Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное медико-биологическое агентство

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства»

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

IV Всероссийский форум оториноларингологов с международным участием

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Сборник тезисов

20-21 сентября 2018 г.

Москва

УДК 616.21

ББК 56.8

М43

Междисциплинарный подход к лечению заболеваний головы и шеи: Тезисы IV Всероссийского форума оториноларингологов с международным участием (г. Москва, 20-21 сентября 2018 г.). – Москва: ФГБУ НКЦО ФМБА России, 2018. – 150 с.

В сборнике представлены собственные материалы научных исследований ученых ведущих российских медицинских и научных учреждений и медицинских вузов. В публикациях отражены актуальные проблемы и современные достижения фундаментальных и клинических медицинских наук и перспективные направления их развития.

ISBN 978-5-6043258-0-3

© Коллектив авторов, 2018

©ФГБУ НКЦО ФМБА России, 2018

О ФОРУМЕ

Всероссийский форум оториноларингологов «Междисциплинарный подход к лечению заболеваний головы и шеи» - ежегодное центральное научно-практическое мероприятие в российской оториноларингологии.

Организаторами этого знакового для нашей специальности мероприятия выступают Федеральное медико-биологическое агентство, ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Министерство здравоохранения РФ, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов.

В рамках форума ежегодно проводится заседание Профильной комиссии по специальности «Оториноларингология» (участники - главные специалисты-оториноларингологи субъектов Российской Федерации и Федеральных округов).

Программа форума всегда насыщенная и разноплановая. В рамках мероприятия проходят: научные конференции, секционные и пленарные заседания, симпозиумы, школы, семинары, мастер-классы, круглые столы.

Программа форума полностью оправдывает название: основное внимание – на междисциплинарный подход в оториноларингологии, ее тесную взаимосвязь с другими медицинскими специальностями, в частности, - с пульмонологией, офтальмологией, онкологией, челюстно-лицевой, пластической хирургией, нейрохирургией.

Особое внимание уделяется обмену практическим опытом; с этой целью в программу форума включены мастер-классы, которыми руководят ведущие российские и зарубежные специалисты.

Также у участников мероприятия есть возможность обсудить вопросы непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Всероссийский форум «Междисциплинарный подход к лечению заболеваний головы и шеи» призван объединить специалистов из разных регионов России, для совместного решения наиболее актуальных проблем диагностики, лечения и профилактики как распространенных, так и «редких» заболеваний головы и шеи у взрослых и детей для повышения качества жизни россиян.

Форум собирает более 1000 организаторов отечественного здравоохранения, ведущих ученых, клиницистов, врачей различных специальностей, работающих в области головы и шеи, а именно оториноларингологов, сурдологов, фониатров, логопедов, дефектологов, окулистов, пластических и челюстно-лицевых хирургов, нейрохирургов, терапевтов, педиатров, аллергологов, неврологов, онкологов, пульмонологов, профпатологов и др. специалистов со всей России.

Организационный комитет

IV-Всероссийского форума оториноларингологов с международным участием

«Междисциплинарный подход к лечению заболеваний головы и шеи»

Яковлева Татьяна Владимировна	–	заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации (сопредседатель)
Уйба Владимир Викторович	–	Руководитель Федерального медико-биологического агентства России (сопредседатель)
Дайхес Николай Аркадьевич	–	директор Федерального Государственного Бюджетного Учреждения Научно-клинический центр «Оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России, главный внештатный специалист - оториноларинголог Минздрава России (сопредседатель)
Янов Юрий Константинович	–	Президент Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, директор Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи»» Минздрава России (сопредседатель)
Абдулкеримов Хийир Тагирович	–	заведующий кафедрой оториноларингологии Федерального Государственного Бюджетного Образовательного Учреждения Высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист – оториноларинголог Уральского федерального округа, профессор
Богомильский Михаил Рафаилович	–	заведующий кафедрой оториноларингологии педиатрического факультета Федерального Государственного Бюджетного Образовательного Учреждения Высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский

		университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России
Буркин Александр Владимирович	–	заместитель директора Федерального Государственного Бюджетного Учреждения Научно-клинический центр «Оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России
Григорьева Алла Александровна	–	директор астраханского филиала Федерального Государственного Бюджетного Учреждения Научно-клинический центр «Оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России, главный внештатный специалист - оториноларинголог Южного федерального округа
Давыдов Владимир Матвеевич	–	заместитель директора Федерального Государственного Бюджетного Учреждения Научно-клинический центр «Оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России
Егоров Виктор Иванович	–	заведующий отоларингологическим отделением Городского Бюджетного Учреждения Здравоохранения Московской Области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», главный внештатный специалист - оториноларинголог Московской области
Завалий Марианна Анатольевна	–	заведующая кафедрой оториноларингологии медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального Государственного Автономного Образовательного Учреждения Высшего профессионального образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
Карнеева Ольга Витальевна	–	заместитель директора Федерального Государственного Бюджетного Учреждения Научно-

		клинический центр «Оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России
Козлов Владимир Сергеевич	–	заведующий кафедрой оториноларингологии Федерального Государственного Бюджетного Учреждения дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия " Управления делами Президента Российской Федерации
Кошель Владимир Иванович	–	ректор Федерального Государственного Бюджетного Образовательного Учреждения Высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист – оториноларинголог Северо-Кавказского федерального округа
Крюков Андрей Иванович	–	директор Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский Клинический институт Оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента Здравоохранения города Москвы, главный внештатный специалист – оториноларинголог г. Москва
Накатис Яков Александрович	–	главный врач Федерального Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова» Федерального медико-биологического агентства России, главный внештатный специалист - оториноларинголог Федерального медико-биологического агентства
Рязанцев Сергей Валентинович	–	заместитель директора Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи»» Минздрава России, главный внештатный специалист - оториноларинголог Северо-Западного федерального округа

Свистушкин Валерий Михайлович	–	директор клиники, заведующий кафедрой оториноларингологии Федерального Государственного Бюджетного Образовательного Учреждения Высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, главный внештатный специалист – оториноларинголог Центрального федерального округа
Староха Александр Владимирович	–	заведующий кафедрой оториноларингологии Федерального Государственного Бюджетного Образовательного Учреждения Высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист - оториноларинголог Сибирского федерального округа
Тавартkиладзе Георгий Абелович	–	директор Федерального Государственного Бюджетного Учреждения Науки «Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования» Федерального медико-биологического агентства России
Хорук Сергей Михайлович	–	директор хабаровского филиала Федерального Государственного Бюджетного Учреждения Научно-клинический центр «Оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России, главный внештатный специалист – оториноларинголог Дальневосточного федерального округа

Оглавление

АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ВЗРОСЛЫХ 13

АНАЛИЗ РАБОТЫ ФОНИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА 2015-2017 гг. 15

АУДИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОТЕРИ СЛУХА, ВЫЗВАННОЙ ШУМОМ 17

БОЛЕЗНИ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ 19

СИНДРОМ ЛЕМЬЕРА В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА 21

БОЛЬНЫЕ С НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В СТРУКТУРЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА 23

ВАРИАНТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФРАГМЕНТОВ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА 25

ВЕДЕНИЕ СЛОВАРЯ РЕБЕНКА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ 27

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПЕРЕНЕСЕННЫМ ВЕСТИБУЛЯРНЫМ НЕЙРОНИТОМ И СОСТОЯНИЕМ ШЕЙНЫХ МЫШЦ 29

ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАННИХ СТАДИЯХ РАКА ГОРТАНИ 31

ВЛИЯНИЕ ШУМО-ВИБРАЦИОННОГО ФАКТОРА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА 33

ВОЗМОЖНОСТИ ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛОР-ОНКОЛОГИИ 35

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ 37

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ВЫНОСЛИВОСТИ ГОЛОСА ПЕДАГОГА 39

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРО-РНК ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ 41

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ 43

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ 45

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ НОСОСЛЕЗНОГО КАНАЛА И СЛЕЗНОГО МЕШКА У ДЕТЕЙ 47

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВА ГОЛОСА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА 49

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ 51

ЗАДАЧИ ЛОР-ПРОФПАТОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 52

ЗНАЧЕНИЕ ТРЕПАНОПУНКЦИИ ЛОБНЫХ ПАЗУХ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ФРОНТИТОМ 54

ИЗМЕНЕНИЕ АКУСТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГОЛОСА ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ У ЛИЦ ГОЛОСО-РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ 56

ИНВАЛИДНОСТЬ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ИНТЕГРАЦИЯ 58

ИРРИГАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ: ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ МЕТОДА 59

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОСТНЫХ ТЕМЕННЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ В ПЛАСТИКЕ ЯТРОГЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФРОНТИТАХ 61

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ PRP ПРИ ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТОВ КОЖИ НАРУЖНОГО НОСА 63

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ВОЛОС ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ 65

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ АТРЕЗИИ ХОАН У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОГО СТЕНТА 67

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИКИ ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ МОДЕЛИРОВАННЫМ РЕБЕРНЫМ АУТОХРЯЩЕМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОЧЕТАННЫМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ 69

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛАРИНГИТОВ У ЛИЦ ГОЛОСОРЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ 71

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО СИМУЛЯТОРА ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА 73

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ОБОНЯНИЯ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА 75

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ 77

КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И КОНТРОЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ 78

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ УЗЕЛКАХ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВОКАЛИСТОВ 80

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В СТАЦИОНАРЕ 82

МЕТОД ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ «СУРДОМЕТРИИ» В ДИАГНОСТИКЕ СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ 84

МЕТОД СИМУЛЯЦИОНОГО ОБУЧЕНИЯ ОПЕРАЦИЯМ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА 86

МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПЕДАГОГА И СПЕЦИАЛИСТА ПО НАСТРОЙКЕ ПРОЦЕССОРА 88

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА 90

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОФИМ 92

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ 94

НЕОБХОДИМОСТЬ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ 96

НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ У ДЕТЕЙ 97

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИТАМИНА D ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ 100

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА 102

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ PFAPA-СИНДРОМА 104

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ДО И ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОЙ РИНОХИРУРГИИ 106

ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ 108

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФОДИССЕКЦИЙ 110

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГОЛЬМИЕВОГО ВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА В ХИРУРГИИ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ 112

ОПЫТ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ГОЛОСОВЫМ ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ В ГБУЗ СОКОД 114

ОСЛОЖНЕНИЯ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ 116

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ НАДХРЯЩНИЦЫ В ЗОНЕ СЕПТАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ 118

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 121
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ 123
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОГРАММ СО СЛИЗИСТОЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ 125
ОТОЛИТИАЗ ПРИ СЛУХОУЛУЧШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ 127
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ 129
ПАРЕСТЕЗИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 132
ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРАПА И СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА 134
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЛЮОРЕСЦЕНТНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ 136
ПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ПЕРФОРАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА У ДЕТЕЙ 138
ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМБИНИРОВАНОЙ ТЕРАПИИ 140
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ТАМПОНАДЕ НОСА 142
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЛОР-ОНКОЛОГИИ 145
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МУТАЦИОННОЙ ДИСФОНИИ У ПОДРОСТКОВ 147
РАЦИОНАЛЬНАЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА – ПЕРВЫЙ ШАГ К СДЕРЖИВАНИЮ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ 149
РЕАБИЛИТАЦИЯ ГЛУХОТЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 150
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ. ШКОЛА ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ 152
РЕЗУЛЬТАТЫ УВУЛОПАЛАТОПЛАСТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА 153
РЕКОНСТРУКЦИЯ ГОРТАНИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ 154
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН 156
РОДОВАЯ ТРАВМА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ЭТМОИДИТА У ДЕТЕЙ 158
РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МУТАЦИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ 160
РОЛЬ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ГОРТАНИ 162
РОЛЬ КОРРЕКЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ГОЛОСА 164
РОЛЬ ПЭТ/КТ С ФДГ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕНОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА 166
СЕПТАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 169
СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 171
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ОТОСКЛЕРОЗА 173
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРЕДРАКЕ И РАКЕ ГОРТАНИ 176
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У РАБОТНИКОВ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ 178

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РЕШЕНИЕ ТОЗИЛЛЯРНОЙ ПРОБЛЕМЫ 182
СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 184
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ОМСКОГО ФОНИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПО ВОЗРАСТНОМУ И ПОЛОВОМУ СОСТАВУ ЗА 2017 г. 186
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАБОТНИКОВ, СВЯЗАННЫХ С ОБЕСПЕЧЕНИЕМ БЕЗОПАСНОСТИ ДВИЖЕНИЯ ПОЕЗДОВ 187
В ОАО «РЖД» 187
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ВАРИАНТОВ СЕПТОПЛАСТИКИ 189
ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ 191
УШНЫЕ КАТЕТЕРЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА В СЛУХОВУЮ ТРУБУ 193
ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАНДИДОМИКОЗА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ 195
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАЗАЛЬНОГО ЦИЛИАРНОГО ЭПИТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 197
ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА 199
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ РАСЩЕЛИНОЙ 200
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА У ДЕТЕЙ С АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 202
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННЫХ ПАРАЛИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ 204
ХРОНИЧЕСКИЙ РИНОСИНУСИТ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ: МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ 206
ЭКТОПИЯ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ. СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ 208
ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ГОРТАНИ ПРИ РАННИХ СТАДИЯХ РАКА (T1-2N0M0) С ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКОЙ 212
ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПОДСКЛАДКОВОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ 215
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕ ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ГОРТАНИ 218
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ 219
ЭТАПНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ 221
ЭТИОЛОГИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 223
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА 225
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОГРАНИЧЕННОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ 227
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ 230
NO-ТЕРАПИЯ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУЖНОГО ОТИТА 232
АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ ВЗРОСЛЫХ 234

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛОМУСНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВИСОЧНОЙ КОСТИ 235
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РИНИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ 239
ЗАДНЯЯ ЛАРИНГОПЛАСТИКА ХРЯЩЕВЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАДНЕМ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ ГОЛОСОВОГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ 241
ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ШВАННОМА ДНА ПОЛОСТИ РТА: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 245
КЛИНИКО-ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ГОРТАНИ И ГЛОТКИ 248
КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЙ КОНФЛИКТ VIII НЕРВА 250
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТКОЙ С ГЛАЗНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН 252
ЛЕЧЕНИЕ АГЕОТРОПНОГО ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА 253
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА 255
МЕСТО ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГРИБКОВОГО ЛАРИНГИТА 257
МЕТОДИКИ СТАПЕДОПЛАСТИКИ И ПОКАЗАНИЯ К НИМ 259
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА 261
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ 263
ПЛАСТИКА ГОРТАНИ Т-ОБРАЗНОЙ ТРУБКОЙ У ДЕТЕЙ 266
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ГОЛОСО-РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ 268
СЛИПЭНДОСКОПИЯ: МЕТОДИКА И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ 270
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ 272
СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА 275
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ СТАНДАРТНОЙ ПУНКЦИОННО-ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ 277
ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПРИОБРЕТЕННОЙ МЯГКОТКАННОЙ АТРЕЗИИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА 279
ХРОНИЧЕСКИЙ ПОЛИПОЗНО-ГНОЙНЫЙ ПАНСИНУСИТ У РЕБЕНКА С МУКОВИСЦИДОЗОМ 282
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОВРЕМЕННОЙ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА 283

АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ВЗРОСЛЫХ

Егоров В.И, Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»

На протяжении многих лет проблема папилломатоза дыхательных путей в ларингологии привлекает пристальное внимание исследователей. Лечебная практика основывается на трех основных направлениях в их различных сочетаниях: совершенствование хирургических методов, поиск новых медикаментозных препаратов (противовирусных, иммунотропных и др.), разработка методик вакцинации. Предложенные методы адъювантной терапии эффективны не во всех случаях и имеют побочные эффекты.

Общепринятым методом противорецидивного лечения папилломатоза гортани (ПГ) является интерферонотерапия. В основном применяют инъекционные формы рекомбинантного интерферона (ИФН). Наиболее частым побочным действием при лечении инъекционными формами препаратов ИФН является пирогенная реакция, проявляющаяся после первых инъекций, спустя несколько часов после введения препарата. В ответ на введение инъекционных форм рекомбинантных ИФН у больных вырабатываются нейтрализующие антитела (НАТ), относящиеся к классу IgG, которые обладают способностью нейтрализовать противовирусную и антипролиферативную активность ИФН. Ингаляционный способ введения позволяет снизить терапевтическую дозу, осуществить целевую доставку биологически активного вещества, уменьшить токсичность и побочные действия. В этой связи применение препарата на основе интерферона альфа является актуальным и потенциально важным в терапии ПГ.

В ФГУП «Гос. НИИ ОЧБ» ФМБА России создан новый высокопродуктивный рекомбинантный штамм *Escherichia coli* BL21(DE3) − продуцент интерферона альфа-2b человека. Разработан технологический процесс выделения и очистки целевого белка, по своим физико-химическим и биологическим характеристикам соответствующего требованиям международных фармакопей.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности лечения у больных ПГ с помощью нового способа комбинированного лечения, включающего эндоларингеальное микрохирургическое удаление папиллом с применением холодной плазмы и последующим проведением местной противовирусной терапии.

В ЛОР-клинике ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» с 2014 г. проходит научное исследование эффективности применения интерферона альфа-2b в комбинированном лечении больных ПГи. В открытое рандомизированое контролируемое исследование

включено 75 больных с ПГ (мужчин и женщин) в возрасте от 18 до 65 лет. В 1-й группе – 25 пациентов, которые получают терапию рекомбинантным интерфероном альфа-2b в комплексе с эндоларингеальной микрохирургией с применением холодной плазмы. Интраоперационно, после удаления папиллом с помощью аппарата Coblator II, в пораженную зону выполняется подслизистое введение лекарственного препарата. Затем в течение 7 дней проводятся ингаляции лекарственным препаратом. Контрольная группа – пациенты, оперированные так же методом эндоларингеальной микрохирургии, без назначения медикаментозной терапии. Период наблюдения – время пребывания больных в стационаре и в последующим амбулаторно в течение двух лет. Пациентам обеих групп проводится оториноларингологическое исследование с видеофиброларингоскопией.

Результаты лечения оцениваются по изменению количества и тяжести рецидивов, длительности ремиссий. В настоящее время уже пролечено и наблюдаются 20 пациентов из основной группы, пациенты для контрольной группы набраны путем ретроспективного анализа историй болезни.

Выводы по первым результатам: новый метод комбинированного лечения ПГ взрослых, включающий в качестве противорецидивной терапии применение препарата рекомбинантного интерферона альфа-2b, приводит к статистически значимому снижению продолжительности и тяжести рецидивов папилломатоза гортани и уменьшению частоты последующих рецидивов. Ингаляционное введение рекомбинантного интерферона альфа-2b хорошо переносится, не вызывает аллергических реакций, не оказывает гепатонефротоксического и токсического действий на кроветворные органы.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ФОНИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА 2015-2017 гг.

Бережной В.Г., Доронина Л.М., Зубова З.Ю.

БУЗОО «Клинический медико-хирургический центр»
МЗОО оториноларингологическое отделение (фониатрический центр) г. Омск

Фониатрическая служба в Омской области основана в 1976 г. приказом Министерства здравоохранения от 04.01.1976 г. №1 «О мерах по дальнейшему улучшению специализированной помощи творческим работникам учреждений культуры». Со дня основания центром руководит врач высшей категории Доронина Людмила Михайловна. Отличник здравоохранения, Заслуженный врач РФ, победитель Всероссийского конкурса 2006 г. «Лучший врач года» в номинации «Лучший врач-оториноларинголог», внесена в энциклопедию «Лучшие люди России» 2004 г.

В настоящее время это современное специализированное оториноларингологическое отделение (фониатрический центр), входящее в структуру бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический медико-хирургический центр МЗ Омской области». Штаты отделения: зав. отделением – 1 ставка, врач фониатр - 3 ставки, фонопед – 2 ставки, психолог – 1 ставка, старшая медсестра – 1 ставка, медицинская сестра – 5 ставок, санитарки – 3 ставки.

В центре имеется специализированное оборудование: видеоларингостробоскоп фирмы «KARL STORZ», система архивирования данных «AIDA», компьютерный анализ голоса и речи «Ling WAVES», аппарат «vocaSTIM». Эта аппаратура позволяет прослеживать динамику заболеваний гортани, показывать видеоматериал пациенту, коллективно обсуждать сложную патологию, использовать архивированные данные как пособие для курсантов ФУВа, а также в научных целях. Прием ведут врачи-фониатры, фонопед-вокалист и фонопед-речевик, психолог. Все специалисты аттестованы и имеют сертификаты. Обучение по фониатрии врачи проходили на рабочем месте в консультативно-диагностической поликлиники БУЗОО «КМХЦ МЗОО» оториноларингологическое отделение (фониатрический центр), на базе ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России и в ЛОР НИИ г. Санкт-Петербурга.

Основная цель отоларингологического отделения (фониатрический центр) – оказание консультативной помощи больным с нарушением голоса и лечебно-профилактической помощи населению с расстройствами голоса.

План посещений в отоларингологическом отделении (фониатрический центр) выполняется ежегодно: при плане 4320 в 2015 году выполнено 4431, что составило 102,5%; в 2016 году план 2700, выполнено 2709 (100.2%); в 2017 году план выполнен ровно на 100%

(2518 посещений). Уменьшение задания плана амбулаторных посещений в 2016 и 2017 гг. (по сравнению с 2015 годом) связано с отсутствием одного врача-фониатра.

В фониатрическом центре работает дневной стационар на основании приказа Минздравсоцразвития России №155н от 28 февраля 2011 г. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "оториноларингология" и "сурдология-оториноларингология". План по работе дневного стационара оториноларингологического отделения (фониатрический центр) выполнялся за истекший период на 100%: в 2015 году пролечено 299 пациентов, в 2016 году – 249, 2017 году – 253.

По нозологическим формам на первом месте по абсолютному количеству и в процентном соотношении стоят хронические ларингиты, которые включают в себя как субатрофическую, так и гиперпластическую форму. Это обусловлено частотой воспалительных заболеваний гортаноглотки у лиц голосовых профессий из-за низкой сопротивляемости организма, вредных привычек, несоблюдения правил гигиены голоса. Функциональные дисфонии в структуре посещений имеют тенденцию к увеличению, что связано с нервным перенапряжением, социальными условиями, улучшением диагностики. Уменьшилось количество принятого детского населения с узелками голосовых складок, что объясняется улучшением взаимосвязи с детскими лечебно-профилактическими учреждениями города и области, а также с просветработой среди вокальных педагогов по охране детского голоса. Большинство профессионалов голоса проходят в год по 2–3 профилактических курса лечения, вследствие этого уменьшается число осложнений и обострений хронических заболеваний голосового аппарата.

В повседневной работе врачи-фониатры используют диагностические методики, рекомендуемые НКО фониатрии ФГБУ НКЦО ФМБА России. Ежегодно врачи-фониатры и фонопеды принимают участие в съездах и конгрессах по оториноларингологии и в проведении Международного Дня голоса под эгидой Ассоциации фониатров и фонопедов России. Фониатрический центр г.Омска активно участвует в мероприятиях, посвященных Международному дню голоса. В России фониатрическая служба развивается при поддержке НКО фониатрии ФГБУ НКЦО ФМБА России и созданной Ассоциации фониатров и фонопедов России. Омский фониатрический центр единственный в России работает в системе ОМС, осуществляя бесплатную фониатрическую помощь населению города Омска и Омской области, благодаря Министерству здравоохранения Омской области и администрации БУЗОО «КМХЦ МЗОО» (главный врач Бережной В.Г).

АУДИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОТЕРИ СЛУХА, ВЫЗВАННОЙ ШУМОМ

Аденинская Е.Е.[1, 2], Симонова Н.И.[2]

[1]*ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России*
[2]*ФБУ «Центральная клиническая больница гражданской авиации», Москва*

Для решения вопроса о наличии или отсутствии признаков шумового воздействия на орган слуха необходимо провести разграничение между «возрастными» и «шумовыми» изменениями на аудиограмме, т.е определить наличие постоянного сдвига порога слышимости, вызванного шумом (Noise-induced permanent threshold shifts (NIPTS, шумовой пороговый сдвиг – ШПС), достоверно измеримого у работника. Специалисты применяют корректировки по возрасту путем вычитания значения децибел из измеренных аудиометрических порогов для документирования формирования возможных постоянных пороговых сдвигов из-за воздействия шума. Порог слышимости на 4 кГц является четко установленным клиническим признаком «шумового» воздействия и может быть полезен для подтверждения диагноза, но для окончательной диагностики профессиональной тугоухости важно выявить подробную и точную информацию об истории воздействия шума.

Аудиометрические потери слышимости при воздействии производственного шума формируются на частотах 3,4 кГц, где ухо более восприимчиво к шуму, и проявляются в виде постоянного порогового сдвига. При этом пороги слышимости на данных частотах существенно хуже, чем на более низких (0,5 и 1 кГц) и на частоте 8 кГц. Связанные с возрастом шумовые пороговые сдвиги накладываются на предшествующие пороговые сдвиги, вызванные шумом, что в последующем приводит к клинически значимому ухудшению слуха. Возрастные и шумовые повреждения всегда являются полностью аддитивными, т.е. усиливающими друг друга.

Все анализируемые и существующие модели определения ШПС основаны на оценке порогов слышимости по результатам ТПА. Их в большинстве случаев бывает достаточно для выявления ранних признаков нарушения слуха, постановки клинической формы потери слуха, вызванной шумом, а также определения необходимости включения работника в программу сохранения слуха.

Индуцированные шумом постоянные пороговые сдвиги (ШПС) рассчитываются на основе аудиометрического анализа путем вычитания из базовых (измененных) порогов слышимости эффектов старения (возрастной нормы слуха).

Подходы к верификации ШПС должны быть достаточно жесткими для более раннего выявления признаков воздействия шума, поэтому при проведении коррекции на возраст необходимо использовать только медианное значение возрастной нормы (p=0,5).

Для визуальной оценки отклонения порогов слышимости конкретного человека от возрастной нормы слуха используется график ТПА.

Степень выраженности нарушения слуха устанавливается по международной классификации, то есть если пороги слышимости на частотах 0,5, 1,2 и 4 кГц превышают значения возрастной физиологической нормы слуха и значение 25 дБ, то устанавливается клиническая форма тугоухости с указанием степени выраженности.

Факт утверждения наличия клинической формы тугоухости не влияет на результаты расчета отклонения порогов слышимости от возрастной нормы при определении ШПС.

У работников шумовых профессий необходимо определить наличие или отсутствие признаков ШПС, т.е. отклонения в бóльшую сторону на высоких частотах (4 кГц, реже 3 кГц). Для этого нам необходимо вычислить разность базовых порогов слышимости и возрастной нормы слуха

Важно правильно диагностировать начальные признаки шумового воздействия для разработки индивидуальной программы сохранения слуха. С этой целью в классификацию тугоухости введено понятие «Признаки воздействия шума на орган слуха», которое соответствует средним значениям порогов слышимости по воздуху на частотах 0,5, 1, 2, 4 кГц (дБ) от 11 до 25 дБ.

Как показывает практика, в настоящее время всем работающим в шуме при порогах слышимости в диапазоне 11–25 дБ устанавливается данное состояние. Соответственно, необходимо обратить внимание на саму формулировку состояния: это неблагоприятное воздействие шума, которое уже внесло некие начальные патологические изменения на орган слуха.

Для выявления признаков воздействия шума на орган слуха на доклиническом уровне (МКБ-10: Z57.0) должен быть выявлен ШПС, как минимум, на 10 дБ выше возрастного порога слуха на этих частотах.

Наличие сохранных порогов слышимости на частотах 3 и 4 кГц при оценке потери слуха по международной классификации в диапазоне 11-25 дБ не дает оснований для вынесения заключения о наличии изменений слуха от воздействия шума.

БОЛЕЗНИ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Владимирова Т.Ю., Айзенштадт Л.В.

ФГБОУ ВО «СамГМУ» МЗ РФ

Воспалительные заболевания уха и сосцевидного отростка являются важной медицинской и социальной проблемой, что связано с большой распространенностью заболевания среди всех групп населения и нередкой инвалидизацией больных в связи с развитием тугоухости. По данным Федерального реестра в России насчитывается более 11 млн инвалидов, из них около 220 тысяч (2%) являются инвалидами по слуху. Сохранение слуха у пациентов с болезнями уха и сосцевидного отростка является актуальной проблемой, так как несмотря на небольшой процент в структуре общей заболеваемости, они занимают лидирующие позиции среди заболеваний ЛОР-органов, приводящих к инвалидизации населения.

В настоящем исследовании проведена оценка структуры инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка у взрослого населения в Самарской области, определены закономерности ее формирования.

Проведён ретроспективный анализ данных заболеваемости и инвалидности по слуху среди взрослого населения, представленный в отчётах за 2016-2017 гг. самарским областным медицинским информационно-аналитическим центром. Исследование показало, что число впервые признанных инвалидами по слуху за 2016-2017 г в Самарской области в среднем составляет 341 человек в год, что составляет более 2,5 тысяч (1,7%) человек. Удельный вес инвалидов в структуре всей первичной инвалидности у жителей города ниже, чем у сельских жителей. При этом среди крупных городов с численностью населения более 100 тыс. человек это значение колеблется незначительно (в среднем в Самаре – 3%, в Тольятти – 2,47%, Сызрани – 2,61%, Новокуйбышевске – 2,48%). В небольших городах и сельских районах с численностью населения менее 100 тыс. удельный вес инвалидов изменяется от 0,86% (г. Кинель) до 6,67% (г. Похвистнево).

