным гайморитом. 1998, №2, с.44.
Бакумов В.Н., Набатова Е.Л., Андреева И.В., Дранников А.С., Якова В.В., Шахаб Б.О. Опыт использования ультразвуковой хирургии в ринологии. 1996, №2-3, с.73.
Балабанцев А.Г., Богданов В.В., Заналип М.А., Чернышенко С.В., Омерова Л.М. Влияние мирамистина на основные факторы неспецифической защиты и иммунной реактивности у больных хроническим гайморитом. 1996, №2-3, с.24.
Балабанцев А.Г., Завалий М.А., Богданов В.В. Влияние поверхностноактивного препарата мирамистина на транспортную функцию слизистой оболочки полости носа. 1998, №2, с.9.
Балабанцев А.Г., Омерова Л.М., Завалий М.Л., Куриштов О.С. Изменение иммунологической реактивности у больных хроническими риносинуситами при лимфотропном и экстракорпоральном методах лечения. 1996, №2-3, с.П.
Балабанцев А.Г., Омерова Л.М., Завалий М.А., Онуфриев И.А., Септяшев И.Д. Динамика основных гуморальных факторов неспецифической защиты у больных хроническими аллергическими риносинуситами под влиянием лимфотропной иммунокорректирующей терапии. 1996, №2-3, с.124.
Балсинская Г.Л. Противовоспалительные препараты местного действия при острых риносинуситах у детей. 1998, №2, с.54.
Баранова П.И., Лиманский С.С., Починина Н.К. Реактивность Т-лимфоцитов в тексте Е-РОК у больных с инфекционно-аллергическим ринитом. 1997, №2, с.17.
Басберг С.Ф., Фэйсер Г.В., Керн Е.Б., Слэвит Д.Х. Реконструкция каудального края перегородки носа: Патология, требующая реимплантации. 1994, №2, с.78.
Басаев З.Г., Басаева О.З. Низкоинтенсивная лазерная терапия

- аллергических ринитов. 1999, №1, с.76.
- Безиапочный С.Б., Лобуреу В.В.* Особенности строения средней носовой раковины и ее роль в развитии параназальных синуситов. 1993. Приложение 1, с.41.
- Безиапочный С.Б., Скрипников Н.С., Гаврилок Ю.В.* Топографоанатомические особенности строения средней носовой раковины и их роль в возникновении и течении параназальных синуситов. 1994, №2, с.49.
- Беликова Н.Н., Аль-Мамари КМ.* Экспериментальное обоснование лазеротерапии микозов верхних дыхательных путей. 1994, №2, с.55.
- Беликова Н.Н., Щербakov В.А.* Использование эндоназальной оптики в лечении экссудативного среднего отита. 1996, №2-3, с.125.
- Беличева Э.Г., Линьков В.И., Науменко В.В.* Особенности тактики лечения риносинусогенных орбитальных осложнений. 1998, №2, с.38.
- Благовещенская Н.С.* Диагностика, осложнения и особенности лечения гигантских остеоом лобных пазух с распространением в полость черепа. 1994. Приложение 2, с.98.
- Благовещенская Н.С.* Ринологические данные в диагностике носовой ликвореи и выборе метода оперативного вмешательства. 1994. Приложение 2, с.113.
- Бобров В.М.* Дыхательная гимнастика Стрельниковой в комплексном лечении экссудативных гайморитов после дренирования верхнечелюстных пазух короткими дренажными трубками. 1997, №2, с.35.
- Бобров В.М.* Лечение больных, страдающих гнойным воспалением лобных пазух. 1998, №2, с.26.
- Бобров В.М.* Применение растворов тримекаина для поверхностной анестезии взрослых и детей в ринологии. 1998, №2, с.40. *Бобров В.М.* Анестезия из одной точки по типу "геомата перепородки носа" при септум-операции. 1998, №2, с.69.
- Бобров В.М., Кашишкова О.П., Шишкин С.А.* Орбитальные риногенные осложнения. 1998, №2, с.38.
- Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И.* Современная терапия аллергических ринитов у детей. 1998, №2, с.49.
- Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И., Якушенкова А.П., Карпухина Н.В.* Ринопронт в терапии риносинуситов и экссудативных отитов у детей. 1999, №1, с.76.
- Богомильский М.А., Чистякова В.Р., Яблонский С.В., Петрова Л.Л.* Ангиофиброма основания черепа в детском возрасте. 1994, Приложение 2, с.96.
- Боечко С.К., Боечко Д.С.* Использование магнитно-лазерного излучения при лечении больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух. 1998, №2, с.30.
- Борзое А.В., Николаев М.П., Макарова О.В.* Выделение тканевых эозинофилов из носовых полипов и исследование их функциональных характеристик. 1994, Приложение 2, с.20.
- Борзое Е.В., Лопатин С.Б.* Исследование носового дыхания методом компьютерной пневмотахометрии. 1996, №2-3, с.42. *Борзое Е.В., Сахаров В.И.* Параназальные синуситы у детей. 1997, №2, с.18. *Брандтзэг П.* Иммунобиология и иммуноморфология слизистой оболочки верхних дыхательных путей. 1996, №2-3, с.13. *Будник И.М., Терещенко Ф.М., Федорова Е.Р.* Значение состояния микрофлоры носа и носоглотки в уточнении этиологии ринитов и аденоидов у детей. 1998, №2, с.47.
- Бульчева Н.А., Экимова Г.М., Сидоренко И.В.* Эффективность топического антигистаминного препарата гистимет у больных аллергическим ринитом. 1998, №2, с.45.
- Буренков Г.И., Полевщиков А.В., Вахрушев С.Г., Андриянова И.В.* Аркуспалатиномия: иммунологические аспекты. 1999, №1, с.76.
- Бухарин О.В., Чернова О.Л., Матюшина С.Б., Райцелис И.В.* Роль биологических свойств возбудителя в определении течения синуситов. 1998, №2, с.16.
- Бухарин О.В., Чернова О.Л., Матюшина С.Б., Райцелис И.В.* Динамика видового состава и биологических свойств микрофлоры у больных гнойными синуситами под воздействием комплексного лечения. 1998, №2, с.16.
- Быкова В.П.* Современные аспекты проблемы тонзиллярной болезни. 1996, №2-3, с.13.
- Быкова В.П.* Морфологические и иммунобиологические аспекты патогенеза полипоза носа. 1998, №2, с.17.
- Быкова В.П., Лопатин А.С., Чукуева Н.Г., Сатдыкова Г.Л.* Состояние слизистой оболочки остиомаатального комплекса при хронических риносинуситах по данным световой и электронной микроскопии. 1994, Приложение 2, с.24.
- Быкова В.П., Лопатин А.С., Пискунов Г.З., Сатдыкова Г.Л.* Ультроструктурная характеристика покровного эпителия слизистой оболочки носа при хронических риносинуситах. 1996, №2-3, с.43.
- Василенко И.Л.* Лечение воспалительных заболеваний околоносовых пазух гидрогелями на основе сорбента регенкур. 1998, №2, с.44.
- Веремеенко К.Н., Рушиевский И.В., Макашев В.Е., Кизим А.И.* Применение полимеров фибрина из аутогенной крови в ринопластике. 1994, Приложение 2, с.72.
- Волков А.Г.* Щадящее лечение переломов стенок лобных пазух. 1996, №2-3, с.74.
- Волков А.Г.* Закрытие дефектов мягких тканей лобной области у больных хроническим остеомиелитом лобной кости. 1998, №2, с.26.
- Волков А.Г., Трофименко С.Л., Кириченко Ю.Г., Ващенко Н.Г.* К патогенетическому лечению полипов носа при аспириновой триаде. 1999, №1, с.76.
- Воржева И.М., Черняк Б.А., Ильина Л.С.* Клиническая эффективность беконазе в лечении аллергических ринопатий. 1996, №2-3, с.25. *Воронкин В.Ф.* Аллергические заболевания носа и околоносовых пазух у работников сельского хозяйства. 1996, №2-3, с.116. *Воронкин В.Ф.* Аллергическая риносинусопатия, вызванная пыльцой риса. 1997, №2, с.18.
- Воронкин В.Ф., Сергеев М.М., Перехода Д.Л.* Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух. 1998, №2, с.37.
- Габидулин А.Д., Шульба И.А., Райцелис И.В., Матчин А.А.* Криогенная терапия храпа. 1998, №2, с.77.
- Гаджимирзаев Г.А.* Сочетанные операции при деформациях наружного носа и его перегородки. 1993, Приложение 1, с.19. *Гаджимирзаев Г.А.* Новые сведения о патогенезе вазомоторного ринита. 1994, Приложение 2, с.34.
- Гаджимирзаев Г.А.* Некоторые соображения по терминологии и классификации вазомоторного ринита. 1997, №2, с.8. *Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А.* Эпидемиология аллергических ринитов у детей в различных климато-географических зонах республики Дагестан. 1998, №2, с.47.
- Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А.* Хирургическая санация верхних дыхательных путей как один из элементов комплексного лечения больных респираторными аллергиями. 1999, №1, с.77. *Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А., Багомедов М.М.* Морфогистохимическая характеристика лимфаденоидной ткани при экспериментальном остром тонзиллите. 1999, №1, с.78. *Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А., Багомедов М.М.* Морфологические изменения в аденоидной ткани под влиянием специфической иммунотерапии. 1999, №1, с.78.
- Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А., Гаджимирзаева Р.Г.* Влияние специфической иммунотерапии на функциональные показатели слизистой оболочки полости носа у больных с атоническим ринитом. 1996, №2-3, с.45.
- Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А., Гаджимирзаева Р.Г.* Специфическая иммунотерапия при атонических риносинуситах. 1999, №1, с.78.
- Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А., Дибиров З.З.* Диагностические и организационные проблемы при риносинусогенных орбитальных осложнениях у детей. 1998, №2, с.60.
- Гаджимирзаев Г.А., Джамалудинов Ю.А., Асланов З.С.* Симультанные операции в ринологии. 1998, №2, с.34.
- Гаджимирзаева Р.Г.* Оценка эффективности специфической иммунотерапии при атонических риносинуситах у взрослых. 1998, №2, с.10. *Гаджимирзаева Р.Г., Гамзатова А.А.* Динамика содержания сывороточных иммуноглобулинов у больных атоническим риносинуситом под влиянием специфической иммунотерапии. 1997, №2, с.36.
- Гамзатова А.А.* Тактика лечения аллергических риносинуситов у детей. 1993, Приложение 1, с.37.
- Гамзатова А.А.* Риносография как критерий эффективности метода специфической иммунотерапии у детей с атоническим ринитом. 1996, №2-3, с.46.
- Гамзатова А.А.* Клинические результаты лечения детей с атоническим ринитом методом специфической иммунотерапии. 1998, №2, с.51.
- Гамзатова А.А., Гаджимирзаев Г.А.* Дифференцированный подход к лечению различных форм вазомоторного ринита у детей. 1994, Приложение 2, с.108.
- Гажитова А.А., Гаджимирзаев Г.А.* Отдаленные результаты лечения детей с атоническим ринитом методом специфической

