

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ
БАС, МОЙЫН ХИРУРГИЯСЫ

OTORHINOLARYNGOLOGY -
- HEAD AND NECK SURGERY

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ -
- ХИРУРГИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ

№ 1-2, 2017

*Оториноларингологтар Ассоциациясының қоғамдық бірлестігінің
халықаралық ғылыми-практикалық журналы*

International Journal of Kazakhstan ENT Association

*Международный научно-практический журнал
Ассоциации отоларингологов*

*Журнал основан в 2006 году
выходит 2 раза в год*

*Посвящается 50- летию кафедры ЛОР и глазных болезней
АО «Медицинский Университет Астана»*

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
ҰҒА АКАДЕМИГІ, ПРОФЕССОР
БАС РЕДАКТОРЫ Р.Қ. ТӨЛЕБАЕВ EDITOR-IN-CHIEF

УДК 616.21

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

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

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

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

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

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Ссылка на журнал «Оториноларингология Бас, Мойын Хирургиясы» обязательна

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

г. Астана, Республика Казахстан, 010000, ул. Бейбитшлік, 49 а
АО «Медицинский университет Астана»
тел. Факс (7172) 53-94-24
E-mail: Rais 007@ yandex.ru

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

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

М.Т. Насретдинова, Х.Э.Карабаев

**ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ С ЦЕНТРАЛЬНЫМИ
И ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.**

Самаркандский медицинский институт кафедра оториноларингологии (Узбекистан).
Ташкентский педиатрический медицинский институт кафедра оториноларингологии, детский оториноларингологии и стоматологии (Узбекистан).

По данным различных авторов, головокружение входит в тройку самых частых жалоб, предъявляемых пациентами врачу общего профиля на амбулаторном приеме [1]. В среднем 5 человек из 1000 ежегодно обращаются за медицинской помощью в связи с возникшим головокружением и нарушением равновесия [2]. Сложность в обследовании пациентов с вестибулярными жалобами заключается в том, что головокружение, нарушение равновесия и координации являются лишь симптомами множества заболеваний, различных по этиологии и патогенезу [1,4]. Проведение вестибулярных тестов, направленных на выявление патологии вестибулоспинального тракта, уступает по своей диагностической значимости глаздвигательным и позиционным пробам.

Тем не менее, данное обследование не требует специального дорогостоящего оборудования, не вызывает дискомфорта у пациента и доступно для освоения врачом любой специальности. При этом оно позволяет уже при первичном осмотре заподозрить поражение вестибулярного анализатора центрального или периферического генеза, а также направить пациента на дополнительное обследование и консультации узких специалистов [6]. В отечественной литературе уделяется значительное внимание большому количеству вестибулярных проб, в отличие от зарубежной литературы, в которой встречается лишь проба Ромберга, указательная и маршевая пробы [3,4]. Большинство описываемых тестов не стандартизированы [7]. Проведение же всех существующих тестовых процедур при обследовании каждого пациента с вестибулярными жалобами ведет к значительным неоправданным временным и финансовым затратам [5].

Цель исследования — оценка диагностических вестибулярных тестов, а также установление оптимального их набора для определения уровня поражения вестибулярного анализатора при первичном осмотре пациента с головокружением.

Материал и методы исследования. Проводилась оценка вестибулярных тестов: пальце-носовая, пальце-пальцевая пробы, проба Барре-Фишера, проба на адиадохокinez, пробы на равновесие в позе Ромберга простой и усложненной, ходьба по прямой с закрытыми глазами, фланговая ходьба, а также маршевая проба Фукуда. Для каждого из вышеперечисленных тестов нами были рассчитаны показатели чувствительности (Sp^{\wedge} специфичности (Se)).

На основании полученных значений Sp и Se мы определили прогностическую значимость тестов, рассчитав отношение правдоподобия ($Hkelihoodratio$ — LR) для положительного результата (LR^{+}). Обследованная выборка составила 42 пациента, страдающих верифицированными ранее вестибулярными расстройствами различного генеза.