В структуре первичной инвалидности по слуху преобладают люди пенсионного возраста (68,7%). Инвалиды среднего возраста составляют 19,6%, а трудоспособного – 11,7%. Основную массу составляют инвалиды 3-й группы – 99%, инвалидов 1-й и 2-й групп – 0% и 1% соответственно. Общее число повторно признанных инвалидами по слуху значительно больше: в 658 человек. Удельный вес в среднем равен 2,6% от общего числа повторно признанных инвалидами. В структуре инвалидности по возрасту преобладают лица пенсионного возраста – 54%, среднего возраста – 22,3%, молодого –

всего 23,7%. В структуре заболеваемости среди первично выявленных причин инвалидности лидирующие позиции занимает двусторонняя нейросенсорная тугоухость (61,2%), на втором месте – двусторонняя смешанная тугоухость (33,7%), на третьем – двусторонняя кондуктивная потеря слуха (4,1%). Среди лиц, повторно признанных инвалидами, сохраняется та же тенденция: нейросенсорная тугоухость диагностирована у 63,8%, двусторонняя смешанная – у 31,3%, двусторонняя кондуктивная потеря слуха – у 3,5%.

Таким образом, число выявляемых инвалидов по слуху не имеет тенденции к росту, но создаёт значительный прирост у лиц, повторно признанных инвалидами, среди которых 46% составляют лица трудоспособного возраста. Удельный вес инвалидов по слуху, проживающих в крупных городах, ниже, что, вероятно, связано с оптимальной маршрутизацией пациентов и этапностью оказания медицинской помощи в специализированных медицинских центрах..

СИНДРОМ ЛЕМЬЕРА В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Апостолиди К.Г., Савчук О.В., Исаева М.Л.

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Синдром Лемьера считается редким заболеванием, его распространенность составляет 1-4 случаев на 1 млн населения в год, и это дает повод называть его «болезнью прошлых веков». Однако в последние годы число случаев заболевания неуклонно растет. В отечественной литературе синдром Лемьера чаще всего описывается как постангинальный сепсис. С 2016 г. в НМХЦ им. Н.И. Пирогова мы наблюдали трех пациентов с синдромом Лемьера.

Пациентка 39 лет, поступившая с направительным диагнозом «Правосторонний паратонзиллярный абсцесс», у которой диагностирован тромбоз правой внутренней яремной вены. В анамнезе больной – прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК).

Пациентка 30 лет, поступившая в ОРИТ для больных кардиологического профиля с предварительным диагнозом ТЭЛА на фоне беременности сроком 10 недель, наступившей в результате ЭКО. За 3 недели до госпитализации она перенесла ОРВИ, осложнившуюся отитом. За 4 дня до госпитализации появились боли в правой задне-боковой поверхности шеи. Диагностирован тромбоз правой внутренней яремной вены.

Пациент 39 лет с тромбозом левого поперечного, левого сигмовидного синусов, верхней луковицы левой внутренней яремной вены после перенесенного верхнечелюстного синусита.

Во всех трех наблюдениях оториноларингологом были заподозрены тромботические осложнения.

Нами проведен анализ зарубежной литературы за 6 лет (с 2011 по 2017 гг.) с различными клиническими проявлениями синдрома Лемьера у 49 пациентов. Мужчины в возрасте 13-76 лет составили 63% (n=31), женщины 12-71 лет – 37% (n=18). Чаще всего первый этап развития этой патологии представлен первичной инфекцией в виде фарингита (n=18), абсцессов глотки и шеи (n=20), тонзиллита (n=9), отитов (n=3). В 8% случаев (n=4) синдром Лемьера возник после стоматологического вмешательства. Этот клинический период чаще всего длился от 3 дней до 1 недели и проявлялся лихорадкой от субфебрилитета до 39ºС (n=37), головной боль (n=11), ознобом и ночной потливостью (n=7), болью в горле как при фарингите (n=27) или локально с одной стороны (n=12), сопровождающимися одинофагией или дисфагией (n=8), продуктивным кашлем и одышкой (n=10). Некоторые авторы описывают отек шеи на стороне поражения с иррадиацией в верхнюю конечность и грудную клетку (n=35), миалгию (n=18).

Второй этап развития болезни характеризуется лимфогенной инвазией микроорганизмов в окологлоточное пространство и внутреннюю яремную вену (n=41). Наблюдается развитие двухстороннего процесса, с тромбозом и его распространением на кавернозный (n=3) и сигмовидный (n=9) синусы, подключичную (n=3) и брахиоцефальную вену (n=3), верхнюю полую вену (n=2), наружную яремную (n=3) и лицевую вену (n=4). Клиническая картина, кроме рентгенологической, УЗДС, КТ- и МРТ-диагностики, подтверждалась результатами лабораторных исследований: клиническим анализом крови – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (n=36), повышение СОЭ (n=45), изменением отдельных биохимических показателей кров – общий белок (n=11), АСТ (n=4), АЛТ (n=6), АЧТВ (n=3), креатинин (n=7), фибриноген (n=12), глюкоза (n=4), D-димер (n=3), гликированный гемоглобин (n=5), СРБ (n=20). В посевах крови в 21 наблюдении выявлена Fusobacterium necrophorum, в 4 случаях – Klebsiella pneumoniae, в 3 – Staphylococcus contsellatus, в 4 с – стрептококки, в 4 – стафилококки. В остальных 13 случаях посевы роста микрофлоры не дали. Klebsiella pneumoniae во всех наблюдениях была выявлена у пациентов с СД 2-го типа.

Третий этап этой патологии характеризуется распространением септических очагов в различные органы: в печень (n=3), легкие (n=36), сердце (n=1), головной мозг (n=3), позвонки (n=2), кости голени (n=1), и черепа (n=2), почки (n=1). Были диагностированы ТЭЛА (n=2), пневмония (n=16), эмпиема плевры (n=5), плеврит (n=15), менингит (n=3), септический шок (n=2), перикардит (n=1), остеомиелит (n=5), мастоидит (n=3), периферические невриты (n=6). При лечении 24 пациентам на амбулаторном этапе назначались антибактериальные препараты, в стационаре 28 больных получали эмпирическую терапию (двое – только по результатам посевов), 18 больным по результатам посевов крови добавлялся второй антибиотик, который вводиля внутривенно. Продолжительность терапии иногда составляла от 2 до 6 недель. Чтобы предотвратить дальнейшее развитие тромбоза, 31 пациенту назначались антикоагулянты. В тяжелых случаях применялось хирургического вмешательства: дренирование гнойных очагов (n=25), находящихся в горле, шее или других органах, а также удаление тромба из яремной вены (n=1).

Длительное атипичное течение воспалительных заболеваний орофарингеальной области (фарингит, тонзиллит, синусит) и уха, появление болевого синдрома и отека шеи, стоматологические вмешательства в анамнезе должны вызывать у оториноларингологов настороженность в отношении синдрома Лемьера.

БОЛЬНЫЕ С НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В СТРУКТУРЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Крюков А. И.[1,2], Плавунов Н.Ф.[3], Царапкин Г. Ю.[1], Кадышев В.А.[3], Сидоров А. М.[3], Товмасян А.С.[1], Гунина М.В.[1]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского» ДЗМ
[2] ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
[3]ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗМ

Носовые кровотечения (НК) являются острой патологией ЛОР-органов, угрожающей жизни больного. Данный контингент больных госпитализируется в основном в оториноларингологические отделения многопрофильных стационаров. Как правило, НК являются проявлением других заболеваний внутренних органов и носит симптоматический характер, поэтому вопрос лечения этой патологии носит междисциплинарный характер. Исключение составляют НК, связанные с травмой, в том числе возникающие отсроченно после внутриносовых хирургических вмешательств.

Вопрос мониторинга заболеваемости любой острой патологии – чрезвычайно важный аспект практической медицины. Имеющиеся статистические данные позволяют давать долгосрочные прогнозы и принимать превентивные меры, направленные на недопущение непоправимых последствий, связанных с организацией медицинской помощи.

Цель работы – изучить распространенность НК в структуре оториноларингологических стационаров города Москвы, используя ретроспективный анализ статистических данных.

Нами изучены отчеты заведующих оториноларингологический отделений 18 многопрофильных стационаров города Москвы за период с 2003 по 2016 г. Мы анализировали следующие данные: общее число пролеченных больных и число пациентов, госпитализированных в ЛОР-отделения с НК; число смертельных исходов, связанных с НК. Также изучены данные медицинской статистики ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗМ за 2016 г., отражающие отчетную документацию всех бригад СМП в городе Москве.

За 13 лет в оториноларингологических стационарах города Москвы было пролечено 420817 больных, из них 16182 пациента – с НК. За изученный период было зафиксировано 14 смертей, связанных с НК. По данным отчетов, предоставленных заведующими ЛОР-отделений стационаров Москвы, в 2003 г. на стационарном лечении находилось 773 пациента с НК. В 2016 г. численность пролеченных больных в

оториноларингологических стационарах города Москвы достигла 1408 человек. Мы зафиксировали ежегодный прирост числа пациентов с данной патологией на 48,85±8,06 больных в год.

По данным Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова за 2016 г. бригадами СМП проведена медицинская эвакуация в стационары города Москвы 4178 пациентов с НК, из них госпитализировано 1408 больных.

Таким образом, пациенты с НК составляют 3,8% от всех больных, пролеченных в оториноларингологических стационарах города Москвы. Нами установлено, что с 2003 г. отмечается ежегодный прирост численности данного контингента больных на 6,3%. Смертность пациентов в структуре НК составляет 0,09%, а в структуре больных с заболеваниями ЛОР-органов – 0,003%. Из всех больных, доставленных бригадами СМП в многопрофильные стационары города Москвы, 33,9% нуждаются в стационарном лечении в условиях оториноларингологического отделения.

ВАРИАНТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФРАГМЕНТОВ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ратушный М.В., Поляков А.П., Каприн А.Д.

«МНИОИ им. П.А. Герцена», филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ

При локализованных формах рака гортани и гортаноглотки лучевая терапия и органосохраняющая хирургия являются основными методами лечения. Данные виды лечения имеют бесспорное преимущество, позволяя сохранить структуру и функции органов. Однако более 65% пациентов начинают специальное противоопухолевое лечение при местнораспространенных стадиях заболевания. Проведение неоадъювантной химиотерапии или химиолучевой терапии при Т3-Т4 в 55-77% случаев позволяет добиться полной резорбции опухоли, в то же время у одной трети из этих больных в течение первого года выявляется локальный рецидив.

Лечение пациентов с местнораспространенными и рецидивными опухолями возможно только хирургическим путем, когда операцией выбора остается лишь циркулярная резекция гортаноглотки с ларингэктомией и формированием стом на шее. При необходимости операция дополняется экстирпацией пищевода. Сложность и стойкость нарушенных функций дыхания, речи, глотания, сопровождающихся длительной и нередко стойкой утратой трудоспособности, ставят проблему реабилитации и качества жизни больных в ряд важнейших медико-социальных задач. Только выполнение сложных реконструктивно-пластических операций на этапе хирургического лечения позволяет значительно сократить сроки и улучшить качество реабилитации пациентов, а также, снизить уровень инвалидизации оперированных больных.

В клинике за период с 1995 по 2018 гг. накоплен опыт реконструкции глотки и пищевода различными фрагментами желудочно-кишечного тракта. Прооперирован 121 больной в возрасте от 25 до 73 лет со злокачественными опухолями. Сегментарную микрохирургическую фарингопластику с использованием следующих висцеральных аутотрансплантатов выполняли у 107 больных: желудочно-сальниковый лоскут – 48, толстокишечно-сальниковый лоскут – 28, тонкокишечный лоскут – 22, лоскут из фрагмента сигмовидной кишки – 1, лоскут из фартука большого сальника – 5, толстокишечно-подвздошный лоскут – 3. У 19 больных после фарингопластики была восстановлена и голосовая функция путем трахеопищеводного шунтирования с установкой голосового протеза. Тотальная фарингоэзофагопластика была выполнена 14 больным, при этом в качестве пластического материала использовались: стебель из большой кривизны желудка – у 6 больных, стебель из толстой кишки – у 5, аутотрансплантат из тонкой кишки у 2, толстокишечно-подвздошный аутотрансплантат – у одного.

Сроки наблюдения за оперированными пациентами были разными: от 2 месяцев до 16 лет. В 9,9% наблюдений был отмечен некроз аутотрансплантата. Питание через рот было восстановлено

у 93,9% оперированных больных после аутотрансплантации висцеральных лоскутов. В двух случаях отмечена несостоятельность толстокишечных анастомозов в брюшной полости. Во всех случаях после установки голосового протеза была восстановлена речевая функция. Способ аутотрансплантации подвздошно-толстокишечного лоскута позволил в один хирургический этап выполнить не только удаление пораженных опухолью органов, но и восстановить утраченные пищепроводную и голосовую функции, не прибегая при этом к помощи искусственных протезов, а используя только собственные ткани.

Показатели 5-летней выживаемости в группе больных при одномоментной реконструкции составили 36,4%, а в группе с отсроченной реконструкцией – 67,3%.

Наличие группы больных, находившихся на грани операбельности и перешагнувших десятилетний рубеж после операции свидетельствует о том, что применение сложных реконструктивных операций значительно расширяет границы резектабельности опухолей и улучшает результаты лечения данной категории больных. Применение метода аутотрансплантации висцеральных лоскутов способствует улучшению качества жизни пациентов и скорейшей их медицинской и социальной реабилитации. Полноценное восстановление функций позволяет рекомендовать пациентам расширенные хирургические вмешательства с целью улучшения онкологических результатов лечения.

ВЕДЕНИЕ СЛОВАРЯ РЕБЕНКА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Пудов Н.В. [1], Пудов В.И.[2], Зонтова О.В. [2]

1Программа «Я слышу мир!», Санкт-Петербург
[2]ФГБУ «СПб НИИ ЛОР», Санкт-Петербург

Актуальность исследования определяется потребностью практики в разработке различных методов и подходов психолого-педагогической диагностики и реабилитации, расширяющих представление о возможностях и путях развития ребенка после кохлеарной имплантации, способствуя лучшему слухоречевому развитию.

Цель – разработать новый метод ведения словаря ребенка после кохлеарной имплантации для оптимизации диагностических и реабилитационных процессов. Оценить результативность внедрения данного метода.

Задачи:

– обосновать необходимость использования метода ведения словаря;

– внедрить в практическую работу метод ведения словаря ребенка после кохлеарной имплантации для оптимизации диагностики и реабилитации;

– оценить эффективность внедренного метода «Словарь»;

– обобщить словарный запас детей после кохлеарной имплантации, разработать рекомендуемый для освоения на первоначальном этапе реабилитации словарь

– определить дальнейшие перспективы развития данного метода в диагностике и реабилитации детей после кохлеарной имплантации.

Содержание исследования включало разработку системы педагогической работы по накоплению, учету и контролю словаря детей после кохлеарной имплантации. Ведение «Словаря» предполагало учет трех его аспектов: пассивного, активного и слухового. Словарь предлагается вести как инструмент диагностики – для учета нормативных параметров прироста словаря и для реабилитации – как мотивационный стимул, повышающий эффективность практической слухоречевой работы. В коррекционно-педагогической помощи словарь может быть использован для формирования и развития следующих компонентов языковой способности: фонетической, лексической и грамматической, а также для учета навыков аналитико-синтетического чтения.

Нами обобщен первоначальный пассивный словарный запас детей после кохлеарной имплантации на первоначальном этапе реабилитации. Он составил первую тысячу слов, слов-клитик и простых фраз.

Исследование проводилось на базе различных центров реабилитации в РФ в период 2014–2017 гг. и включало 300 человек – русскоговорящих детей раннего и младшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации на первоначальном периоде.

Результаты показали, что на первоначальном этапе прирост словаря идет довольно медленно, особенно у детей, имеющих сопутствующие нарушения и находящихся в трудной жизненной ситуации. При этом среди детей без серьезных сопутствующих нарушений, получающих регулярную коррекционно-педагогическую помощь, активный словарь от пассивного составляет: на первоначальном этапе реабилитации – менее 10%, на последующих курсах реабилитации – более 40%. Это говорит об особенностях формирования и развития словаря детей после кохлеарной имплантации (в отличие от слышащих) и необходимости применения специальных методов для учета и развития пассивного, активного и слухового словаря детей.

Нами определены перспективы исследования – продолжение разработки метода ведения словаря ребенка после кохлеарной имплантации для оптимизации диагностических и реабилитационных процессов для удаленной работы и с использованием компьютерных технологий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПЕРЕНЕСЕННЫМ ВЕСТИБУЛЯРНЫМ НЕЙРОНИТОМ И СОСТОЯНИЕМ ШЕЙНЫХ МЫШЦ

Кунельская Н.Л.[1,2], Тардов М.В.[1], Байбакова Е.В.[1], Чугунова М.А.[1], Заоева З.О.[1*], Кулакова Е.А.[1]

ГБУЗ «НИКИО им. Л.И.Свержевского» ДЗМ

Система равновесия представляет собой сложное взаимодействие различных структур как самого вестибулярного аппарата, так и нервной системы в целом. Центральные вестибулярные структуры получают большое количество информации, поступающей, в том числе, и через проприорецепторы шейных мышц, поэтому **целью** настоящего исследования было изучение взаимосвязи между периферическими вестибулярными нарушениями и состоянием шейных мышц.

В НИКИО в 2018 г. обследовано 46 человек, перенесших вестибулярный нейронит разных сроков давности. Все они предъявляли вестибулярные жалобы. Критерии исключения: наличие неврологической патологии любого генеза. Объем обследования помимо аудиологического и вестибулологического исследований, включал неврологический осмотр, пальпаторное исследование шейной и перикраниальной мускулатуры, рентгенологическое исследование шеи.

У всех 46 пациентов диагноз вестибулярного нейронита был установлен по данным анамнеза (наличие перенесенного острого вестибулярного криза, длительностью от 24 до 72 часов, без нарушения слуха и при отсутствии очаговой неврологической симптоматики).Учитывались также объективные данные: наличие односторонней вестибулярной гипофункции по данным калорического теста с коэффициентом лабиринтной асимметрии 62,3%±15,2, и наличием корригирующей саккады и снижения показателя gain до 35%±11,5 по данным видеоимпульсного теста.

Из 46 пациентов у 36 (72,3%) при пальпаторном исследовании было выявлено напряжением мышц шейного уровня: 7 человек были осмотрены в течение первого месяца после перенесенного острого вестибулярного криза, 29 попали на осмотр в сроки, превышавшие один месяц (3-6 месяцев с момента дебюта симптоматики).

По результатам рентгенологического исследования у 15 человек (32,6%), все пациенты с анамнезом, превышавшим месяц) выявлялась лестничная нестабильность.

Следует отметить, что 9 человек после перенесенного вестибулярного нейронита, помимо жалоб на нарушение равновесия и головокружение, активно предъявляли жалобы

на головную боль ноющего характера различной локализации, которая усиливалась к вечеру. Исследование шейной мускулатуры позволило выявить триггерные точки, при пальпации которых происходило воспроизведение болевого паттерна, что потребовало дополнительной медикаментозной коррекции в виде нестероидных противовоспалительных препаратов (местно и внутрь) и миорелаксантов с положительным терапевтическим эффектом во всех 9 случаях.

Заключение. Выявленные нарушения позволили нам предположить вторичный характер миофасциального синдрома как следствие односторонней вестибулярной гипофункции, что обусловлено тесной взаимосвязью вестибулярных ядер с шейным отделом спинного мозга посредством медиального вестибуло-спинального тракта, и возможное усугубление напряжения мышц по мере хронизации головокружения. После перенесенного вестибулярного нейронита у больного также могут возникнуть головные боли, которые носят вторичный характер, что было подтверждено положительными результатами проведенного дополнительного лечения.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАННИХ СТАДИЯХ РАКА ГОРТАНИ

ВладимироваТ.Ю.[1], Барышевская Л.А.[1], Махонин А.А.[1,2] , Габриелян А.Г.[2], Чуйкова А.Б.

[1]ФГБУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ
[2]ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

В структуре заболеваемости злокачественными опухолями рак гортани занимает десятое место, а среди злокачественных опухолей головы и шеи – второе. Ежегодно в Самарской области регистрируются более 160 новых случаев заболеваний раком гортани. В связи с ростом заболеваемости весьма актуальным становится внедрение малоинвазивных вмешательств с возможным сохранением гортани как функционально важного органа. Используемая в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере методика позволяет сократить сроки пребывания пациента в стационаре, снизить количество осложнений в послеоперационном периоде, обеспечить быструю реабилитацию в послеоперационном периоде и скорое возвращение к обычному образу жизни.

За период с 2012 по 2017 гг. в отделении опухолей головы и шеи Самарского областного клинического онкологического диспансера выполнены 64 эндоларингеальные хордэктомии при раке гортани. В 51 случае стадия заболевания была Tis-4, T1(a,b), в девяти наблюдениях – T2. При проведении видеоассистированных эндоларингеальных резекций использовались эндоскопическая стойка фирмы «Карл Шторц», подвесная видеосистема, набор жестких эндоскопов и ультразвуковой скальпель. Все резекции выполнены согласно принятой европейским обществом оториноларингологов классификации хордэктомий (9 типов). Хордэктомия 1-го типа выполнена одному пациенту, 2-го типа – 5 пациентам, 3-го – 24 пациентам, 4-го – 11 пациентам, 5а-типа – 8 пациентам, 5в – 2 пациентам, 5с-типа – 10 пациентам, 5d-типа – 2 пациентам и 6-го типа – одному. Интраоперационным критерием оценки эффективности проведения радикальной резекции была резекция в пределах неизмененной слизистой оболочки с отступом от видимых краев опухоли на 0,3 см.

В 95% случаях после проведения эндоларингеальной резекции морфологически был подтвержден плоскоклеточный ороговевающий рак, в 5% – carcinoma in situ. Высокодифференцированный рак был в 83% наблюдений, умереннодифференцированный – в 13%, низкодифференцированный – в 4%. По линии резекции: R0 – 22 пациента, R0 (инвазия в мышечный слой) – 26, R1 – 16 пациентов. Сорока двум пациентам (R0 (инвазия

в мышечный слой) и R1) в дальнейшем проводилась лучевая терапия по радикальной программе. При выполнении видеоассистированных эндоларингеальных резекций в отделении зафиксированы осложнения: интраоперационно регистрировалось ларингеальное кровотечение (2 больных); в раннем послеоперационном периоде болевой синдром и явления хондроперихондрита (23), в отличие от стандартной открытой резекции гортани, где болевой синдром и явления хондроперихондрита наблюдалмсь в 57%. Спустя месяц и более после лечения в 45% случаев у пациентов сохранялась дисфония, в 22% – рубцовая деформация, в 18% – передние комиссуральные синехии. Период наблюдения составил от 6 до 60 месяцев. У одного пациента с первой стадией заболевания (R0, 1-й тип, G2) спустя 7 месяцев диагностирован местный рецидив, у двоих с первой стадией заболевания (R1, 4-й тип, G2, G3,) – через 8 и 11 месяцев.

Таким образом, выполнение видеоассистированных эндоларингеальных резекций при ранних стадиях рака гортани позволяют осуществлять визуальный контроль границ опухоли и сохранять хрящевой каркас гортани, что дает возможность сократить сроки госпитализации с 14 до 7 дней и ускорить процессы реабилитации пациентов.

Эндоларингеальные вмешательства могут быть предложены в качестве метода выбора для лечения пациентов при начальных стадиях рака гортани.

ВЛИЯНИЕ ШУМО-ВИБРАЦИОННОГО ФАКТОРА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА

Серебряков П.В.[1,2], Мелентьев А.В.[1]

[1]ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора
[2]ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Многие технологические процессы современного производства связаны с негативным воздействием ряда физических факторов, из которых приоритетными являются шум и вибрация. Производственная вибрация влияет на вариабельность сердечного ритма, как на наиболее изменчивый показатель преобладания функционирования того или иного регуляторного отдела вегетативной нервной системы. Изолированное воздействие шума оказывает эффект, схожий с воздействием вибрации, формируя стрессорное экстраауральное воздействие, проявляющееся в активации симпатической нервной системы. При этом соотношение негативного эффекта вибрации и шума при сочетанном их воздействии пока остается не вполне ясным. Если контакт с шумом при отсутствии или минимальном контакте с виброгенерирующим оборудованием в условиях производства возможны, то изолированное воздействие вибрации без шумового фактора маловероятно, поскольку виброгенерирующее оборудование практически всегда является источником шума.

Вариабельность показателей сердечного ритма у работников, подвергающихся воздействию шума и вибрации в различных по интенсивности сочетаниях, исследованы в четырех группах работников. В 1-ю группу (87 человек) включены работники, у которых уровни шума и вибрации на рабочих местах находились в допустимых пределах (класс условий труда – 2), либо незначительно превышающих гигиенические нормативы (класс условий труда 3.1.). 2-ю группу (20 человек) составили работники, подвергающиеся воздействия шума, уровни которого соответствовали от 3.2. до 3.4. классов вредности, а также контактирующие с виброгенерирующим оборудованием с уровнями вибрации, соответствующим допустимым (от 2 до 3.1 класса). В 3-ю группу (37 человек) вошли работники, контактирующие с вибрацией, соответствующей уровням от 3.2 до 3.4 классов, и шуму, параметры которого соответствуют 3.1 классу условий труда. В 4-ю группу (66 человек) включены работники, подвергающиеся наиболее выраженному воздействию шумовибрационного фактора, т.к. параметры шума и вибрации соответствовали классам 3.2-3.4. Возрастно-стажевые характеристики обследованных были сопоставимы.

Обследованным проведено 24-часовое ЭКГ-мониторирование с анализом вариабельности сердечного ритма (ВСР) на аппарате ЭКГ CardioDay Holter (Германия).

Временные показатели ВСР демонстрировали значимую роль шумо-вибрационного фактора в снижении вегетативной регуляции сердечного ритма, в первую очередь за счет уменьшения парасимпатического влияния и смещения вегетативного баланса в пользу симпатического компонента. Отмечено снижение общего вегетативного влияния (SDNN) на синусовый узел за счет уменьшения парасимпатического компонента (SDANN), более выраженное в 3- и 4-й группах. Тем не менее, роль вегетативной регуляции была максимальной в 1-й группе и снижалась у обследованных 2-й группы, где при сопоставимых минимальных уровнях вибрации роль шумового фактора превалировала. Анализ частотных показателей ВСР продемонстрировал, что снижение парасимпатического влияния в дневное время за счет достоверного снижения уровней мощности спектра в диапазоне колебаний высокой частоты (HF) происходит при более значимом воздействии шумо-вибрационного фактора. Превалирование симпатического компонента в дневное время демонстрировало достоверное повышение соотношения мощностей спектров низко- и высокочастотных колебаний (LF/HF) в 3-й группе. Убедительных различий с частотными показателями ВСР, регистрируемых в ночное время, не выявлено.

Таким образом, при одновременном шумо-вибрационном воздействии приоритетная роль по негативному влиянию на вегетативную регуляцию ритма сердца принадлежит вибрационному фактору. У работников, подвергающихся воздействию шума и вибрации, наиболее выраженные изменения вариабельности сердечного ритма в виде снижения уровней вариабельности, повышения симпатического тонуса формируются при существенном превышении гигиенических нормативов (класс условий труда 3.2 и выше).

Шумо-вибрационный фактор в комплексе факторов рабочей среды способствует формированию явлений кардионейропатии, проявляющейся снижением суммарного вегетативного влияния на сердечной ритм, перераспределением его в сторону повышения симпатической активности, в виде достоверного и более раннего снижения вариабельности сердечного ритма.

ВОЗМОЖНОСТИ ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛОР-ОНКОЛОГИИ

Дайхес Н.А., Решульский С.С., Виноградов В.В., Сивкович О.О.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Восстановление функций гортани после ее удаления – одна из наисложнейших задач в хирургии головы и шеи, и, несмотря на имеющиеся успехи, она еще не решена. Голосовая реабилитация пациентов после ларигэктомии возможна посредством формирования и тренировки пищеводного голоса. Данная методика известна давно, однако не все пациенты способны овладеть ей. Использование электронной гортани не дает достаточно качественного и разборчивого голоса. Последние десятилетие наибольшей популярностью пользуются голосовые протезы, обеспечивающие наилучший функциональный результат.

Возможна установка голосового клапана сразу после удаления гортани или спустя некоторое время после операции. Целью данного вида хирургического вмешательства является улучшение качества жизни ларингэктомированных больных. Выполнение отсроченного трахеопищеводного шунтирования традиционно выполняется в условиях эндотрахеального наркоза, а это необосновано у пациентов с высоким анестезиологическим риском.

Цель – упрощение методики отсроченного трахеопищеводного шунтирования у ларингэктомированных больных с тяжёлой сопутствующей патологией. Нами разработан алгоритм для формирования трахеопищеводной фистулы под местной анестезией.

Задача – разработка методики трахеопищеводного шунтирования в амбулаторных условиях.