- иммунотерапии. 1997. №2, с.36.
- Гамзатова А.А., Гаджимирзаев Г.Л. Патогенетическая связь аллергозов верхних и нижних дыхательных путей у детей. 1999. №1, с.78. Гамзатова А.Л., Гаджимирзаев Г.Л. Оценка иммунного статуса больных атоническим ринитом в процессе лечения методом специфической иммунотерапии. 1999. №1, с.78.
- Гамзатова А.Л., Гаджимирзаев Г.А. Дифференциальная диагностика острых поражений верхних дыхательных путей аллергического и инфекционного генеза. 1999. №1, с.78.
- Гамзатова А.А., Гаджимирзаев Т.А., Гаджимирзаева Р.Г. Принципы профилактики аллергозов верхних дыхательных путей. 1999. №1, с.78.
- Гараев Т.А., Атамурадов М.Л., Бостанджян М.Г. К вопросу об интерферонотерапии гнойных гайморитов. 1994. №2, с.56. Гаращенко Т.И. Состояние слуховой трубы и патология полости носа у детей. 1994. Приложение 2, с.107.
- Гаращенко Т.И. Эндоскопическая лазерная хирургия хронических ринитов у детей. 1997. №2, с.57.
- Гаращенко Т.И. О классификации ринитов у детей. 1998. №2, с.48.
- Гаращенко Т.И. Об антрохоанальном полипобразовании у детей. 1998. №2, с.58.
- Гаращенко Т.Н., Богомилский М.Р. Бронхомунал в профилактике рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей. 1999. №1, с.77.
- Гаращенко Т.Н., Богомилский М.Р., Баясинская Г.Л., Якушкова А.П. Применение препарата цикнабсин в комплексном лечении синуситов и дисфункции слуховой трубы у детей. 1998. №2, с.53. Гаращенко Т.И., Володченко В.И., Алейников Д.С., Масычев Д.И. Использование высокоэнергетического лазера на парах меди в ринохирургии у детей. 1993. Приложение 1, с.57.
- Гаращенко Т.И., Китайгородский А.П. Диагностика и лечение орбитальных осложнений острых и хронических синуситов у детей. 1996. №2-3, с.74.
- Гаращенко Т.И., Минаев В.П., Володченко В.Н. Перспективы применения полупроводниковых лазеров в ринохирургии. 1998. №2, с.57. Гаращенко Т.И., Тарасова Г.Д. Роль эндоскопии полости носа в диагностике причин тугоухости. 1998. №1, с.55.
- Гарюк Т.П., Куликова Е.Л., Филатова И.В., Шевченко А.М. Эффективность нового метода лечения гнойного гайморита внутримазушным лазерофорезом. 1994. №2, с.57.
- Гатятуллин Р.Ф., Хайретдинова Т.Е., Файзуллина Д.М. Аллергические риносинуситы у часто болеющих детей. 1997. №2, с.19. Геерманн И. 37-летний опыт микро-эндоскопической хирургии перегородки носа, исех околоносовых пазух и еденного мешка под общей гипотензивной анестезией. 1996. №2-3, с.76. Георгиади Г.Л., Гобеев А.Б. Эффективность лечения гнойных синуситов димексидом в сочетании с антибиотиками. 1996. №2-3, с.26. Говорун М.И., Горохов А.А. Защитная функция слизистой оболочки носа при остром синусите. 1994. №2, с.45.
- Говорун М.М., Горохов А.А., Гофман В.Р. Основные показатели В-системы иммунитета при остром синусите. 1994. Приложение 2, с.31.
- Голдобина Э.Г., Омельчук В.А., Прокопенко В.Д. Биоптол в терапии инфекций верхних дыхательных путей у больных аллергическими заболеваниями. 1999. №1, с.77.
- Горбачевский В.Н., Мыгым К.В., Макашев В.Е., Фжми О.А. Эффективность хирургического лечения деформаций концевой отдела наружного носа. 1993. Приложение 1, с.23. Горбоносое И.В. Опыт использования бензофураона при внутриносных операциях. 1994. №2, с.68.
- Горохов А.А., Алексеев И.Л. К методике определения индивидуальных различий в строении носа и околоносовых пазух. 1994. №2, с.44. Гофман В.Р., Бондарук В.В. Частота поражения задней группы околоносовых пазух по данным компьютерной томографии. 1997. №2, с.19.
- Гофман В.Р., Бондарук В.В. Нозый подход к диагностике латентных синуситов. 1998. №2, с.23.
- Гофман В.Р., Бондарук В.В. Частота латентных синуситов задних околоносовых пазух, выявленных при анализе КТ-головы. 1998. №2, с.24.
- Гофман В.Р., Киселев Л.С., Герасимов К.В. Риноманометрия в диагностике хронических ринитов. 1994. Приложение 2, с.8. Гофман В.Р., Киселев Л.С., Ткачук И.Л. Применение лазеротерапии при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух. 1997. №2, с.36.
- Гофман В.Р., Киселев Л.С., Ткачук И.В. Применение лазеротерапии при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух. 1998. №2, с.30.
- Гофман В.Р., Иовзун С.А., Киселев Л.С., Ткачук И.В. Морфологическое обоснование показаний к оперативному вмешательству на околоносовых пазухах. 1998. №2, с.33. Гребенников А.Н., Шевченко Л.Г., Васильев А.Ю. Значение функциональной оценки проходимости соустьев околоносовых пазух и практике врачебно-летней экспертизы. 1994. Приложение 2, с.23.
- Гребенникова Л.А., Крылова Н.В. Необходимость иммунологического контроля в лечении и профилактике хронических риносинуситов. 1994. Приложение 2, с.29.
- Григорьев В.П., Железнова В.В. Методика лечения нервегетативной формы вазомоторного ринита у детей. 1994. №2, с.58. Григорьев Г.М., Заганнова Н.С., Ноговицын И.А., Тушинолов И.М. К диагностике и врачебной тактике при осложненных синуситах. 1998. №2, с.37.
- Григорьев Г.М., Тамилов И.И., Заайнова Н.С., Абдулкеримов Х.Т. Об ошибках при оказании неотложной помощи при носовых кровотечениях. 1994. Приложение 2, с.117.
- Гришко В.Ю. Лечебная тактика при острых и хронических фронтитах. 1998. №2, с.65.
- Громаков В.А. Геломиртол форте в лечении острых и хронических синуситов. 1997. №2, с.37.
- Грушевская О.А., Давыдов В.В., Каменка Р.К., Каргова И.В. Одномоментная риноспонтоластика. 1994. Приложение 2, с.86. Гущиков М.В., Винников А.К. Аденомы решетчатого лабиринта. 1998. №2, с.32.
- Гущиков М.Л., Винников А.К., Мирошниченко И.А. Лечение больных со злокачественными опухолями решетчатого лабиринта. 1998. №2, с.33.
- Гурш М.Л. О лечении деформаций носовой перегородки у детей. 1993. Приложение 1, с.36.
- Гурьев И.С., Завьялов Ф.П., Елькова С.Г., Алексеев А.В., Быканова Т.Г. Удаление кист из верхнечелюстной пазухи под эндоскопическим контролем. 1998. №2, с.65.
- Гусак В.К., Нечиторенко В.Н., Резниченко В.И., Романенко Р.Н., Гринева В.А. Опыт применения контрастной сфенографии в диагностике заболеваний околоносовых пазух. 1996. №2-3, с.47. Гусаков Л.Д., Катарин В.А., Мэры Х.А., Пикитчин С.Д. Подслизистая остеоконхотомия при лечении вазомоторного ринита. 1993. Приложение 1, с.51.
- Гусаков Л.Д., Никитчин С.Д. Клиническая эффективность хирургических методов лечения вазомоторных ринитов. 1998. №2, с.15.
- Гусева Л.А. Лечение вазомоторных ринитов у больных с бронх-легочной патологией. 1994. Приложение 2, с.39. Гусан Л.О. Посттравматический ринолордоз и его лечение. 1994. Приложение 2, с.84.
- Лотам Л.О. Методика хирургического лечения деформаций носа. 1996. №2-3, с.77.
- Гусан Л.О. Сравнительная оценка эффективности различных иммобилизирующих повязок в ринопластике. 1998. №2, с.73. Гусан Л.О., Гусан С.А. Лечение острых и хронических фронтитов внутривазушным лазерофорезом. 1997. №2, с.37. Лосям Л.О., Гусан С.А. Тактика ринохирурга при сочетанной деформации носа и воспалении околоносовых пазух. 1998. №2, с.70. Гусан Л.О., Гусан С.А. Эндоназальная ультразвуковая кавитация фликсоназе в терапии аллергических риносинуситов. 1999. №1, с.78. Давыдова А.П., Золотова Т.В. Клинико-иммунологическое обоснование применения биоселена в лечении хронических аденитов у детей с вторичным иммунодефицитом. 1999. №1, с.80. Данхес Н.А., Давидов Х.Ш. Квантован гемотерапия при заболеваниях околоносовых пазух. 1994. Приложение 2, с.45.
- Даурова А.А., Ягольникова О.В. Применение комплексного антигипоксического препарата траумель при травмах носа в детской ринохирургии. 1998. №2, с.54.
- Державина Л.Л. Риноманометрия и акустическая ринометрия. 1996. №2-3, с.48.
- Державина Л.Л., Козлов Д.С., Жуков С.К., Шилеников Л.Л. Современные неинвазивные компьютерные методы исследования в оценке результатов хирургического лечения хронического синусита. 1997. №2, с.20. Дерюгина О.В., Савицкая К.И., Русанова Е.Л., Черненко Г.Л. Клинико-иммуно-микробиологическая характеристика больных с риносинусогенными орбитальными и внутричерепными осложнениями. 1996. №5, с.41. Дерюгина О.В., Пархимович Я.М. Клинические особенности