Выборка разделена на 3 группы по признаку локализации поражения вестибулярного анализатора. В первой группе ($n=25$, мужчины—10, женщины—15; средний возраст $49,3 \pm 12,5$ лет) был выявлен периферический тип поражения вестибулярного анализатора, обусловленный такими нозологическими формами, как болезнь Меньера, вестибулярный нейронит, доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение (ДППГ), перилимфатическая фистула, а также двусторонняя токсическая вестибулопатия. Во второй группе ($n=8$, мужчины—2, женщины—6; средний возраст $66 \pm 6,7$ лет) имело место верифицированное поражение центрального отдела вестибулярного анализатора, обусловленное острым нарушением мозгового кровообращения в вертебрально-базилярной системе (6 случаев) и новообразованием мозжечка (2 случая). В третью группу ($n=8$, мужчины — 6, женщины — 2; средний возраст $64,3 \pm 10,2$ года) были включены пациенты со смешанной патологией вестибулярного анализатора. Помимо этого, была сформирована контрольная группа здоровых добровольцев без патологии вестибулярного анализатора ($n = 32$, мужчины — 16, женщины — 16; средний возраст $23 \pm 3,3$ года).

Количественный состав групп, а также нозологий, вошедших в первую группу, представлен в табл. 1.

Диагноз пациентов был верифицирован в результате применения следующих методов исследования: видеонистагмография, битермальная калорическая проба, тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия, дегидратационная проба или электрокохлеография, методы нейровизуализации и ультразвуковой диагностики. Кроме того, пациенты были при необходимости консультированы неврологом, офтальмологом, терапевтом.

Пациенты, вошедшие в исследование	Кол-во человек	Доля выборки %
Всего больных	42	100
Поражение вестибулярного анализатора	15	61
ДППГ	5	14
Вестибулярный нейронит	4	9
Болезнь Меньера	8	19
Фистула лабиринта	4	9
Двухсторонняя гипофункция лабиринта	4	9
Смешанное поражение	8	19
Центральное поражение	7	19
Контрольная группа	30	

Результаты и их обсуждение. При выполнении пробы Барре–Фишера отклонение рук наблюдалось у 65,2% больных: при периферическом поражении - в 82% случаев, при центральном и смешанном - в 64 % случаев. Среди пациентов с периферической патологией гармоничное отклонение рук в сторону угнетения имелось лишь у 21,4% пациентов, а у 25,8% также наблюдалось отклонение в сторону угнетения, но оно было дисгармоничным или отклонялась только одна рука (на стороне поражения). Еще у 7,7% отклонение обеих рук было направлено в сторону, противоположную угнетению. Оставшиеся 15,4% составили пациенты с ДППГ, у которых имелось дисгармоничное отклонение рук в сторону, противоположную пораженному полукружному каналу. При центральном поражении руки всегда отклонялись дисгармонично. При смешанной патологии в равном соотношении отклонение было гармоничным, дисгармоничным или имелось расхождение рук в разные стороны. Выполнение пальце-пальцевой пробы было нарушено у 85,7% пациентов, при периферическом поражении - в 77% случаев, при центральном и смешанном - в 100% случаев.

Среди периферической патологии промахивание обеими руками в сторону угнетения наблюдалось лишь у 7,7% пациентов, а у 38,5% наблюдалось промахивание лишь одной рукой (на стороне угнетения) в сторону угнетения. У 15,4% промахивание рук было направлено в разные стороны. Еще 7,7% составили пациенты с ДППГ, когда выявлялось промахивание одной рукой в здоровую сторону. При центральном и смешанном поражении пальце-пальцевая проба протекала дисгармонично, независимо от этиологии. Пальце-носовая проба показала отклонение лишь у двух пациентов (6,5%) при периферическом поражении вестибулярного анализатора.

Необходимо отметить, что пациенты с двусторонней симметричной гипофункцией лабиринтов все эти пробы выполняли без отклонений. В контрольной группе пальце-пальцевая и пальце-носовая пробы не выявили отклонений, а проба Барре-Фишера выявила отклонения у 62,1% обследуемых. Выполнение простой пробы Ромберга было нарушено у 28,1% пациентов. Среди пациентов с периферическим уровнем поражения - у 30,8%, причем у всех отмечалось только легкое покачивание, при центральной и смешанной патологии отклонения выявлялись у 50% пациентов. Усложненная проба Ромберга была нарушена у 90,5% больных. При периферической патологии отклонения возникали в 84,7% случаев, среди которых отклонение туловища в сторону угнетения имелось у 30,8 % пациентов, а у других 30,7% отклонение туловища было направлено в разные стороны. Еще 18,2% составили пациенты с ДППГ, у которых наблюдалось отклонение в сторону, противоположную пораженному каналу.