Под местной анестезией, в положении сидя, больному через рот в пищевод вводят гибкий фиброскоп до уровня трахеостомы. При помощи трансиллюминации определяют место будущей трахеопищеводной фистулы. Подвижный конец фиброскопа разворачивают в сторону передней стенки пищевода до контурирования его на задней стенке трахеи и формируют фистулу при помощи контактного хирургического лазера. Конец фиброскопа выводят в трахеопищеводное отверстие, а через канал фиброскопа выводят проводник. Фиброскоп удаляют. К адоральному концу проводника фиксируют трахеопищеводный шунт и устанавливают в сформированную фистулу.

Тем пациентам, которым возможно выполнение вторичного трахеопищеводного шунтирования в условиях эндотрахеального наркоза мы предлагаем выполнять данный вид вмешательства при высокочастотной искусственной вентиляции легких. Это обеспечивает хирургу максимально комфортные условия для формировании

трахеопищеводной фистулы и устраняет неудобства, связанные с расположением интубационной трубки в зоне хирургического интереса. Для этого мы применяем сочетанную высокочастотную вентиляцию легких, за счет наличия двух дыхательных блоков – нормочастотной и высокочастотной вентиляции, обеспечивается адекватное анестезиологическое пособие.

Заключение. Разработанный алгоритм формирования трахеопищеводной фистулы технически прост, позволяет производить установку трахеопищеводного клапана в амбулаторных условиях и у соматически отягощенных больных с высоким анестезиологическим риском. Выполнение вторичного трахеопищеводного шунтирования в условиях наркоза при сочетанной струйной вентиляции легких обеспечивает комфортные условия для хирурга, позволяет снизить риск анестезиологических осложнений и сокращает время операции.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Талан М.С., Алиметов Х.А.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ

Пневмосинус – чрезмерное развитие околоносовых пазух вследствие повреждения мозга в раннем детском возрасте. Пазухи увеличиваются в объёме в период своего активного роста при патологиях головного мозга, которые сопровождаются объёмными уменьшениями либо всего полушария, либо какой-либо доли, контактирующей с околоносовыми пазухами. При этом происходит односторонне ассиметричное увеличение в объёме околоносовых пазух, а также и ячеек височной кости.

Синдром молчащего синуса – это заболевание околоносовых пазух носа, при котором наблюдается уменьшение размера пазухи. При этом происходит втяжение стенок глазницы в полость спадающейся пазухи. При прогрессировании заболевания может наблюдаться энофтальм, гипофтальм, смещение медиальной стенки глазницы. Это может произойти в случае развития синдрома молчащего синуса (СМС) при этмоидите.

Появлению синдрома молчащего синуса способствует длительное нарушение аэрации околоносовых пазух носа, обструкция остиомеатального комплекса. В некоторых случаях появлению синдрома способствует искривлённая перегородка носа.

На данный момент точно неизвестны причины развития пневмосинуса. Один из вариантов предполагает активный рост костей лицевого скелета при уменьшении в объёме полушария либо доли мозга, контактирующей с пазухами. Также считают, что нарушения мукоцилиарного клиренса, изменения в сосудистом русле слизистой оболочки полости носа, приводят к обструкции остиомеатального комплекса. То есть из-за клапанного механизма, который не пропускает воздух в обратном направлении из пазухи, и по этой причине в период роста может развиться пневмосинус.

Стоит отметить, что синдром молчащего синуса наблюдается при хронических синуситах. Известно, что при хронических синуситах нарушается мукоцилиарный клиренс, воспаление сопровождается значительной атрофией и изменением желёз, нарушается кислотно-щелочной баланс, изменяется поверхностный эпителий, эти изменения влияют на мукоцилиарный клиренс. Все эти изменения могут способствовать появлению синдрома молчащего синуса.

Но кроме этого, нет данных, выявляющих закономерности электромиографии с применением накожных поверхностных электродов, и значений мукоцилиарного клиренса

в норме и при патологии. В литературе имеются данные том, что при вазомоторном рините нарушается тонус мышц лица, также имеются данные о нарушениях мукоцилиарного клиренса при вазомоторном рините. Электромиография лица может показать, насколько изменяется тонус мышц при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ВЫНОСЛИВОСТИ ГОЛОСА ПЕДАГОГА

Певцова В.В., Шиленкова В.В.

ФГБОУ ВО «ЯГМУ» МЗ РФ, г. Ярославль

Ежедневные и длительные голосовые нагрузки, неудовлетворительные акустические условия в школе, психоэмоциональное напряжение, отсутствие техники правильного голосоведения способствуют повышенной утомляемости голосового аппарата учителей. В связи с этим, необходимо проведение профилактических мероприятий, направленных на повышение выносливости голоса педагога.

Цели исследования – изучить возможности нейромышечной электрофонопедической стимуляции (НМЭФС) гортани в повышении устойчивости голоса к значительным голосовым нагрузкам у женщин педагогов.

Обследовано 40 относительно здоровых женщин речевых профессий (воспитателей детских садов, учителей школ, преподавателей ВУЗов). Медиана возраста составила 47 лет [31;52], средней голосовой нагрузки часов в неделю – 24 часа [20;30], стажа работы – 24 года [7;27].

Женщины были разделены на две группы. В группу I вошли женщины, которым проводился курс процедур НМЭФС голоса, группу II составили женщины, не проходившие НМЭФС. Группы были сопоставимы по возрасту, голосовой нагрузке и стажу работы. Проведены оценка жалоб, ларингостробоскопии, данных акустического анализа голоса и голосового нагрузочного теста (ГНТ) в режиме непрерывного, 30-минутного чтения теста при громкости голоса 65 дБ, 80 дБ и 65 дБ по 10 минут в каждом режиме. В группе I наблюдение осуществлялось в 3 визита: Т0 – первичное обследование в период отсутствия голосовой нагрузки, Т1 – после 10 сеансов НМЭФС гортани на приборе ВокаСтим Мастер («Физиомед»), Т2 – через 2 месяца после НМЭФС и голосовой нагрузки. В группе II наблюдение осуществлялось в 2 визита: Т0 – первичное обследование в период отсутствия голосовой нагрузки, Т2 – через 2 месяца после голосовой нагрузки. Была проанализирована динамика акустических параметров голоса – время максимальной фонации, нестабильность частоты основного тона, частотный и динамический диапазоны, индекс дисфонии, – а также параметров выносливости голоса: средняя интенсивность голоса за весь период чтения текста, процент периода, когда интенсивность голоса снижалась ниже уровня заданной громкости. Последний параметр является ведущим в оценке выносливости голоса.

При сравнении результатов диагностики после первого визита (Т0), статистических различий мы не наблюдали, группы были сопоставимы. Оценивая влияния курса НМЭФС после 60 дней голосовой нагрузки (Т2), мы получили следующие результаты: в I группе 18 женщин из 20 отметили значительное улучшение голоса после курса НМЭФС, что проявилось отсутствием утомляемости и негативных изменений тембра голоса после голосовой нагрузки. Сравнив акустические параметры между группами, статистически значимых отличий акустических параметров голоса мы не наблюдали, за исключением нарастания динамического диапазона в группе, проходившей курс НМЭФС. Так, динамический диапазон в группе I составил 34 дБ [27;35], а группе контроля – всего 27 дБ [18;31] ($p<0,05$). По параметрам выносливости голоса группа I демонстрировала значительное преимущество по сравнению с группой контроля. Все женщины прошли ГНТ полностью. Педагоги, прошедшие курс НМЭФС гортани, демонстрировали меньший процент периодов, когда интенсивность голоса снижалась ниже уровня заданной громкости, который в их группе составил 6,9% [2,9;12,9], а в группе II - 34,8% [29,6;36,3] ($p<0,05$). Средняя интенсивность голоса была выше в группе I – 77,1дБ [75,1;80,2] относительно группы контроля - 71,8 дБ [70,4;72,9] ($p<0,05$).

Выводы. Профессии, связанные с повышенной голосовой нагрузкой, безусловно, оказывают негативное влияние на голос, в том числе и на его выносливость. Учитывая полученные в ходе исследования данные, НМЭФС гортани может стать одним из методов, который способен обеспечить сохранение устойчивости голоса педагога к многочисленным неблагоприятным воздействиям, неизбежно сопровождающим его профессиональную деятельность.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРО-РНК ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Бахтин А.А., Решульский С.С., Сивкович О.О.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Распространенность рака гортани составляет 4,0-7,0% от всех злокачественных опухолей человека. За последние 10 лет число больных, страдающих раком гортани, неуклонно увеличивается вследствие принадлежности его к числу так называемых «индустриальных» опухолей. При этом более 70% больных поступают на лечение с III и IV стадией заболевания, что сказывается на результатах лечения этой патологии.

Исследование посвящено поиску ранних предикторов опухолевой патологии верхних дыхательных путей, более точных маркеров прогноза и эффективности лечении.

Задачи: создание клинической базы пациентов с опухолевой патологией верхних дыхательных путей с учетом гистологичской и молекулярно-генетической характеристики опухоли, дать гистологическую и иммуногистохимическую характеристику опухолевой патологии ЛОР-органов с клиническими данными и молекулярно-генетическими особенностями, изучение экспрессии генов, определяющих неопластическую трансформацию с использованием молекулярных и гистологических методов исследования, сопоставление с клиническими данными.

В отличие от протеинов молекулы РНК и ДНК стабильны, и для их выявления необходимо экстремально малое количество биологического материала. Известно, что первичный дефект при раке возникает в геномной ДНК, и одной из форм проявления этих дефектов является изменение уровня экспрессии гена, в котором произошли генетические или эпигенетические изменения, затрагивающие структуру гена, в том числе его регуляторные районы. С недавним открытием нового класса молекул – отрицательных регуляторов синтеза белка на посттранскрипционном уровне – микроРНК – ситуация радикально изменилась. Для оценки экспрессии микроРНК используется парный операционный либо биопсийный материал (измененная и прилежащая, условно-нормальная ткань) от пациентов с диагнозом плоскоклеточного рака гортани, проходивших обследование и лечение в клинике ФГБУ НКЦО ФМБА России. Диагноз должен быть верифицирован гистологически. Производится забор опухолевой ткани, зёатем выполняется забор нормального участка слизистой оболочки на расстоянии 10 мм от опухоли. Образцы тканей помещаются в специальный контейнер. МикроРНК разрушаются гораздо легче, чем мРНК, отчасти из-за их длины, но также из-за

постоянного наличия РНКаз. В связи с этим образцы необходимо охлаждать во льду и использовать только оборудование, лишённое РНКаз, для работы с микроРНК. Таким образом, пробирки со специальным консервирующим раствором RNAlater хранятся при температуре

-80ºС. Если гистологическое исследование подтверждает плоскоклеточный рак гортани, образцы тканей отправляются в лабораторию для проведения ПЦР в реальном времени. Тотальная фракция РНК выделяется набором реагентов NucleoBond RNA/DNA согласно стандартным протоколам. Анализ экспрессии конкретных микроРНК произведён при помощи TaqMan® MicroRNA Assays. Уровень экспрессии микроРНК в ткани будет рассчитан по методу Pfaffl. В качестве гена-рефери выбрана микроРНК-103 и мРНК U6. Статистическая обработка данных будет произведена в программе Statistica 8.0. По результатам экспрессии микроРНК в тканях опухоли по сравнению с нормальными тканями будет сформирован «микроРНК профиль» плоскоклеточного рака гортани.

Заключение. Каждый тип новообразований человека имеет свой специфический набор микроРНК, отображающий весь спектр индивидуальных особенностей новообразования (так называемая микроРНК-«подпись» опухоли). Важным является тот факт, что опухольспецифичные микроРНК с самых ранних этапов формирования опухоли выходят за её пределы в кровь, где как они, как оказалось, очень стабильны и могут являться идеальными биомаркёрами плоскоклеточного рака гортани. Помимо диагностического значения, знание нарушений спектра экспрессируемых опухолью микроРНК может служить основой для активного терапевтического воздействия на опухолевый процесс путём корректировки профиля микроРНК.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Серебряков П.В.[1,2], Федина И.Н.[1,2]

[1]ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора
[2]ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Ежегодно в Российской Федерации выявляется более 500 тысяч первичных случаев злокачественных новообразований (ЗНО). У мужчин доля ЗНО органов дыхания в структуре онкологической патологии составляет в среднем 20,2%, у женщин – 4,08%. В структуре ЗНО органов дыхания превалируют опухоли легких, бронхов и трахеи (87,1% у мужчин, 93,1% – у женщин), а также ЗНО гортани (11,8% у мужчин, 3,6% у женщин). Доля вклада профессиональных факторов в генез ЗНО, по данным многих авторов, варьирует в широком диапазоне, составляя от 4 до 20% и более. В частности, считается, что до 9% всех случаев рака легких (до 10% у мужчин и до 5% у женщин) обусловлены экспозицией к профессиональным канцерогенам, в числе которых различные химические соединения и ионизирующие излучения.

В структуре профессиональных злокачественных новообразований в РФ доля ЗНО органов дыхания превышает 75% (до 63% случаев рака легких, и до 13% – рака гортани). Однако доля всех профессиональных ЗНО в общей структуре профессиональной патологии в РФ ничтожно мала, составляя в течение многих лет 0,3-0,6% случаев, что фактически означает несколько десятков случаев в год. Исходя из вышеприведенных показателей, устанавливается связь с условиями труда фактически менее чем в 1% от всех потенциально возможных случаев профессиональных злокачественных заболеваний. К причинам низкой выявляемости профессиональных ЗНО следует отнести длительный латентный период развития злокачественных новообразований (до нескольких десятков лет), неадекватную оценку в генезе ЗНО роли профессиональных факторов и недостаточный учет особенностей профессионального маршрута, и, что немаловажно, отсутствие адекватной системы критериев принятия решения о профессиональном характере ЗНО. Кроме того, при выявлении ЗНО первоначально решаются клинические вопросы, определяющие продолжительность и качество жизни. Вопросы экспертизы связи заболевания с условиями труда чаще всего начинают решаться при том или ином варианте стабилизации процесса.

Несмотря на потенциально возможную широту для принятия решений, регламентируемую ныне действующим «Перечнем профессиональных заболеваний»

(Приказ МЗ и СР РФ № 417н от 27.04.2012 г.), отсутствие конкретных формулировок не позволяет проводить адекватную экспертизу связи ЗНО с условиями труда. В целом в настоящий момент в профпатологической экспертизе ЗНО существуют две области неопределенности:

1. Нечетко охарактеризованная пара «канцероген – орган-мишень» (локализация опухоли или, возможно, ее морфологический вариант).

2. Нерегламетированные экспозиционные характеристики (грань, после которой можно было бы вести речь о достаточности связи между профессиональным контактом с канцерогенным фактором и развитием опухоли).

Определенная ясность в вопросы связи между выявляемой локализацией опухоли и наличием профессионального контакта с канцерогенными фактором может быть внесена при использовании данных «Списка локализаций рака с достаточной и ограниченной доказанностью у людей» (List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, *https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/Table4.pdf*). Этот список регулярно публикуется Международным агентством по изучению рака (МАИР (IARC), Лион, Франция). Канцерогены, которые приведены в данном списке, условно можно разделить на факторы образа жизни, медикаменты (гормоны, цитостатики и т.д.), факторы окружающей среды, вирусные и бактериальные инфекции, профессиональные и потенциально профессиональные агенты.

Оценка экспозиционных характеристик может быть осуществлена с использованием методологии оценки индивидуального канцерогенного риска (КР) как эквивалента канцерогенной нагрузки. Кроме того, концепция КР позволяет установить, что постконтактный период, который может иметь место при развитии злокачественных новообразований (ЗНО) у работников канцерогенноопасных производств, следует признавать неограниченным, поскольку, исходя из формулировки понятия, КР – это дополнительный пожизненный риск развития дополнительных случаев ЗНО.

Предложен алгоритм проведения экспертизы связи ЗНО с условиями труда, неоднократно обсуждавшийся на различных профпатологических и гигиенических форумах. В основе алгоритма лежит использование данных МАИР для оценки достаточной доказанности формирования опухолей определенной локализации под влиянием конкретных канцерогенов (в силу несовершенства ныне существующей нормативной базы), а также проведение оценки индивидуального канцерогенного риска (как эквивалента канцерогенной нагрузки) по данным замеров содержания канцерогенных веществ в воздухе рабочей зоны.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Поляков А.П.[1], Решетов И.В.[2], Ратушный М.В.[1], Маторин О.В.[1], Ребрикова И.В.[1], Филюшин М.М.[1], Сугаипов А.Л.[1], Мордовский А.В.[1], Никифорович П.А.[1]

[1] МНИОИ им. «П.А. Герцена» (филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ
[2] ФГБОУ ВАО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ

После хирургического лечения местно-распространенных опухолей гортани с резекцией глотки пациенты нуждаются в восстановлении удаленных органов и тканей и их функций, а именно питания через рот, речеобразования и дыхания.

Цель – реабилитация пациентов после хирургического лечения местно-распространенных опухолей гортани с восстановлением верхних отделов пищеварительного тракта и голосовой функции.

В МНИОИ им. П.А. Герцена выполнена установка голосового протеза 253 пациентам после стандартной ларингэктомии. Из них у 16 пациентов проведена фарингопластика перемещенными префабрицированными пекторальными трансплантатами, в том числе у 9 пациентов выполнена установка голосового протеза, у 94 – реконструкция глотки и шейного отдела пищевода висцеральными аутотрансплантатами (желудочно-сальниковый, тонкокишечный, толстокишечно-сальниковый, подвздошно-толстокишечный, трансплантат из сигмовидной кишки), из них 19 пациентам выполнена установка голосового протеза; 3 – трансплантация подвздошно-толстокишечного трансплантата, который позволил восстановить и пищеварительную и голосовую функцию без использования эндопротезов.

После установки голосового протеза пациентам, перенесшим стандартную ларингэктомию, в 85% случаев голосовая реабилитация была успешной, у 15% пациентов наблюдался спазм констрикторов глотки, что потребовало выполнение миотомии. После фарингопластики префабрицированными пекторальными аутотрансплантатами питание через рот восстановлено у 94% пациентов, слюнные свищи были в 19% случаев, нагноение раны шеи – в 6% случаев, некрозы аутотрансплантатов – в 6% случаев, 77% пациентов после установки голосового протеза имели удовлетворительную голосовую функцию.

После фарингопластики висцеральными аутотрансплантатами восстановлено питание через рот в 94,6% случаев, слюнные свищи были в 8,7% случаев, нагноение раны шеи – в 6,5% случаев, некрозы аутотрансплантатов – в 5,4% случаев. 84% пациентов после установки голосового протеза имеют удовлетворительную голосовую функцию.

Пациентам с реконструкцией глотки желудочно-сальниковым трансплантатом установку голосового протеза не выполняли, поскольку в случае попадания желудочного сока при протекании голосового протеза в дыхательные пути возможно развитие серьезных осложнений, вплоть до синдрома Мендельсона.

Микрохирургическая реконструкция верхних отделов пищеварительного тракта висцеральными трансплантатами значительно сокращает сроки и повышает качество реабилитации пациентов. Подвздошно-толстокишечный аутотрансплантат позволяет восстановить утраченные пищепроводную и голосовую функции без эндопротезов, что ускоряет реабилитацию пациента, является экономически оправданным. Реконструкция с использованием пекторальных аутотрансплантатов является методом выбора для восстановления пищеварительных путей у пожилых пациентов и больных с тяжелой сопутствующей патологией, которым расширенные хирургические вмешательства и пластики с применением микрохирургической техники противопоказаны.

Заключение. Трахеопищеводное шунтирование с установкой голосового протеза является оптимальным методом голосовой реабилитации в настоящее время, возможным у всех пациентов после любого вида реконструкции глотки, кроме фарингопластики желудочно-сальниковым трансплантатом. Выбор аутотрансплантата для реконструкции верхних отделов пищеварительного фактора зависит от общего состояния пациента, сопутствующей патологии, состояния донорских органов и тканей, проведенного ранее хирургического вмешательства на органах брюшной полости, возможностей лечебного учреждения и хирургической и анестезиологической бригады.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ НОСОСЛЕЗНОГО КАНАЛА И СЛЕЗНОГО МЕШКА У ДЕТЕЙ

Баранов К.К. [1,2], Чиненов И.М. [2], Зябкин И.В.[2], Пихуровская А.А.[1], Богомильский М.Р.[1]

[1] *ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ*
[2] *Российская детская клин. больница ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ*

В наши дни наиболее распространенной патологией слезоотводящей системы у детей являются дакриоциститы: бывает дакриоцистит новорожденных, острый и хронический. Заболевание существенно снижает качество жизни больных и может приводить к полной облитерации слезных путей.

Настоящая работа направлена на повышение эффективности диагностики и лечения патологии носослезного канала и слезного мешка у детей.

В исследовании приняли участие 57 детей в возрасте от 1 до 14 лет, госпитализированных в офтальмологическое отделение Детской клинической больницы ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова с жалобами на эпифору – упорное слезотечение. Наблюдение и лечение детей проводилось совместно с офтальмологами и оториноларингологами. Всем пациентам была выполнена диагностическая эндоскопия полости носа, цветная слезно-носовая проба Веста, рентгенография с контрастированием слезного мешка и носослезного канала. Оперативное лечение проводилось под контролем эндоскопической техники и с использованием моторных систем. Была проведена статистическая обработка полученных данных.

В ходе данного исследования у 19 детей (33,3%) мы выявили длительно текущий острый дакриоцистит, у 38 (66,7%) – хронический дакриоцистит, из них в 17 наблюдениях (29,8%) определена полная обтурация слезных путей.

Всем 57 детям были назначены топические антибактериальные препараты курсом на 7 дней. У 17 из них (29,8%) в связи с полной обструкций носослезного канала выполнена эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия с использованием моторной системы (алмазный бор). Остальным 40 детям (70.2%) проведено ретроградное эндоназальное зондирование носослезного канала под эндоскопическим контролем. После проведения хирургического вмешательства у 53 детей (92,9%) функция слезоотводящих путей восстановилась.

Выводы. В ходе настоящего исследования был определен оптимальный алгоритм диагностики и лечения патологии носослезного канала, слезного мешка у детей. Предложена рациональная тактика хирургического лечения острого и

хронического дакриоцистиа у детей, в том числе с полной обструкцией слезоотводящих путей. Такой путь лечения подтверждается положительным результатом в 92,9% случаев.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВА ГОЛОСА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА

Романенко С. Г. [1], Вельтищев Д.Ю.[2], Павлиин О.Г.[1], Серавина О.Ф.[2], Лесогорова Е.В.[1], Красникова Д.И.[1] Яковлев В.С.[1], Елисеев О.В.[1]

[1] ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
[2] ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ

Функциональная дисфония (ФД) – расстройство голосовой функции при отсутствии органической патологии гортани. Тем не менее, между органическими и функциональными голосовыми расстройствами существует тесная взаимосвязь. Часто ФД определяют как психогенное расстройство голосовой функции. Однако на практике фониатр сталкивается с разными этиопатогенетическими факторами развития ФД.

Цель исследования: повысить эффективность восстановления голосовой функции у пациентов с различной голосовой патологией посредством улучшения диагностики ФД и проведения комплексной терапии.

В 2017 г. было обследовано 613 пациентов с ФД. У 35% больных с доброкачественными образованиями и хроническим ларингитом, у 11% больных после перенесенных эндоларингеальных вмешательств был выявлен функциональный компонент дисфонии. Всем больным провели комплексное обследование: ЛОР-осмотр, субъективная оценка голоса, эндовидеоларингостробоскопия и компьютерный анализ голоса с помощью Multi-Dimensional Voice Program, а также психолого-психиатрическое исследование.

При субъективной оценке голоса отмечали признаки, характерные для гипертонусной (напряжение мышц шеи и лица при разговоре, «сдавленная фонация», попытка говорить громче) и гипотонусной дисфонии (придыхание в речи; тихий, часто эмоционально не окрашенный голос; бедная артикуляция речи; видимое снижение общего эмоционального фона пациента). Окончательный диагноз ставили после проведения видеоларингостробоскопии и акустического анализа голоса.

Этиологическими факторами гипотонусной дисфонии у 37% больных был астенический синдром (перенесенные заболевания, астеническая конституция, возрастные изменения), у 12% – постоянное перенапряжение голоса, у 8% – длительная травма (кашель, интубация, ненормированные голосовые нагрузки), у 3% – побочные действия лекарственных препаратов.

Этиологическими факторами гипертонусной дисфонии были: длительно существующий гипотонус голосовых складок – 15% (гипо-гипертонусная дисфония),

голосовые нагрузки в шумных помещениях – 15%, патологические индивидуальные навыки фонации – 56%, последствия ларингита – 14%. У 85% пациентов с гипертонусной дисфонией диагностировали миофасциальный синдром шейно-грудного уровня.

И те, и другие ФД встречались у пациентов с доброкачественными образованиями гортани, узелками голосовых складок, ларингитом и после эндоларингеальных хирургических вмешательств. Факторами, способствующими формированию ФД в послеоперационном периоде, были: астеническая конституция, пожилой возраст, слишком большой объем удаленной ткани, длительный анамнез заболевания. Гипертонусную дисфонию часто диагностировали до операции. Причинами гипертонусной дисфонии в послеоперационном периоде были: стойкий гипотонус голосовых складок, использование форсированной фонации, несмотря на воспалительный процесс. Значение имел и эмоциональный фактор, когда пациент испытывал затруднение при разговоре в силу того, что менялся тембр голоса, и исчезали привычные кинестетические ощущения. У всех пациентов с ФД после микрохирургического вмешательства отмечалось удлинение сроков выздоровления.

При психолого-психиатрическом исследовании установлено, что частота встречаемости психических расстройств в группе пациентов с ФД сравнима с таковой у пациентов с гранулемой гортани и папилломатозом и составляет 57,8%. Более чем в половине случаев голосовые расстройства развивались на фоне психического расстройства длительностью более одного года. Факторы, провоцирующие голосовые нарушения: хронические психотравмирующие ситуации в виде семейного конфликта, ситуации утраты. Отмечено преобладание соматоформной вегетативной патологии и преобладание депрессивного расстройства с тревожно-депрессивной и ипохондрической симптоматикой.

Всем пациентам с диагностированными ФД провели терапию, которая зависела от формы выявленной ФД и включала стандартную противовоспалительную терапию в случаях послеоперационного ларингита, фонопедию во всех случаях, в том числе и в ранние сроки после операции, электростимуляцию мышц гортани, стимулирующую терапию с применением поливитаминнов и адаптогенов при гипотонусной дисфонии, лечение у мануального терапевта при миофасциальном синдроме, лечение у психиатра при установленном диагнозе психического расстройства. В результате проведенной терапии у всех пациентов было достигнуто восстановление голосовой функции.

Таким образом, следует считать дифференциальную диагностику ФД и определение функционального компонента органической дисфонии важной клинической задачей, необходимым условием восстановления голосовой функции при ее нарушении.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Карпова Е.П.[1], Ардатская М.Д.[2], Захарова И.Н.[3], Сугян Н.Г.[3], Оборкин В.Ю.[1]

[1] *ФГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, кафедра детской оториноларингологии*
[2] *ФГУ ДПО ЦГМА УД Президента РФ, кафедра гастроэнтерологии*
[3] *ФГБОУ ДПО РМАНПО, кафедра педиатрии*

Исследованию этиологической структуры при остром тонзиллите и остром фарингите посвящено немало научных работ, однако, учитывая изменение методов диагностики и видового состава микрофлоры, наблюдающееся в современных условиях при многих заболеваниях, возникает необходимость ее динамического изучения с целью коррекции общепринятых схем лечения.

Цель работы – повысить клиническую эффективность диагностики и лечения детей с острым тонзиллофарингитом.

В проведенное исследование включено 164 часто болеющих детей в возрасте от 3 до 14 лет. Проведено исследование микрофлоры ротоглотки методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), в мазках со слизистой и методом газожидкостной хроматографии с определением концентраций короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в нестимулированной слюне. Каждому пациенту выполнена оценка боли в горле по визуально аналоговой шкале .

По данным визуально-аналоговой шкалы, при первом осмотре пациенты всех групп имели одинаковую выраженность боли в горле ($p>0,05$). Данный показатель составил – 8,4±0,3 балла. При ПЦР-диагностике в подавляющем большинстве случаев у детей с острым тонзиллофарингитом обнаружены вирусно-бактериальные ассоциации (69% случаев). При оценке метаболической активности отмечены признаки гиперактивации микрофлоры с суммарной продукцией КЖК в среднем до 118,4% от референсного интервала на фоне преимущественной активации аэробных бактерий (анаэробный индекс 66,8%). Для наблюдавшихся часто болеющих детей с острым тонзиллофарингитом было преобладание бактериального протеолиза (70% пациентов) и дефицит концентрации масляной кислоты на уровне 63% от нормы ($p>0,05$).

Исследование метаболической функции микрофлоры ротоглотки позволило установить наличие закономерностей: глубокого дефицита масляно-кислого брожения (признак повреждения эпителия) и активации строгих протеолитических анаэробов вследствие изменения состава субстратов бактериального брожения на фоне воспаления. Полученные данные могут быть использованы для решения вопроса о необходимости применения антимикробной терапии.

ЗАДАЧИ ЛОР-ПРОФПАТОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Панкова В.Б.