- риноцеребральной формы мукормикоза. 1997, №2, с.20.
Дерюгина О.В., Широчина О.А., Платонова Л.Г. Риносинусогенные орбитальные осложнения в КТ диагностике. 1998, №2, с.37.
Джамалудинов Ю.А. Лечение хронических атрофических ринитов у работников производства стекловолнока. 1994, Приложение 2, с.112.
Джамалудинов Ю.А., Асланов З.С. Наш опыт риносептопластики при комбинированных деформациях носовой перегородки и наружного носа. 1993, Приложение 1, с.18.
Джамалудинов Ю.А., Гаджиев А.С., Гаджимирзаева Р.Г. Применение рибомунилы для профилактики рецидивов у больных хроническим риносинуситом. 1996, №2-3, с.27.
Джамалудинов Ю.А., Эфендиев М.М., Адукова П.Ш. Комплексное лечение вазомоторного ринита. 1999, №1, с.80.
Диденко В.И., Гусаков А.Д. Реконструктивно-пластическая хирургия лобных пазух с использованием губчатой аутокости и костного мозга. 1996, №2-3, с.78.
Диденко В.И., Гусаков А.Д., Филимонов Н.Н., Каширин В.А. Использование губчатой аутокости и костного мозга в реконструктивно-пластической хирургии при атрофических ринитах иоэне. 1993, Приложение 1, с.60.
Диденко В.И., Гусаков А.Д., Эль-Эйт-Халед. Аутоотрансплантация губчатой кости и костного мозга в ринохирургии. 1994, Приложение 2, с.60.
Дискалеико В.В. Современные взгляды на хирургическое лечение синуситов. 1994, Приложение 2, с.62.
Добротин В.Е., Боев М.В. Дифференциальная диагностика между мозговой грыжей и полипом носа. 1996, №2-3, с.49. *Долгое А.М., Шульга И.А., Дерюгина О.В.* Нарушение системы гемостаза у больных фурункулом носа, осложненным тромбозом кавернозного синуса. 1995, №2, с.50.
Доценко Э.А. Специфическая терапия (СИТ) - патогенетический метод лечения полиноза. 1999, №1, с.80.
Доценко А.Э., Прищепа И.М., Литвиненкова И.А. Акарологический анализ жилищ больных аллергическим ринитом. 1999, №1, с.81. *Драф В.* Хирургия лобной пазухи: состояние вопроса на 1996 год. 1996, №2-3, с.79.
Дрылов Г.И., Гетте Н.А., Карпушкина А.В., Балаболкин И.И., Бологое А.А., Ильина Н.И., Беда М.В., Пересецкий А.А. Эффективность применения интраназального аэрозоля фликсоназе у больных с сезонным аллергическим ринитом. 1997, №2, с.38. *Дэйвис Д.Х., Керн Е.Б., Слэйвит Д.Х.* Ринологические аспекты трансназальной хирургии гипофиза. 1994, №2, с.77. *Ельков И.В., Астахов Г.М., Кузнецова О.Н.* Лечение персистирующей вирусной инфекции при хроническом гайморите. 1994, Приложение 2, с.54.
Енин И.П., Карпов В.П., Моренко В.М., Ягода Н.Л., Фаянс А.Д. Местное применение антигистаминных препаратов при аллергических риносинуситах. 1994, №2, с.61.
Енин И.П., Карпов В.П., Сиволова Н.А. Динамика некоторых функциональных показателей слизистой оболочки полости носа у больных сезонными аллергическими риносинуситами в процессе лечения. 1996, №2-3, с.50.
Енин И.П., Карпов В.П., Сиволова Н.Л. Лечение сезонных аллергических риносинуситов у детей. 1996, №2-3, с.117. *Енин И.П., Сиволова Н.А.* Особенности поражения респираторного тракта у детей при сезонных аллергических риносинуситах (поллинозах). 1997, №2, с.21.
Енин И.П., Сиволова Н.А., Карпов В.П. Эндоназальная специфическая иммунотерапия сезонных аллергических риносинуситов (поллинозов) у детей. 1997, №2, с.39.
Енин И.П., Сиволова Н.А., Карпов В.П. Неспецифическая терапия сезонных аллергических риносинуситов у детей. 1998, №2, с.51. *Ермеков Т.Т., Сатыбалдиева Ж.А., Искендерова О.Ж.* Модифицированные аллергены в диагностике и лечении аллергических заболеваний дыхательных путей. 1996, №2-3, с.118.
Желобов В.Т. Лечение синусита и его осложнений у взрослых и детей. 1994, Приложение 2, с.61.
Жолобов В.Т. Фиброскопия в диагностике заболеваний верхних дыхательных путей. 1994, №2, с.50.
Жолобов В.Т. К вопросу о классификации риносинуситов. 1997, №2, с.9.
Жолобов В.Т. К вопросу эстетической ринопластики и септопластики. 1998, №2, с.68. *Жолобов В.Т., Шехтман В.И.* К вопросу эндоназальной ринопластики и риносептопластики. 1993, Приложение 1, с.21.
Жуков С.К. Лечение хронических синуситов у больных бронхиальной астмой ЯМИК-методом. 1998, №2, с.29.
Жуков С.К., Козлов В.С. Подготовка больных бронхиальной астмой к корригирующим эндоназальным операциям с применением синус-катетера "ЯМИК". 1993, Приложение 1, с.47.
Жуковский А.М., Тарасова Г.Д. Эптеросорбенты в комплексном лечении аллергических заболеваний ЛОР-органов в детском возрасте. 1997, №2, с.39.
Жуланов А.И., Горохов С.В., Климова И.И. Применение клофелина и анестезиологическом обеспечении при операциях на носовой перегородке. 1998, №2, с.56.
Заболотный Д.И., Мельников О.Ф., Кишук В.В. Роль небных миндалин в местном иммунитете слизистой оболочки носа. 1999, №1, с.81.
Заболотный Д.И., Мельников О.Ф., Тимен Г.Э. Иммунологический механизм в хирургическом лечении больных аллергическим ринитом. 1994, Приложение 2, с.28.
Заболотный Д.И., Мишин К.В., Веремеенко К.И., Макашева В.Е., Кучеренко Т.Н. Применение клеевых композиций фибрина в ринопластике. 1996, №2-3, с.80.
Заболотный Д.И., Яремчук С.Э. Использование ингаляций раствора фуросемида в противорецидивном лечении полипозного риносинусита. 1998, №2, с.41.
Завалий М.А., Балабанцев А.Г., Богданов В.В. Опыт применения мирамистина при лечении синуситов. 1998, №2, с.44. *Завьялов Ф.Н.* Причины возникновения и стадии развития антрохоанальных полипов. 1998, №2, с.65.
Завьялов Ф.Н., Пискунов И.С., Пирогов В.Г. Диагностика и хирургическое лечение хоанальных полипов. 1996, №2-3, с.81. *Зайцев А.В.* Из опыта лечения вазомоторного ринита. 1998, №2, с.12. *Зайцев В.С., Березнюк В.В., Соколенка Я.Б.* К вопросу о диагностике и лечении риногенных орбитальных осложнений. 1998, №2, с.36. *Зайцев В.С., Соколенка С.М., Соколенка Я.Б.* Риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения. К вопросу о диагностике и лечебной тактике. 1994, №2, с.84.
Затолака Д.А., Доценко Э.А., Затолака А.С., Путилина Т.А., Батов В.В. Применение аллогенного трансплантата при хирургическом лечении полипозного синусита. 1999, №1, с.81.
Захарова Т.П. Состояние мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки носа и околоносовых пазух при хронических риносинуситах. 1997, №2, с.21.
Захарова Г.Л., Шабалин В.В., Юрченко Л.В. Диагностика и коррекция нарушений мукоцилиарного транспорта при хронических воспалительных заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей. 1998, №2, с.76.
Зеленкин Е.М. Рефлекторный вибромассаж в лечении острых фронтитов. 1998, №2, с.25.
Зенгер В.Г., Володкевич С.М., Дерюгина О.В. Реконструкция при конвенциональных операциях носа и околоносовых пазух. 1993, Приложение 1, с.29.
Зенгер В.Т., Дерюгина О.В. Возможности ангиографического исследования и эмболизации ветвей наружной сонной артерии при носовых кровотечениях. 1994, Приложение 2, с.13.
Зиборова Н.В., Маккаев Х.М. Опыт оперативного лечения искривленной носовой перегородки в детской оториноларингологии. 1998, №2, с.59.
Зиборова Н.В., Маккаев Х.М., Гусейнов А.Т., Тангиев Т.М., Святкина О.Б. Высвобождение лейкотриенов из лейкоцитов детей с воспалением верхнечелюстных пазух под действием ФАТ и опсонизированного зимозана in vitro. 1998, №2, с.48.
Зиборова Н.В., Маккаев Х.М., Раба Г.Л., Виноградова Т.В. Клинико-иммунологические особенности воспалительного процесса в околоносовых пазухах у детей. 1996, №2-3, с.15.
Зотов Д.Ю., Пискунов Г.З. Метод функциональной эндоназальной операции на верхнечелюстной пазухе. 1995, №2, с.43.
Зуев Л.А., Балабанцев А.Г., Бондаренко А.А., Гуляева Л.В., Летягина Л.Н., Завалий М.Л. Практика диагностики и лечения риногенных орбитальных осложнений у детей. 1996, №2-3, с.82.
Иванченко Г.Ф., Григорян С.С., Константинов А.Е., Лялик Г.В., Шепелева Г.К. Иммунологический и интерфероновый статус у больных полипозным риносинуситом. 1998, №2, с.20.
Извин А.И. Применение гомеопатических препаратов в профилактике рецидивов полипозного синусита. 1997, №2, с.40.

- Ильенко Л.И., Гаращенко Т.И., Богомилский М.Р., Бабакина Л.А.* Гомеопатические препараты в лечении заболеваний носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей. 1998, №2, с.53.
- Ильина И.И., Лут: Л.В., Клевцова М.Н., Туздукова Е.Б.* Клиническая эффективность и переносимость назонекса при сезонных риноконъюнктивитах. 1999, №1, с.81.
- Ильинская Е.В., Захарова Г.П.* Электронномикроскопические особенности слизистой оболочки верхнечелюстных пазух у больных кистоподобными образованиями. 1998, №2, с.18.
- Исаков В.Ф., Алферов В.С., Уваров Л.Л.* Современные методы диагностики злокачественных опухолей полости носа. 1994, Приложение 2, с.95.
- Казимирко П.П., Попки И.М., Плаксивый А.Г.* Местная активация парасимпатического тонуса у больных хроническим гнойным гайморитом. 1996, №2-3, с.52.
- Калинин М.А.* Содержание иммуноглобулина А в носовом секрете при воспалительном стенозе гортани у детей. 1996, №2-8, с.16.
- Качалов И.И., Алиматов Х.А., Сабиров А.И.* Сравнительная оценка результатов лечения синуситов. 1997, №2, с.22.
- Кандауров И.Ф.* Реоринографические исследования сосудистой системы слизистой оболочки полости носа у детей, больных ревматизмом. 1997, №2, с.22.
- Кандауров И.Ф.* Цитоморфологические изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей у детей, больных ревматизмом. 1997, №2, с.23.
- Катиц И.* Функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух техника Мессерклиппера. 1994, №2, с.75.
- Кариева О.В.* Цедекс - антибиотик нового поколения для лечения ЛОР-патологии у взрослых и детей. 1998, №2, с.46.
- Карнеева О.В., Богомилский М.Р.* К вопросу о септопластике у детей. 1994, Приложение 2, с.104.
- Карнеева О.В., Богомилский М.Р., Леонидов Н.Б., Фитилев С.Б., Кляжев В.Л.* Леокаин - местный анестетик нового поколения в ринологической практике. 1996, №2-3, с.109.
- Карпов В.У., Енин И.И., Сиволова Н.А.* Магний го-лазерная терапия сезонных аллергических риносинуситов (поллинозов) у детей. 1998, №2, с.50.
- Касши В.К.), Николаев М.П., Николаев Р.М., Кривцов Г.Г., Тезикова Л.А.* Экспериментально-клиническое обоснование использования биокерамики в ринохирургии. 1994, Приложение 2, с.83.
- Катинас Е.Б., Лавренова Г.В., Марченко В.Н.* К вопросу о комплексном лечении нейровегетативной формы вазомоторного ринита. 1997, №2, с.40.
- Ван Каувенберг/ П., Экторс Л.* Последние достижения в изучении вирусных ринитов. 1994, №2, с.53.
- Ван Каувенберг П., Кляйс С., Кузьель К.* М-клетки и лимфоцитопатические контакты в глоточной миндалине. 1996, №2-3, с.16.
- Ван Каувенберг П., Экторс Л.* Противовирусная терапия при риновирусной инфекции. 1996, №2-3, с.28.
- Каширин В.А., Мерхи Х.А.* К вопросу об экспериментальном вазомоторном рините. 1994, Приложение 2, с.35.
- Киселев А.С., Андроненков В.А.* К вопросу о посттравматическом остеомиелите лобной кости. 1998, №2, с.26.
- Киселев А.С., Бондарук В.В.* Функциональная активность реснитчатых клеток мерцательного эпителия слизистой оболочки различных отделов носа в норме и при патологии. 1997, №2, с.23.
- Киселев А.С., Бондарук В.В.* Функциональная активность реснитчатых клеток мерцательного эпителия слизистой оболочки различных отделов носа в норме и при патологии. 1998, №2, с.76.
- Киселев А.С., Букреев А.Н.* Значение некоторых рентгенологических признаков в эндоназальной хирургии. 1994, Приложение 2, с.11.
- Киселев А.С., Гофман В.Р., Лушикова Т.А.* Результаты хирургической реабилитации больных оптохиазмальным арахноидитом. 1994, Приложение 2, с.58.
- Киселев А.С., Лушикова Т.А., Мельник В.Ф.* О некоторых сфероидальных синдромах. 1994, Приложение 2, с.9.
- Киселев А.С., Лушикова Т.А., Руденко Д.В.* Варианты и anomalies развития области клиновидной пазухи и их клиническое значение. 1998, №2, с.21.
- Кицера А.Е., Борисов А.А.* О классификации и формулировке диагноза деформаций скелета наружного носа. 1993, Приложение 1, с.10.
- Кицера А.Е., Борисов А.А.* Септоортопластика - методы и варианты. 1993, Приложение 1, с.30.
- Кицера А.Е., Пошивак Б.А.* Применение сорбента "Полисорб" в диагностике и лечении параназальных синуситов. 1994, №2, с.60.
- Климанцев С.А.* Интраоперационный мониторинг в ринохирургии. 1996, №2-3, с.109.
- Климанца С.А., Рязанцев С.В.* Риногенные нарушения ритма сердца. 1994, Приложение 2, с.11.
- Климова И.И., Целищев В.А.* Динамика распространенности хронической патологии носа и околоносовых пазух у детей Новокузнецка. 1998, №2, с.47.
- Клочихин А.Л., Марков Г.И., [Пиленкова В.В.* Течение послеоперационного периода у больных в временным эндопротезированием вновь сформированного лобно-носового соустья после операций на лобных пазухах. 1996, №2-3, с.83.
- Ковалева Л.М., Дроздова М.В., Полевиков А.В.* Сравнение показателей общего и секреторного гуморального иммунитета у детей с риносинуситами. 1997, №2, с.24.
- Ковалева Л.М., Ланцов А.А., Мефодовская Е.К.* О сфеноидитах у детей. 1998, №2, с.58.
- Козлов В.С.* Некоторые детали функциональной эндоназальной хирургии. 1993, Приложение 1, с.42.
- Козлов В.С.* Реконструктивная хирургия внутриносовых структур. 1994, Приложение 2, с.63.
- Козлов В.С.* Эндоназальные оперативные вмешательства при ретробульбарных абсцессах. 1995, №2, с.54.
- Козлов В.С.* Минимально инвазивная хирургия параназальных синуситов. 1996, №2-3, с.84.
- Козлов В.С.* Транссептальная фронтотомия. 1997, №2, с.58.
- Козлов В.С., Бобров Д.А., Слезкина И.Г.* Микроэндоскопическая эндоназальная дакриориноринитостомия. 1998, №2, с.63.
- Козлов В.С., Шиленков А.А., Жуков С.К.* Лечение рецидива синусита после эндоназальной хирургии с помощью синус-катетера "ЯМИК"-5. 1994, Приложение 2, с.49.
- Козлов В.С., Шиленков А.А., Жуков С.К.* Минимально инвазивная хирургия при параназальных синуситах. 1995, №2, с.41.
- Кокоша Б.П.* Наш опыт клеевого соединения тканей и кратковременной тампонады после подслизистой резекции перегородки носа. 1994, Приложение 2, с.82.
- Кокоша Б.П.* О контрастировать околоносовых пазух этиотрастом. 1998, №2, с.76.
- Колобаева И.О.* Аллергические заболевания дыхательных путей у подростков. 1999, №1, с.82.
- Колтанов В.П., Нараев Б.Г.* Наш опыт применения ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин. 1996, №2-3, с.85.
- Константинов А.Е., Иванченко Г.Ф.* Иммуный и интерфероновый статус у больных с инвертированной папилломой полости носа. 1999, №1, с.82.
- Константинов А.Е., Иванченко Г.Ф., Григорян С.С.* Использование интерферонов и их индукторов в лечении полипозного риносинусита. 1999, №1, с.82.
- Константинов А.Е., Иванченко Г.Ф., Григорян С.С.* Оценка показателей интерфероновый статус в лечении больных полипозным риносинуситом. 1999, №1, с.82.
- Константинов А.Е., Иванченко Г.Ф., Григорян С.С., Арзуманян В.Т., Ляликова Г.В., Тарасова Г.Д., Шепелева Г.К., Николаев Р.М.* Иммунологический и интерфероновый статус у больных с фибковыми поражениями полости носа. 1999, №1, с.83.
- Копнев В.Б., Шацкая П.Х.* Злокачественные новообразования полости носа, носоглотки и околоносовых пазух в г.Москве. 1994, Приложение 2, с.94.
- Коренченко С.В., Сухачев Е.А.* Прогностическое значение уровня фибриногена плазмы у больных постоянным аллергическим ринитом. 1998, №2, с.9.
- Коренченко С.В., Сухачев Е.А., Калашиков И.А.* Микрогемодикуляторные изменения при аллергическом рините. 1997, №2, с.25.
- Корниченко А.М.* Структурная деформация полости носа как причина некоторых видов пропозадгии. 1994, №2, с.48.
- Король И.М., Балашко И.С.* Показания к операции при фронтобазальных переломах. 1994, №2, с.87.
- Коршиков В.Н., Юдина С.М., Пискунов С.З., Смирникова И.А., Ерофеева Л.Н.* Клиническая эффективность препаратов цитокинов в комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями верхнечелюстных пазух. 1999, №1, с.52.