При центральном и смешанном поражениях отклонения при выполнении сенсibilизированной пробы Ромберга выявлялись в 100% случаев. При ходьбе по прямой с закрытыми глазами отклонение от средней линии наблюдалось в 52,4% случаев. При периферическом поражении вестибулярного анализатора отклонения имелись у 38,5 % пациентов: 15,4 % из них отклонялись в сторону угнетения, еще 15,4 % отклонялись в обе стороны, у остальных 7,7 % отклонение было направлено в сторону, противоположную угнетению. При центральном поражении ходьба по прямой была нарушена в 75 % случаев, при смешанном — так же в 72 % случаев. У пациентов с двусторонней гипофункцией лабиринтов при выполнении статокINETических проб с закрытыми глазами наблюдалось покачивание или отклонение в разные стороны. А в контрольной

группе отклонения наблюдались лишь при выполнении усложненной пробы Ромберга, в 17,5% случаев имелось небольшое пошатывание. В нашем исследовании фланговая ходьба была нарушена у 16,7% больных, в основном нарушения выявлялись среди пациентов с центральным типом поражения вестибулярного анализатора, и только в одном случае у пациента с перенесенным вестибулярным нейронитом и сохранившейся выраженной атаксией - при этом затруднена ходьба была в обе стороны и сопровождалась покачиванием.

Адиадохокинез выявлялся в 23,8% случаев: у 50% пациентов с центральной патологией (с обеих сторон или со стороны поражения); у одного пациента со смешанной патологией и парезом локтевого нерва в анамнезе. Среди периферической патологии также были выявлены негрубые нарушения адиадохокинеза у 6 пациентов: у троих пациентов адиадохокинез был связан с травмой верхней конечности или артрозом суставов верхней конечности в анамнезе. Еще у троих имелось небольшое отставание левой руки, независимо от стороны поражения, что, возможно, связано с преобладанием определенной руки, например, у правой. В контрольной группе отклонений при выполнении этих двух проб выявлено не было.

При выполнении теста Фукуда отклонение в сторону более чем на 30° наблюдалось у 19% больных. Среди периферической патологии этот тест был нарушен у 15,4% пациентов. При центральной, как и при смешанной, патологии у 25% пациентов. У 10 пациентов (23,8%) с различным уровнем поражения проведение теста Фукуда было невозможно в связи с падением пациента, что, вероятно, было связано с проявлениями атаксии. В контрольной группе так же было отмечено отклонение туловища более чем на 30° в 23,08 % случаев.

Таким образом, по нашим данным, тест Фукуда не обладает достаточной чувствительностью ни для определения уровня поражения вестибулярного анализатора, ни для диагностики стороны поражения.

Для оценки диагностической значимости нами были рассчитаны показатели чувствительности и специфичности для всех вышеперечисленных тестов. Специфичность рассчитывалась в сравнении с группой из 25 человек без патологии вестибулярного анализатора. Помимо этого, тесты, направленные на выявление чисто центрального поражения (фланговая ходьба и проба на адиадохокинез), сравнивались не только с испытуемыми контрольной группы, но и с пациентами, у которых была только периферическая патология (рис. 1).