ФГУП ВНИИЖГ «Всероссийский НН железнодорожной гигиены», г. Москва

В настоящее время актуальность проблемы определяется наличием большого числа рабочих мест, характеризующихся неудовлетворительными условиями труда. Удельный вес предприятий II и III групп санитарно-эпидемиологического благополучия, рабочие места на которых не соответствуют требованиям санитарно-гигиенических правил и норм, продолжает оставаться значительным – 73,06 %. В течение последних 10 лет число промышленных предприятий с превышением санитарно-гигиенических норм производственного шума составляет более 30%, что обусловливает высокий риск развития профессиональной тугоухости. Заболевания, вызванные физическими факторами условий труда, преобладают в структуре профессиональной заболеваемости работников Российской Федерации, составляя 88%, из которых одна треть приходится на показатели профессиональной тугоухости.

Медико-социальное значение проблемы профессиональной тугоухости определяется развитием заболевания в довольно молодом трудоспособном возрасте, несвоевременной и некачественной диагностикой, неграмотными экспертными решениями, малоэффективной реабилитацией ранних проявлений негативного воздействия производственного шума на орган слуха, а также отсутствием строгого контроля за применением средств индивидуальной защиты (СИЗ) органа слуха. В настоящее время это определяет и социально-экономические и деонтологические аспекты профтугоухости: заболевание регистрируется среди работников элитных, «дорогостоящих» профессий (членов лётных экипажей гражданской авиации). Эти объясняются и значительные экономические потери работодателя за счёт ухода квалифицированных кадров в трудоспособном возрасте. Немаловажное значение имеют также и развивающиеся затяжные конфликтные ситуации, связанные с недовольством работника в случае неустановления профессионального диагноза, что, безусловно, ухудшает качество жизни работника и врача.

Особо следует отметить «бурный рост» показателей профессиональной тугоухости у лиц лётных экипажей гражданской авиации (ГА), на которых приходится одна треть ежегодно регистрируемой тугоухости от всего числа профессиональной тугоухости в стране: от 26,5% в 2011г. до 23,1% в 2017. Подобная тенденция вызывает тревогу у медицинских работников, работодателей и организаторов здравоохранения, так как ГА – одна из ведущих экономических отраслей страны, а слуховая функция членов лётных

экипажей имеет важное профессиональное значение в медицинском обеспечении безопасности полётов. Названные проблемы связаны с определёнными недостатками работы по диагностике и экспертизе связи заболевания органа слуха с профессией у лиц лётного состава ГА: некорректными оценкой и анализом показателей внутрикабинного шума на рабочих местах лётного состава, слабой подготовкой медицинских работников по вопросам профтугоухости и недостаточным методическим обеспечением оценки функционального состояния слухового анализатора у пилотов. Немаловажное значение имеет отсутствие четких алгоритмов ведомственной логистики при обследовании на профзаболевание.

ЗНАЧЕНИЕ ТРЕПАНОПУНКЦИИ ЛОБНЫХ ПАЗУХ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ФРОНТИТОМ

Молчанова Е.Б., Юнусов А.С.

ФГБУ «НКК оториноларингологии» ФМБА России

Тактика лечения острых фронтитов в детском возрасте в настоящее время является предметов множества дискуссий. Нет единого мнения, нет алгоритма ведения детей, поступающих в скоропомощные стационары с диагнозом острый фронтит.

Цель исследования – оптимизировать показания к проведению трепанопункции лобных пазух у детей с острым фронтитом, поступающих в скоропомощные стационары.

В обследование вошли 170 пациентов в возрасте от 5 до 18 лет с диагнозом острый полисинусит. Методы обследования включали в себя подробный сбор анамнеза, клинический осмотр, состоящий из риноскопии, отоскопии, фарингоскопии, эндоскопического осмотра, рентгенограммы пазух носа, рентгенографию носоглотки, компьютерную томографию пазух носа и носоглотки.

Дети поступали в тяжелом состоянии, носовое дыхание затруднено, слизистая полости носа гиперемирована, отечна; отделяемое в общих и средних носовых ходах – у 47,3%, отсутствует – у 52,7%; болезненность при перкуссии и пальпации передней стенки лобных пазух различной степени выраженности отмечалась у всех пациентов. Эндоскопическое исследование показало, что имело место нарушение проходимости лобно-носового канала за счет выраженного отека слизистой оболочки полости носа в 100% случаев; у 70,6% было нарушение архитектоники полости носа (деформация перегородки носа, гипертрофия носовых раковин).

Рентгенологическое исследование: гемисинусит выявлен у 56,7% больных; пансинусит у 24,5%; полисинусит у 12,3%; изолированный фронтит у 6,5%. Уровень жидкости в лобных пазуха отмечался в 73,7% случаев.

Трепанопункция лобных пазух выполнена в день поступления в стационар 154 больным. Получен экссудат, в 43,3% случаях – под давлением. Осложнений при проведении трепанопункции и в послеоперационном периоде не было.

Родители 11 пациентов при поступлении в стационар с диагнозом гемисинусит с наличием на рентгенограмме уровня жидкости в лобной пазухе отказались от проведения трепанопункции лобных пазух. Ими была выбрана следующая тактика лечения: пункция верхнечелюстной пазухи и последующая активная высокая анемизация слизистой оболочки полости носа, системная антибактериальная терапия. На вторые сутки после начатого лечения у этих пациентов отмечалось сохранение болезненности при пальпации

передней стенки лобной пазухи, ухудшение общего самочувствия. Им была выполнена трепанопункция лобной пазухи. Получен экссудат под давлением.

По нашему мнению, своевременно проведенное дренирование лобной пазухи при остром фронтите у детей помогает избежать тяжелых внутричерепных и орбитальных осложнений. При болезненности передней стенки лобной пазухи и наличии в ней уровня жидкости у ребенка с острым фронтитом трепанопункция является единственным верным решением для спасения жизни маленького пациента.

ИЗМЕНЕНИЕ АКУСТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГОЛОСА ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ У ЛИЦ ГОЛОСО-РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ

Старостина С.В., Свистушкин В.М., Аветисян Э.Е.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ

В настоящее время не существует однозначного мнения о влиянии тонзиллэктомии (ТЭ) при хроническом декомпенсированном тонзиллите на функциональное состояние гортани. Улучшение последнего объясняется увеличением полости резонанса и элиминацией хронического очага инфекции в верхних резонаторах. Качество голоса в некоторых случаях может стать хуже после ТЭ, так как после операции может развиться небно-глоточная недостаточность. Наконец, некоторые авторы считают, что ТЭ не оказывает статистически значимого воздействия на голос и речь у лиц не голосо-речевых профессий, так как она напрямую не влияет на фонаторную функцию гортани [Chuma A.V. et al., 1999; Atan D. Et al., 2016; Celebi S. Et al., 2010; Mora R. Et al., 2009].

Цель – изучить характеристики голоса у пациентов глосо-речевых профессий с хроническим декомпенсированным тонзиллитом до и после ТЭ.

В исследовании приняли участие 24 человека в возрасте от 21 до 42 лет: 10 мужчин и 14 женщин. Из них 6 – студенты-вокалисты, 16 – телефонные диспетчеры, преподаватели, учителя, руководящие сотрудники, 2 – актеры драматического театра. Показанием к операции было наличие декомпенсированной формы хронического тонзиллита. Всем пациентам была проведена двусторонняя ТЭ холодным методом.

Для оценки функционального состояния гортани у пациентов до и через 6 месяцев после операции проводились акустический анализ голоса, субъективный анализ голоса с помощью опросников Voice Handicap Index, видеоларингостробоскопия с фотодокументированием, а также эндоскопия полости носа для оценки небно-глоточной функции. У всех пациентов анамнез не был отягощен ГЭРБ.

Акустический анализ голоса был проведен при помощи компьютерной программы “LingWavesVoiceProgram 3”. Для объективной характеристики ларингостробоскопической картины применялась система балльной оценки фонаторных колебаний голосовых складок по Г.Ф. Иванченко.

Для анализа различий до и после лечения применялся непараметрический критерий Краскела-Уоллиса. Статистический анализ проведен на языке программирования R версии 3.4.3 с использованием среды R studio версии 1.1.383.

Через 6 месяцев после ТЭ статистически значимая ($p<0,05$) положительная динамика по сравнению с дооперационными показателями найдена для 16-и параметров

(данные приведены по медианам): индекс вибраторной недостаточности по шкале Иванченко – от 1,8 до 1,2; индекс нарушения голоса (VHI) – от 23 до 6; тональный диапазон речевого голоса в полутонах – от 18 до 23; индекс дисфонии (DSI) – от 3,35 до 4,35; время максимальной фонации (сек.) – от 15,3 до 24,5; Jitter % – от 0,18 до 0,08; динамический диапазон речевого голоса (dB) – от 33 до 37; индекс нерегулярности звукового сигнала – от 0,89 до 0,71; динамический диапазон разговорного текста (dB) – от 12,6 до 18,3; тональный диапазон вокального голоса – от 22 до 26 полутонов; интенсивность крика (dB) – от 88 до 94,5. До операции неполное закрытие мягкого неба наблюдалось у 8 пациентов, а после – только у двоих.

Выводы. Хронический тонзиллит следует рассматривать как одну из причин функциональной дисфонии. Совместное применение видеоларингостробоскопии, акустического анализа голоса, назоэндоскопии и анкетирования пациентов позволяет комплексно оценить до- и послеоперационное состояние голосового аппарата у пациентов с хроническим декомпенсированным тонзиллитом, что особенно актуально для лиц глосо-речевых профессий.

ИНВАЛИДНОСТЬ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ИНТЕГРАЦИЯ

Ивойлов А.Ю. , Кисина А.Г.

ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

Слухоречевой дефект и его влияние на психическое развитие ребенка, а также развитие коммуникативных навыков является одной из причин ограничений жизнедеятельности (инвалидности) детей с болезнями уха. Основным средством коммуникации является речь. Проблема сохранения слуха и формирования речи у детей, улучшения качества жизни детей с нарушением слуха являются не только медицинскими, но и социально значимыми проблемами.

В зависимости от выраженности дефекта развития, и, как следствие, социализации пациента, при проведении МСЭ и рассмотрении вопроса о наличии или отсутствии категории «ребенок-инвалид» МСЭ руководствуется приказом Минтрудсоцразвития РФ от 17.12.2015 № 1024н. Однако детские ЛПУ недостаточно полно оказывают медико-социальную помощь таким детям, отмечается отсутствие системного подхода.

Настоящая работа призвана обосновать необходимость комплексной дифференцированной медицинской реабилитации детям-инвалидам с нарушением слуха.

Для разработки комплексной программы медицинской реабилитации детей-инвалидов с нарушением слуха были обследованы 600 детей в возрасте от 1 года до 18 лет (ГДКДСЦ ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского»). Проводимое исследование включало методы, оценивающие слуховое, речевое, психомоторное развитие ребенка, его когнитивные навыки; заболеваемость, особенности семейного воспитания и обучения.

Дети с нарушением слуха имели отягощающие факторы анте- и интранатального анамнеза, которые касались повреждения нервной системы, зрения, слуха при рождении. У 60% обследуемых наблюдались синдром дефицита внимания и астеноневротический синдром; у 12% – признаки внутричерепной гипертензии; у 47% детей было снижение зрения. Бóльшая часть детей не получала лечения, и, как следствие, частыми психологическими проблемами детей дошкольного возраста являлись кризисные, в том числе поведенческие проявления. Выявлена структура речевых расстройств у детей с нарушением слуха: общее недоразвитие речи (60%), задержка речевого развития с формированием выученной фразы (28%), жестовая речь (12%). Учитывая сочетание заболеваний у детей с нарушением слуха, разработана дифференцированная программа медико-психолого-педагогической помощи, включающая комплексную диагностику состояния здоровья ребенка. Дальше следовала разработка индивидуальной программы реабилитации ребенка, направленной на всестороннее восстановление функций больного.

ИРРИГАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ: ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ МЕТОДА

Крюков А.И., Носуля Е.В.

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
[2]ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

История промывания полости носа насчитывает тысячелетия. Сведения о его пользе имеются, в частности, в древних текстах Аюрведы – традиционной индийской ведической медицины.

В настоящее время ирригационные процедуры приобрели широкое распространение среди практикующих врачей и населения как доступное и эффективное средство лечения и профилактики заболеваний носа, околоносовых пазух и верхних дыхательных путей в целом. Результаты многочисленных исследований и клинических наблюдений свидетельствуют о положительном влиянии увлажнения слизистой оболочки на динамику воспалительного процесса. В аналитических обзорах акцентируется внимание на безопасности процедуры и отсутствии серьезных побочных эффектов при ее применении. Вместе с тем до настоящего времени существуют определенные противоречия в оценке механизма действия различных концентраций солевого раствора на слизистую оболочку носа.

Цель работы – анализ современных данных о влиянии систематических промываний носовой полости на антиинфекционную устойчивость слизистой оболочки носа.

Источники информации – база данных MEDLINE за период 1985-2015 гг. Поиск осуществляли по ключевым словам: ирригационные процедуры, солевые растворы, носовой секрет.

Росту популярности и масштабов применения метода в современной медицинской практике в известной степени способствует тот факт, что при воспалительных процессах в верхних дыхательных путях существенно изменяются реологические свойства носового секрета (НС). Это, в свою очередь, оказывает отрицательное влияние на активность мерцательного эпителия носовой полости, способствует скоплению на поверхности слизистой оболочки большого количества богатого белком экссудата, девитализированных структур, что представляет собой хорошую питательную среду для роста патогенной микрофлоры, препятствует проникновению в слизистую оболочку топических лекарственных препаратов. В этом плане применение ирригационных процедур является оправданным и важным условием повышения эффективности лечебных мероприятий при патологических

изменениях слизистой оболочки носа, способствуя удалению из полости носа плотных продуктов воспаления и восстановлению функциональной активности мукоцилиарного транспорта.

Вместе с тем, нельзя не учитывать значения НС в поддержании гомеостаза носовой полости и начальных отделов респираторного тракта в целом и риск отрицательного влияния на его антимикробную активность постоянных ирригационных процедур. В частности, промывание носа изотоническим раствором снижает уровни лизоцима и лактоферрина в НС, которые возвращаются к исходным значениям через 6 часов. Аналогичным образом на антимикробную активность НС влияет применение гипотонического раствора хлорида натрия; промывание гипертоническим раствором также сопровождается снижением концентрации лизоцима и лактоферрина в НС, которая восстанавливается через 24 часа; отмечается торможение фунгицидной активности лизоцима солевыми растворами для ирригации (Woods C.M., 2012; 2015 и др.).

Заключение. В свете современных представлений НС рассматривается как сложная в структурном и функциональном отношении система, содержащая в своем составе, в частности, Ig M, E, G, энзимы и другие компоненты, обеспечивающие антиинфекционную устойчивость слизистой оболочки полости носа.

Носовой секрет играет важную роль в минимизации отрицательных экзо- и эндогенных воздействий. В этом плане избыточные промывания полости носа могут оказывать отрицательное влияние на уровень антимикробных пептидов НС, его фунгицидную активность, способствуя возникновению недостаточности наиболее уязвимых звеньев локальной защиты слизистой оболочки носа, формированию и (или) персистенции патологических процессов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОСТНЫХ ТЕМЕННЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ В ПЛАСТИКЕ ЯТРОГЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФРОНТИТАХ

Караян А С[1], Кириченко И.М.[2], Шумов К М[1]. Субботина Н.А.[1]

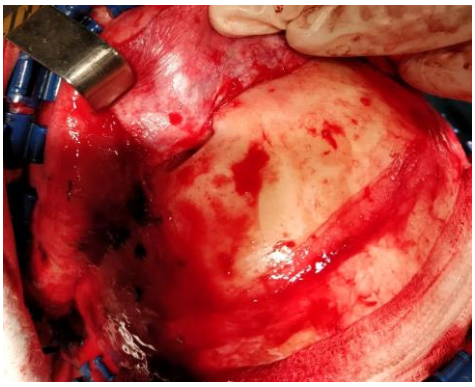
[1]ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России
[2]ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

Значимость проблемы реконструкции передней стенки лобной пазухи после наружных хирургических вмешательств определяется сложностью воссоздания ее формы без косметического дефекта и обеспечения герметичности пазухи. Костные теменные аутотрансплантаты имеют ряд преимуществ и обеспечивают наилучший результат при пластике крупных дефектов передней стенки лобной пазухи благодаря их выпукло-вогнутой форме и возможности забора достаточного количества материала. Немаловажное значение имеет и минимальная резорбция после проведения пластики, не более 15-20% от общей массы установленного трансплантата. В основе этого свойства лежат особенности эмбрионального развития, т.к. теменная кость относится к первично образующейся эндесмальной кости и формируется непосредственно из мезенхимы, минуя стадию гиалиновой хрящевой модели. Расщепленный костный трансплантат забирается непосредственно у пациента, что облегчает его приживление. Формирующийся на месте забора трансплантата дефект обычно незначителен, прикрыт волосами и малозаметен.

Наш метод забора расщепленных теменных аутотрансплантатов отличается тем, что при распиле костного блока применяют осциллирующие пилы и алмазные диски, позволяющие безопасно и экономично забрать донорский материал без применения долот и молотка, в строго установленных и выверенных участках теменной кости. За 2017 год были прооперированы 6 пациентов с хроническим рецидивирующим гнойным полисинуситом. Ранее эти пациенты (2 мужчины и 4 женщины в возрасте от 23 до 57 лет) перенесли операцию на лобных пазухах наружным доступом и имели дефект передней стенки лобных пазух с формированием западающего внутрь пазух деформирующего рубца, в двух случаях с формированием гнойного свища в области рубца. По данным компьютерной спиральной томографии околоносовых пазух (ОНП), все пациенты имели блок носолобных соустий и остеит, а также значительное утолщение стенок лобной пазухи. Нами использован бикоронарный доступ к передней стенке лобных пазух. Для обеспечения нормального функционирования соустий ОНП

проводили коррекцию внутриносовых структур и расширение соустий пазух под контролем эндоскопа. Размер трансплантата вымеряли заранее, с учетом имеющегося обновленного дефекта передней стенки. В трех случаях для предотвращения сужения области носолобного кармана проводили стентирование этой зоны индивидуально изготовленными стентами по оригинальной методике.

Послеоперационное наблюдение показало, что через год после операции хороший косметический эффект сохранился у всех пациентов, воспалительные явления в ОНП рецидивировали. Лишь у одного пациента с выраженных остеитом на фоне длительно протекающего воспаления в лобной пазухе и рестеноза носолобного соустья.



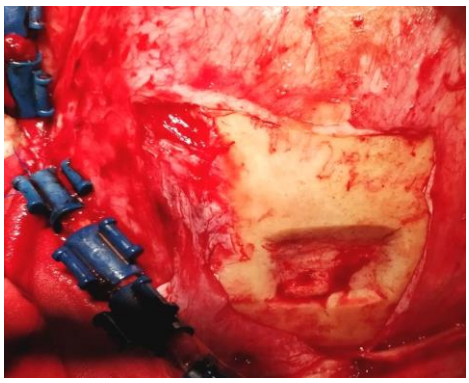


Рис. 1. Втянутый ятрогенный дефект Рис. 2. Место забора костного теменного трансплантата

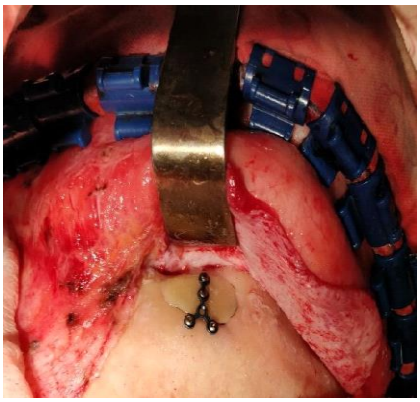


Рис. 3. Пластка ятрогенного костного деффекта передней стенки лобной пазухи расщепленным теменным аутотрансплантатом

Методика пластики ятрогенных дефектов передней стенки лобной пазухи с использованием костных теменных аутотрансплантатов позволяет достичь стойкого положительного косметического и функционального результата в комплексном подходе к лечению хронического воспаление в ОНП.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ PRP ПРИ ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТОВ КОЖИ НАРУЖНОГО НОСА

Владимирова Т.Ю.[1,] Барышевская Л.А.[1], Махонин А.А.[1,2], Габриелян А.Г.[2], Осокин О.В.[2] Керосиров А.П.[1,2]

[1]ФГБУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ
[2]ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

В современной эстетической хирургии существует большое разнообразие методик закрытия послеоперационных дефектов, что зачастую сопровождается сложностями адаптации трансплантата и интеграции клеточных структур рецепиентной зоны с донорским материалом. По данным современной литературы приживаемость свободных кожных аутотрансплантатов достигает 98%. Однако статистика не учитывает зависимость адаптации донорского материала при выраженном рельефе рецепиентной зоны и масштаба дефекта. Для достижения высоких клинических результатов при пластике свободными кожными трансплантатами необходимо соблюдение многих условий, основными их которых принято считать максимальный контакт трансплантата с рецепиентной зоной, отсутствие гематомы под поверхностью кожного лоскута, высокий репаративный потенциал рецепиентной области и т.д. Так, при дефектах кожи наружного носа, которые, как правило, имеют сложную конфигурацию, довольно тяжело достигнуть полной адаптации свободных кожных аутотрансплантатов.

В связи с этим предложено применение чистого обогащенного тромбоцитами фибрина (PPRF). Это мощный стимулятор процессов регенерации тканей, за счет его высоких адгезивных свойств достигается максимальная адаптация кожных лоскутов с рецепиентной зоной.

За период с 2017 по 2018 г. в отделении опухолей головы и шеи ГБУЗ СОКОД выполнено 34 хирургических вмешательства по поводу замещения дефекта кожи наружного носа свободным аутотрансплантатом с применением PRP- технологий и 30 вмешательств без их применения.

Для получения препаратов PRP нами использовались центрифуга ОПн-8УХЛ4.2, пробирки фирмы «Plasmolifting» и стандартные пробирки без активаторов плазмы. Критерием оценки является жизнеспособность свободного кожного аутотрансплантата в послеоперационном периоде. В 100% случаев при пластике дефектов кожи наружного носа свободными кожными аутотрансплантатами с использованием PPRF мы достигали полной адаптации кожных аутотрансплантатов. Полная адаптация свободных кожных лоскутов без применения PRF достигалась в 85% случаев, в 13% развились частичные

некрозы кожных аутотрансплантатов, в 2% – полная дезинтеграция кожного аутотрансплантата.

Таким образом, чистый обогащенный тромбоцитами фибрин является оптимальной субстанцией при пластике кожных дефектов свободными трансплантатами, как мощный стимулятор процессов регенерации тканей. PPRF обладает не только высокой репаративной активностью, но и удобен в использовании, так как благодаря своим высоким пластическим свойствам он принимает любую форму и легко повторяет весь контур и неровности раневой поверхности дефектов орофациальной зоны. Он также обладает высокой адгезивной способностью, сгусток «приклеивает» лоскут ко дну раны, осуществляет местный гемостаз, а также высвобождает огромное количество факторов роста в месте его приложения и сохраняет свою активность в течение 1-3 месяцев.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ВОЛОС ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ

Акимов А.В., Сетко Н.П., Шульга И.А.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ

При использовании микроэлементного анализа волос исследователи часто обнаруживают корреляции между эссенциальными элементами и различными заболеваниями, средовыми факторами воздействия и метаболическими расстройствами. В настоящее время минеральный анализ волос человека широко применяется в научно-исследовательских целях и служит показателем минерального обмена в различных этно-территориальных группах. Выбор волос в качестве объекта исследования при изучении микроэлементного обмена в организме человека имеет ряд преимуществ. Волосы отражают микроэлементный профиль за длительный период времени, который позволяет документировать поступление микроэлементов в организм. Волосы обеспечивают более точной информацией о поступлении веществ и металлов, чем кровь и моча, причем концентрация их в 10 раз выше, чем в сыворотке крови. Количество элемента, который необратимо включается в растущий волос, пропорционально его количеству, поступающему в другие ткани организма. Процедура забора волос проста и безболезненна, а хранение материала не требует специальных условий и не ограничивается временем.

В последние годы значительно возросло комплексное загрязнение окружающей среды, увеличился объем мутагенных факторов. В результате тесного взаимодействия внешних повреждающих и наследственно измененных внутренних факторов происходят срывы адаптационных механизмов, что приводит к развитию болезни. Поэтому наиболее высокий уровень заболеваемости населения отмечается на территориях с большими экологическими нагрузками.

Существует предположение, что дисбаланс эссенциальных микроэлементов (цинка, меди, железа, марганца и др.) может выступать триггером для начала полипозного риносинусита.

Оренбургская область находится в числе регионов России с наибольшими выбросами в атмосферу вредных веществ (более 500 тыс. тонн). В горрдах Орске, Новотроицке и Гае восточного региона Оренбургской области сосредоточены предприятия черной и цветной металлургии, а также химического производства. Для этого региона характерными поллютантами являются свинец, никель, хром и марганец.

Свинец – один из наиболее токсичных металлов. При поражении свинцом пациенты подвержены респираторным заболеваниям. При предельно допустимой концентрации (ПДК) в атмосфере 0,3 мкг/л и выше происходит активное влияние на сосуды слизистой оболочки полости носа с формированием стойкого отека.

Источником загрязнения окружающей среды никелем являются газообразные выбросы предприятий теплоэнергетики, черной и цветной металлургии. В организм человека никель поступает через органы дыхания, но может попадать также с водой и пищей. При ПДК в воздухе 0,5 мг/м^3 и выше происходит накопление никеля в организме, что способствует развитию заболеваний верхних дыхательных путей и легких.

Источниками поступления в окружающую среду шестивалентного хрома являются производство феррохрома и хромовых солей, красителей и пестицидов, цемента и стекла, продуктов сжигания угля и нефти. При поступлении в верхние дыхательные пути с ПДК в воздухе 0,01 мг/м^3 хром оказывает аллергическое и эрозивное воздействия на слизистую оболочку носа и околоносовых пазух.

Марганец, применяемый в сталелитейной и электротехнической промышленности, может поступать в организм через органы дыхания в виде мелкой пыли или аэрозоля. При ПДК выше 40 мг/м^3 поражаются верхние дыхательные пути, в том числе слизистая полости носа.

Установить особенности микроэлементного обмена у пациентов с полипозным риносинуситом можно при сравнительной оценке содержания тяжелых металлов в волосах пациентов, проживающих в промышленных центрах Оренбургской области и в сельских районах.

Отмечая противоречивость данных о нарушении микроэлементного обмена у пациентов с полипозным риносинуситом, считаем необходимым проведение дополнительных исследований для определения корреляций между клиническим статусом и минеральным анализом волос.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ АТРЕЗИИ ХОАН У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОГО СТЕНТА

Егоров В.И., Тюкин В.Ю., Кочнева А.О.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»

Врождённые пороки в структуре детской заболеваемости занимают одно из первых мест. У 60% детей с пороками развития лица и черепа пороки встречаются в сочетании с другими видами аномалий. Врождённая атрезия хоан является следствием сохранения носонёбной мембраны, возникающей между 6-й и 12-й неделями гестации. Атрезия хоан может быть одно- и двусторонней, частичной или полной, перепончатой, хрящевой, костной или смешанной. Основным способом лечения данной патологии является хирургическое устранение атрезии и формирование хоаностомы интраназальным доступом.

Цель исследования – повышение эффективности хирургического лечения двусторонней полной атрезии хоан у новорожденных и внедрение в практику нового устройства, которое позволит предотвратить рубцовое заращения просвета хоан в отдаленном послеоперационном периоде.

На базе ЛОР-отделения ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» было разработано и внедрено в практику устройство для предотвращения рубцового заращения просвета хоан у новорожденных (патент № 2614936 от 30.03.2017). Оно позволяет добиться стойкого положительного результата и формировать проксимальную часть индивидуально по форме и размеру носоглотки. Наше новое устройство выполнено в виде двух трубок с перемычкой, на концах которых имеются кольцевые фиксаторы. Обе части выполнены с изгибом 140-170º посередине. Эта конфигурация дает возможность надежно и безопасно зафиксировать устройство, исключая выпадение за счет вышеуказанных формы и перемычки; изменять его индивидуально по размерам носоглотки за счет формы дистального конца; избежать прорастания грануляций в просвет стента за счет формы и размеров перемычки, соединяющей проксимальные концы трубки; избежать деформаций преддверия полости носа за счет физиологичного изгиба посередине трубки.

С 2002 г в нашей клинике прооперировано 40 детей с врожденной полной костной двусторонней атрезией хоан. С 2010 г. с применением нового стента прооперировано 20 детей (50%). Послеоперационный период у всех пациентов протекал

благоприятно, температурная реакция не превышала субфебрильных цифр. Физиологические отправления были нормальными. В анализах крови и мочи патологических сдвигов не обнаружено.

Рубцовое стенозирование при применении предыдущей методики стентирования отмечалось в 7 случаях из 20 (35%), а при применении новой методики у одного ребенка (5%), что потребовало повторной установки стента большего размера. Детям, у которых имелся стойкий положительный результат, повторные операции были проведены в плановом порядке по достижению 6-9-летнего возраста, так как размер наложенных в младенчестве хоан не обеспечивал дыхательных потребностей подросшего организма.