- Костров Н.И.* Функциональное состояние надпочечников при подопозе носа и хронических гайморитах. 1994, Приложение 2, с. И8.
- Кравченко О.В., Пискунов Г.З.* Результаты клинического испытания рибомунилы в оториноларингологии. 1996, №2-3, с.29.
- Кравчук А.Л.* Исследование гемодинамики слизистой оболочки носа и носового дыхания с помощью трансиллюминационной пульсографи. 1997, №2, с.26.
- Кралина И.П., Косякова Э.И.* Результаты лечения хронического полипозного риносинусита кортикостероидным препаратом назонекс. 1999, №1, с.83.
- Кралина И.П., Кралин Д.Ю., Перекрест А.И.* Лечение рецидивирующего полипозного синусита кеналогом-40. 1994, Приложение 2, с.50.
- Кралина И.П., Перекрест А.И., Ведихина И.А., Кралин Д.Ю.* Показатели местного и общего иммунитета при хроническом рецидивирующем полипозном синусите. 1998, №2, с. 19.
- Красножон В.Н.* Опыт эндоскопической функциональной ринохирургии в условиях ринологического центра. 1995, №2, с.39.
- Красножон В.Н.* Видеоэндоскопическая хирургия кист верхнечелюстных пазух. 1997, №2, с.58.
- Кржечковская Г.К., Мосиянц Г.Г.* Вопросы ринологии в сурдологии. 1994, №2, с.79.
- Кржечковская Г.К., Мосиянц Г.Г.* О тактике оториноларинголога при медикаментозной ринопатии. 1996, №2-3, с. 126.
- Кривошинов А.А.* Эффективность антисептических свойств гипосульфита натрия в лечении хронических гнойных гайморитов. 1996, №5, с.42.
- Кротов А.Ю.* Методические подходы в диагностике и коррекции обонятельной дисфункции при хронических риносинуситах. 1997, №2, с.26.
- Кротов А.Ю.* Консервативная и микрохирургическая реабилитация дисфункции обонятельного анализатора. 1998, №2, с.64.
- Кротов А.Ю., Захарова Г.Л., Накапай: С.Я.* Комплексный подход в предварительной диагностике и реабилитации больных, подлежащих восстановительной эндоскопической ринохирургии. 1998, №2-3, с.52.
- Крымская Р.П., Козлова А.М., Семенова Г.И.* К ВОПРОСУ клиники и терапии острых нейросенсорных нарушений обоняния. 1996, №2-3, с. 127.
- Крымская Р.П., Романовская Л.Д., Гресько Е.В., Посметная Т.Д.* Прозопалгии риногенного и одонтогенного происхождения в оториноларингологической практике. 1997, №2, с.27.
- Крымская Р.П., Цыганков В.Г.* К опыту применения гомеопатической терапии у ринологических больных в послеоперационном периоде. 1998, №2, с.40.
- Кувишинова Н.Б., Шеврыгин Б.В., Нацисте Р.П.* Метаболическая терапия при оперативной коррекции внутриносовых структур у детей. 1993, Приложение 1, с.58.
- Кулагин Н.И., Гутиева Т.Х., Танаканян Р.С.* Лечение хронических гипертрофических и вазомоторных ринитов методом ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин. 1996, №2-3, с.86.
- Куль М., Луоттер Л.* Эндонозальная лазерная реконструкция слезоотводящих путей глаза. 1994, №2, с.73.
- Кунельская В.Я.* Клиника и терапия грибковых заболеваний полости носа. 1994, №2, с.62.
- Кунельская В.Я.* Новые методы лечения грибковых заболеваний околоносовых пазух. 1996, №2-3, с.30.
- Куницкий В.С., Ситников В.П.* Особенности некоторых функциональных механизмов полости носа у детей зоны жесткого контроля. 1994, Приложение 2, с.103.
- Куроно Ю., Моти Г.* Иммунные ответы слизистой оболочки носа. 1998, №2, с.80.
- Куря В.Ф., Прокопишина Л.В.* Опыт применения азеластина в лечении аллергического ринита. 1999, №1, с.83.
- Кученев Ю.А., Ермеков Т.Т., Джайнакбаев Н.Т.* Респираторные аллергии в южных регионах Казахстана: особенности этиологии и клиники. 1996, №2-3, с.119.
- Лавренова Г.В., Глушова Е.Ю., Катинас Е.Б.* Лечение вазомоторного ринита препаратом Aller Calm. 1998, №2, с.43.
- Лавренова Г.В., Глушова Е.Ю., Остринская Т.В.* Клиническое применение Super chlorophyll concentrate в лечении острых гайморитов. 1998, №2, с.43.
- Лавренова Г.В., Трофименко Н.П., Кузьменко У.Я., Кузьменко Д.У.* Фитоиммунокоррекция при хронических ринофарингитах у шахтеров-угольщиков. 1994, Приложение 2, с.32.
- Лазарев В.Н., Скрябин А.С.* Использование донорской (родительской, одноклассниковой) сыворотки крови при хроническом гнойном воспалении околоносовых пазух у детей. 1998, №2, с.53.
- Ланцов А.А., Оганесян С.С.* Ретроградное выведение крыльчатых хрящей в рану и его значение при коррекции кончика носа. 1993, Приложение 1, с.24.
- Ланцов А.А., Рязанцев С.В.* К вопросу о классификации ринитов. 1997, №2, с.9.
- Лебедев В.В., Шульга И.А., Матчин А.А., Овчинникова У.К.* Риногенные проявления аномалий шиловидного отростка. 1998, №2, с.77.
- Ледяев М.Я., Мельникова Г.И., Волчанский Е.И., Шахова Е.Г.* Оценка функционального состояния сосудистой системы у детей с аллергическим ринитом. 1998, №2, с.49.
- Лиманский С.С.* Функциональная хирургия носа и околоносовых пазух. 1996, №2-3, с.87.
- Лиманский С.С.* Обоснование классификации синуситов. 1997, №2, с.10.
- Лиманский С.С.* Этапный принцип лечения хронических синуситов. 1998, №2, с.29.
- Линьков В.И., Вержбицкий Г.В., Цурикова Г.Л., Панькина П.А.* Хоанальный полип основной пазухи в детском возрасте. 1998, №2, с.58.
- Линьков В.И., Гаспарян Э.Г., Гребенникова Л.А.* Функции носа у больных пейрвегетативной формой вазомоторного ринита при гшютиреозе. 1998, №2, с.9.
- Линьков В.И., Гренкова Л.Г., Беличева Э.Г., Долинин А.Г.* Интенсивная терапия риногенных внутричерепных осложнений. 1998, №2, с.36.
- Линьков В.И., Цурикова Г.Л., Раевский К.К., Нуралова И.В.* Хламидийная инфекция при хроническом воспалении носоглоточной миндалины. 1994, Приложение 2, с. 106.
- Литвиненко С.Н., Тимошенко А.И.* Опыт применения дипривана при анестезиологическом обеспечении микроэндоскопических эндоназальных операций. 1998, №2, с.67.
- Лобурец В.В., Безиначный С.Б.* Морфофункциональные нарушения полости носа в генезе воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. 1994, №2, с.47.
- Лошинов С.Н.* Лечение лактобактериом острого инфекционного ринита у новорожденных и детей грудного возраста. 1998, №2, с.52.
- Лонский В.В.* Щадящее хирургическое вмешательство при кистах верхнечелюстных пазух. 1996, №2-3, с.88.
- Лонский В.В.* Хирургическое лечение больных одонтогенным гайморитом. 1997, №2, с.59.
- Лонский В.В., Межебоцкий В.Р., Ланская Е.В.* К вопросу о хирургическом лечении полипозного синусита при аспириновой триаде. 1999, №1, с.83.
- Лонский В.В., Шульга И.А.* Диагностика и хирургическая тактика при тяжелых носовых кровотечениях. 1998, №2, с.78.
- Лопатин А.С.* Использование законов биомеханики хряща при коррирующих операциях на перегородке носа. 1993, Приложение 1, с.34.
- Лопатин А.С.* Принципы общей и местной стероидной терапии в лечении полипозного риносинусита. 1996, №2-3, с.31.
- Лопатин А.С.* Хирургия перегородки носа: септопластика или подслизистая резекция? 1996, №2-3, с.89.
- Лопатин А.С.* О международной классификации ринитов. 1997, №2, с.10.
- Лопатин А.С.* Эффективность интраназального аэрозоля беклометазона дипропионата в комплексном лечении полипозного синусита. 1997, №2, с.41.
- Лопатин А.С.* Этмохоанальные полипы - диагностика и лечение. 1997, №2, с.59.
- Лопатин А.С.* Основные методики эндоскопической коррекции деформаций перегородки носа. 1998, №2, с.66.
- Лопатин А.С.* Осложнения эндоназальной эндоскопической хирургии околоносовых пазух. 1998, №2, с.67.
- Лопатин А.С., Арцыбашева М.В.* Магнитно-резонансная томография в исследовании полости носа и околоносовых пазух. 1996, №2-3, с.54.
- Лопатин А.С., Пискунов Г.З.* Наш опыт функциональной внутри носовой эндоскопической хирургии. 1994, Приложение 2, с.67.
- Лопатин А.С., Пискунов Г.З.* Функциональная эндоскопическая ринохирургия с использованием микродебрайдера. 1996, №2-3, с.90.
- Лопатин А.С., Пискунов Г.З., Зацеда Т.В.* Эндоскопическая хирургия хронического полипозного синусита при его сочетании с бронхиальной астмой и непереносимостью аспирина. 1995, №2, с.40.