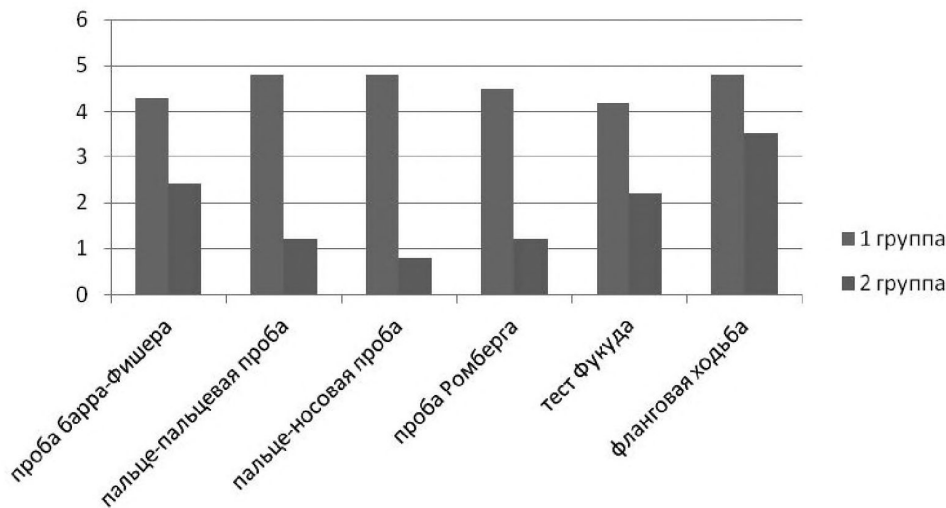


Рис 1. Показатели вестибулярных тестов у больных с периферическими и центральными нарушениями.

Исходя из расчета полученных нами результатов, отношения правдоподобия положительного результата показывают, что среди статокординаторных проб наибольшую диагностическую значимость имеет пальце-пальцевая проба ($LR+=8,33$). Достаточно высокой ценностью обладают и пробы, направленные на выявление поражения мозжечка: фланговая ходьба ($LR+=20$) и проба на адиадохокинез ($LR+=6,25$), при этом фланговая ходьба обладает большей диагностической значимостью. Крайне низким $LR+$ обладают следующие тесты пробы Барре-Фишера ($LR+=1,26$), пальце-носовая проба ($LR+=2,38$) и тест Фукуда ($LR+=0,77$), что ставит под сомнение их диагностическую значимость (табл. 2).

Проба	(LR)
Барра-Фишера	0,7
Пальце-пальцевая	7,5
Пальце-носовая	2,6
Ромберга	8,9
Фланговая ходьба	18
Фукуда	0,7

Таблица 2 - Показатели отношения правдоподобия положительного результата (LR), для вестибулярных тестов.

Таким образом, у пациентов с периферическим типом поражения вестибулярного анализатора в редких случаях может наблюдаться небольшой адиадохокинез, даже при отсутствии патологии верхней конечности. Вероятно, это объясняется преобладанием определенной руки у правшей и левшей. Тем не менее тест на адиадохокинез обладает достаточно высокой чувствительностью и специфичностью, хотя и уступает по этим показателям фаланговой ходьбе.

У пациентов с двусторонней гипопункцией лабиринтов статокординаторные пробы не выявляют отклонений, в то время как при проведении статокинетических проб выявляется покачивание или падение пациента в разные стороны, что, скорее всего, объясняется механизмами вестибулярной адаптации при этой патологии.

Чувствительность статокординаторных и статокинетических проб не высока. Тем не менее, большинство из них обладают высокой специфичностью, что позволяет избежать ложноположительных результатов при первичном осмотре пациента с вестибулярными жалобами.

Необходимость проведения пальце-носовой пробы и теста Фукуды при первичном обследовании пациента поставлена нами под сомнение, так как оба теста обладают низкой чувствительностью и требуют значительных временных затрат.

Литература:

1. Бронштейн, А. Головокружение / А. Бронштейн, Т. Лемперт ; пер. с англ. Е. В. Гузь ; под ред. В. А. Парфенова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 13 с.
2. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учеб. / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 429 с.
3. Pagarkar, W. Dizziness/W. Pagarkar, R. Davies // Medicine. – 2004. – № 32.– P. 18.
4. Современные методы диагностики вестибулярных расстройств / В. Т. Пальчун и др. // Лечебное дело. – 2006. – № 1. – С. 53.
5. Brandt, T. Vertigo. Its multisensory syndroms / T. Brandt. –London: Springer, 2010. – 504 p.
6. Fukuda stepping test: sensitivity and specificity /J. A. Honaker [et al.] // J. Am. Acad. Audiol. – 2009. – № 20 (5).–P. 311.
7. Zhang, Y. B. Reliability of the Fukuda stepping test to determine the side of vestibular dysfunction / Y. B. Zhang, W. Q. Wang // J. Int. Med. Res.– 2011. № 39 (4). – P. 1432.