Выводы. Конфигурация стента позволяет надежно и безопасно зафиксировать устройство, исключая выпадение, изменять его индивидуально по размерам носоглотки, избежать прорастания грануляций в просвет стента, избежать деформаций преддверия полости носа. Это повышает эффективность хирургического лечения новорожденных детей с полной двусторонней атрезией хоан.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИКИ ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ МОДЕЛИРОВАННЫМ РЕБЕРНЫМ АУТОХРЯЩЕМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОЧЕТАННЫМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ

Свистушкин В.М.[1], Старостина С.В.[1], Баум О.И.[2], Селезнева Л.В.[1], Старостин А.В.[1]

[1]ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» МЗ РФ
[2] ФНИЦ «Кристаллография и фотоника» РАН

Хирургическое лечение больных с хроническими рубцово-паралитическими стенозами гортани (ХРПСГ) на сегодняшний день остается сложным, многоэтапным и не всегда успешным. Биологические и искусственные материалы, используемые в пластике дефектов гортани и трахеи, часто не отвечают необходимым требованиям пластики по своим биоинертным свойствам и не способны восстанавливать форму полых органов шеи. Возможность изменения формы биологических объектов с помощью излучения хирургических лазеров открывает перспективы моделирования реберного аутохряща.

В клинике болезней уха, горла и носа ПМГМУ им. И.М. Сеченова была экспериментально обоснована и применена методика моделирования реберного аутохряща с помощью излучения волоконного эрбиевого лазера (Er-лазера) с λ=1,56 мкм.

Цель исследования – изучить клиническую эффективность предложенной методики в сравнении с традиционным методом двойного кожного закрытия ларинготрахеостом (ЛТ) по Я.С. Бокштейну.

Было проведено хирургическое лечение 30 больных с ХРПСГ. Из них 20 больным (группа сравнения) оперативное вмешательство выполнялось классической методикой ушивания ЛТ; 10 больным (основная группа) – пластика ЛТ моделированным Er-лазером реберным аутохрящем. Всем больным до и после оперативного вмешательства на заключительном этапе лечения ХРПСГ выполнялись эндоскопические методы исследования, спирография, МСКТ органов шеи, оценивалось качество жизни по опросникам SF36 и VHI (индекс нарушения голоса).

Результаты исследования: ранние послеоперационные осложнения в виде местных воспалительных явлений в основной группе выявлены у четырех больных, подкожная эмфизема – в одном случае; в группе сравнения – у восьми и двух больных соответственно. Поздние послеоперационные осложнения (через 6-12 месяцев) встречались в группе сравнения: несостоятельность швов – у одного больного, патологическая флотация – у одного, несостоятельность пластики – также в одном случае.

По данным спирометрии, статистически значимые различия индекса Тиффно (ИТ) были выявлены через 12 месяцев после операции ($p \leq 0,05$). В обеих группах отмечался

рост ИТ в более отдаленных сроках послеоперационного периода: до операции, ИТ в основной группе составил 77,6±1,83%, а через 12 месяцев после операции – 85,7±3,49%.

С целью контроля стабильности формы моделированного реберного аутотохряща через 6 месяцев после операции проводилось МСКТ органов шеи. Отмечалась визуализация аутотрансплантата, что свидетельствует об отсутствии резорбции хряща.

При оценке качества жизни отмечалось достоверное повышение показателей по шкале социального функционирования, жизненной активности и настроения в обеих группах, однако через 6 месяцев после хирургического лечения выявлено достоверное преобладание ($p<0,05$) показателей (83,8±9,2) в основной группе над группой сравнения (73,4±10,1).

По данным опросника, VHI через 6 месяцев после оперативного вмешательства отмечалось улучшение показателей голоса и качества жизни: 45,9±8,23 – в основной группе и 47,2±13,5 – в группе сравнения, однако было зарегистрировано в диапазоне расстройств средней степени тяжести.

Заключение. Метод пластики ларинготрахеального дефекта с использованием моделированного Er-лазером реберного аутохряща повышает клинические и функциональные результаты по сравнению с классическим методом хирургического вмешательства, позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛАРИНГИТОВ У ЛИЦ ГОЛОСОРЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ

Янов Ю.К., Степанова Ю.Е., Готовяхина Т.В., Корень Е.Е.

ФГБУ «СПБ НИИ ЛОР» МЗ РФ

Известно, что среди заболеваний гортани у лиц голосоречевых профессий встречаются как профессиональные ларингиты, так и ларингиты, не связанные с голосовой нагрузкой (Василенко Ю.С., 2013).

Цель нашего исследования: изучить особенности клинических проявлений острых и хронических ларингитов у пациентов голосоречевых профессий.

Обследовано 478 пациентов голосоречевых профессий с острым или хроническим ларингитами, обратившихся в фониатрическое отделение ФГБУ СПб НИИ ЛОР в течение 2017 г. Всем больным была проведена видеоэндостробоскопия гортани.

Острый ларингит диагностировали у 103 пациентов (21,5%), хронический – у 375 (78,5%) пациентов. Среди 103 больных с острой патологией профессиональный ларингит выявили у 38 (36,9%), бактериально-вирусный – у 65 (63,1%) пациентов.

Для острого профессионального ларингита характерно внезапное начало. После предшествующей большой голосовой нагрузки появлялась осиплость, утомляемость голоса, дискомфорт, першение или болезненность в глотке. При этом общее состояние пациентов не страдало. Видеоэндостробоскопически определяли сосудистую инъекцию и отек слизистой оболочки медиального края голосовых складок, слизистое отделяемое. Амплитуда колебаний голосовых складок была уменьшена, колебания асимметричные, нерегулярные, слизистая волна малая. Подскладковый отдел и трахея оставались интактными или с незначительной сосудистой инъекцией слизистой оболочки.

Острому бактериально-вирусному ларингиту предшествовали симптомы ОРЗ, повышение температуры тела, ухудшение самочувствия. При осмотре наблюдали катаральные явления со стороны носа, глотки, трахеи. По данным видеоларингостробоскопии отмечали яркую гиперемию слизистой оболочки гортани, голосовых складок и подскладкового отдела, большое количество слизистого и реже – слизисто-гнойного отделяемого, отсутствие плотного смыкания голосовых складок. Колебания голосовых складок были асимметричными, нерегулярными, слизистая волна малая.

Из 375 больных с хронической патологией профессиональный ларингит диагностировали у 62 (16,5%) пациентов. Развитию хронического профессионального ларингита способствовали длительные перегрузки голосового аппарата, форсированная

манера голосоведения, несоблюдение правил охраны и гигиены речевого и певческого голоса. Пациенты предъявляли жалобы на утомляемость голоса, осиплость и дискомфорт, ощущение сухости в глотке, желание откашляться после голосовой нагрузки. При обследовании отмечали умеренную отечность голосовых складок, усиление сосудистой инъекции, скопление слизистого отделяемого на голосовых складках при фонации. Голосовая щель имела разную форму: широкую линейную, овальную или треугольную. Колебания асимметричные, нерегулярные, слизистая волна малая. Клинические проявления хронического профессионального ларингита напоминали хронический катаральный ларингит. Но о хроническом профессиональном ларингите можно было говорить только в том случае, если у пациента отсутствовали хронические воспалительные заболевания со стороны полости носа, глотки, нижних дыхательных путей, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, вредные привычки (табакокурение, злоупотребление алкоголем).

Хронический катаральный ларингит выявили у 175 (46,7%), гиперпластический – 87 (23,2%), отечно-полипозный – 32 (8,5%), атрофический – 19 (5,1%) больных.

В группе больных хроническим гиперпластическим ларингитом преобладала ограниченная форма: пахидермия – у 49 пациентов (56,3%), лейкоплакия или гиперкератоз – у 11 (12,6%). Диффузную форму наблюдали у 27 человек (31,0%). Хирургическое лечение потребовалось 5 пациентам этой группы (5,7%).

Среди 32 пациентов с хроническим отечно-полипозным ларингитом первую стадию процесса диагностировали у 17 (52,1%), вторую – 11 (34,4%), третью – 4 (12,5%) больным. Пациентам с третьей стадией отечно-полипозного ларингита провели хирургическое лечение.

Хроническим атрофическим ларингитом страдали преимущественно больные пожилого возраста, а также пациенты с бронхиальной астмой, получавшие топические глюкокортикостероиды. Кроме изменений в гортани были также выявлены атрофические изменения слизистой оболочки глотки.

Своевременная диагностика острых и хронических ларингитов у профессионалов голоса позволяет предотвратить длительную потерю трудоспособности и сохранить профессиональное долголетие.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО СИМУЛЯТОРА ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА

Кудряшов С.Е., Козлов В.С.

ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ

В настоящее время эндоскопическая диагностика и лечение заболеваний носа и околоносовых пазух (ОНП) являются «золотым» стандартом. Для успешного выполнения эндоназальных эндоскопических манипуляций врач должен не только в совершенстве владеть знаниями клинической анатомии, но и обладать практическими навыками работы с эндоскопической системой и медицинскими инструментами под ее контролем. Как правило, освоение таких навыков происходит непосредственно «на пациенте» в смотровом кабинете или в операционной комнате, что сопряжено с риском осложнений. Известно, что в образовательную программу оториноларингологов стали внедряться симуляционные технологии, однако известные учебные пособия обладают недостатками, которые накладывают ограничения на их систематическое использование.

Цель исследования – повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний носа и ОНП за счет совершенствования симуляционных технологий, используемых в обучении врачей практическим навыкам работы с эндоскопическим оборудованием.

На кафедре оториноларингологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» был разработан ринологический симулятор (патенты RU158398U1 от 27.12.2015 и RU180078U1 от 01.06.2018), который содержит сменную модель полости носа и устройство ее фиксации. В качестве моделей полости носа используют цилиндры определенных размеров и конфигурации, изготовленные из полимерного материала АБС с помощью 3D-печати. В каждом цилиндре реализовано определенное упражнение, которое выполняет пользователь. Предложен ряд упражнений для освоения практических навыков работы с эндоскопической системой и медицинскими инструментами под ее контролем. Для оценки клинической эффективности симуляционного обучения было проведено исследование, в котором приняли участие 50 оториноларингологов без опыта работы с эндоскопическим оборудованием, из них 34 врача амбулатория и 16 врачей стационаров. В начале исследования участники ответили на вопросы анкеты №1 о профессиональных навыках. После вводного инструктажа и демонстрации технически правильного выполнения упражнений в течение 5 дней испытуемые проходили симуляционное

обучение. Через 3 месяца после него по электронной почте испытуемые ответили на вопросы анкеты №2 о профессиональных навыках, которые отражали качество и объем проведения диагностических и лечебных процедур под контролем эндоскопической системы у пациентов с заболеваниями носа и ОНП. Кроме того, врачи стационаров ответили на ряд вопросов о навыках, отражающих качество и объем проведения эндоназальных эндоскопических операций.

Результаты. На вопросы анкеты №1 ответили все участники, тогда как на вопросы анкеты №2 – 48 участников; с двумя испытуемыми не удалось связаться (это были один врач амбулатории и один врач стационара). Анализ ответов показал повышение качества и объема оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями носа и ОНП в результате применения эндоскопического оборудования в диагностических и лечебных целях.

Выводы. В ринологии разработан новый симулятор, позволяющий врачам освоить практические навыки работы с эндоскопическим оборудованием, которые они могут реализовать в своей клинической практике. Это приводит к повышению эффективности диагностики и лечения заболеваний носа и ОНП у пациентов.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ОБОНЯНИЯ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Вахрушев С.Г., Смбатян А.С.

ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

На сегодняшний день существует более 200 различных методов исследования обоняния. Независимо от выбранного метода диагностики обоняния необходима специальная подготовка пациента к исследованию: в день исследования ему не следует контактировать с одорантами. Такие же требования предъявляются и к врачу. Исследование следует проводить утром в специально оборудованном кабинете – с хорошей вентиляцией и отсутствием одорантов, кроме тестовых. Однако учитывая, что технология исследования обоняния достаточно трудоемка и длительна, а также из-за отсутствия стандартизированного алгоритма диагностики оториноларингологу не всегда удается выполнить ольфактометрию на первичном приеме.

Настоящая работа посвящена оценке значения комплексной диагностики нарушений обоняния в практике оториноларинголога.

Нами было проведено исследование 287 пациентов с дизосмией на базе Красноярского государственного медицинского университета «Клиника новых технологий» и Университетской клиники Неврологического центра неврологии, эпилептологии, нейрогенетики и исследований мозга, с использованием различных способов диагностики обоняния: применялись методы Воячека, Борнштейна, метод «Sniffin Sticks Test», МРТ обонятельной луковицы, регистрация хемосенсорных вызванных потенциалов.

Проведя более 100 исследований обоняния с использованием субъективных (качественных) методов, и с учетом мнения оториноларингологов, занимающихся этой технологией, мы выделили положительные стороны и некоторые практические недостатки этих методов. К положительным сторонам относится легкость в освоении и практическом исполнении методов, они не требует специального обучения, длительность исследования составляет не более 15 минут. Отрицательные стороны диагностики: отсутствие официнальных наборов для диагностики, малоинформативность диагностических тестов, они не выявляют пороги восприятия запахов, способности к дискриминации и идентификации, не уточняют топику заболевания.

До определенной степени лишен перечисленных проблем качественно-количественный метод «Sniffin Sticks Test». Метод состоит из трех частей. С его помощью можно определять порог обоняния, способность к дискриминации и идентификации. Тест является психофизическим, таким образом, можно оценить и когнитивные расстройства.

Недостатки метода состоят в необходимости культуральной адаптации на этапе идентификации (некоторые запахи не узнаваемы для пациентов, проживающих на территории РФ), длительность диагностики – более 45 минут при билатеральном исследовании с использованием расширенного варианта теста.

Если в анамнезе у пациента отмечено снижение или отсутствие обоняния, возникшее в результате травмы, или длительность жалоб составляет более 1 года, необходимо провести МРТ головного мозга с прицелом на обонятельную луковицу, с целью исключения новообразований, травм, нейродегенеративных процессов мозга и изменений объема обонятельной луковицы.

Существует группа пациентов у которых перечисленные методы исследования недостаточны для выяснения этиологии дизосмии. Это пациенты с нейродегенеративными процессами головного мозга, и с перцептивными переферическими типами дизосмий. Таким больным необходимо проводить регистрацию хемосенсорных вызванных потенциалов. Технология этого метода исследования сложна и до последнего времени оценивалась как неоднозначная из-за необходимости частотно-временного анализа вызванных потенциалов.

Заключение. Для комплексной диагностики обонятельного анализатора необходима разработка диагностического алгоритма, наличие официнальных наборов для ольфактометрии и диагностического стандарта для технологии исследования обоняния.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ

Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Решульский С.С.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Хирургические вмешательства в области головы и шеи, связанные с удалением опухолей, очень часто приводят к нарушению многих жизненно важных функций человека. Происходит это, прежде всего, из-за высокой концентрации в области головы и шеи органов, обеспечивающих различные функции: дыхание, глотание, голос, слух, речь и. др. Пациенты, которые перенести тяжелое, длительное и многоэтапное лечение, получают надежду на жизнь, оставаясь при этом инвалидами. Наступает период медицинской реабилитации. К сожалению, мы не раз наблюдали отказ пациентов от попыток восстановить утраченные во время лечения функции, отсутствие поддержки близких людей, низкую осведомленность пациентов и специалистов о возможности реабилитации.

Цель нашей работы – освещение проблемы необходимости комплексной реабилитации пациентов при онкологических заболеваниях головы и шеи, разработка методов голосовой реабилитации. Для обеспечения этой цели мы ставим задачу формирования команды специалистов врачей – онкологов, оториноларингологов, фониатров, логопедов, психологов, – которая обеспечит полноту медицинской и социальной реабилитации больных.

Разработка и усовершенствование комплекса реабилитационных мероприятий, позволяющих получить прогнозируемые положительные и значимые результаты с минимальным риском для пациента, обеспечены внедрением инновационных технологий, которые являются залогом устойчивого развития и перспектив широкого внедрения результатов, полученных в ходе нашей работы.

Нами были созданы инициативные группы среди пациентов после операций в области ЛОР-органов, которым требуется восстановление речи, глотания, уход за трахеотомической трубкой. Подобные группы провели ряд выездных мероприятий – школ для пациентов в Астрахани, Москве, Самаре, Тамбове, Симферополе, Севастополе, Йошкар-Оле. Междисциплинарный и в то же время комплексный индивидуальный подход – основа полной реабилитации пациентов после операций в области головы и шеи.

КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И КОНТРОЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Батова М.А.

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ

В условиях амбулаторного стоматологического приема 90,6% обращений к врачу приходится на эндодонтическое лечение зубов и их осложнения. Широкое применение традиционной рентгенографии (внутриротовой контактной рентгенографии или ортопантомографии) позволяет диагностировать патологические изменения только в 55% случаев. Внедрение конусно-лучевой компьютерной томографии позволяет установить локализацию, размеры и распространенность патологического процесса.

Цель работы – **о**пределить роль конусно-лучевой компьютерной томографии в диагностике и контроле лечения воспалительных заболеваний зубочелюстной системы.

Проведено обследование 120 пациентов, обратившихся к стоматологу с болевым синдромом. Были обследованы 83 женщины и 37 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет. На этапе первичного осмотра в 45% случаев пациентам проводилась внутриротовая контактная рентгенография и в 85% – ортопантомография. В качестве дополнительной методики на этапе планирования лечения и при его контроле выполнялась конусно-лучевая компьютерная томография.

На внутриротовых контактных рентгенограммах 54 пациентов выявлены кариозные изменения и воспаления в периапикальной области зубов (n=26; 21,6%) или в костной ткани на уровне отсутствующих зубов: альвеолит, остеомиелит лунки (n=5; 4,2%). В остальных случаях правильно поставить диагноз не представлюсь возможным, поэтому была проведена ортопантомография, которая дала общее представление о состоянии зубочелюстной системы. У половины наблюдавшихся диагностировать костно-деструктивные изменения и их отношение к важным анатомическим структурам не удалось. Конусно-лучевая компьютерная томография проводилась для определения объема воспалительного процесса, топографии и размеров радикулярных кист. В 47,5% случаев (n=57) по результатам конусно-лучевой компьютерной томографии были диагностированы дополнительные костно-деструктивные изменения в периапикальных областях соседних зубов, положение выведенного пломбировочного материала, изменения слизистой оболочки околоносовых пазух. Информация, полученная по данным конусно-лучевой компьютерной томографии, позволила определить характер лечения: терапевтическое (n=38; 31,6%) или хирургическое (n=82; 68,3%). Кроме того, был

определен уровень кариозного поражения зубов, количество корней и корневых каналов, качество эндодонтического лечения, корректность ортопедического лечения и т.д.

Конусно-лучевая компьютерная томография проводилась в ранний постоперационный период, далее на сроках 1, 6 или 12 месяцев. Данная методика позволила визуализировать процесс регенерации костной ткани после хирургического вмешательства. После цистотомии и цистоэктомии (n = 15; 12,5%) отмечалось уменьшение в размере костного дефекта и формирование новообразованной костной ткани по периферии.

По данным ортопантомографии в постоперационный период отмечался высокий процент ложноположительных результатов, невозможно было дифференцировать остеорепаративные процессы, качество эндодонтического лечения и др.

Выводы. Конусно-лучевая компьютерная томография является перспективной высокоинформативной технологией в изучении кариозных и костно-деструктивных изменений в периапикальной области зубов. Высокая информативность позволяет использовать данную методику для динамического наблюдения за пациентами в постоперационный период.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ УЗЕЛКАХ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВОКАЛИСТОВ

Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Лучшева Ю.В.

ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

Цель исследования: оптимизация лечебной тактики узелков голосовых складок у профессиональных вокалистов.

Обследовано и пролечено 67 профессиональных вокалистов с узелками голосовых складок (17 мужчин и 50 женщин в возрасте от 24 до 42 лет со стажем работы от 3 до 22 лет).

Анкетирование (образование, профессиональный анамнез, субъективная оценка голоса по визуально-аналоговой шкале, ВАШ, тест Спилбергера-Ханина), микроларингоскопия, видеоэндоларингостробоскопия, акустический анализ голоса (система Kay Pentax).

У всех пациентов были диагностированы узелки голосовых складок. «Мягкие» (отечные) узелки у 37, «твердые» – у 30 пациентов (фибриноидно-гиалиновые – у 21, фиброзные – у 9). У 21 пациента (31,3%) – был выявлен высокий уровень тревожности (более 45 баллов), и они были консультированы психологом. У 3 из них диагностировано тревожное расстройство, потребовавшее курса лечения у психотерапевта.

1-я группа пациентов (56 человек) – 31 с отечными узелками, 15 с фибриноидными и 10 с фиброзными узелками на фоне ограничения голосовой нагрузки получали медикаментозную терапию, физиотерапевтическое лечение, фонопедию с вокальным педагогом.

2-я группа (11 человек) – 6 пациентов с отечными и 5 – с фибриноидными узелками по различным обстоятельствам не прошли курс фонопедии и получали только медикаментозную терапию и физиотерапевтическое лечение.

Положительный результат после курса лечения (возможность вернуться к трудовой деятельности) по данным ВАШ отметили 60 пациентов (89,5%). По данным микроларингоскопии, полная редукция узелков отмечена у 40 пациентов (57,9%), значительное уменьшение размеров узелков (на 2/3 от первоначального объема) – у 15 (22,4%) и незначительное уменьшение (на ¼ от первоначального объема) – у 5 больных (7,4%).

По данным эндоларингостробоскопии, полная нормализация показателей вибраторного цикла зафиксирована у 52 пациентов (77,6%). У 8 (11,9%) сохранялись

изменения формы голосовой щели, амплитуды и частоты колебаний голосовых складок, ограничение смещения слизистой оболочки в узелковой зоне.

По данным акустического анализа голоса полная нормализация параметров была достигнута у 49 пациентов (73,1%). У 11 пациентов (16,4%) эти показатели имели отклонение от нормы на 10-15%. У пациентов со стажем работы более 10 лет показатели акустического анализа голоса не соответствовали микроларингоскопической картине: они были лучше, чем у пациентов с меньшим стажем работы и аналогичной картиной при микроларингоскопии, что обусловлено более высоким качеством техники звуковедения.

Семи пациентам из 2-й группы с фибриноидно-гиалиновыми и пяти с фиброзными узелками, у которых, по данным субъективной оценки голоса и объективных методов исследования, консервативное лечение не дало желаемого эффекта, было выполнено эндоларингеальное удаление узелков с последующим курсом фонопедической реабилитации с вокальным педагогом.

При контрольном осмотре через 1 месяц у всех пациентов 2-й группы был отмечен рецидив заболевания, потребовавший проведения повторных курсов лечения.

Выводы

1. Лечения узелков голосовых складок у вокалистов должно начинаться с фонопедии с вокальным педагогом.
2. Расстройства эмоциональной сферы тревожного характера у вокалиста могут провоцировать форсированную манеру голосоведения и способствовать развитию узелков голосовых складок.
3. Основными критериями эффективности лечения узелков голосовых складок у профессиональных вокалистов являются удовлетворительная субъективная оценка качества голоса пациентом и возможность осуществления профессиональной деятельности.
4. Показатели акустического анализа у профессионалов голоса со стажем работы более 10 лет должны оцениваться в корреляции с клинической картиной и субъективной оценкой качества голоса вокалистом.
5. Сочетание медикаментозной терапии с фонопедией у профессиональных вокалистов с узелками голосовых складок позволяет добиться реабилитации голосовой функции без хирургического лечения и прерывания трудовой деятельности.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В СТАЦИОНАРЕ

Царапкин Г.Ю.[1], Хамзалиева Р.Б.[1], Товмасян А.С.[1], Гунина М.В.[1]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
[2] ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Среди оториноларингологической патологии носовые кровотечения (НК) занимают важное место в структуре заболеваний ЛОР-органов и являются частой причиной госпитализации больных либо в терапевтические либо в специализированные ЛОР-стационары. По данным отечественных авторов, частота этой патологии среди госпитализированных больных составляет от 4 до 14%. Среди госпитализированных с НК 60% больных были в возрасте до 10 или старше 50 лет. В 90% случаев НК расцениваются как идиопатические. Предрасполагающими факторами развития НК являются заболевания полости носа (искривление перегородки, инородные тела и новообразования полости носа), системные заболевания, заболевания крови, гипертоническая болезнь, заболевания печени и инфекционные заболевания. Наиболее частым источником НК является Киссельбахово сплетение (90-95%) – передние НК; в 5-10% случаев – сплетение Вудраффа – задние НК.

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

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

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

Было установлено, что за 2014 г. среди 745 человек, обратившихся в ЛОР-кабинет Приемного отделения ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, 175 человек (23,6%) были госпитализированы с диагнозом НК. Это составило 7% всех госпитализированных по экстренным показаниям за 2014 г. (2479 человек). Из всех обратившихся в ЛОР-кабинет с НК 10 человек от госпитализации в ЛОР-отделение отказались (1,3% из всех обратившихся в ЛОР-кабинет). Практически все пациенты с указанной нозологией были

доставлены в приемное отделение по СМП, и только 3% всех обратившихся были направлены из поликлиники и 3% обратились самостоятельно. Всем госпитализированным пациентам на первом этапе производили переднюю тампонаду носа, из них только у 5,6% больных тампонада была выполнена на догоспитальном этапе (бригадой СМП, врачом поликлиники) и оказалась состоятельна. В связи с неэффективностью передней тампонады 7 пациентам (6,5%) была проведена задняя тампонада носа раздутым катетером Фолея, дополненная передней тампонадой марлевой турундой. В связи с массивной кровопотерей по показаниям двум (1,8%) пациентам в ЛОР-отделении провели переливание компонентов крови (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма), одному пациенту в связи с неэффективностью проводимых мероприятий для остановки кровотечения проведена односторонняя перевязка наружной сонной артерии. В 9,3% случаев пациентам после удаления тампонов для профилактики рецидивов НК проводили механическое или химическое воздействие на слизистую оболочку перегородки носа (прижигание Ляписом, раствором нитрата серебра, электро- и лазерная коагуляция).

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

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

МЕТОД ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ «СУРДОМЕТРИИ» В ДИАГНОСТИКЕ СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ

Пудов Н.В.[1], Пудов В.И. [2], Зонтова О.В. [2]

[1] *Программа «Я слышу мир!», Санкт-Петербург*

[2] *ФГБУ «СПб НИИ ЛОР», Санкт-Петербург*

На сегодняшний день разработано значительное количество методов оценки слуховой функции человека (объективные и субъективные). Но по определенным причинам не всегда удается их применять достоверно в практической работе. Это связано с большой погрешностью субъективных методов и учетом фактора измерения слуховой функции на разны уровнях – до коры головного мозга. При этом именно кора головного мозга отвечает за способность различать, опознавать и распознавать звуки. В связи с этим важно применять в практической педагогической работе более расширенный и стандартизированный спектр субъективных методов, которые позволяют установить уровень сформированности физического и функционального слуха человека, что является ведущей предпосылкой к становлению и последующему развитию на их основе естественной спонтанной речи у детей с нарушенным слухом.

Цель исследования – разработать и апробировать эффективность нового комплексного педагогического метода диагностики слухового восприятия у детей и взрослых с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации.

Задачи:

– обосновать необходимость использования метода педагогической «сурдометрии»;

– внедрить в практическую работу метод педагогической «сурдометрии» для детей с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации для оптимизации диагностики.

– оценить эффективность внедренного метода педагогической «сурдометрии».

– определить дальнейшие перспективы развития данного метода в диагностике и реабилитации детей и взрослых с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации.

Предложенный нами метод педагогической «сурдометрии» намечает изучение физического и функционального слуха в следующих трех аспектах. Фонематическая диаграмма предполагает установление наличия реакции на изолированные звуки речи в двух громкостях (тихие, громкие) и трех частотных диапазонах: низкочастотные, среднечастотные и высокочастотные. Неречевая диаграмма предполагает установление наличия реакции на неречевые звуки окружающего мира в трех частотных диапазонах: низкочастотные, среднечастотные и высокочастотные. Музыкальная диаграмма

предполагает установление наличия реакции на музыкальные звуки фортепиано в трех частотных диапазонах: низкочастотные, среднечастотные и высокочастотные.

Исследование проводилось на базе различных центров реабилитации в РФ в период 2015–2017 гг. и включало 150 человек, схожих по статусу, – детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации на первоначальном периоде реабилитации с уровнем реабилитационного потенциала А1 (начальные слухоречевые навыки). Для сравнения результатов предложенной методики нами использовались медицинские методы оценки качества настройки: субъективный – аудиометрия в свободном звуковом поле, объективный – регистрация телеметрии нервного ответа.

По итогам примененного метода педагогической «сурдометрии» и при сравнении данных с медицинскими методами проводилась коррекция настроек процессора детей после кохлеарной имплантации. Далее проводился повторный сравнительный анализ: применялся метод педагогической «сурдометрии», аудиометрия в свободном звуковом поле и регистрация телеметрии нервного ответа.

Результаты показали, что предложенный новый метод педагогической «сурдометрии» коррелирует с медицинскими методами диагностики адекватности процессора системы кохлеарной имплантации. В результате коррекции настройки процессора при применении метода «сурдометрии» и сравнении с медицинскими методами у детей отмечается положительная динамика в слухоречевом развитии. Данный метод может быть использован в практической работе.

Нами определены **перспективы исследования:** продолжение разработки метода педагогической «сурдометрии» для детей и взрослых с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации для диагностики функционального слуха: фонематический слух, восприятие интонации, в том числе с использованием компьютерных технологий.