- Лопатин Л.С., Пискунов Г.З., Лукьянов В.М., Харитонов В.Ю.* Новые возможности интраосрационного гемостаза. 1996, №2-3, с.111.
- Лопатин Б.С., Ворлов Е.В.* Показатели местного иммунитета у детей с хроническим катаральным ринитом. 1994, Приложение 2, с.26.
- Лопатин Б.С., Борзое Е.В., Назаров С.В., Хомякова Л.Л., Пахрова О.Л.* Состояние перекисного окисления липидов и реологические свойства эритроцитов у больных полипозным этмоидитом. 1996, №2-3, с.53.
- Лопатин Б.С., Дьяченко Т.Н., Лопатин С.В.* О некоторых тенденциях в лечении вазомоторного ринита. 1996, №2-3, с.128.
- Лопатин Б.С., Николаев М.П., Лопатин С.В., Чей-жа А.Л.* Сравнительная оценка эффективности разных методов хирургического лечения вазомоторного ринита в сочетании с инфракрасной лазеротерапией в послеоперационном периоде. 1998, №1, с.15.
- Лопатин С.В.* Инфракрасное лазерное излучение в комплексном лечении вазомоторного ринита. 1994, Приложение 2, с.36.
- Лопатин С.В., Чей-жа А.А.* Инфракрасное лазерное излучение в лечении вазомоторного ринита. 1998, №2, с.11.
- Лопотко А.И.* Вазомоторные риниты (диагностика, лечение). 1994, Приложение 2, с.18.
- Лопотко Л.И.* Риновазография в оценке гемодипамии слизистой оболочки носа у здоровых людей молодого и старческого возраста. 1996, №2-3, с.56.
- Лоцманов Ю.М., Князев А.В.* Варианты аутогемотерапии в лечении аллергического ринита. 1998, №2, с.10.
- Лоцманов Ю.А., Шкабров В.В.* Метод клиренса водорода в оценке эффективности магнитотерапии вазомоторного ринита. 1994, Приложение 2, с.37.
- Лутирь А.В.* Лечение хронического вазомоторного ринита методом лазеропунктуры. 1994, Приложение 2, с.39.
- Лус-с.Л.В., Ильина Н.И., Лысикова И.В.* Распространенность симптомов аллергического ринита в Московском регионе. 1999, №1, с.84.
- Луштов М.С., Комарец С.А., Красковская С.В., Старченко А.А., Лавренева Г.В., Прилукова Т.Н., Колжакер Ю.В.* Функционал качества - новый показатель сопряженности функциональных систем у больных риносинусогенным оттохизмальным арахноидитом. 1998, №2, с.35.
- Магомедов Г.М.* Коррекция деформаций впауринососовых структур в пожилом возрасте и у долгожителей. 1993, Приложение 1, с.38.
- Максимов В.Ю., Леонов А.В., Новиков С.Е.* Применение функциональной микрохирургии при хронических дакриоциститах. 1998, №2, с.63.
- Мишиховская В.И., Перобеев А.И.* Ринопластика при комбинированных дефектах лица. 1993, Приложение 1, с.16.
- Манукян Д.Э., Нецарский Б.М., Махлиновская Я.В.* Использование сорбентов и лазеротерапии в лечении больных стафилококковыми риносинуситами. 1994, Приложение 2, с.51.
- Марков Г.М., Ключихин А.Л., Карпов В.А.* Полимерное эндопротезирование лобно-посового соустья после радикальных операций на лобной пазухе. 1994, Приложение 2, с.64.
- Марков Г.И., Марков М.Г.* Лекарственные смеси для лечения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. 1994, №2, с.65.
- Маркова Т.П., Гаращенко Т.Н., Ильенко Л.И., Бабакина Л.А.* Клинико-иммунологические показатели у больных полипозным риносинуситом. 1996, №2-3, с.17.
- Маркова Т.П., Гаращенко Т.И., Чувиров Д.Г.* Состояние иммунитета у детей с хроническими риносинуситами. 1999, №1, с.84.
- Мартинкелас Л.* Наш опыт в функциональной эндоскопической хирургии. 1994, №2, с.76.
- Мартинкелас Л., Толочка Р., Адоуаитене М.* Хирургическое лечение переломов костей носа и перегородки в остром периоде травмы. 1994, №2, с.72.
- Мартынова Л.А., Шахова Е.Г.* Имунный статус у больных аллергическим ринитом при лечении поликатаном. 1999, №1, с.84.
- Марьяновский А.А.* Перспективы лечения острых и хронических заболеваний слизистой оболочки носа и околоносовых пазух комплексными биологическими препаратами. 1997, №2, с.41.
- Митякин Е.Г., Исаков В.Ф., Алферов В.С., Уваров А.А.* Клинико-морфологические особенности злокачественных новообразований полости носа. 1994, Приложение 2, с.99.
- Мацуклайтис Р.Р., Ильясов И.К.* Некоторые аспекты лазерной косметологии. 1994, Приложение 2, с.76.
- Машко П.Н., Силантьев В.А.* Лечение медикаментозного ринита. 1998, №2, с.12.
- Машко П.И., Арефьева Н.А.* Изучение проницаемости слизистой оболочки носа. 1997, №2, с.27.
- Машкова Т.А., Бакунина Л.С.* Клинические и временные факторы в развитии риногенных осложнений. 1996, №5, с.43.
- Машкова Т.А., Ивченко Н.М., Хожяева Е.Е.* Деформация остиомеатального комплекса в клинике воспалительных заболеваний лобных пазух. 1998, №2, с.64.
- Машкова Т.А., Никонов П.А., Вакулина Л.С.* Возможности и перспективы нехирургического лечения фронтитов. 1997, №2, с.42.
- Мелангин В.Д., Зеньков Л.Н.* Применение низкоинтенсивного лазерного излучения при лечении хронических вазомоторных ринитов. 1994, №2, с.59.
- Мелангин В.Д., Хоров О.Г., Алецик И.Ч.* Лечение искривлений носовой перегородки. 1993, Приложение 1, с.33.
- Мелангин В.Д., Хоров О.Г., Бородавка Н.С., Сафончик И.П., Алецик И.Ч.* Лечение деформаций наружного носа. 1994, №2, с.71.
- Мельников О.Ф., Заболотный Д.И., Кишук В.В.* Иммунологические аспекты в диагностике функционального состояния небных миндалин при хроническом тонзиллите. 1999, №1, с.85.
- Мельникова Г.И., Санжаровская Н.К., Вольфсон Л.А., Паперно А.А.* Использование бионаркса в лечении острых воспалительных заболеваний ЛОР-органов. 1998, №2, с.43.
- Мельникова Г.И., Санжаровская Н.К., Попова Т.Н.* Оценка качества жизни больных аллергическим ринитом. 1999, №1, с.85.
- Мельникова Г.И., Санжаровская У.К., Попова Т.И.* Значение аллергошколы в реабилитации больных аллергическим ринитом. 1999, №1, с.85.
- Мельникова Г.И., Шахова Е.Г., Ледаев М.Я.* Диагностические возможности исследования гемодинамики методом Фолля у больных аллергическим ринитом. 1996, №2-3, с.57.
- Мельчицкий А.Н.* Использование эндоскопических эндоназальных методов диагностики и лечения в условиях городского ЛОР-отделения. 1998, №2, с.64.
- Меркулов В.Г., Зерницкий А.Ю., Аганов Д.Г.* Оценка эффективности эстетической хирургии больных с храпом и синдромом сонного апноэ. 1998, №2, с.78.
- Меркулов В.Г., Рябова М.А., Ланекин С.В.* Радионуклидная диагностика рецидивов воспаления в оперированных околоносовых пазухах. 1994, Приложение 2, с.22.
- Меркулова Е.П., Ленько В.Т., Тимошенко П.А., Алейникова С.С.* Особенности клинического течения внутричерепных и орбитальных осложнений риногенной этиологии у детей. 1998, №2, с.60.
- Мещин Н.* Медикаментозное лечение аллергических ринитов и полипоза носа. 1996, №2-3, с.33.
- Минасян В.С., Якушкова А.П.* Оценка иммунного статуса у детей с хроническим гнойным средним отитом. 1999, №1, с.85.
- Миразизов К.Д., Таибаев П.А.* Анаэробная неклостридиальная инфекция при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух у больных туберкулезом легких. 1997, №2, с.28.
- Миронова Е.Ф., Панов С.М., Чернов А.М., Мартынов А.Н.* Внутритканевой электрофорез антибиотиков в комплексном лечении гнойных гайморитов. 1996, №5, с.39.
- Митин Ю.В., Васильев В.М., Федун Н.Ф., Черный В.С.* Метод пластики латеральной стенки носа при хирургическом лечении больных озоной. 1993, Приложение 1, с.59.
- Митин Ю.В., Гладиш Ю.И., Федун П.Ф.* Лечебная тактика при сочетанных деформирующих закрытых переломах костей носа и лобных пазух. 1993, Приложение 1, с.27.
- Митин Ю.В., Горбачевский В.Н.* Аэродинамические особенности верхних дыхательных путей при храпе. 1994, Приложение 2, с.88.
- Митин Ю.В., Михайловский Д.О.* Реальная альтернатива традиционной конхотомии. 1993, Приложение 1, с.50.
- Митин Ю.В., Смехнов А.А., Науменко А.Н.* Минеральный обмен в слизистой оболочке носа при некоторых формах хронического ринита. 1994, Приложение 2, с.17.
- Михайловский М.С.* Принципы максимального сажения тканей при риносептопластике и коррекции впауринососовых структур. 1993, Приложение 1, с.20.
- Михайловский М.С., Асадулаева Х.М.* Азотистый метаболизм носового секрета при вазомоторных ринитах. 1994, Приложение 2, с.21.
- Мишенькин П.В.* Современные возможности и перспективы функциональной хирургии синуситов. 1997, №2, с.60.
- Мишенькин Н.В., Нестерова К.И., Драчук А.И.* Низкочастотная ультразвуковая терапия в комплексном лечении полипозов. 1998,

Библиография

42 №2, с.11.