Резюме

В работе проведена оценка специфичности и диагностической значимости таких широко применяемых диагностических вестибулярных тестов, как пальце-носовая, пальце-пальцевая пробы, проба Барре–Фишера, проба на адиадохокинез, пробы на равновесие в позе Ромберга простой и усложненной, ходьба по прямой, фланговая ходьба, а также маршевая проба Фукуда. Обсуждаются особенности их протекания у пациентов с периферическим, центральным и смешанным типом поражения вестибулярного анализатора. Предлагаются оптимальные тесты для определения уровня поражения вестибулярного анализатора при первичном осмотре пациента с головокружением.

Ключевые слова: вестибулометрические тесты, головокружение, вестибулярная дисфункция.

M. T. Nasretdinova., H.E.Karabayev.

**TOPICHESKY DIAGNOSTICS AT PATIENTS WITH THE CENTRAL AND PERIPHERAL
KOKHLEOVESTIBULYARNY VIOLATIONS**

Samarkand medical institute department of an otorhinolaryngology (Uzbekistan).

Tashkent pediatric medical institute department of an otorhinolaryngology (Uzbekistan).

In work assessment of specificity and diagnostic importance of such widely applied diagnostic vestibular tests as a finger - nasal, a finger - manual tests, test to Burra-Fischer, test on adiodohokinez, tests on balance in Romberg's pose simple and complicated, walking on a straight line, flank walking, and also mid-flight test of Fukud is carried out. Features of their course at patients are discussed with the peripheral, central and mixed type of defeat of the vestibular analyzer. Optimum tests for determination of level of defeat of the vestibular analyzer at primary survey of the patient with dizziness are offered. Keywords: vestibulometric tests, dizziness, vestibular dysfunction

УДК:616-007.6.281

М.Т. Насретдинова, Х.Э.Карабаев

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.**

Самаркандский медицинский институт кафедра оториноларингологии (Узбекистан)

Ташкентский педиатрический медицинский институт кафедра оториноларингологии, детский оториноларингологии и стоматологии (Узбекистан)

Вестибулярный анализатор является сенсорной системой, чутко реагирующей на малейшие изменения внешней и внутренней среды организма. [2,3] Гнойные процессы в среднем ухе, оперативные вмешательства на ухе, общие инфекционные заболевания, воздействие производственного шума и вибрации, травмы, интоксикации и другие производственные и бытовые факторы, сосудистые заболевания, рефлекторные воздействия могут обуславливать дисфункцию периферического или центрального отделов вестибулярного анализатора. [4,5] Адекватное лечение, прогноз и трудоспособность больных зависят от своевременной диагностики этих состояний. Исследование вестибулярной функции в практике ЛОР-врача дает возможность своевременно распознавать осложнения острого или хронического отита, негнойные поражения внутреннего уха и VIII пары черепно-мозговых нервов, а также помочь врачам других специальностей в диагностике органических заболеваний нервной системы. [1,3] Важно отметить, что имеется большое количество больных, неврологическому статусу которых ЛОР-врачи по ряду объективных причин не проявляют достаточного внимания и определенной настороженности. В литературе сложно найти достоверные данные о характере вестибулярных и неврологических расстройств после оперативных вмешательств на ухе. Важно обследовать таких больных до и после операции, что помогает диагностировать сопутствующие заболевания нервной, сердечно-сосудистой систем, и позволяет больному легче переносить послеоперационный период. Оценка вестибулярногостатуса с помощью комплекса простых, диагностических приемов, не требующих для выполнения больших затрат времени и сложной аппаратуры, легко реализуемых в амбулаторных условиях.[6] Особое значение должно уделяться выявлению объективных симптомов, подтверждающих жалобы больных на головокружение, расстройство равновесия, где немаловажную роль играет сбор анамнеза.

В результате основной целью исследования стала разработка простого алгоритма обследования больных с вестибулярной дисфункцией в амбулаторных условиях, позволяющая четко дифференцировать генез вестибулярных расстройств.