МЕТОД СИМУЛЯЦИОНОГО ОБУЧЕНИЯ ОПЕРАЦИЯМ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА

Громов К.С., Кудряшов С.Е., Козлов В.С.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ

Деформация перегородки носа (ДПН) – это изменение ее формы, возникшее в результате травмы или аномального формирования костно-хрящевого скелета. Она приводит к затруднению носового дыхания либо к развитию изменений или заболеваний соседних органов (В.Т. Пальчун 2016). Лечение ДПН является исключительно хирургическим. Как показывает опыт, септопластика является наиболее частой плановой операцией в клинической практике оториноларингологов. Несмотря на то, что поиск наиболее эффективных методик септопластики продолжается и по настоящий день, частота послеоперационных осложнений остается на высоком уровне, что, возможно, говорит о низком качестве обучения начинающих хирургов. Молодые оториноларингологи сталкиваются с многочисленными трудностями при попытках обучения вмешательствам на перегородке носа (ПН), так как септопластика не требует наличия ассистента, а узость полости носа делает невозможным наблюдения за действиями хирурга. Таким образом, перед первой операцией начинающий врач лишь теоретически представляет этапы ее выполнения.

В настоящее время в обучение оториноларингологов активно внедряются симуляционые технологии. Доказано, что применение симуляторов повышает уровень мануальных навыков и ускоряет процесс обучения. Известные на данный момент методы симуляционых технологий для освоения септопластики практически отсутствуют.

Цель работы – совершенствование симуляционных технологий, применяемых в обучении практическим навыкам проведения хирургического вмешательства на перегородке носа.

Исследование выполнено в диссекционной лаборатории кафедры оториноларингологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ. В качестве биологического материала использовали носовую перегородку головы ягненка, которая так же, как и у человека, состоит из хряща, надхрящницы и слизистой оболочки, что позволяет использовать стандартные хирургические инструменты. Работу выполняли под визуальным контролем, в качестве оптической системы применяли налобный осветитель. Все этапы работы фиксировали при помощи эндоскопической фотосъемки. Для проведения вмешательства использовали стандартный набор инструментов, используемых при септопластике. За основу стандарта выполнения вмешательства на ПН использовали

хирургическую технику предложенную E.H. Huizing, J.M. Groot (2003). Методику разделили на 12 последовательных этапов. Для проведения исследования были отобраны пять ординаторов первого года без опыта выполнения операций на ПН человека. Каждый курсант выполнял вмешательства на трех головах ягненка. Во время обучения проводили подсчет потраченного количества времени и допущенных ошибок, оценивали соблюдение последовательности этапов вмешательства и корректность их выполнения. По окончанию обучения проводилось анкетирование для оценки удовлетворенности обучением, соответствия анатомии полости носа человека и ягненка, удобства применения стандартных хирургических инструментов при работе с симулятором.

При сравнении полученных данных по окончании курса симуляционого обучения наблюдали статистически значимое уменьшение времени, затраченного на выполнение упражнений ($p<0,05$), а также статистически значимое снижение чмсла ошибок, допущенных при их выполнении ($p<0,05$). Оценка анкетирования показала, что по результатам работы у курсантов улучшились навыки работы с хирургическими инструментами, появилось понимание последовательности этапов и техники выполнения септопластики, появилась уверенность в своих действиях. Навыки, полученные в процессе обучения, полезны и могут быть применены в дальнейшей практике.

Выводы. Разработанная технология позволяет применять голову ягненка для освоения хирургического вмешательства на перегородке носа под контролем налобного осветителя. Предложенный алгоритм проведения операций на ПН головы ягненка отражает основные этапы септопластики. Симуляционое обучение как этап подготовки к проведению операции на перегородке носа человека является эффективным.

МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПЕДАГОГА И СПЕЦИАЛИСТА ПО НАСТРОЙКЕ ПРОЦЕССОРА

Зонтова О.В.[1], Орлова О.С. [2]

[1] ФГБУ «СПб НИИ ЛОР», Санкт-Петербург
[2]ФГБУ НКЦО ФМБА России, МПГУ, Москва

Актуальность исследования определяется потребностью практики в разработке эффективной системы педагогической помощи с целью контроля качества настройки процессора у детей после кохлеарной имплантации. Это будет способствовать лучшему развитию слухового восприятия и спонтанной устной речи, повышать реабилитационный потенциал детей, что позволит им полноценно интегрироваться в социум.

Цель исследования – усовершенствовать модель абилитации детей с нарушенным слухом в период настройки процессора системы кохлеарной имплантации, оценить результативность ее внедрения.

Задачи:

1. Обосновать необходимость использования модели комплексной медико-психолого-педагогической оценки качества настройки процессора системы кохлеарной имплантации.
2. Внедрить в практическую работу модель комплексной медико-психолого-педагогической оценки качества настройки процессора системы кохлеарной имплантации.
3. Оценить эффективность внедренной модели и определить дальнейшие перспективы исследования.

Основными методами нашего исследования было педагогическое моделирование и статистическая обработка полученных данных.

Разработана модель медико-психолого-педагогической оценки качества настройки процессора и диагностики его адекватности у детей после кохлеарной имплантации на всех этапах оказания им помощи (с первого этапа – подключения – вплоть до замены процессора), состоит из 6 блоков.

1. Наблюдение, сбор и анализ данных о том, как ребенок реагирует на неречевые звуки окружающего мира различной частоты и громкости, наиболее часто встречающихся в окружающем мире: бытовые, уличные, голоса животных и птиц, неречевые звуки человека, музыкальные инструменты.
2. Проверка дискомфорта: уточнение наличия дискомфортного восприятия громких звуков во всем частотном диапазоне.

3. Регистрация условно-рефлекторной двигательной реакции на звук. Изучалась ответная двигательная реакция ребенка на речевые звуки различной частоты и громкости: громкие низко-, средне- и высокочастотные; тихие низко-, средне- и высокочастотные звуки.

4. Категоризация звуков по громкости предполагала уточнение способности ребенка определять звуки речи по громкости на различных частотах.

5. Феномен ускоренного нарастания громкости: наличие реакции на тихий речевой звук после громкого.

6. Разборчивость речи: оценка фонемного уровня разборчивости речи, т.е. способность различать звуки речи различной громкости и частоты внутри частотного диапазона.

Разработанная медико-психолого-педагогическая оценка качества настройки процессора базировалась на реабилитационном потенциале ребенка и предполагала междисциплинарное взаимодействие специалиста по настройке процессора, педагога, психолога и родителей.

Исследование проводилось на базе ФГБУ СПб НИИ ЛОР в период 2011–2017 гг. и включало 200 человек – кандидатов на кохлеарную имплантацию, которые прошли операцию, реабилитацию и замену процессоров.

Результаты исследования показали, что на первоначальном этапе уровень реабилитационного потенциала детей был низкий, не всегда медицинские методы диагностики настройки процессора коррелировались с педагогическими. На последующих этапах уровень реабилитационного потенциала существенно повышался у детей, которые проходили настройку процессора с применением предложенной модели. Статистически доказана эффективность ее применения.

В перспективы исследования – продолжение разработки методики педагогической оценки качества настройки процессора при использовании билатерального слуха, изучение разборчивости речи в шуме и музыке, разработка методов педагогической диагностики для детей со сложной множественной структурой дефекта.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Поляков А.П. [1], Харазян А.Э.[2], Назарян Д.Н.[2], Епифанов С.А.[3], Решетов И.В.[4], Маторин О.В.[1], Ратушный М.В.[1], Ребрикова И.В.[1], Филюшин М.М.[1], Лебедь З.С.[2]

[1]«МНИОИ им. П.А. Герцена», филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ
[2]«НКЦ оториноларингологии» ФМБА России
[3]ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
[4]ФГБОУ ВАО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ

Цель – улучшение функциональной и социальной реабилитации пациентов после радикального удаления злокачественных опухолей средней зоны лица, сопровождающегося резекцией лицевого скелета.

С 1992 по 2018 г. проведено лечение 230 пациентов. Первичные опухоли были у 33% пациентов, рецидивные – у 67%. Опухолевый процесс III и IV стадий установлен у 70% наблюдений. Дефекты нижней челюсти устранены у 42% пациентов, верхней челюсти – у 37%, сочетанные дефекты верхней и нижней челюсти – у 12% пациентов, орбитальные дефекты у 4% пациентов, краниофациальные – у 7%.

Использовано 197 костных аутотрансплантатов: 8 лучевых, 19 подвздошных, 36 малоберцовых, 124 реберно-мышечных, 2 лопаточных, 3 реберно-лопаточных, 5 химерных лоскутов с включением ребра. У 29 пациентов выполнена комплексная микрохирургическая реконструкция с использованием дополнительного висцерального или кожно-мышечного лоскута. Реконструкции выполнялись одномоментно в 64% случаев и в отсроченном порядке в 36%. В качестве комплексной реабилитации выполнялось отсроченное эндопротезирование ВНЧС у 9 пациентов для ликвидации анкилозов ВНЧС и различные варианты челюстно-лицевой ортопедической реабилитации, эндопротезирования и эпитезирования средней зоны лица у 45 пациентов.

Общая частота некрозов костных аутотрансплантатов составила 5,7%. Функционально реабилитированы 84% больных в общей группе больных. Наименьший показатель реабилитации – 53% в группе больных с комбинированными дефектами нижней челюсти, полости рта, ротоглотки и мягких тканей. Имплантация и зубное протезирование выполнено в 15% наблюдений.

Возможность и успешность реабилитации пациентов с дефектами лицевого скелета зависит от вида дефекта лицевого скелета и от категории сложности. Техническая трудность устранения дефекта увеличивается с возрастанием категории сложности дефекта. Наиболее сложная для реабилитации группа больных с комбинированными дефектами нижней челюсти, дна полости рта, ротоглотки и мягких тканей лица.

Разработан алгоритм выбора костного реваскуляризированного аутотрансплантата в зависимости от варианта дефекта лицевого скелета.

Дефекты средней зоны лица требуют мультидисциплинарного подхода и комбинации методов микрохирургии, стоматологической ортопедии и экзопротезирования.

Выводы. Комбинация метода микрохирургической аутотрансплантации тканей с инновационными технологиями челюстно-лицевой реабилитации позволяет полноценно реализовывать задачи комплексной социальной и функциональной реабилитации пациентов. С возрастанием категории сложности дефекта и увеличением количества вовлеченных в дефект анатомических образований возрастает роль комплексной реконструкции или появляется необходимость использования сложносоставных химерных аутотрансплантатов

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОФИМ

Гилилов В.И.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»

Ринофима – инфильтративно-продуктивная стадия розацеа, для которой характерно образование воспалительных узлов, инфильтратов и опухолевидных разрастаний за счёт прогрессирующей гиперплазии соединительной ткани и сальных желез в области наружного носа, а также стойкое расширение сосудов вследствие хронического прогредиентного заболевания. Лечение ринофимы – весьма сложная задача. Если начальная стадия заболевания на уровне красных угрей лечится консервативно, то ринофима – только хирургически. На сегодняшний день существует много способов хирургического формирования контура носа: с помощью скальпеля, эксцизия лазером, криохирургия, дермабразия, деструкция ультразвуком, электрокоагуляция, радиохирургия. Приводим наш опыт хирургического лечения ринофим с применением холодной плазмы.

За период с 2005 по 2016 гг. в отделении оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено успешное хирургическое лечение ринофимы с применением холодной плазмы. Удаление ринофимы выполнено 17 больным (4 женщинам 14 мужчинам в возрасте от 53 до 78 лет). У 4 из них была фиброзно-ангиэктатическая форма, у 14 – железистая, сроки наблюдения – до 10 лет. Операцию выполняли с помощью холоднoплазменного хирургического аппарата «Coblator II».

Холоднoплазменный хирургический аппарат Coblator II Surgery System американской фирмы Arthro Care является биполярным прибором, предназначенным для работы в ЛОР-хирургии. Активным электродом «EVac 70 Xtra IC» от аппарата Coblator II Surgery System в режиме работы прибора «коблация» предварительно удалялись большие массы ринофимы, далее последовательно слой за слоем снималась измененная кожа до приобретения надлежащей формы носа. В ходе операции в режиме работы прибора «коблация» происходит дополнительный гемостаз мелких сосудов, а для гемостаза более крупных сосудов требуется применение режима работы прибора «коагуляция». Вмешательства проводили без пластики послеоперационного дефекта тканей наружного носа. Раневую поверхность закрывали мазевой повязкой, а сверху накладывали давящую повязку. Первую перевязку проводили на 4-6-й день (меняли поверхностный слой). Эпидермизация наступала на 3-5-е сутки, завершалась она на 15-20-й день. После операции поверхность кожи носа была гладкой, без образования рубцов.

Выводы. Во всех наблюдениях эстетический результат был удовлетворительным. Преимуществами холоднoплазменной хирургии при лечении ринофим являются

незначительное кровотечение во время операции и отсутствие болевых ощущений в послеоперационном периоде. Метод хирургического лечения больных ринофимой с использованием холодноплазменного воздействия (коблации) представляется эффективным, безопасным, экономически выгодным.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Волотов П.Н.

ГБУЗ МО «Наро-Фоминская районная больница № 1»

Вопросы терапии хронического тонзиллита и его осложнений сохраняют свою актуальность до настоящего времени. Распространенность заболевания во всех возрастных группах остается высокой, его удельный вес в структуре заболеваемости взрослой части населения составляет 4-10% случаев, детей – 12-15%. Связь хронического тонзиллита с поражением других органов и систем весьма разнообразна. В настоящее время зависимость поражений сердца, суставов и почек от очага инфекции в небных миндалинах установлена достоверно.

Целесообразность удаления небных миндалин на той или иной стадии развития заболевания остается предметом обсуждения. Число больных, подвергшихся плановой тонзиллэктомии, из года в год неуклонно уменьшается, и, как следствие, растет количество случаев осложнений хронического тонзиллита, увеличивается число дней трудопотерь.

Изменение экологических условий, распространенное, необоснованное и, как правило, неконтролируемое применение антибактериальных и гормональных препаратов привели к изменению микробного пейзажа глотки, распространению грибковой инфекции. Зачастую хроническое микотическое поражение небных миндалин сочетается с их бактериальным поражением, осложняет течение заболевания и существенно затрудняет его лечение.

Все вышеизложенное требует выработки новых подходов к диагностике и терапии хронического тонзиллита, не исключая из практики использования старых проверенных методов лечения заболевания.

Цель исследования – изучить особенности системной и местной терапии хронического тонзиллита в амбулаторной практике при сочетанном бактериальном и грибковом поражении небных миндалин у пациентов, а также оценить влияние использованных методов диагностики и лечения на течение заболевания.

На базе ЛОР-кабинета поликлиники ГБУЗ МО «Наро-Фоминская районная больница № 1» обследовано 128 часто болеющих пациентов (52 мужчины и 76 женщин) в возрасте от 18 до 46 лет, обратившихся на прием по поводу обострения хронического декомпенсированного тонзиллита (два и более обострения в год) без пара- и метатонзиллярных осложнений.

Для экспресс-диагностики наличия β-гемолитического стрептококка группы А в полости рта использована система «Стрептатест». В случае отрицательного результата в бактериологической лаборатории больницы исследовали мазки-отпечатки со слизистой оболочки и из лакун небных миндалин на флору и ее чувствительность к антибиотикам. У всех пациентов целенаправленно проводилась диагностика орофарингеального кандидоза.

Системное лечение обострения хронического тонзиллита проводили с учетом полученных данных о чувствительности выявленного возбудителя и в соответствии с рекомендациями по применению антибактериальных и антимикотических препаратов.

В качестве местной терапии для промывания лакун небных миндалин у всех пациентов был использован 0,5% раствор Диоксидина – антибактериального препарата широкого спектра действия, обладающего химиотерапевтической активностью при различных инфекциях и действующего на штаммы бактерий, устойчивых к другим препаратам.

Каждому пациенту проведено по семь промываний лакун небных миндалин. Повторные курсы промывания лакун проводили через 6 и 12 месяцев после проведенного лечения.

При анализе результатов бактериологического исследования у пациентов, страдающих хроническим тонзиллитом, в 69,4% случаев выявлено только бактериальное поражение глотки. У 38,3% пациентов была выявлена и бактериальная и грибковая флора. В 4,3% случаев роста микрофлоры в посеве выявлено не было. Среди бактериальных возбудителей преобладали β-гемолитический стрептококк группы А, *Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus*. В мазках были обнаружены хламидии *Chlamydophila pneumoniae* и грибы *Candida albicans*.

В результате проведенного системного и местного лечения случаев обострения хронического тонзиллита, развития пара- и метатонзиллярных осложнений не выявлено в течение одного года. Отмечена ремиссия заболевания. Наблюдение за пациентами и местное лечение продолжено.

Выводы. Микрофлора глотки у больных хроническим тонзиллитом имеет выраженный полиморфный характер, часто сочетается с орофарингеальным кандидозом и оказывает существенное влияние на возникновение, рецидивирование и хронизацию воспалительного процесса в небных миндалинах, и поэтому требует дополнительного назначения противогрибковых препаратов во время лечения.

Достоверность своевременно полученных данных о чувствительности выявленного возбудителя позволяет эффективно проводить системное и местное консервативное лечение обострения хронического тонзиллита.

НЕОБХОДИМОСТЬ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Маркова М.В., Бариляк В.В.

ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ

В последние годы в России программа аудиологического скрининга новорожденных работает довольно активно. Сроки первичной и повторной регистрации отоакустической эмиссии четко установлены. Однако при необходимости проведения дополнительных методов исследования слуховой функции, таких как акустическая импедансометрия, аудиометрия, оториноларингологи столкнулись с проблемой отсутствия четко определенных сроков проведения объективных методов исследования слуха.

Цель работы – стандартизация частоты проведения объективных методов исследования слуховой функции у детей на поликлиническом этапе.

При анализе обращаемости детей с воспалительными заболеваниями среднего уха на отдельно взятом поликлиническом приеме оториноларинголога в период 2016-2017 гг. осмотрено 1500 детей в возрасте от 0 до 17 лет с острым средним отитом. Исследование слуха до и после купирования симптомов заболевания методом акустической импедансометрии было проведено 375 детям (25%), тональная пороговая аудиометрия – 75 (5%). Сразу после окончания курса лечения акустическая импедансометрия проведена 450 детям (30%), тональная пороговая аудиометрия – 45 (3%). Не явились на повторный прием, возможно, не осознавая важности проведения исследования слуха, в силу чего оказались не осмотрены и не обследованы 300 детей (20%). Не проводили исследование слуха из-за легкого катарального процесса в среднем ухе и отсутствия жалоб на снижение слуха 255 детей (17%).

Считаем необходимым четко сформулировать сроки проведения исследования слуховой функции отоларингологом на поликлиническом приеме с использованием современных аудиологических приборов, как минимум два раза по одному эпизоду заболевания.

НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ У ДЕТЕЙ

Гуляева Л.В.

ГБУЗ РК «РДКБ»

Неходжкинские лимфомы (НХЛ) – большая группа онкологических заболеваний, которые начинаются в клетках лимфатической системы, различной гистогенетической принадлежности и степени дифференцировки . Название «злокачественная лимфома» дословно обозначает «злокачественное увеличение лимфатических узлов». Лимфомы относятся к группе гемобластозов, то есть опухолевых заболеваний, которые развиваются из клеток крови.

В детском возрасте НХЛ занимают третье место среди всей онкологической патологии, составляя 5-10%. Мальчики болеют чаще, чем девочки. Пик заболеваемости приходится на возраст от 3 до 9 лет. Более 95% лимфом у детей составляют высокозлокачественные опухоли с высокой способностью к пролиферации, что обусловливает их исключительно быстрый рост. Характерна большая частота экстранодальных локализаций опухоли. Практически все лимфомы в этом возрасте являются первично генерализованными с вовлечением в процесс костного мозга и центральной нервной системы. Однако, вне зависимости от стадии процесса, лимфомы у детей имеют высокую чувствительность к химиотерапевтическому лечению, что позволяет излечить до 80% пациентов.

По данным статистики, в Республике Крым распространенность НХЛ составила 0,05, а заболеваемость 0,02 на 1000 детского населения, что соответствует среднероссийским показателям. Наибольшую распространенность заболевание получило в Нижнегорском, Первомайском, Советском, Красногвардейском районах.

По частоте локализации первичного очага, по данным литературы, на первом месте стоит поражение органов брюшной полости (40%), на втором – переднего средостения (33%), на третьем – поражение области кольца Вальдейера-Пирогова и периферических лимфоузлов (27%).

Варианты клинических проявлений НХЛ сильно варьируют в зависимости от локализации первичного очага, распространенности опухолевого процесса, гистологического типа опухоли и отличаются большим разнообразием. Все проявления лимфом укладываются в три синдрома: лихорадки и интоксикации, лимфаденопатии и экстранодального поражения.

НХЛ кольца Вальдейера-Пирогова отличает более торпидное течение по сравнению с другой локализацией процесса. Наиболее частыми симптомами болезни

является увеличение размеров подчелюстных лимфоузлов, небных миндалин (чаще одностороннее), нарастание затрудненного носового дыхания, асимметрия мягкого неба, изменение тембра голоса, ухудшение слуха, ощущение инородного тела в горле. Шейные или подчелюстные лимфоузлы при НХЛ не болят, но приобретают каменистую плотность, сливаются в конгломераты, кожа над ними не изменена.

По внешнему виду миндалины, пораженные НХЛ, отличаются от измененных при воспалительном процессе. В большинстве случаев они резко гипертрофированы, имеют некоторую синюшную окраску, выглядят раздутыми изнутри. Носоглоточная миндалина, в отличие от аденоидов, имеет плотную консистенцию и легко травмируемую кровоточащую поверхность, она может быть видна из-под небной занавески.

Иногда лимфопролиферативный процесс маскируется клиникой острого воспаления в области лимфоглоточного кольца. Так, с диагнозом паратонзиллярный абсцесс в нашем ЛОР-отделении получали лечение двое больных, у которых позже была диагностирована НХЛ. В некоторых случаях диагноз НХЛ был выставлен после проведения планового оперативного вмешательства на лимфоглоточном кольце по данным гистологического обследования.

В ГБУЗ РК «РДКБ» функционирует онкогематологическое отделение на 30 коек, где осуществляется диагностика и лечение онкологических больных и пациентов с болезнями крови. С 2000 г. на базе РДКБ г .Симферополя развернута студия НХЛ (специализированный центр), где диагностическая и терапевтическая тактика ведения таких пациентов соответствует разработанному совместно с врачами Германии протоколу NHL-BFM-90. Врачи этого отделения работают в тесном контакте с другими специалистами. Целью диагностики является определение характера опухоли, распространенности опухолевого процесса, что необходимо для выбора тактики лечения и контроля за динамикой процесса на фоне терапии. Объем диагностических мероприятий должен ограничиваться необходимым минимумом, а биопсия при подозрении на НХЛ проводится в максимально короткие сроки с момента поступления больного в клинику.

Современные программы лечения НХЛ у детей основаны на индивидуальном подходе с учетом различных морфо-клинических вариантов заболевания.

Оперативное вмешательство при НХЛ у детей является диагностическим и лишь при локализованных формах и возникновении острой хирургической патологии – лечебным мероприятием. Целью оперативного вмешательства является получение

материала для проведения вирификации опухоли и для определение степени распространенности опухолевого процесса.

За последние 10 лет в онкогематологическом отделении ГБУЗ РК «РДКБ» пролечено 42 ребенка с диагнозом НХЛ. 11 из них (27%) имели первичный очаг локализации опухоли в области лимфоглоточного кольца. Двое первично лечились по поводу паратонзиллярного абсцесса, троим диагноз был поставлен по данным гистологического исследования после аденотонзиллэктомии, шестерым – по обращаемости к ЛОР-врачу с последующим обследованием в онкогематологическом отделении.

Общая выживаемость за пятилетний период составила от 76 до 90% в зависимости от вида лимфомы. Летальный исход зарегистрирован в 10 случаях (24%). Причинами летального исхода явились рецидивы заболевания (89%), осложнения полихимиотерапии (6%), нечувствительность к проводимой терапии (5%).

Диагностика НХЛ с поражение кольца Вальдейера-Пирогова на ранних стадиях процесса довольно трудна из-за отсутствия специфических признаков. Картина заболевания во многом сходна с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями рото- и носоглотки. К сожалению, отсутствие специфических признаков онкологического процесса на ранних этапах заболевания и достаточной онкологической настороженности приводит к тому, что от первых симптомов до установления правильного диагноза проходит в среднем 3,5 месяца, и большинство больных начинают специфическое лечение в III-IV стадии заболевания.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИТАМИНА D ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ

Воробьёва М.П., Карпова Е.П.

ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Рецидивирующий острый средний отит (РСО) является распространенным детским заболеванием, для которого современные методы лечения имеют ограниченную эффективность. Профилактика РСО является важной целью педиатрической практики.

В настоящее время существует ряд научных исследований, определяющих корреляцию уровня витамина D с частотой и тяжестью течения воспалительных и инфекционных заболеваний бактериальной, вирусной, и грибковой этиологии. Есть данные, свидетельствующие о взаимосвязи уровня витамина D с частотой развития РСО, а также о снижении риска РСО у детей при применении витамина D.

Целью данного исследования являлась оценка корреляции между уровнем 25(OH) витамина D в сыворотке крови и развитием рецидивов среднего отита у детей, а также изучение влияния терапии витамина D на риск повторного возникновения заболевания.

Мы обследовали 148 детей (81 мальчик и 67 девочек) в возрасте от 1 до 14 лет с диагнозом рецидивирующий средний отит. Работа проводилась в ЛОР-отделении ДГКБ №13 им. Н.И.Филатова. Средний возраст детей составил 4,1±1,5 года.

Всем детям было проведено исследование на содержание основного метаболита витамина D – 25(OH)D3 (25-гидроксивитамин D или кальцидиол) в сыворотке крови.

В результате исследования мы выявили, что 96% детей с РСО имеют дефицит различной степени выраженности. Глубокий дефицит (<10 нг/мл) отмечен у 18% детей, у 72% детей было значение ниже нормального диапазона (<30 нг/мл), и лишь у 4% наблюдался достаточный уровень 25(OH) витамина D в сыворотке крови (>30нг/мл). Мы также обнаружили, что дети, имеющие более 5 эпизодов в год, имели более низкие уровни 25(OH) витамина D. Дети старше 3 лет имеют более низкие уровни 25(OH) витамина D по сравнению с детьми от 1 года до 3 лет. При проведении исследования мы определили, что наименьший уровень 25(OH) витамина D был в осенне-зимний период (по сравнению с осенне-летним периодом), что коррелирует с более высоким периодом заболеваемости в этот период. Средняя концентрация 25(OH) витамина D в сыворотке крови составила 18±7,5 нг/мл ($p<0,05$).

Все обследуемые нами дети были разделены на две следующие группы: 1-я группа – 97 детей (87 с тубарной дисфункцией и 10 детей с гипертрофией аденоидных

вегетаций III степени, гипертрофией трубных валиков). Всем детям из этой группы было выполнено хирургическое лечение. После проведенного хирургического этапа все 97 детей разделены на две подгруппы: группа 1А (48 детей) и IБ (49 детей). 2-ю группу составил 51 ребенок (19 с гипертрофией аденоидов I-II степени и тимпанограммой типа «А», 32 ребенка с аденотомией, тимпаностомией в анамнезе, у которых, по данным эндоскопического исследования, не было выявлено местных изменений полости носа, носоглотки и барабанной перепонки, требующих хирургического лечения). Дети этой группы были также разделены на подгруппы: 2А (26 детей) и 2Б (25 детей).

Детям 1А- и 2А-группы проводилось клинико-диагностическое обследование каждые 6 месяцев. Дети 1Б- и 2Б-группы Б должны были весь период наблюдения дополнительно принимать холекальциферол в дозе, определяемой уровнем 25 (OH) D в сыворотке крови.

Оценка клинической эффективности проводилась на основании субъективных и объективных данных (частота обострений РСО, акустической тимпанометрии, показателей 25 (OH) витамина D) через 1, 3, 6, 12, и 24 месяца.

В результате катамнестического наблюдения на протяжении 24 месяцев количество эпизодов РСО в 1Б-группе было в 5,5 раз меньше по сравнению с группой 1А ($p<0,05$), во 2Б-группе в 4 раза меньше, чем во 2А-группе ($p<0,05$).

Динамики восстановления слуховой функции у детей в 1Б-группе проходила быстрее, чем в группе 1А.

Полученные результаты катамнестического наблюдения детей с РСО позволяют сделать вывод о необходимости системного исследования 25(OH) витамина D в сыворотке крови всем детям с риском РСО и проведения дальнейшей лечебной и профилактической коррекции.

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Новожилов А. А.[1,2], Шилягин П.А.[2], Шахов А.В. [1,2,3]

[1] *ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России*
[2] *ФГБНУ «Институт прикладной физики» РАН*
[3] *ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ*

Диагностика экссудативного среднего отита (ЭСО) может быть затруднительной в некоторых случаях в связи с тем, что это заболевание протекает безболезненно, а отоскопические изменения при ЭСО имеют широкий спектр и не всегда могут быть выявлены при рутинном осмотре. Существующие методы обладают различной специфичностью и чувствительностью.