- Мишенькин Н.В., Нестерова К.И., Жаров В.И. Применение низкочастотного ультразвука в лечении различных стадий бактериального ринита. 1997, №2, с.43.
- Мишенькин Н.В., Нестерова К.И., Жаров В.И., Нестеров И.И. К вопросу повышения эффективности санации верхних дыхательных путей при патогенном бактериопоселении. 1997, №2, с.43. *Мози Г.*
- Иммунологическая защита полости носа. 1996, №2-3, с.18. *Маиш Г., Сузуки М.* Связь между болезнями носа, аденоидами и экссудативным средним отитом. 1998, №2, с.74.
- Мокроносова М.А., Тарасова Г.Д. Дифференциальная диагностика аллергического и инфекционного ринита. 1998, №2, с.10. *Мокроносова М.А., Тарасова Г.Д.* Отдаленные результаты аденотомии у детей с аллергическим ринитом. 1999, №1, с.86.
- Морепко В.М. Клинико-иммунологические особенности различных форм декомпенсации хронического тонзиллита. 1999, №1, с.86. *Морепко В.М.* Клинико-иммунологические особенности различных форм декомпенсации хронического тонзиллита и иммунокоррекция в реабилитационном периоде после тонзиллэктомии. 1999, №1, с.86.
- Морозова С.В., Овчинников Ю.М. Диагностическое и лечебное значение взаимовлияния обонятельного и вестибулярного анализаторов. 1996, №2-3, с.58.
- Морохаева В.И., Антонин В.Ф. Риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения при заболеваниях околоносовых пазух и носа: анализ результатов лечения за 15 лет. 1995, №2, с.52. *Морохаева В.И., Аниютин Р.Г.* Тактика оториноларинголога при уточнении этиологии гайморита. 1998, №2, с.32.
- Морохаев В.И., Колобова И.В., Орловский В.А. Динамика ольфакторной чувствительности при эндоскопической внутриносовой корригирующей хирургии искривления перегородки носа. 1993, Приложение 1, с.35.
- Муминов А.И., Садалиев В.С., Хасанов М.Х., Пулатов В.Р. Лечение аллергических ринитов. 1994, Приложение 2, с.40. *Муратов Н.И., Горбоносое И.В.* Влияние безофурокаина на репаративные процессы после операций в полости носа и на околоносовых пазухах. 1996, №2-3, с.34.
- Накатис Я.А., Конеченкова Н.Е. Клиническая ринология в условиях обязательного медицинского страхования. 1998, №2, с.8. *Накатис Я.А., Пинчук С.А.* Новый подход к лечению больных вазомоторной ринопатией с преимущественной заложенностью носа. 1998, №2, с.13.
- Насырова В.А., Тухвятишин Р.Р., Зулкарнаев Р.А. Влияние сорбционной терапии и локального воздействия электромагнитных полей сверхвысокой частоты на область тимуса при аллергических ринитах. 1998, №2, с.12.
- Ненашева Н.М. Клиническая эффективность нового местного глюкокортикоида фликсоназе в терапии аллергического ринита. 1996, №2-3, с.35.
- Несрин М.Н., Рмешех А. Новообразования кожи наружного носа и их удаление лазером. 1994, Приложение 2, с.75.
- Нестерова К.И., Драчук А.И. Эффективность низкочастотной ультразвуковой терапии при манифестированной форме поллиноза. 1999, №1, с.86.
- Нестерова К.И., Драчук А.М. Ведение послеоперационного периода у больных с аллергическим ринитом. 1999, №1, с.87.
- Нестерова К.И., Драчук А.И. Йокс-тест для определения мукопилиарного клиренса верхнечелюстных пазух при аллергическом риносинусите. 1999, №1, с.87.
- Нестерова К.И., Драчук А.И., Лантух В.Д., Надей Е.В. Ультразвуковой тест в диагностике аллергического ринита. 1999, №1, с.87.
- Нестерова К.И., Жаров В.И. Лечение бактерионосительства с использованием низкочастотного ультразвука. 1998, №2, с.79.
- Никитин К.А. Назолакримальный рефлекс. 1994, Приложение 2, с.16.
- Никитин К.А., Петров Н.Л., Ковальчук В.П. Ультразвуковая диагностика заболеваний околоносовых пазух с использованием эхоинускопа "ЛОР-экспресс". 1994, №2, с.52.
- Николаев М.П., Кассин В.Ю., Батрак У.К., Николаев Р.М., Титова Л.А. Экспериментальное обоснование возможности использования титаново-сетчатых имплантатов с напыленным биоситаллом для закрытия костных дефектов околоносовых пазух и замещение хряща при септопластике. 1998, №2, с.72.
- Николаев М.П., Кассин В.Ю., Заричанский В.А., Сергеев Ю.Н., Николаев Р.М., Тезикова Л.А., Дорофеева Е.А., Ларина Л.Ф. Возможность замещения костно-хрящевых дефектов скелета носа и стенок околоносовых пазух перфорированными пластинами из высокомолекулярного полиэтилена. 1996, №2-3, с.92. *Николаев М.П., Кассин В.Ю., Тезикова Л.А., Титова Л.А.* Септопластика с использованием перфорированных пластин сверхвысокомолекулярного полиэтилена. 1998, №2, с.70.
- Николаев М.П., Сергеев Ю.Н., Кассин В.Ю. Требования к эстетической ринопластике при врожденных и приобретенных дефектах и деформациях носа. 1993, Приложение 1, с.13.
- Николаев М.П., Тезикова Л.А., Дорофеева Е.А. Перфорации носовой перегородки и их закрытие биокерамикой. 1993, Приложение 1, с.39.
- Николаев Р.М. Об использовании титановых сеток с биоситаллом для закрытия костных дефектов передних стенок верхнечелюстных и лобных пазух. 1998, №2, с.73.
- Никонов Н.А., Бакунина Л.С., Неровный А.И. Оценка эффективности криодеструкции при лечении аллергических ринитов и полинозных синуситов. 1998, №2, с.13.
- Никонова Н.Н. Озонотерапия гнойных гайморитов. 1997, №2, с.44.
- Никонова Н.Н. Использование озона в лечении воспалительных заболеваний околоносовых пазух. 1998, №2, с.28. *Никулин М.И.* Эффективность сочтанного метода лечения вазомоторных ринитов. 1996, №2-3, с.93.
- Никулин М.И. Хирургическое лечение вазомоторного ринита. 1997, №2, с.60.
- Никулин М.И., Скоробогатый В.В. К методике лечения вазомоторных ринитов. 1993, Приложение 1, с.52.
- Новиков К.Д., Новиков П.Д., Новикова В.И. Иммунодефицитные варианты ринитов и бронхитов. 1999, №1, с.87.
- Носуля Е.В., Шантуров А.Г., Ким И.А., Жмуров В.А. Значение психологического тестирования больных с деформациями наружного носа. 1998, №2, с.68.
- Носуля Е.В., Шантуров А.Г., Ким И.А. Состояние околоносовых пазух при деформациях наружного носа. 1998, №2, с.68. *Нуредин В.З., Усачев В.Н., Козлов В.С.* Анестезиологическое пособие при септопластике и коррекции внутриносовых структур. 1993, Приложение 1, с.45.
- Овчинников Ю.М. О классификации ринитов в свете международного консенсуса в диагностике и лечении ринита. 1997, №2, с.12. *Овчинников Ю.М., Добротин В.Е., Апостолиди К.Г., Овчинников А.Ю., Свистушкин В.М.* К дифференциальной диагностике заболеваний околоносовых пазух. 1998, №2, с.21.
- Овчинников Ю.М., Морозова С.В., Шибина Л.М., Безчинская М.Я. Возможности комбинированного лечения при гипо- и аносмии. 1994, Приложение 2, с.114.
- Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М. Возможности применения аэрозольного антибиотика бонаркса при лечении больных с заболеваниями верхних дыхательных путей. 1996, №5, с.43. *Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Кравченко О.В., Никифорова Г.Н.* Применение препарата нурофен стопколд при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей. 1998, №2, с.42. *Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Гамов В.Н., Шехтер А.Б., Соболев Э.Н., Багратишвили В.Н., Омельченко А.И., Свиридов А.П., Кавишос Д., Хелидонис Э.* Изменение формы хрящевой ткани под воздействием лазерного излучения. 1996, №2-3, с.94. *Оганесян С.С.* К вопросу о методах коррекции носа. 1996, №2-3, с.95. *Оганесян С.С.* Современные подходы при коррекции кончика носа. 1998, №2, с.69.
- Оке С.М., Медведев Ю.А. Применение никелидтитановых имплантатов при реконструктивных операциях в ринологии. 1994, Приложение 2, с.81.
- Ольшанский В.О., Сдвижков А.М., Черкаев В.А. Лечение распространенных злокачественных опухолей слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. 1994, Приложение 2, с.92. *Омельчук В.А., Докучаев В.М., Мяскина Л.В., Семенова В.Д., Го.чдобина Э.Г., Прокопенко В.Д.* Место кортикостероидных препаратов в терапии полипозного синусита при астматической триаде. 1999, №1, с.88. *Омерова М.М., Нидев А.В., Менатонис И.П., Балабанцев А.Г., Завиш М.А., Мевлюдова Д.Ш.* Некоторые патогенетические и клинико-иммунологические взаимосвязи патологии верхних и нижних дыхательных путей. 1996, №2-3, с.19.
- Осипов В.Д. Диагностическое значение электролитов калия и натрия в плазме, эритроцитах и моче у больных раком полости носа при комбинированном методе лечения. 1994, Приложение 2, с.93.