Материалы и методы исследования.На базе отделения оториноларингологии СамМи нами были обследованы 36 больных, из которых острый средний отит был у 5 человек, хронический средний отит — у 4 человек, с болезнью Меньера — у 3 пациентов, тубоотит - у 3, больные после оперативных вмешательств на ухе (тимпанопластика, стапедопластика) - 16, больные с вестибулярными нарушениями и сопутствующими неврологическими заболеваниями (дегенеративно-дистрофические заболевания шейного отдела позвоночника, цереброваскулярным заболеванием мозга) — 5 человек. Каждой группе больных проводился следующий примерный объем и порядок исследований в условиях амбулаторного приема: 1) больные с острым средним отитом: исследование спонтанного, позиционного нистагма, устойчивости при помощи комбинированной позы Ромберга, координаторные пробы, исследование функции ЧМН (V, IX, VII), прямой и фланговой походки, исследование слуха, камертональное и аудиологическое исследования; 2) больные с

- 2001.- 305с.
3. Плужников М.С., Лавренова Г.В., Левин М.Я. Тонзиллит: клинические и иммунологические аспекты. СПб: Диалог, 2004.- 222с.
 4. Солдатов И.Б. Ориентация в лечении хронического тонзиллита с позиций его классификации, принятой на Всесоюзном съезде – оториноларингологов // Журнал ушных, горловых и носовых болезней. 1978, №6 – С6-12.
 5. Смолягин А.И. Филиппова Ю.В., Шульга Е.И., Левинец Н.М. – Влияние препарата BION3 на иммунный статус больных хроническим тонзиллитом. – Мат. XIX Съезда оториноларингологов России. Казань 2016. – С. 386 – 387.

СОДЕРЖАНИЕ

ТУЛЕБАЕВ Р.К. ПЯТИДЕСЯТИЛЕТИЕ КАФЕДРЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА».....	6
АДИЛЬБАЕВ Г.Б. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СОСТОЯНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОРТАНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.....	18
АМАНГАЛИЕВ А.Б., АМАНГАЛИЕВА Г.Е., СВЕТЕНКОВ А.Д. УВУЛОПАЛАТОПЛАСТИКА С ИМПЛАНТАЦИЕЙ «PILLAR» ПРИ ХРАПЕ И СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА	21
АХМЕДЬЯНОВА З.У., КАДРАЛИЕВА Э.И., ЕРМЕКОВА К.Т., ГОЛОЛОВОВА Т.А., АСКАРОВА Б.А. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОГО ВЫХОДА НА ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД С 2013-2015 ГГ	23
БАТЫРОВ Т.У., САГЫНДЫК Х.Л., КОЖАКОВА Б.Б.. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ.....	26
БАТЫРОВ Т.У., САГЫНДЫК Х.Л., КОЖАКОВ Б.Б.. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ.....	27
БОБАМУРАТОВА Д.Т., БОЙМУРАДОВ Ш.А. ОСНОВНЫЕ МЕТАБОЛИТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ ЧЕЛЮСТИ.....	29
BOYMUROV SH.A., RAKHIMOV A.A. INNOVATION RHINOPLASTY IN PERSISTENT POSTTRAUMMATIC NOSE DEFORMATIONS.....	32
ГАЗИЗОВ О.М., МАХАМБЕТШИН Е.Ж. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РИНОСИНУСИТОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НОСА	34
ГАЗИЗОВА А.О. СОСТОЯНИЕ ВЕРХНЕГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ТРАКТА У НАСЕЛЕНИЯ ПРИАРАЛЬЯ.....	36
ГЮСАН А.О., УЗДЕНОВА Х.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНА СЛУХА(ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ).....	40
ЕРЕМЕНКО Ю.Е., ПЕСОЦКАЯ М.В., КУПРИЯНОВА А.А. ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.....	45
ЕРСАХАНОВА Б.К., ТУЛЕБАЕВ Р.К., ЖУСУПОВ Б.З., МУХАМАДИЕВА Г.А., БАЙМЕНОВА Ж., ПАПУЛОВА Н.М. ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ГАЙМОРИТЕ	50