Основой диагностики заболеваний наружного и среднего уха является визуальный осмотр. Отоскопия является самым распространенным, доступным и неинвазивным методом, однако обладает ограниченными возможностями, ее специфичность составляет 60%, а чувствительность 74%. Современная визуальная оценка проводится с использованием оптических систем. Характерной особенностью ЭСО является многообразие отоскопической картины. Методы визуальной оценки имеют важное практическое значение в диагностике ЭСО, но являются субъективными. Заключение специалиста определяется уровнем квалификации, особенностью зрительного восприятия, качеством используемого оборудования.

Для верификации диагноза необходимо объективное подтверждение наличия жидкости в барабанной полости. Тональная пороговая аудиометрия и импедансометрия являются единственными объективными методами диагностики ЭСО, получившими широкое применение. Особые условия, необходимые для проведения сурдологического обследования – дополнительное оборудование и помещение, привлечение смежного специалиста - снижают доступность этого метода и затрудняют его широкое использование.

В сомнительных случаях применяются дополнительные лучевые методы обследования. Компьютерная томография является незаменимым методом исследования костных структур. В то же время, по данным КТ, отек слизистой оболочки, полипозные изменения, грануляции, свободная жидкость, новообразования не имеют четких дифференциальных признаков. КТ в диагностике ЭСО может применяться в качестве метода, подтверждающего снижение пневматизации полостей среднего уха.

Обладая высокой специфичностью в диагностике мягкотканых образований, особое значение имеет МРТ височных костей при дифференцировке грануляционной ткани, холестероловой гранулемы и холестеатомы.

Методы лучевой диагностики являются незаменимыми в отологии, однако они требуют наличия дорогостоящего оборудования, высококвалифицированного персонала и специально оснащенных помещений. В связи со сложностью проведения обследования, повышенной лучевой нагрузкой, эти методы не подходят для динамического наблюдения и оценки эффективности лечения.

Описан способ диагностики ЭСО с помощью УЗИ. В литературе встречается описание методов диагностики ЭСО путем сравнения аксиллярной и тимпанической температуры, а также с помощью отогидробароскопа. Указанные методы диагностики ЭСО запатентованы, но не получили широкого распространения.

Исследованы возможности оптической когерентной томографии (ОКТ) в диагностике ЭСО. ОКТ является относительно новым методом исследования биологических тканей. В его основу положена низкокогерентная оптическая интерферометрия, которая имеет пространственное разрешение на микронном уровне. Для выполнения ОКТ не требуется дополнительное оборудование, метод может выполняться в амбулаторных условиях без анестезии, он является неинвазивным и не несет лучевой нагрузки.

Последние исследования показали высокую специфичность и чувствительность ОКТ в идентификации экссудата, а также в определении его динамических свойств. Использование стабилизированного режима ОКТ позволяет фиксировать степень смещения и длительность присутствия в зоне сканирующего луча взвешенных частиц в экссудате. Стали возможными не только диагностика экссудата без применения аудиологического обследования и других дополнительных методов, но и идентификация экссудата с низкой степенью подвижности взвешенных частиц – вязкий экссудат. ОКТ позволяет получать информацию, необходимую для выбора адекватной тактики лечения и неинвазивного определения показаний к хирургическому лечению, что остается недоступным другим известным методам диагностики.

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ PFAPA-СИНДРОМА

Юнусов А.С., Быкова В.П., Белавина П.И.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Этиология PFAPA-синдрома, впервые описанного G.S.Marshall в 1987 г., остаётся неизвестной, несмотря на поиски этиологических факторов или особых патогенетических механизмов. Синдром формально не входит в группу периодических синдромов, т. к. его наследственная этиология не доказана. Тем не менее, PFAPA-синдром обычно рассматривается именно в этой группе заболеваний. Распространенность и заболеваемость PFAPA-синдромом в детской популяции неизвестна. Однако в литературе имеются данные, что ежегодная заболеваемость составляет 2,3 на 10 000 детей. По мнению авторов, синдром встречается значительно чаще в детском возрасте, чем диагностируется.

Эффективность применения кортикостероидов для купирования приступа может указывать на аутовоспалительный характер заболевания. Повышение уровня цитокинов (интерферона, фактора некроза опухоли, интерлейкина-6) во время приступа подтверждает эту гипотезу. Не исключается патогенетическая роль нёбных миндалин, но иммуноморфологические исследования на настоящий момент недостаточны для суждения о патогенезе данного заболевания.

Проведение тонзиллэктомии позволяет прервать течение заболевания и, по данным большинства зарубежных исследователей, является наиболее успешным методом лечения. Единичные исследования опровергают эффективность хирургического метода лечения данной патологии.

Следует отметить, что синдром PFAPA в настоящее время является относительно распространенным и «узнаваемым» заболеванием в педиатрической практике, но довольно редко диагностируется у взрослых пациентов. Прогноз заболевания благоприятный, иногда с возрастом наступает спонтанное выздоровление.

Лечение одно-двукратными дозами глюкокортикоидов эффективно контролирует течение фебрильного приступа. Колхицин может быть интересен в качестве профилактического средства для лечения пациентов с частыми обострениями синдрома PFAPA, так как положительно влияет на увеличение межприступного периода. При этом следует учитывать его возможные гастроэнтеральные побочные действия.

Показания к тонзиллэктомии у пациентов с синдром PFAPA должны определятся с учётом индивидуальных особенностей течения заболевания: тяжесть и частота фебрильных приступов, эффект от фармакотерапии, степень нарушения качества жизни.

Целью работы является определение эффективности тонзилэктомии в лечении больных с PFAPA-синдромом.

Наши данные основаны на исследовании 26 детей с PFAPA-синдромом в возрасте от 1,5 до 16 лет, находящихся под наблюдением с 2004 по 2018 гг. Основную группу составили 20 детей, которым была выполнена тонзиллэктомия, контрольную группу – 6 пациентов, лечившихся консервативно.

Пероральный приём кортикостероидов (преднизолон 1-2 мг/кг) у пациентов обеих групп быстро купировал фебрильный эпизод, у некоторых он увеличивал частоту обострений, но не менял клинические проявления последующих обострений.

20 детям основной группы была проведена двусторонняя тонзилэктомия. Операция выполнялась по классической методике под интубационным наркозом. Ткань небных миндалин была направлена на гистологическое исследование. Послеоперационный период протекал без осложнений, связанных с операцией и течением основного заболевания. У всех детей основной группы была достигнута полная ремиссия заболевания после проведенной операции. У одного пациента приступ лихорадки с афтозным стоматитом, возник через 2 дня после операции и был купирован введением преднизолона (1мг/кг); больше эпизодов лихорадки не возникало и, в конечном итоге, была достигнута полная ремиссия.

У детей контрольной группы на протяжении всего срока динамического наблюдения частота обострений и степень выраженности клинических признаков PFAPA-синдрома оставалась прежней.

Тонзиллэктомия является на сегодняшний день единственным эффективным методом лечения PFAPA-синдрома. Она может быть рекомендована как основной метод лечения этого заболевания. Клиническое излечение можно гипотетически объяснить тем, что удаление большого массива иммунокомпетентной ткани во время тонзилэктомии резко снижает количество продуцируемых клонов В-клеточной памяти, которые вызывают аутоиммунные реакции организма. На базе нашего Центра проводятся гистологические и иммуногистохимические исследования ткани удаленных небных миндалин. Найденные иммуногистохимические признаки PFAPA-синдрома позволяют предположить, что именно небные миндалины являются локусом иммунопатологического процесса, что с патогенетических позиций обосновывает выполнение тонзиллэктомии.

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ДО И ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОЙ РИНОХИРУРГИИ

Неронов Р.В., Гончарова И.А., Каркачева И.А., Петрушенков Е.А.

Клиника «Современные Медицинские Технологии», Санкт-Петербург

Проблема оценки функции носового дыхания является актуальной, так как в среднем 27% пациентов после операции по восстановлению носового дыхания не удовлетворены результатами лечения. Аргументированному диалогу с пациентом в таком случае препятствуют несколько моментов: отсутствие стандартизированного послеоперационного анализа функции носового дыхания; отсутствие послеоперационного контроля восстановления функции носового дыхания; отсутствие корреляции между субъективными жалобами пациента и результатами эндоскопического осмотра полости носа.

Существует ряд причин, по которым объективизация оценки носового дыхания является необходимой: определение показаний к оперативному вмешательству; оценка эффективности оперативного лечения; проведение провокационных проб с аллергенами; составление юридических документов.

Ринорезистометрия – это метод, который служит для оценки назальной обструкции, предоставляя для анализа такие данные, как носовое сопротивление; гидравлический диаметр; турбулентность; наличие коллапса носового клапана. Послеоперационный контроль качества, по ряду указанных ранее причин, является одной из важнейших задач, успешно решаемых при применении данного метода**.**

Цель исследования – объективная оценка и сравнительный анализ носового дыхания до и после проведения комплексного хирургического лечения (операция на перегородке носа , подслизистая вазотомия нижних носовых раковин.

Обследована группа из 100 пациентов обоего пола в возрасте от 23 до 56 лет (средний возраст 39,5±16,5), с нарушенной функцией носового дыхания, получивших оперативное лечение в клинике «Современные Медицинские Технологии» (СМТ). У всех пациентов было выявлено искривление носовой перегородки, вазомоторный ринит. Обследование в объеме ринорезистометрии проводилось с помощью риноманометра RHINO-SYS. Первое измерение выполнялось до хирургического вмешательства, второе– через месяц после.

При объективной оценке функции носового дыхания до оперативного лечения без деконгенстантов среднее носовое сопротивление составляло 1,06±0,18 сПа/мл, что соответствует выраженной степени назальной обструкции (в соответствии с классификацией G.Mlynski). После ведения деконгенстантов среднее носовое сопротивление составило 0,85±0,18 сПа/мл, что соответствует умеренной степени назальной обструкции.

После операции без деконгенстантов среднее носовое сопротивление с обеих сторон составило 0,15± 0,02 сПа/мл, назальная обструкция отсутствует; после ведения деконгенсантов – 0,14 ± 0,02 сПа/мл, назальная обструкция отсутствует. Гидравлический диаметр носового хода справа и слева до оперативного лечения без деконгенстантов составил 3,2±0,8 мм (слишком узкие носовые ходы), после ведения деконгенстантов 4,0±1,1 мм (узкие носовые ходы). После оперативного лечения до ведения деконгенстантов гидравлический диаметр составил 5,7±0,3 мм (нормальный диаметр носовых ходов), после ведения деконгенстантов 5,9±0.5 мм, что также соответствует нормальному гидравлическому диаметру носовых ходов.

Выводы. Результаты проведенного исследования наглядно показывают, что через месяц после оперативного лечения функция носового дыхания у всех обследованных пациентов восстанавливалась полностью. Стоит также отметить, что получение объективных данных повышало удовлетворенность пациентов проведенным вмешательством. Таким образом, комплексная риноманометрия может быть рекомендована для обязательного выполнения до и после проведения хирургических вмешательств в полости носа.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Алибеков И. М.[1,2], Чумак К.С.[1,2]

[1]*БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет»*
[2]*БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»*

Амбулаторная оперативная оториноларингология – новое направление в ЛОР-практике со своей идеологией, спецификой, перспективой. Она увеличивает доступность плановой специализированной хирургической помощи, позволяет расширить количество хирургических вмешательств на ранних стадиях заболеваний и сроки реабилитации.

Одномоментные или симультанные операции — это операции, при которых во время одного оперативного вмешательства одновременно проводится несколько различных хирургических манипуляций. Важность симультанных операций – возможность уменьшить нагрузку на организм пациента, сокращение времени лечения и восстановления.

Применение симультанных операций в оториноларингологии позволяет выполнить больший объем хирургического вмешательства при сопровождении мультимедий!ной (многокомпонентной) анестезии одному и тому же пациенту, что невозможно выполнить по стандартной методике учитывая топографию ЛОР органов, особенно в амбулаторных условиях (стационар одного дня).

В настоящее время накопился значительный опыт развития стационар замещающих технологий в нашей стране, что позволило нам применять их в амбулаторной ЛОР хирургии (поликлиническая модель) на базе БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3».

Цель исследования:

-поиск и внедрение в практику современных малоинвазивных и безопасных методик оперативного лечения;

- максимально обеспечить снятие болевого порога пациента при выполнения отриноларингологических операций в амбулаторных условиях;
- оптимально исключить риск осложнений во время операций и послеоперационном периоде;

-увеличит доступность пациентов на плановую операцию и сократить сроки постоперационной нетрудоспособности;

Материалы и методы исследования.

На базе БУ ХМАО-ЮГРЫ « Сургутская городская поликлиника№3», в условиях дневного стационара широко применяемые современные малоинвазивные методы лечения (микро-эндоскопические радио и электрохирургические и др.),для диагностики и хирургического вмешательства с патологией ЛОР органов.

В отделении имеется полный набор оборудования и инструментарий для проведения симультанных операций, отделении работают высококвалифицированные сотрудники.

Для определения возможности планового оперативного лечения в дневном стационаре «СГКП№3» разработан четкий перечень показаний, противопоказаний и методы анестезии.

Методы анестезии: апликационная, местная, инфильтрационная, проводниковая, в/венная, седация.

Наряду с местной апликационной, инфильтрационной анестезией современными анестетиками широко и эффективно используется внутривенная седативная поддержка.

Профессиональный качественный отбор пациентов на операцию, проведение операций в том числе симультанных с применением мультимедийной анестезии привело к тому, что за последние 7-8 лет работы не было случаев перевода больных в стационары круглосуточного пребывания

Результаты.

За 2015-2017г.г. в дневном стационаре «Сургутская городская клиническая поликлиника №3» проведено симультанных операций – 636. Мужчин - 392 и женщин - 244.

Улучшение у пациентов наступало на 5-7день после операции. Об эффективности лечения судили по клиническим данным и по результатам послеоперационной реабилитации (3-5 дней). По итогам последующего динамического наблюдения среди 96% оперированных больных достигнуто клиническое выздоровление. Побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы.

1. Точное качественное воздействия на операционное поле и возможность выполнение нескольких операций одномоментно.

2. Психологическое равновесие. Для пациента несколько сочетанных операций воспринимается как одно хирургическое вмешательство, что значительно снижает уровень тревоги и стресса перед и после операции.

3. Сокращение сроков послеоперационной реабилитации пациента.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФОДИССЕКЦИЙ

Виноградов В.В., Дайхес Н.А., Решульский С.С., Сивкович О.О.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Неизменно на протяжении многих лет пациенты с местно-распространенными опухолями головы и шеи с регионарными метастазами представляют собой тяжелый контингент больных, лечение которых до настоящего времени остается сложной задачей.

Цель работы – улучшение лечения больных с местно-распространенными опухолями головы и шеи с регионарными метастазами.

Задачи: определение особенности заживления послеоперационной раны на шее после лимфодиссекции; оценка онкологических результатов после проведенных расширенных шейных лимфодиссекций.

Всего в исследование включен 81 пациент, все они проходили лечение по поводу распространенных злокачественных новообразований головы и шеи. Все больные с регионарными метастазами в лимфатические узлы шеи, индекс N_3. При оценке выявленного первичного очага нами получены следующие результаты: наиболее часто новообразование наблюдалось в гортани и гортаноглотке – 34 (40%). На слизистой оболочке полости рта, включая дно полости рта и язык – в 13 (17%) случаев, верхнюю и нижнюю челюсть – 7 (9%), ротоглотку – 6 (7%) пациентов. Другие локализации составили 11% больных. У 4 (6%) больных выявлены бранхиогенный, эпидермоидный рак шеи с метастазами в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага. Первично-множественные злокачественные новообразования мы наблюдали у 4 (4%).

По степени распространения опухоли в области первичного очага и наличию регионарных метастазов наиболее часто были пациенты с IVб стадией заболевания – 50 (59%). Реже была диагностирована IIIб стадия болезни – 23 (29%). Остальные 8 (12%) больных с метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов при дифференцированном раке щитовидной железы. Таким образом, данная категория больных, имея обширное регионарное метастазирование, включена в I и II стадии болезни. В 46 (57%) случаев регионарные метастазы были выявлены одновременно с первичным очагом, а у 35 (43%) – отсроченно, после лечения первичного очага. Причем в различные сроки, а именно у 14 (40%) – до 6 мес. после операции, у 12 (34%) – до 1 года, и у 9 (26%) пациентов – в сроки более 1 года после операции на первичном очаге.

Хирургическое лечение было проведено у 28 (35%) пациентов, комбинированное лечение – операция и ДГТ в СОД 40 Гр. – у 31 (38%), операция и ПХТ – у 5 (6%),

комплексное лечение – у 17 (21%). При этом, одномоментно операция на очаге и лимфопутях была проведена в 37 случаях (46%), отсрочено – в 8 (10%). У 36 (44%) пациентов метастазы на шее появились в различные сроки после операции. При выполнении радикальной шейной лимфодиссекции было выявлено, что наиболее часто метастатически пораженные лимфатические узлы наблюдались в верхней трети основного сосудисто-нервного пучка шеи – 41 (51%), в средней трети – у 22 (27%), в нижней трети – у 7 (9%), в подчелюстной области – у 11 (13%). При этом размеры пораженных лимфоузлов колебались от 1 см в диаметре до конгломерата более 6 см. в диаметре. Прорастание кожи над лимфоузлами мы наблюдали у 6% пациентов, поражение внутренней яремной вены в 35% наблюдений, наружной сонной артерии – в 29% случаев, общей сонной артерии – у 4,5%, прорастание грудного протока – в 7% наблюдений, плечевого сплетения – у 4 (4,5%), лестничных мышц – в 3%.

При оценке хирургических результатов первичным натяжением рана зажила у 53 (65%) пациентов, вторичным – 28 (35%). Общая пятилетняя выживаемость в исследуемой группе составила 21%, при этом бóльшая часть больных погибла в течение одного года после выполнения операции.

ВЫВОДЫ:

1. В группе пациентов с первичным заживлением послеоперационной раны на шее живы в различные сроки от 1 года до 5 лет 27 (51%) пациентов, с вторичным натяжением – лишь 11 (39%). В группе пациентов с заживлением раны первичным натяжением погибли 26 больных (49%), с вторичным натяжением – 17 (65%).
2. Заживление операционной раны после шейных лимфодиссекций вторичным натяжением значительно ухудшает онкологические результаты и понижает пятилетнюю выживаемость пациентов, по сравнению с первичным заживлением послеоперационной раны.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГОЛЬМИЕВОГО ВОЛОКОННОГО ЛАЗЕРА В ХИРУРГИИ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Туровский А.Б. , Колбанова И.Г., Мусаев К.М.

ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

Ретенционная киста верхнечелюстной пазухи (ВЧП)- это киста, образованная вследствие нарушения проходимости протоков желёз слизистой оболочки полости носа. Оболочка кисты изнутри выстлана цилиндрическим эпителием и пролоббирует в полость синуса из-за продолжающего продуцирования секрета железой.

Несмотря на свое бессимптомное течение, и часто являясь лишь рентгенологической находкой, обнаружение кисты в настоящее время в большинстве случаев является показанием для проведения хирургического лечения, особенно если это касается пациентов, которым планируется проведение ортодонтического вмешательства.

Наибольшее распространение получили следующие способы удаления кисты ВЧП: эндоназальная эндоскопическая гайморотомия через нижний или средний носовой ход; микрогайморотомия через переднюю стенку ВЧП. Следует отметить, что все эти методики характеризуются довольно серьезной травматичностью.

Существует много работ, в которых описывается применение высокоэнергетических лазеров для удаления кисты ВЧП, при этом доступ к кисте осуществляли одним из вышеперечисленных способов, а оболочку кисты удаляли не с помощью щипцов, а способом абляции. Такое использование лазера не снижает травматичность операции.

Учитывая изложенное, **целью** нашей работы явилась разработка эффективного малоинвазивного способа удаления кисты ВЧП с помощью гольмиевого волоконного лазера.

Благодаря своим характеристикам, гольмиевое излучение способно вызывать в жидкости явление кавитации, что и определило основное направление его использования – урология. За счет высокочастотного импульсного излучения в жидкости создаются ударные волны, которые приводят к «взрывному» разрыву оболочки кисты.

Под нашим наблюдением находилось 11 пациентов с диагнозом киста верхнечелюстной пазухи (7 женщин и 4 мужчины в возрасте от 20 до 39 лет). Диагноз кисты ВЧП устанавливали стандартно на основании общеклинического, лучевого (КТ) и эндоскопических методов исследования.

Всем пациенты выполнена операция по следующей методике. В нижнем носовом ходе в типичном месте одномоментно проводили две пункции ВЧП – с помощью иглы Куликовского и с помощью троакара 2,4 мм. Волокно Но-лазера вводили в иглу

Куликовского затем под контролем эндоскопа, параллельно введенного в троакар, подводили световод к стенке кисты и давали серию импульсов до ее «взрыва». Параметры Ho:YAG-излучения имели следующие значения: мощность – 15 Вт, энергия импульса – 0,7 Дж, частота импульсов = 12,0 Гц. Все пациенты были успешно выписаны из стационара на вторые сутки.

Эффективность лечения оценивали через 6 и 12 месяцев по данным эндоскопического осмотра и КТ околоносовых пазух. По данным КТ рецидива кисты не отмечено ни у одного больного, по данным эндоскопического осмотра нижнего носового хода ни у одного больного не зафиксировано патологических изменений в этой области.

Таким образом, разработанный малоинвазивный метод удаления оболочки кисты ВЧП с помощью высокоэнергетического гольмиевого лазера под контролем эндоскопа показал свою эффективность и безопасность. Данная методика позволяет: во-первых значительно уменьшить травматизацию, так как выполняется без разрезов и повреждений анатомически значимых областей (область естественного соустья, область передней стенки ВЧП); во-вторых – полностью удалить оболочку кисты с помощью высокоэнергетического лазерного излучения.

ОПЫТ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ГОЛОСОВЫМ ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ В ГБУЗ СОКОД

ВладимироваТ.Ю.[1], Барышевская Л.А.[1], Махонин А.А., Чуйкова А.Ю., Габриелян А.Г.[2]

[1]ФГБУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ
[2]ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Рак гортани – распространенное онкологическое заболевание. В общей структуре злокачественных опухолей на его долю приходится 2,6 %. По частоте встречаемости рак гортани занимает второе место среди злокачественных новообразований головы и шеи. Заболевание поражает преимущественно лиц мужского пола. По статистике на одну заболевшую женщину приходится 9-10 мужчин. У 70% впервые заболевших раком гортани выявлены распространенные формы заболевания (Т3, Т4), у 30 % – ограниченные опухолевые поражения (Т1, Т2). Хирургическое лечение при распространенном раке гортани направлено на удаление органа с последующим восстановлением голосообразующей и дыхательной функций. Выбор метода лечения рака гортани зависит от локализации опухоли, ее распространенности, наличия поражения других анатомических структур и метастазирования. Рак гортани III-IV стадий является показанием к ларингэктомии. Пятилетняя выживаемость после проведенного лечения у больных раком гортани в III-IV стадиях – 67%, что является социальным показанием для проведения высокоэффективных реабилитационных мероприятий. Существует ряд способов восстановления голоса после операции: логопедический метод (пищеводный голос), использование электрогортани, трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием (ТПШП). С 2015 года в рамках оказания высокотехнологической медицинской помощи в отделении опухолей головы и шеи ГБУЗ СОКОД выполняются операции трахеопищеводного шунтирования с установкой голосового протеза (ТПШП) пациентам после ларингоэктомии по поводу рака гортани. Для восстановления голосовой функции используются голосовые протезы фирмы «Atos Medical» модели «Provox», различных размеров. Первичное ТПШП (с установкой голосового протеза непосредственно время ларингэктомии) проведено 8 пациентам, отсроченное ТПШП – 26, из них в течение первого года после ларингэктомии у 14 пациентов, на втором год у 12 пациентов, после комплексного лечения (химиотерапия + операция) – шестерым пациентам, после комбинированного – 24, после хирургического лечения – четырем. Преимущества использования голосовых протезов в отличие от других методов голосовой реабилитации: процесс обучения фонации легкий, быстрый и не требует специальных

навыков (успех в 97% случаев), речь плавная, фразы длинные, голос громкий, звучный и эмоционально окрашенный. Недостатками являются необходимость ежедневного обслуживания протеза, приема гастропротективных, противогрибковых, муколитических препаратов, К ним же относятся частые замены протеза (средний срок их службы – 6-18 месяцев). С помощью голосовых протезов удалось восстановить громкую разборчивую речь у 33 (97%) пациентов из 34. Причина неудачи у одного человека – отсутствие голоса – обусловлена повышенным тонусом мышц глотки (фарингоспазмом). На фоне восстановленного голоса были отмечены следующие побочные эффекты: у одного пациента при правильно подобранном и технически верно установленном протезе наблюдалось протекание жидкости вокруг него, потеря эластичности ткани шунта наблюдались у двух больных, отек и инфицирование окружающих тканей у 3 пациентов. Таким образом, метод ТППШ с протезированием имеет ряд преимуществ по сравнению с другими методами реабилитации голосовой функции. Метод не ограничивает радикальность онкологического вмешательства, не требует длительных логопедических занятий, с его помощью в подавляющем большинстве случаев можно восстановить голос. Установка голосового протеза, предохраняет шунт от рубцовой деформации и зарастания, клапан протеза надежно препятствует аспирации. Применение голосового протеза возможно во время и после лучевой терапии. Кроме того, метод безопасен и может повторяться по мере надобности.

ОСЛОЖНЕНИЯ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Назарочкин Ю.В.[1], Поленкова Н.И. [2], Стыров С.В.[2], Бухтояров П.В.[2]

[1]ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница», г. Калуга
[2]ФГБУЗ «Клиническая больница №8 ФМБА России», г. Обнинск

Основной популяционный эффект таргетной терапии миелолейкоза ингибиторами тирозинкиназы (ИТК) является увеличение числа больных с хронической фазой заболевания. Длительное подавление клеток опухоли, имеющих «филадельфийскую хромосому» и химерный ген BCR-ABL, продуцирующих тирозинкиназу, сопровождается осложнениями – «нежелательными явлениями» (НЯ), которые у больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ) встречаются в сочетании с другими заболеваниями и могут отягощать сопутствующую патологию. К известным НЯ относятся: миелосупрессия, задержка жидкости, гастроэнтерологические синдромы, слабость, головная боль, миалгии и артралгии, кожные симптомы, инфекции. В неотложной хирургии важно учитывать риск развития инфекции, нарушений дыхания и кровотечений у больных ХМЛ. Приводим наше наблюдение.

Больной К. 84 лет, госпитализирован 9.12.2017 г. в ЛОР-отделение ФГБУЗ «Клиническая больница №8 ФМБА России» с жалобами на одышку в покое, боли в горле, болезненное опухолевидное образование в подъязычной области. Доставлен бригадой скорой помощи в связи с развивающимися нарушениями дыхания через трое суток от момента начала заболевания. В течение последних двух лет получает таргетную терапию ХМЛ иматинибом (400 мг в сутки), антиагреганты (курантил, пентоксифиллин), антикоагулянты (варфарин). Выполнены телеларингоскопия, обзорная рентгенография шеи, компьютерная томография. Диагноз (основной): флегмона подъязычной области шеи. Осложнение: стеноз гортани III ст. (декомпенсированный). Сопутствующий диагноз: хронический миелолейкоз с гипертромбоцитозом, химиотерапия иматинибом, анемия тяжелой степени.

Учитывая развитие дыхательной недостаточности, по жизненным показаниям оперирован. Под местной анестезией, горизонтальным доступом в проекции подъязычной кости разрез кожи и фасции: после разведения челюстно-подъязычной мышцы, обнаружена полость 4×3×3 см без четких границ с окружающими тканями, выделилось до 10 мл. серозной жидкости, выраженный отек в области корня языка с кровоизлияниями.

В раннем послеоперационном периоде отмечалось диффузное кровотечение из стенок полости и краев раны — источником была вся раневая поверхность. Дважды выполнена ревизия, фульгурация стенок полости и краев кожной раны, наложены глухие швы по Donatti. Общий объем кровопотери, составлял около 600-800 мл. На фоне

нестабильного гемостаза проводилась гемотрансфузия, гемостатическая терапия, антибактериальная терапия и др. Послеоперационный период благополучный, в первые сутки наступила стабилизация фарингоскопической картины, болевой синдром купирован на 2-3 сутки, отек шеи уменьшился в первые сутки, но сохранялся около 2 недель. В удовлетворительном состоянии на 9-е сутки выписан из стационара. Осмотрен через 3 месяца: состояние удовлетворительное. Получает базовую терапию ХМЛ (иматиниб 400 мг в сутки), антиагреганты, варфарин.

Увеличение продолжительности жизни больных ХМЛ предполагает оценку рисков побочных эффектов терапии ИТК. Задержка жидкости в тканях, описанная в большинстве источников как плевральный выпот, чаще встречается у больных с заболеваниями сердца, получающих иматиниб (57% случаев), реже при приеме других ИТК (дазатиниб – 35% случаев и др.). В описанном примере ограниченное скопление серозной жидкости в подъязычном пространстве шеи и отек мягких тканей имитировали развитие флегмоны. Дифференциальная диагностика на основании только рентгенологических признаков была неэффективной. Угрожающие жизни нарушения дыхания у больных ХМЛ, описанные в литературе, предполагают выполнение торакоцентеза и ликвидацию плеврального выпота – вариантов обструкции верхних дыхательных путей скоплением серозной жидкости в мягких тканях шеи мы не обнаружили. Не исключая возможность патоморфоза «серозной флегмоны» подъязычного пространства, пункционному способу декомпрессии под ультразвуковым контролем, предпочли традиционный «открытый». Купирование признаков дыхательной недостаточности сразу после операции подтверждает наше предположение.