- Паялищук Л.Д., Степанов Л.В.* Постгриппозные аллергические риносинуситы. 1990, №2-3, с. 120.
- Панин В.И.* Применение гипербарической оксигенации (ГБО) в комплексном лечении больных с риносинусогенными внутричерепными осложнениями. 1995, №2, с.55.
- Панин В.И.* Комплексное лечение орбитальных осложнений риносинуситов с применением гипербарической оксигенации. 1998, №2, с.36'
- Панкова В.Б., Васильева С.В.* Изменения иммунного статуса при профессиональных риносинуситах. 1996, №2-3, с.20.
- Пекли Ф.Ф., Тарасова Г.Д.* Использование эвкалимина при лечении гайморита у детей. 1997, №2, с.44.
- Петрецкий В.В.* Критическая оценка эффективности операций Калдуэлла-Люка. 1994, №2, с.74.
- Петров А.И.* Характер воспалительных заболеваний околоносовых пазух у населения Москвы и Якутска. 1997, №2, с.28.
- Петров Л.П., Аниотин Р.Г., Петрова П.Г.* Роль резистентности организма в возникновении воспалительных заболеваний околоносовых пазух у населения республики Саха. 1996, №2-3, с.21.
- Петров И.Л., Никитин К.А.* Ультразвуковая диагностика заболеваний околоносовых пазух с использованием зхосинускопов "ЛОР-экспресс" и "Минидок". 1996, №2-3, с.59.
- Петрова Т.Н., Гервашева В.Б.* Специфическая иммунотерапия аллергических ринитов у детей. 1999, №1, с.88.
- Петрусон Б.* Значение улучшенного носового дыхания. 1994, Приложение 2, с.87.
- Пидаев П.В., Иаотонис И.П., Омеров М.М., Балабанцев А.Г.* Методологические принципы непрерывной реабилитационной терапии больных с хроническими риносинуситами и патологией бронходрочечной системы. 1996, №2-3, с.129.
- Писарев Е.Н., Рылкин Ю.А., Сымапов А.И.* Опыт применения рентгеновской компьютерной томографии в диагностике заболеваний околоносовых пазух. 1998, №2, с.22.
- Пискунов Г.З.* Основные направления деятельности научной и практической ринологии. 1994, Приложение 2, с.5.
- Пискунов Г.З.* Опыт применения циннабсина в лечении острого и хронического синусита. 1998, №2, с.40.
- Пискунов Г.З.* Состояние и перспективы развития эндоскопической и микроскопической эндоназальной хирургии. 1998, №2, с.62.
- Пискунов Г.З., Кожепкова Т.И., Лопатин А.С.* Эндоскопическая хирургия грибковых синуситов. 1995, №2, с.41.
- Пискунов Г.З., Лопатин А.С.* Проблемы риносептопластики. 1993, Приложение 1, с.9.
- Пискунов Г.З., Пискунов С.З.* К вопросу о классификации синуситов. 1997, №2, с.13.
- Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Разиньков С.П., Завьялов Ф.Н., Калушкин П.В., Ерофеева Л.П., Качачева С.В., Новикова П.Н., Коробова Т.Н., Мильченко Т.Е.* Экспериментальное исследование и клиническое применение октенисепта в ринологии. 1996, №2-3, с.36.
- Пискунов И.С.* Клиническая и рентгенологическая характеристика липогранулемы верхнечелюстной пазухи. 1994, Приложение 2, с.111.
- Пискунов И.С.* Определение места прикрепления остеомы лобных пазух с помощью компьютерной томографии. 1995, №2, с.47.
- Пискунов И.С.* Изменения клиновидных и решетчатых пазух у больных с сосудистой патологией головного мозга. 1998, №2, с.22.
- Пискунов С.З.* ПеКОТор.ие рекомендации по освоению эндоскопической функциональной ринохирургии. 1994, Приложение 2, с.68.
- Пискунов С.З.* Некоторые анатомо-физиологические проблемы функциональной риносинусохирургии. 1998, №2, с.62.
- Пискунов С.З., Пискунов Г.З.* К вопросу о классификации ринита. 1997, №2, с.12.
- Пискунов С.З., Разиньков С.П., Грисько В.Ю., Пискунов И.С.* Эндоскопическая хирургия миегом околоносовых пазух. 1998, №2, с.66.
- Пискунов С.З., Разиньков С.П., Должикова Н.В., Тарасов И.В., Коршиков В.П., Ельков И.В.* Комплексная функциональная эндоскопическая хирургия носа и околоносовых пазух. 1998, №2, с.62.
- Пискунов С.З., Тарасов И.В., Должикова Н.В.* Принципы хирургической коррекции деформаций наружного носа и эндоназальных структур. 1993, Приложение 1, с.25.
- Пискунов С.З., Тарасов И.В., Должикова П.В., Гурьев И.С., Боечко Д.С.* Рекомендации по выполнению эндоскопии верхнечелюстной пазухи через лицевую стенку. 1996, №2-3, с.96.
- Пискунов С.З., Тарасов И.В., Медведкова И.Г., Должикова Н.В., Бартенева В.И.* Лечебная тактика при риногенных 43 орбитальных осложнениях. 1995, №2, с.48.
- Пискунов С.З., Яцун С.М.* Ультразвуковая ингаляционная аэрозольтерапия в ринологии. 1996, №2-3, с.130.
- Пискунов С.З., Яцун С.М.* Исследование поведения риновирусной инфекции посредством математического моделирования. 1998, №2, с.78.
- Плужников М.С., Глухова Е.Ю.* Инвертированная папиллома нижней носовой раковины. 1994, Приложение 2, с.100.
- Плужников М.С., Зубарева А.А., Меркулов В.Т.* Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике опухолевых и воспалительных заболеваний околоносовых пазух. 1996, №2-3, с.60.
- Плужников М.С., Ковалев О.В.* Перспективы индивидуально-клинического использования галоингалятора, специфика его конструкции. 1994, Приложение 2, с.55.
- Плужников М.С., Меркулов В.Т., Зубарева А.А.* Дифференциальная МРТ-диагностика поражений слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. 1998, №2, с.22.
- Плужников М.С., Меркулов И.Г., Петров Н.Л.* Как проводить дифференциальную диагностику метастатического рака шеи? (Современное состояние проблемы). 1998, №2, с.79.
- Поваров Ю.В., Дворянчиков В.В.* Рациональная антибиотикотерапия в лечении острых и хронических синуситов. 1994, Приложение 2, с.49.
- Поваров Ю.В., Меркулов А.О.* Иммунологические аспекты поражения верхних дыхательных путей малыми дозами ионизирующей радиации. 1994, Приложение 2, с.27.
- Покотиленко А.К., Руиневский И.В., Макашев В.Е.* Экспериментально-морфологическое исследование применения аутохрящевоегo реимплантата на основе аутофибринового клея в хирургии перегородки носа. 1994, Приложение 2, с.80.
- Польнер С.А., Пинетин Б.В., Минин Д.С.* Исследование молекул адгезии и реактивности дыхательных путей у больных ювениальной астмой и аллергическим ринитом. 1999, №1, с.88.
- Поляков А.А., Буйкин В.М.* Особенности течения острых аденоидитов у детей, проживающих на радиационно загрязненных территориях. 1994, Приложение 2, с.102.
- Полякова С.Д., Земское А.М.* Предоперационная подготовка больных с полипозной риносинуситомией и псевдоаллергией. 1998, №2, с.28.
- Помухина А.Н.* Объем и исходы подслизистой резекции перегородки носа. 1993, Приложение 1, с.32.
- Помухина А.Н.* Реоперация при искривлении перегородки носа. 1996, №2-3, с.97.
- Помухина А.Н.* Зрительные нарушения при заболеваниях клиновидных пазух. 1997, №2, с.29.
- Помухина А.Н., Трофименко С.Л.* Этиопатогенетические аспекты лечения острых ринитов. 1998, №2, с.8.
- Помухина А.Н., Трофименко С.Л., Давыдова А.П., Саргиси-Залеский Ю.Ф., Поляк А.И., Зотова В.В.* Хронические аденоидиты как причина воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. 1994, №2, с.66.
- Пономарев Л.Е.* Фотометрия низкоинтенсивного некогерентного красного света при облучении околоносовых пазух и глотки. 1996, №2-3, с.111.
- Пономарев Л.Е., Зинкин А.Н.* Лечение хронических риносинуситов и тонзиллитов у детей на курорте с применением низкоинтенсивного некогерентного красного света. 1994, №2, с.66.
- Пономарева Л.И.* Иммунологическая оценка применения низкоэнергетического лазера "Узор" в противорецидивном лечении полипозного риносинусита. 1994, Приложение 2, с.46.
- Пономарева Л.И.* Сочетанное применение проспидина и низкоэнергетического лазерного излучения в противорецидивном лечении полипозного риносинусита. 1997, №2, с.44.
- Портенко Г.М.* Измененный иммунный статус как внутренний фактор риска развития полипозного риносинусита. 1994, Приложение 2, с.27.
- Портенко Г.М.* Клиническая классификация полипозных риносинуситов. 1997, №2, с.14.
- Портенко Г.М., Михирева М.М., Пономарева Л.И., Юркин С.А.* Коррекция среднего носового хода в сочетании с физическими методами как способ противорецидивного лечения полипозного риносинусита. 1993, Приложение 1, с.49.
- Порядин Г.В., Салмаси Ж.М., Макарков А.И., Казимирский А.Н.* Специфическая иммунотерапия бронхальной астмы: иммунологические критерии оценки эффективности. 1999, №1, с.88.
- Порядин Г.В., Салмаси Ж.М., Сычева О.В.* Сравнительный анализ иммунологических изменений при бронхиальной астме у детей и

Библиография

44 взрослых. 1999, №1, с.89.

- Починина Н.К., Баранова ИМ., Молотилов Б.А., Струкова О.В., Костина ЕМ.* Аллергические риниты и аспекты иммунотерапии. 1996, №2-3, с. 121.
- Прокопенко Е.Д.* Особенности предоперационной подготовки больных аллергическими заболеваниями. 1999, №1, с.89.
- Прокопенко В.Д.* Влияние факторов внешней среды на уровень и структуру иммунопатогических заболеваний верхних дыхательных путей. 1999, №1, с.89.
- Прокопенко В.Д., Бондарева Г.П., Казаченко К.В., Омельчук В.А.* Топическая терапия круглогодичного ринита, осложненного воспалительными заболеваниями. 1999, №1, с.90. *Пухлик СМ.* Наследственная обусловленность вазомоторного ринита. 1996, №2-3, с.132.
- Пухлик СМ.* К вопросу об идиопатическом рините. 1997, №2, с. 14. *Пухлик СМ.* Специфическая иммунотерапия круглогодичного аллергического ринита индивидуальными аллергенами. 1999, №1, с.90.
- Пухлик СМ.* Генетические предпосылки развития аллергического ринита. 1999, №1, с.90.
- Пухлик СМ.* Этиология круглогодичного аллергического ринита, (по данным иммунотермометрии). 1999, №1, с.91. *Пухлик СМ.* Особенности вегетативных нарушений у больных аллергическим ринитом. 1999, №1, с.91.
- Рашищев С.П., Грисько В.Ю., Лашина А.А., Пискунов В.С.* Исследование воздухообмена верхнечелюстной и лобной пазух в процессе лечения гайморита и фронтита. 1998, №2, с.23.
- Разиньков С.П., Завьялов Ф.Н.* Использование магнитолазеротерапии после функциональных эндоскопических операций по поводу полипозного синусита. 1996, №2-3, с.133.
- Разиньков С.П., Литовка А.Н., Лыкова ЕМ.* Морфологическое исследование сохранности хряща, длительно консервированного в пчелином меде. 1996, №2-3, с.134.
- Риман Т.А., Тимошенко П.А.* Три случая наблюдения синдрома Картагенера у детей. 1998, №2, с.61.
- Риман Т.А., Швед И.А., Тимошенко П.А., Клецак С.К.* Морфологические изменения слизистой оболочки носа у детей, страдающих хроническим ринитом. 1997, №2, с.30.
- Родин В.И.* Функциональное состояние носа у горнорабочих угольных шахт. 1996, №2-3, с. 135.
- Романищев В.Е., Лифиренко И.Д., Алтунина Т.В.* Реконструктивно-пластические операции при местно распространенных злокачественных опухолях наружного носа. 1998, №2, с.71. *Рябинин А.Г., Архангельская И.И.* Применение комплексного лечения вазомоторного ринита у детей. 1998, №2, с.52.
- Рябинин А.Г., Архангельская И.И., Рябинин В.А.* Комплексное лечение вазомоторного ринита у детей. 1997, №2, с.45.
- Рябова М.Я., Меркулов В.Т.* Болезни оперированной пазухи: диагностика и лечение. 1996, №2-3, с.61.
- Рязанцев С.В.* Операция пересечения видьева нерва в лечении полипозных риносинуситов. 1994, Приложение 2, с.66. *Рязанцев С.В.* Применение ингаляционного антибиотика биопарокс в ринологии. 1996, №2-3, с.37.
- Рязанцев С.В.* Значение эндоназальных антигистаминных препаратов в лечении аллергических ринитов. 1997, №2, с.45.
- Рязанцев С.В., Кокряков В.Н., Хмельницкая Н.М., Алешина Г.М., Косенко В.А., Клячко Л.Л., Тырнова Е.В., Аль-Махбали Мохамед.* Антимикробная резистентность у больных полипозным хроническим риносинуситом. 1998, №2, с.16. "
- Рязанцев С.В., Русских Н.А.* Мобилизация носовой перегородки при эндоназальном подходе к видьеву нерву. 1993, Приложение 1, с.40.
- Рязанцев С.В., Хмельницкая Н.М., Кокряков В.Н., Алешина Г.М., Тырнова Е.В., Клячко Л.Л.* Антимикробные белки нейтрофилов в диагностике хронического риносинусита. 1999, №1, с.91.
- Сабиров А.М., Алиматов Х.А., Комолов И.М., Румянцев С.Л.* Радионуклидное исследование функцио-нального состояния околоносовых пазух. 1997, №2, с.30.
- Садовский В.И., Шляга И.Д., Мишинович В.Ф., Черныш А.В.* К вопросу о классификации ринитов. 1997, №2, с. 15.
- Санжаровская Н.К.* Наш опыт лечения больных острым и хроническим фронтитом трепанопункцией. 1996, №2-3, с.135. *Санжаровская У.К., Мельникова Т.И.* Использование поликатана в лечении воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух. 1994, Приложение 2, с.48.
- Санжаровская Н.К., Мельникова Т.И.* Использование рутита в лечении острых рино-синуситов. 1997, №2, с.46.
- Санжаровская Н.К., Мельникова Г.И., Шахова Е.Г., Уваров С.Б.* Опыт использования алергодила в лечении аллергических ринитов. 1998, №2, с.42.
- Сватко Л.Г., Батыришин Р.У., Красножен В.Н., Латышов Р.В.* Послеоперационное ведение больных полипозным гайморитом, перенесших эндоскопические операции. 1997, №2, с.47.
- Сватко Л.Г., Бахтиозин Р.Ф., Батыришин Р.Г., Мосихин С.Б., Батыришин Т.Р.* Значение МРТ в диагностике воспалительных заболеваний околоносовых пазух. 1998, №2, с.23.
- Сватко Л.Г., Красножен В.Н.* Операция латеральной буллотомии при заболеваниях полости носа. 1993, Приложение 1, с.48.
- Сватко Л.Г., Красножен В.Н.* Определение проходимости естественного соустья верхнечелюстной пазухи в процессе лечения больных гайморитом локальной оксигенацией. 1994, Приложение 2, с. 14.
- Сватко Л.Г., Рафаилов В.В., Мудрецова С.С.* Результаты консервативного и хирургического лечения аденоидитов как причины секреторного среднего отита. 1998, №2, с.55.
- Сватко Л.Г., Студенцова И.А., Красножен В.Н.* Клинико-экспериментальное обоснование применения димефосфона при местной комплексной терапии гнойного гайморита. 1994, Приложение 2, с.52.
- Сватко Л.Г., Цибулькина В.Н., Рафаилов В.В.* Роль генетических факторов при секреторном среднем отите на фоне хронического аденоидита. 1998, №2, с.56.
- Сватко Л.Г., Цибулькина В.Н., Студенцова И.А., Рафаилов В.В.* Применение димефосфона в лечении хронических аденоидитов у детей. 1996, №2-3, с.39.
- Сватко Л.Г., Цыплаков Д.Э., Рафаилов В.В.* Морфологическая характеристика аденоидита и иммунологическая реактивность больных экссудативным средним отитом детей при лечении димефосфоном. 1999, №1, с.91.
- Сватко Л.Г., Черепнев Г.В., Латышов Р.В., Красножен В.Н.* Значение иммунного статуса в определении показаний к хирургическому лечению у больных полипозным гайморитом. 1999, №1, с.92.
- Сватко Л.Г., Шамсутдинов Н.Ш., Красножен В.Н., Латышов Р.В.* Морфологические изменения остиомеатального комплекса при хронических гайморитах. 1996, №2-3, с.62.
- Свиштукин В.М., Овчинников Ю.М., Никифорова Г.П., Соболев Э.Н., Омельниченко А.И., Свиридов А.П., Зетер В.Г.* Произвольное моделирование хрящевой ткани под воздействием излучения хирургических лазеров в условиях in vivo. 1998, №2, с.74.
- Семенов Ф.В.* Функциональное состояние клеток мерцательного эпителия полости носа у курильщиков. 1996, №2-3, с.63.
- Семенов Ф.В.* Классификация хронических ринитов. 1997, №2, с.15.
- Семенов Ф.В.* Лечение хронического катарального и субатрофического ринита ингаляциями Анапской минеральной воды "Семигорская". 1997, №2, с.47.
- Семенов Ф.В.* К вопросу о методике определения концентрации секреторного иммуноглобулина А в выделениях слизистой оболочки верхних дыхательных путей. 1998, №2, с.8.
- Сергеев М.М.* О клинике и лечении риносинусогенных внутричерепных осложнений у детей. 1998, №2, с.60.
- Сергеев М.М., Гетманский Е.К.* Об общем обезболивании при хирургическом лечении риносинусогенных осложнений у детей. 1996, №2-3, с.Н2.
- Сергеев С.В., Козлова А.М.* Тактика лечения остеома околоносовых пазух. 1994, Приложение 2, с.93.
- Сергеев С.В., Козлова А.М., Ардаков И.Г.* Хирургическое лечение деформаций наружного и внутреннего носа. 1994, Приложение 2, с.81.
- Сергеев С.В., Козлова А.М., Куликова В.М.* К вопросу об эффективности оперативного лечения фронтитов. 1994, Приложение 2, с.65.
- Сергеев С.В., Козлова А.М., Шигина Н.С.* Опыт лечения остеома околоносовых пазух. 1996, №2-3, с.98.
- Сергеев Ю.Н.* Опыт хирургического устранения врожденных асимметричных деформаций носа и верхней губы. 1993, Приложение 1, с.14.
- Сергеев Ю.Н.* Особенности ринопластики стебельчатыми лоскутами при устранении дефектов и деформаций средней зоны лица после ожогов. 1994, Приложение 2, с.78.
- Сиволова Н.А.* Комплексная терапия сезонных аллергических