Жусупов Б.З., Мухамадиева Г.А., Папулова Н.М., Ерсаканова Б.К. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РИНОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НЕИНВАЗИВНЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКИХ ГРИБКОВЫХ СИНУИТОВ.....	52
Жусупов Б.З., Тулебаев Р.К., Мухамадиева Г.А., Папулова Н.М., Ерсаканова Б.К., Байменов А.Ж., Фасиев Р.Г КЛИНИЧЕСКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО АСПЕРГИЛЛЁЗНОГО РИНОСИНУСИТА	54
Ирсалиева Ф.Х., Низамов К.Ф., Хайдарова Г.С. АЛГОРИТМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЛЕРГЕН – СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ	59
Исмагулова Э.К., Жапалаков Б.А., Железнова В.В., Шагатаева Б.А., Курмашева М.Н. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ОПЕРАЦИОННЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ.....	61
Касимов К., Касимов Х.К., З.К.Норбоев З.К. ЛИМФОТРОПНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ГАЙМОРИТЕ.....	65
Касимов К.К., Норбоев К.П., Нарбаев З.К., Нарбаева Ш.З. ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СРЕДНЕГО УХА	68
Касимов Х.К., Касимов К., Норбаев З.К. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА МИНДАЛИН	68
Кожантаева С.К., Жубанов О.А., Оспанова Г.А., Дабылова С.И., Алиева Ж.А. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЗВУКОВОСПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ МЕЗОТИМПАНИТОМ	71
Корженевич Е.И., Руман Г.М., Артюшкевич А.С., Гричанюк Д.А., Колядич Ж.В. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РИНОСЕПТУМПЛАСТИКА ПРИ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ НАРУЖНОГО НОСА В СОЧЕТАНИИ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА	75
Котович А.Н. ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С АСПИРИНОВОЙ ТРИАДОЙ	80
Курак Ж.В. АЛГОРИТМ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕЙРОСЕНСОРНЫХ НАРУШЕНИЯХ СЛУХА У ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛИТЕЛЕЙ КАТЕГОРИЙ ДОМЕНОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ).....	84

КАРПИЩЕНКО С.А., ЛАВРЕНОВА Г.В., НЕСТЕРОВА К.И., МАЛАЙ О.П., МИЛЬЧАКОВА А.С. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ХАЛИТОЗОМ	87
ЛОПАТИН Д. Г., ТЕПЛОВ А.В. К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА, ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ.....	90
МАКИШЕВ А.К., ЖАКИПБАЕВ К.А., ЖАГИПАРОВ М.К., ИМАНБАЕВ Х.А., МАУЛЕТБАЕВ М.С., ШТЕФАНОВ И.И., БЕКИШЕВА А.Т. КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНИ, ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА И ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	94
НАКАТИС Я.А., КУЗНЕЦОВ С.В., КОНЕЧЕНКОВА Н.Е., РЫМША М.А. СОВРЕМЕННАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В РИНОЛОГИИ	98
НАСРЕТДИНОВА М.Т., КАРАБАЕВ Х.Э. ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ С ЦЕНТРАЛЬНЫМИ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	110
НАСРЕТДИНОВА М.Т., КАРАБАЕВ Х.Э. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	114
ПЕТРОВА Л.Г., КАЗАЧОНОК Т.М. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ.....	117
САГЫНДЫК Х.Л., КОЖАКОВ Б.Б., БАТЫРОВ Т.У АМЕЛОБЛАСТОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	122
СИДОРЕНКО И.В., ЧЕКАН В.Л. СИНОНАЗАЛЬНЫЙ САРКОИДОЗ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА	127
ТУЛЕБАЕВ Р.К., ТУРАЕВА А.Г., ИВАННИКОВА Н.В., ЕРСАХАНОВА Б.К. ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ	133
SOVIROV F.M, YUNUSOVA L.R., NIGMATJANOV A.S.E COMPUTER TOMOGRAPHY OF THE SINONASAL POLYPOSI.....	135
ХАЙДАРОВА Г.С., ШАЙХОВА Х.Э., ХОДЖАЕВА З.Х. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ВЕСТИБУЛЯРНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ.....	138
ХУДЖАНОВ Ш.Х., ХАКБЕРДИЕВА М.З. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ГЛОТКИ.....	140
ШУЛЬГА Е.И., ШУЛЬГА И.А. ПРОБИОТИК В ЛЕЧЕНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛИМФОИДНОГО АППАРАТА ГЛОТКИ	143