Библиография

46 1996, №2-3, с.138.

Тулебаев Р.К., Оспанова С.А., Искендрирова О.Ж. Эндолимфонодулярная антибиотикотерапия при заболеваниях верхнечелюстной пазухи. 1997, №2, с. 50.

Тулебаев Р.К., Розенсон Р.И. Клинико-иммунологическая характеристика аллергических риносинуситов у лиц, подвергшихся хроническому радиационному воздействию. 1997, №2, с. 32.

Тулебаев Р.К., Ушаков И. С., Кабылденова Г.Л., Герель Ю.А. Особенности изменений слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух у рабочих гипсового производства. 1998, №2, с. 75.

Тюкана М.И. Некоторые особенности™ косметической и функциональной хирургии носа. 1996, №2-3, с. 103.

Уральский А.В. Эндо- и жгтраназальные подходы в хирургическом лечении сочетанных поражений верхнечелюстных пазух и решетчатого лабиринта. 1998, №2, с. 31.

Урюпова Г.Н., Рябова М.Л. Некоторые особенности личности у больных длительными заболеваниями ЛОР-органов. 1994, Приложение 2, с.1 19.

Устьянов Ю.Л. Лечение стойкого сколиоза носа в сочетании с параназальными синуситами. 1993, Приложение 1, с. 17.

Устьянов Ю.Л. Устройство для фиксации наружного носа. 1993, Приложение 1, с. 26.

Устьянов Ю.Л. Новый метод остеотомии при стойких деформациях носа. 1996, №2-3, с.104.

Устьянов Ю.Л. Лечение параназальных синуситов при стойком сколиозе носа. 1998, №2, с. 71.

Ушаков В.С., Красноумов А.Н. О проблемах в лечении больных злокачественными опухолями носа и околоносовых пазух. 1996, №2-3, с.139.

Фас-ахов Р.С., Батыршин Р.У., Семенов А.Л., Батыршин Т.Р., Волкова В. В. Значение компьютерной термографии в диагностике аллергического ринита. 1999, №1, с. 92.

Фаянс А. А., Цецарский Б.М., Кошель В. И., Махлиновская И. В. Оценка состояния регуляторных систем по данным математического анализа ритма сердца у больных хроническим полипозным риносинуситом. 1996, №2-3, с. 66

Фаянс А.Л., Цецарский Б.М., Кошель В.И., Махлиновская И. В., Манукян Д.Э. К вопросу о лечении рецидивирующих полипозных риносинуситов. 1996, №2-3, с.140.

Федун Н.Ф. Восстановительная хирургия наружного носа и носовой перегородки. 1994, Приложение 2, с. 85.

Фещин Г.Л. Изменения в системе гемостаза и их устранение в практической ринохирургии. 1996, №2-3, с.1 13.

Фетин Г.Л., Барбариева А.Л. Антибактериальная терапия острого и хронического риносинусита. 1998, №2, с. 45.

Фениксова Л.В. Микроциркуляторные расстройства при аллергическом и нейровегетативном рините у детей. 1999, №1, с. 93.

Филатов В.Ф., Журавлев А.О. К механизму развития гиперпластических процессов в околоносовых пазухах при их хроническом воспалении. 1994, Приложение 2, с.43.

Филатов В.Ф., Журавлев А.С., Колошин М.В. Наш опыт в риносептопластике. 1993, Приложение 1, с. 11.

Филатов В.Ф., Журавлев А.С., Калашик М.В., Зеленков Н.В. Использование фетонлацентарной ткани в лечении атрофических процессов в ринологии. 1998, №2, с. 14.

Филатов В.Ф., Журавлев А.С., Калашик М.В., Сититый И.В. Наш опыт лечения осложнений заболеваний околоносовых пазух. 1995, №2, с. 51.

Филатов В.Ф., Журавлев А.С., Филатов С.В., Яценко М.И. О патофизиологических механизмах развития хронических синуситов и их коррекции современными методами лечения. 1996, №5, с. 40.

Филимонов В.Н., Филимонов С.В. К вопросу о хирургическом лечении вазомоторного и гипертрофического ринита. 1994, Приложение 2, с. 41.

Филимонов В.Н., Филимонов С.В. Отдаленные результаты хирургической коррекции искривления перегородки носа и этидоназальных структур. 1998, №2, с.72.

Филимонов В.Н., Филимонов С.В., Некрасов А.А. К вопросу о хирургическом лечении комбинированных деформаций носа. 1996, №2-3, с. 105.

Фирсов Е.Ф., Пискунов И.С., Лазарев А.И., Ерофеева Л.Н. Рентгенологическое исследование околоносовых пазух контрастными водорастворимыми препаратами на полимерной основе. 1994, Приложение 2, с. 18.

Хасанов Ш.Х., Забиров Р.А., Твердохлиб В.П. Результаты изолированной и комбинированной гипобаротерапии больных аллергическим

ринитом. 1998, №2, с. 14.

Химичева Е.В. Иммунологические аспекты формирования хронических синуситов. 1997, №2, с.32.

Химичева Е.В., Волков А.Г., Помухина А.Н., Трофименко С.Л., Гильянец Э.С., Уракчеева А.Ш. Иммунологические и морфологические особенности аденоидитов у взрослых. 1999, №1, с.93.

Хмельницкая Н.М., Ковалева Л.М. Патогенез полипозных форм синусита у детей. 1994, Приложение 2, с.109.

Хмельницкая Н.М., Ланцов А.А., Ковалева Л.М. Критерии патоморфологической диагностики при ошибочном диагнозе юношеской ангиофибромы носоглотки. 1996, №2-3, с.67.

Хмельницкая Н.М., Ланцов А.А., Ковалева Л.М., Мефосовский А.А. Морфологическая характеристика юношеских ангиофибром носоглотки. 1998, №2, с.59.

Хмельницкая Н.М., Рязанцев С.В., Воробьев К.В., Тырнова Е.В., Клячко Л.И. Оптимизация методов лабораторной диагностики хронического риносинусита. 1997, №2, с.33.

Хоботова Н.В., Зайцев В.С., Березнок В.В., Сквирская А.Л., Чирина Л.Л. Об эффективности низкоэнергетического лазерного излучения в комплексной терапии больных хроническим гипоплазным риносинуситом. 1996, №2-3, с.141.

Хоботова Н.В., Соколенко Я.Б. Результаты комплексного метода лечения больных полипозным риносинуситом. 1998, №2, с.30.

Хойзин/ Е.Х. Функциональная корригирующая хирургия носа: ее развитие и современное состояние вопроса. 1994, Приложение 2, с.71.

Храбриков А.Н. Лечение патологии лимфаденоидного глоточного кольца у больных с заболеваниями системы крови. 1994, №2, с.81.

Храпко И.С., Тарасова И.В. Прикладные аспекты краниометрии при хирургических вмешательствах на решетчатом лабиринте. 1997, №2, с.62.

Хромов Л.Г., Николаев М.П., Фомина С.А., Акулов С.В. К вопросу о возможности использования гидрогелей для остановки носовых кровотечений. 1994, Приложение 2, с.116.

Цецарский Б.М., Братусь В.И. Комплексное лечение больных вазомоторным ринитом с использованием курортных факторов Кисловодска. 1997, №2, с.51.

Цецарский Б.М., Кошель В.И., Братусь В.И. Факторы курорта в комплексном лечении аллергического ринита. 1999, №1, с.93.

Цесарский Б.М., Кошель В.И., Грудина Е.В. Влияние иммунокорректоров Т-звена на экспрессию поверхностных лейкоцитов у больных аллергическим риносинуситом. 1994, №2, с.61.

Цецарский Б.М., Кошель В.И., Гюсан С.А. Показатели иммунитета у больных рецидивирующим полипозным риносинуситом. 1999, №1, с.94.

Цецарский Б.М., Кошель В.И., Махлиновская Н.В., Фаянс А.Л., Гюсан С.Л. Анализ иммунного статуса у больных полипозным риносинуситом. 1999, №1, с.94.

Цесарский Б.М., Кошель В.И., Ходжаев Л.Б. Особенности кариотипа больных рецидивирующими полипозными риносинуситами. 1998, №2, с.20.

Цецарский Б.М., Манукян Д.Э., Фаянс А.А., Кошель В.И., Махлиновская Ц.В. Сорбционные методы лечения стафилококковых риносинуситов. 1996, №2-3, с.142.

Цецарский Б.М., Махлиновская Н.В., Кошель В.И., Манукян Д.Э., Фаянс А.Л. Наш опыт риносептопластики. 1993, Приложение 1, с.12.

Цецарский Б.М., Михалашвили А.Е., Кошель В.И., Фаянс А.А., Семенова Ф.С. Применение зубтала в комплексном лечении воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. 1998, №2, с.45.

Цкаева А.Ю., Басиев З.Г., Бурдуладзе К.С., Дамазова Ф.Э. Аллергический ринит у больных бронхиальной астмой. 1999, №1, с.94.

Пывкина Г.И., Дарсалия И.А., Орловская Г.Б. Клинико-иммунологические особенности хронического тонзиллита при атонии. 1999, №1, с.95.

Чемезов С.А., Ларионов Л.П., Кузьминская Н.Е., Щеткина Н.И. Использование углекислотных экстрактов на кристаллическом носителе для ингаляционной терапии риносинуситов. 1997, №2, с.51.

Черняк Б.А. Опыт комбинированного интраназального и ингаляционного применения флутиказона пропионата (ФИ) у больных стероидозависимом бронхиальной астмой (СЗБА): эффективность и безопасность. 1999, №1, с.95.

Черняк Б.А., Воржева И.И. Клинико-этиологические особенности аллергических сезонных ринитов в Восточной Сибири и эффективность их специфической иммунотерапии. 1997, №2, с.52.

Черняк Б.А., Воржева И.И. Специфическая иммунотерапия