Геморрагический синдром микроциркуляторного типа у больных, получающих ИТК, обусловлен тромбоцитарной дисфункцией (20-56% случаев), тромбоцитопенией. Признаки гипокоагуляции отражают развитие тромбоцитарной дисфункции на фоне резистентности к иматинибу и длительной терапии антикоагулянтами и дезагрегантами. Риск кровотечения у больных ХМЛ может существенно осложнять коррекцию НЯ терапии ИТК.

Выводы. Отек мягких тканей шеи является тяжелым осложнением терапии ХМЛ ИТК. Хирургическое лечение развивающейся дыхательной недостаточности при обструкции верхних дыхательных путей у больных ХМЛ предполагает минимизацию травматичности, возможность развития послеоперационного кровотечения по микроциркуляторному типу. Лечение коморбидных неотложных состояний следует рассматривать как вариант тактики ведения больных ХМЛ при таргетной терапии.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ НАДХРЯЩНИЦЫ В ЗОНЕ СЕПТАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ

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

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского» ДЗМ
[2] ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ

Деформация перегородки носа (ПН) – наиболее частая хирургическая патология, с которой приходится сталкиваться оториноларингологу в своей практике. За более чем столетнюю историю техника хирургического вмешательства на ПН эволюционировала в направлении от наиболее радикального (резекция) в сторону максимально щадящего (пластика), консервативно-хирургического подхода. Септопластика на сегодняшний день является методом выбора хирургического лечения пациентов с деформацией ПН.

Клиническая эффективность малоинвазивной хирургии ПН доказана временем и не подвергается сомнению. Но, несмотря на это, нам всё же приходится сталкиваться с осложнениями, которые сложно прогнозировать, так как они развиваются в отдаленном периоде после операции. Одним из неудачных исходов проведенной септопластики является вторичная девиация ПН. Необходимо отметить, что на сегодняшний день нет научного объяснения природы смещения хрящевого отдела ПН от срединного положения, которое изначально было достигнуто во время проведенной септопластики.

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

Под нашим наблюдением было 22 пациента (10 женщин и 12 мужчин в возрасте от 18 до 52 лет) с деформацией ПН и хроническим ринитом, проявляющимся нарушением носового дыхания. Критерии включения: выраженная деформация ПН с односторонним латеральным смещением её хрящевого отдела, суживающим общий носовой ход более чем наполовину; наличие неискривлённого участка ПН в хрящевом её отделе, занимающего срединное положение; вазомоторный или гипертрофический ринит. Критерии исключения: признаки острого или хронического воспаления слизистой оболочки ПН, наличие посттравматической деформация пирамиды носа.

Все больные связывали искривление ПН с перенесенной травмой: у 20 из них – в детском возрасте у 2 – более года. Всем больным мы провели септопластику, во время которой брали биоматериал (участок мукоперихондрия) из ПН для гистологического исследования: локус А – неискривлённый участок ПН; локус В – участок изгиба ПН перед или над искривлением; локус С – участок изгиба ПН после или под искривлением; локус

D – участок, соответствующий «вершине» искривления; локус E – участок втяжения ПН на противоположной половине носа. Биоптаты фиксировали в 10% нейтральном забуференном фосфатным буфером формалине (pH – 7,0-7,2) в течение 24 час при комнатной температуре, после чего по общепринятой методике заливали в парафиновые блоки. Из парафиновых блоков на ротационном микротоме «Leica» (Германия) изготавливали гистологические срезы толщиной 3-4 мкм. Срезы монтировали и окрашивали гематоксилином и эозином, изучали и фотографировали, применяя комплекс: микроскоп Leica DM LB (Германия) – цифровой фотоаппарат Olympus (Япония) – компьютер. Изучено 110 гистологических препаратов.

Во всех гистологических препаратах, взятых из локуса A, коллагеновые волокна были представлены параллельно направленными пучками, разной толщины, преимущественно слабоэозинофильные; диффузная лимфоидная инфильтрация носила слабовыраженный характер. В 4 исследованиях (18,2%) нами были зафиксированы участки дистрофических изменений и резорбции хряща с замещением его соединительной тканью. Гистологическая картина мукоперихондрия, взятого из локусов B и C, во всех исследованиях была идентичной. Нами были отмечены гиперплазия и гипертрофия слизистых желез с избыточной продукцией слизи и перигландулярным склерозом, дистрофические, гипер- и метапластические изменения поверхностного эпителия и гиалиноз его базальной мембраны. Участки склероза представлены соединительной тканью, богатой фибробластами и сосудами, с широкими пучками разнонаправленных эозинофильных коллагеновых волокон, очагами гиалиноза. В локусе D во всех исследованиях гистологическая картина была представлена гиперплазией и гипертрофией слизистых желез с избыточной продукцией слизи и перигландулярным склерозом, дистрофические, гипер- и метапластические изменения поверхностного эпителия и гиалиноз его базальной мембраны, кавернозные сосудистые структуры. В локусе E (100% исследований) соединительная ткань и надхрящница были отечные, соединительная ткань богатая фибробластами и сосудами, со слабовыраженной диффузной лимфоидной инфильтрацией, параллельно направленными пучками коллагеновых волокон разной толщины, преимущественно слабоэозинофильными, с очагами дистрофических изменений и деструкции. В 3 (13,6%) исследованиях нами были зафиксированы локусы хряща с неровной границей за счет участков роста и дистрофических изменений с замещением соединительной тканью.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что на стороне искривления хрящевого отдела ПН (локусы B, C и D) в мукоперихондрии имеется избыточное разрастание соединительной ткани с морфологическими признаками, характерными для

гипертрофического рубца: наличие широких разнонаправленных неравномерных эозинофильных пучков коллагеновых волокон, богатых фибробластами и сосудами, с облитерацией части капилляров и очагами гиалиноза.

На наш взгляд, выявленные особенности строения мукопериходрия в области деформированного участка ПН имеют важное научно-практическое значение и могут быть использованы в разработке мер профилактики вторичной девиации ПН после септопластики.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Федина И.Н.[1,2], Преображенская Е.А.[1]

[1]ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора
[2]ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

В комплексе факторов, оказывающих значительное влияние на здоровье человека в трудоспособном возрасте, немаловажную роль играют условия труда. В настоящее время более 3 млн. работающих подвергается воздействию производственного шума.

В структуре профессиональной патологии первое ранговое место занимает профессиональная патология вследствие чрезмерного воздействия на организм работников физических факторов производственных процессов − 47,8%. Среди заболеваний, обусловленных воздействием физических факторов, превалирует нейросенсорная тугоухость – 58,9%.

Профессиональная тугоухость развивается преимущественно у лиц трудоспособного возраста, характеризуется высокой степенью устойчивости и низкой эффективностью симптоматического лечения, что приводит к ограничению профессиональной и социальной деятельности, снижению качества жизни и обусловливает высокую медико-социальную значимость ее профилактики.

Объектами исследований служили предприятия горнодобывающей и машиностроительной промышленности: подземные рудники ГМК «Норильский никель», шахта им. Губкина, дробильно-обогатительные фабрики «Стойленского и Михайловского ГОКов», ряд машиностроительных предприятий, в том числе – экспериментального машиностроения.

Подземные горнорабочие подвергаются воздействию комплекса вредных факторов, ведущими из которых являются интенсивный шум в комбинации с общей или локальной вибрацией. К наиболее «шумоопасным» профессиям относятся проходчики, машинисты ПДМ, бурильщики, на рабочих местах которых эквивалентные уровни шума достигают 110 дБА. Помимо шума, проходчики на рудниках подвергаются действию интенсивной локальной вибрации, машинисты ПДМ и бурильщики – общей вибрации.

В экспериментальном машиностроении условия труда работников сборочных цехов характеризуются комбинированным воздействием шума интенсивностью до 92 дБА и локальной вибрации, незначительно превышающей ПДУ, на фоне повышенной напряженности труда.

На обогатительных фабриках ГОКов в комплексе вредных факторов рабочей среды приоритетное значение имеет производственный шум, уровни которого зависят от типа

обслуживаемого оборудования и достигают 90-97 дБА у дробильщиков и машинистов шаровых мельниц. На рабочих местах машинистов конвейера, дежурно-ремонтного персонала уровни звука составляют 83-91 дБА.

В структуре профессиональной заболеваемости работников обследованных предприятий одно из приоритетных мест занимает профессиональная тугоухость, удельный вес которой на предприятиях подземной добычи руды составляет 25%, на фабриках ГОКов – 30%, в экспериментальном машиностроении –50%.

Результаты углубленного обследования 1700 рабочих на базе медико-санитарных частей предприятий выявили высокую распространенность профессиональных потерь слуха. Особенностями формирования и течения профессиональной тугоухости у работников современных горнодобывающих и машиностроительных производств является преобладание начальных и легких форм (70-84%), удлинение сроков развития в среднем на 3,7-6,5 лет, увеличение возраста больных на 4-7 лет при первичной диагностике (по сравнению с началом 90-х годов XX века).

Специфика условий труда обусловливала различия не только в распространенности, выраженности поражения органа слуха, но и особенности аудиометрической картины. Наиболее характерным был «обрывистый» тип аудиограмм, свидетельствующий о поражении органа слуха по типу хронической акустической травмы. Особенностью поражения слухового анализатора у подземных горнорабочих было формирование патогномоничных для комбинированного шумо-вибрационного воздействия «двускатных» аудиограмм.

У рабочих фабрик и машиностроения наблюдались преимущественно ранние стадии развития профессиональной тугоухости, что выражалось в «изолированном» понижении восприятия тонов высоких частот.

В современных условиях на развитие профессиональной тугоухости существенное влияние оказывает сопутствующая соматическая патология, о чем свидетельствует высокая распространенность болезней органов кровообращения у лиц с профессиональной тугоухостью. Заболевания сердечно-сосудистой системы потенцируют действие шума на орган слуха и повышают риск потери слуха в 1,5 раза.

Особенностями коморбидного течения профессиональной тугоухости на фоне сопутствующей сосудистой патологии являются: сокращение сроков развития и прогрессирования заболевания на 2-3 года, частое развитие умеренных и выраженных форм тугоухости, формирование «пологонисходящего» типа аудиометрических кривых.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ

Крюков А.И.[1,2], Царапкин Г.Ю.[1], Артемьева-Карелова А.В.[1]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

[2]ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Вазомоторный ринит (ВМР) является частой патологией в структуре заболеваний верхних дыхательных путей. Приблизительная частота впервые выявленных случаев этого заболевания в нашей стране составляет 26,3 на 100 тыс. населения в год (А.С. Лопатин, 2012). Ведущим фактором в патогенезе ВМР является набухание кавернозных сплетений и переполнение их кровью, что приводит к увеличению размеров носовых раковин и затруднению носового дыхания. Диагностическим критерием ВМР является способность к сокращению при анемизации слизистой оболочки полости носа. Классическим методом хирургического лечения этого заболевания является подслизистая вазотомия нижних носовых раковин. Применяются также различные виды физического воздействия на слизистую оболочку нижних носовых раковин (гальванокаустика/электрокоагуляция, лазерная вапоризация, радиочастотная редукция, криодеструкция). На сегодняшний день выбор хирургического лечения зависит от оснащения клиники и владения хирургом той или иной методикой.

Цель – определить частоту и причину функциональных операций (подслизистая вазотомия) на структурах нижних носовых раковин при ВМР.

Задачи исследования:

– интраоперационно изучить анатомическое состояние слизистой оболочки нижних носовых раковин при вазомоторном поражении;

– определить влияние анатомических особенностей строения слизистой оболочки нижних носовых раковин на исход хирургического вмешательства.

На базе НИКИО им Л.И. Свержевского было обследовано 500 пациентов с ВМР. Основной жалобой пациентов являлось затруднение носового дыхания длительностью от 6 и более месяцев. Критерии включения в исследование: искривление перегородки носа, вазомоторный ринит; критерии исключения: аллергический и гипертрофический риниты.

Всем больным проводили традиционный осмотр ЛОР-органов. При передней риноскопии у всех больных ВМР отмечали синюшность и отек слизистой оболочки носовых раковин. При анемизации слизистой оболочки нижних носовых раковин раствором адреналина (0,1 %) отмечалось незначительное их сокращение.

Всем пациентам была проведена подслизистая вазотомия нижних носовых раковин при помощи хирургического распатора. При этом формируется лоскут слизистой

оболочки медиальной поверхности нижней носовой раковины. Была отмечена следующая закономерность: у 390 пациентов (78%) избытка ткани не отмечалось, и края раны сопоставлялись край в край (1-я группа); а у 110 пациентов (22%) отмечался избыток лоскута слизистой оболочки при подтягивании её в переднем направлении в область аппертуры носа (2-я группа).

Мы оценивали результаты передней активной риноманометрии в динамике (до и в различные сроки после операции). У больных 1-й группы отмечено увеличение СОП на 37,8% на 5-е сутки, на 31,7% на 14-е сутки и на 18,9% на 30-е сутки после проведения хирургического лечения; у больных 2-й группы эти значения составляли 27,3%, 19,4% и 9,3% соответственно.

Все оперированные пациенты наблюдались в течение 1 года после хирургического лечения. Из них 36 (32,7%) пациентов 2-й группы обратились повторно с жалобами на выраженное затруднение носового дыхания, что потребовало повторного хирургического вмешательства в объеме нижней щадящей конхотомии.

Выводы. Вазомоторное поражение нижних носовых раковин интраоперационно может характеризоваться анатомическими особенностями, которые проявляются избытком слизистой оболочки её медиальной поверхности, что в 32,7% приводит к рецидиву симптомов заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОГРАММ СО СЛИЗИСТОЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ

Савельева Е.Е. [1], Азнабаева Л.Ф. [2,1], Пестова Р.М. [1,2]

[1]ФГБОУ ВО «БГМУ» МЗ РФ, г.Уфа
[2]ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова , г. Уфа

Полипозный риносинусит (ПРС) – это хроническое продуктивное воспаление слизистой носа и околоносовых пазух (ОНП), сопровождающееся рецидивирующим ростом полипов. Распространенность этого заболевания составляет от 1 до 5% (1).

Защитная и информационная функции полости носа и околоносовых пазух (ОНП) в основном выполняется слизистой оболочкой, которая представлена однослойным многорядным мерцательным эпителием (2,3). На уровне слизистой оболочки носа осуществляется местный иммунитет, который включает в себя множество механизмов и путей его активации.

При хроническом воспалении слизистой носа и ОНП может развиться модуляция клеток, что в свою очередь приводит к нарушению функционирования мукоцилиарной системы, усугублению местной зашиты. Одним из методов оценки морфологических и функциональных изменений слизистой оболочки носа и ОНП является риноцитограмма (РЦГ).

Цель исследования – определение цитологических особенностей мазков-отпечатков со слизистой оболочки носа и околоносовых пазух у больных полипозным риносинуситом.

Нами были обследованы пациенты с ПРС в возрасте от 20 до 78 лет, находившиеся на лечении в ЛОР-отделении РКБ им. Г.Г. Куватова в 2018 г. (n=33). У всех больных ватным тупфером были взяты мазки со слизистой носовых раковин и ОНП, у четырех пациентов (12%) вследствие повышенной кровоточивости мазки из пазух взяты не были. Далее полученный материал наносился на обезжиренное предметное стекло, высушивался и фиксировался 96% этанолом в течение минуты. Полученный мазок-отпечаток окрашивался методом Романовского-Гимза. После высушивания материал микроскопировали под иммерсией при увеличении ×630 (3). Для корректной оценки обязательно подсчитывали абсолютное и относительное количество клеток в мазке. Деструкцию клеток оценивали по методике Л.А.Матвеевой (1986).

Для подавляющего числа больных ПРС характерен эпителиальный тип РЦГ со слизистой носа – 94% (n=31), в остальных случаях (n=2) встречался нейтрофильный тип. Особенности цитограмм (ЦГ) со слизистой ОНП свидетельствовали о такой же тенденции

(86% пациентов: 25 из 29). У 10% (n=3) был нейтрофильный тип, и у одного пациента – эозинофильный (4%). Интересено, что у данного больного эозинофильный тип цитограммы из верхнечелюстной пазухи (эозинофилов 80%) сочетался с эпителиальным типом РЦГ, где эозинофилы обнаружены не были, но была выявлена модуляция цилиндрического эпителия в 50% клеток, которым полностью был представлен мазок-отпечаток.

Особый интерес представляют данные ЦГ пациентов, у которых в ядрах ЦЭ были обнаружены нуклеолы, являющиеся признаком внутриклеточной инвазии – у 33% (n=11) в РЦГ и в 38% (n=11) в ЦГ ОНП. Только у трех пациентов (11%) данная патология встречалась как на слизистой носа, так и в ОНП. Обращает на себя внимание, что несмотря на поражение ядра, некоторые эпителиоциты сохраняли реснички: 6% РЦГ (2 из 33), 3% ЦГ ОНП (1 из 29). У двух пациентов одновременно и со слизистой средней носовой раковины и из верхнечелюстной пазухи были обнаружены клетки с тельцами Провачека. Возможно, данная особенность является проявлением хламидийной инфекции (4).

Выводы.

1. Для ПРС характерен эпителиальный тип цитограммы носа и ОНП.
2. У трети пациентов имеются признаки внутриклеточной инвазии, о чем свидетельствуют нуклеолы в ядрах ЦЭ.

ОТОЛИТИАЗ ПРИ СЛУХОУЛУЧШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ

Привалова Ж.В., Пащинин А.Н., Кузьмин Д.М., Воронов В.А.

ФГБУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, СПб

Стапедопластика является основным хирургическим методом лечения тугоухости при отосклерозе. Улучшение слуха у этих больных можно достигнуть в 87-96% случаев. Стапедопластика в большинстве случаев сопровождается различной степенью выраженности вестибулярной дисфункции в раннем послеоперационном периоде. Системное головокружение в ранние сроки после операции характерно для 45% больных, а у ранее оперированных вестибулярные нарушения могут достигать 64% случаев. Одной из причин вестибулярных осложнений после стапедопластики является отолитиаз. Отолитиаз является причиной доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ).

Заболеваемость ДППГ после стапедопластики, по данным литературы, составляет от 6,3 до 8,5 %. Обычно ДППГ возникает в период с 5-х по 21-е сутки после операции и развивается в результате механической травмы эллиптического мешочка протезом. Частицы, образовавшиеся в результате деструкции отолитовой мембраны, проникают в полукружные каналы. Перемещение частиц приводит к раздражению волосковых клеток ампулярного рецептора, что и вызывает появление системного головокружения. Оно возникает при изменении положения головы после предшествующего латентного периода и сопровождается горизонтальным или горизонтально-ротаторным нистагмом, направление которого зависит от того, какой полукружный канал поврежден. Диагноз ДППГ подтверждается позиционными пробами и довольно эффективно купируется выполнением позиционных маневров. Несмотря на разработанные четкие меры выявления и лечения, до настоящего времени ДППГ редко диагностируется в послеоперационном периоде. При относительно высокой степени встречаемости это осложнение становится значимой проблемой.

В целях улучшения качества хирургического лечения пациентов с отосклерозом нами были обследованы 70 больных в возрасте от 21 до 72 лет, которым была выполнена операция стапедопластики в клинике кафедры оториноларингологии Северо-Западного медицинского университета, в период с 2015 – 14 (18,9%). Все пациенты обследовались до операции и в послеоперационном периоде на 3-7-е сутки, а также через 1, 2 и 3 месяца. Для подтверждения диагноза ДППГ заднего и переднего полукружного канала проводилась проба Дикса-Холлпайка. Для выявления ДППГ горизонтального полукружного канала использовался Roll-тест.

В результате обследования до операции ДППГ не выявлено. В послеоперационном периоде ДППГ диагностировано у 12 пациентов (17%) на стороне оперированного уха. Все заболевшие были женщинами, у всех пациентов ДППГ возникло в период с 3-и по 5-е сутки. У 12 пациентов (80%) патологический процесс был локализован в заднем полукружном канале, из них у 9 – по типу каналолитиаза, у 1 – по типу купулолитиаза. Только в двух случаях (20%) был поражен горизонтальный полукружный канал по типу каналолитиаза. Все пациенты были пролечены с помощью позиционных маневров. При локализации патологического процесса в заднем полукружном канале использовался маневр Эпли и Симонта.

В случае повреждении горизонтального полукружного канала использовался маневр «барбекю». Эффективность лечебных позиционных маневров была 100%. Рецидивов ДППГ за период наблюдения отмечено не было.

Выводы.

1. Накопленный опыт позволяет подтвердить, что одним из распространенных осложнений стапедопластики является ДППГ.

2. В целях точной диагностики данного осложнения целесообразно проводить позиционные пробы (Дикса-Холлпайка, Roll-тест) всем пациентам ежедневно с 3-х по 5-е сутки послеоперационного периода.

3. Позиционные маневры позволяют эффективно купировать ДППГ на всех сроках возникновения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

Тахчиди Х.П.[1,2,3], Качалина Г.Ф.[2], Тахчиди Н.Х.[2], Касмынина Т.А.[2], Глизница П.В.[1,2,3], Далалишвили М.А.[1,3], Орлов Г.А.[1]

[1]НИЦ офтальмологии ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
[2]Отделение офтальмологии «НКЦ оториноларингалогии» ФМБА России
[3]Кафедра офтальмологии педиатрического фак-та «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»

Представлен клинический случай пациента с буллезной формой центральной серозной хориоретинопатии, успешно вылеченной методом комбинированного лазерного лечения, в результате которого удалось добиться регрессии отслойки нейроэпителия и полного восстановления зрительной функции.

Центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХ) – это идиопатическая серозная отслойка нейросенсорной сетчатки, локализованная, чаще всего, в макулярной области, возникающая при нарушении барьерной и насосной функции ретинального пигментного эпителия (РПЭ) на фоне патологических изменений, происходящих в хориоидее. В настоящее время это заболевание имеет особую актуальность вследствие того, что одним из ключевых патогенетических факторов его развития является наличие постоянного нервного стресса, столь характерного для современного образа жизни.

Общепринятой классификации ЦСХ в настоящее время не существует. Это объясняется многообразием клинических проявлений, непредсказуемостью течения патологического процесса, а соответственно, и прогноза в отношении зрительных функций. Выделяют острую и хронические формы ЦСХ. Острая форма ЦСХ в большинстве случаев (60-75%) регрессирует спонтанно и имеет долгосрочный благоприятный прогноз в отношении зрительных функций, однако ЦСХ обладает высокой склонностью к рецидивам (в 33-55% случаев после первого острого эпизода) и хронизации.

Буллезная форма отслойки – это крайне редкое проявление хронической ЦСХ, развивающееся на фоне измененного иммунного статуса. Буллезная ЦСХ характеризуется высокой и обширной (до 10 диаметров диска зрительного нерва) отслойкой нейросенсорного эпителия (НСЭ), мультифокальной отслойкой ПЭС различных размеров, развитием хориоретинального рубца преимущественно локализующихся в заднем полюсе.

В марте 2017 г. в Научно-исследовательский центр офтальмологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова обратился пациент Х. 36 лет с жалобами на появление в течение недели

искривлений, серого полупрозрачного пятна перед левым глазом. Возникновение симптомов связывает с перенесенным за день до этого стрессом. В анамнезе лимфогранулематоз, курс химиотерапии. При поступлении: максимальная корригируемая острота зрения (МКОЗ) OD = 1.0, OS = 0.8 н/к., внутриглазное давление (ВГД) OD = 12 мм.рт.ст., OS = 12 мм.рт.ст. При офтальмоскопии OS обнаружена отслойка НСЭ площадью 8 диаметров диска зрительного нерва (ДД) в области верхней сосудистой аркады с вовлечением зоны фовеа. По данным SD-OCT EDI-OKT в зоне фовеа отслойка НСЭ составляла 437 мкм, самая большая высота отслойки НСЭ наблюдалась в области верхней сосудистой аркады и составляла 1051 мкм толщина хороидеи в области фовеа OS = 667 мкм. В конце артериальной фазы на снимках ФАГ в области верхней сосудистой аркады была обнаружена зона просачивания и три участка отслойки пигментного эпителия в макулярной зоне. Учитывая данные жалоб, анамнеза и диагностического обследования, пациенту был поставлен диагноз: OS - центральная серозная хориоретинопатия, буллезная форма. Проведена лазерная коагуляция сетчатки зеленым спектром длины волны (532 нм) в два этапа: пороговая фокальная ЛКС, пороговая лазерная коагуляция по типу “решетка”. Через 21 день после проведенного лазерного лечения субъективно пациент отметил повышение остроты зрения и исчезновение полупрозрачного серого пятна перед OS и искривления прямых линий. При осмотре после проведенного лечения: МКОЗ OD = 1.0, OS = 1,0, ВГД OD = 15 мм.рт.ст., OS = 13 мм.рт.ст. При офтальмоскопии OS макулярная и парамакулярная зоны без видимой патологии. Снимки и ОКТ показали полную резорбцию субретинальной жидкости.

При долговременном хроническом течении (более 3-х месяцев) в отсутствии лечения высока вероятность развития ряда грозных осложнений буллезной формы ЦСХ: кистовидного макулярного отека, атрофии и апоптоза ретинального пигментного эпителия, развития субретинальной неоваскулярной мембраны, которые могут привести к необратимому снижению остроты зрения и контрастной чувствительности, что значительно снижает уровень жизни пациентов. В связи с этим было принято решение отказаться от выжидательной тактики наблюдения в течение 2-3 месяцев, как при классической ЦСХ, и использовать ЛКС в качестве метода лечения. Учитывая обширную отслойку НСЭ и наличие обширной зоны просачивания, решили провести следующий вариант лазерного лечения. Фокальная ЛКС в области просачивания с наибольшей гиперфлюоресценцией, по данным ФАГ, и, основываясь на гипотезе о том, что при ЛКС происходит высвобождение цитокинов и репарация клеток РПЭ, ЛКС по типу “решетка” по всей области просачивания.

Согласно литературе, средние значения МКОЗ у пациентов с буллезной ЦСХ составляют 0.15, тогда как в нашем случае мы получили МКОЗ=1.0. Так как зона просачивания захватывала макулярную зону, применение ЛКС требовало особой осторожности в выборе параметров. После лечения пациент не предъявляет жалобы на выпадение полей зрение, и по данным микропериметрии, не наблюдается снижения светочувствительности сетчатки.

Таким образом, можно сделать вывод, что представленный случай демонстрирует возможность полной регрессии высокой отслойки НСЭ после лазерного воздействия на сетчатку. Применение лазерной коагуляции с не приводит к развитию скотомы и снижению качества зрения. На основании данного примера, мы можем говорить об эффективности и безопасности лазерного лечения буллезной формы ЦСХ описанной выше методикой.

ПАРЕСТЕЗИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Крюков А.И. [1], Романенко С.Г.[1], Казакова А.А.[2], Гехт А.Б. [2]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

[2]ГБУЗ «НПЦ психоневрологии им. З.П. Соловьёва» МЗ РФ

Пожилой возраст соответствует периоду с 55 до 75 лет у женщин и с 60 до 75 лет у мужчин. Периодом старческого возраста считается возрастной отрезок с 75 — 90 лет. Доля пациентов в возрасте от 55 лет и более составляет около 43% на приёме врача-оториноларинголога. Наиболее частыми жалобами, с которыми пожилые пациенты обращаются за помощью к ЛОР-врачу – это парестезии верхних дыхательных путей (ПВДП), которые составляют около 63%. Преимущественно встречаются жалобы на ощущение «кома в горле» (КГ) и кашель. Причины возникновения ПВДП у пациентов пожилого возраста разнообразны: анатомо-физиологические особенности, хроническая патология ЛОР-органов; доброкачественные новообразования гортани/гортаноглотки; побочные эффекты принимаемых лекарственных препаратов; патология желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы; бронхолёгочная патология; неврологические нарушения, в том числе начальные проявлениями болезни Паркинсона и бокового атрофического склероза (БАС). Сухой кашель может отмечаться у пожилых пациентов с имплантированным электрокардиостимулятором (“pacemaker syndrome”). Сравнительно реже ПВДП встречаются при эндокринной патологии. Довольно сложной в диагностическом плане ситуацией является выявление у пациентов невротических расстройств как этиопатогенетического фактора развития ПВДП.

Цель исследования **– о**птимизировать алгоритм дифференциальной диагностики парестезий верхних дыхательных путей у пациентов старшей возрастной группы.

120 пациентам с ПВДП – 42 мужчинам (35 %) и 78 женщин (65 %) в возрасте от 56 до 90 лет проведено комплексное обследование, в том числе общеклиническое и оториноларингологическое с применением эндоскопических методов диагностики, клинико-психологическое тестирование с использованием симптоматического самоопросника SCL-90, применялись лучевые методы диагностики. По показаниям пациенты были консультированы терапевтом, неврологом, гастроэнтерологом, эндокринологом, психиатром.

В структуре жалоб обследованных отмечались кашель (72 %), ощущение КГ (46%), першение (43%), сухость в горле (38%) и затруднение глотания (28%). Длительность симптоматики составляла от 1 месяца до 3 лет (1±1,46). У всех пациентов было выявлено наличие той или иной органической патологии со стороны ЛОР-органов.

Доброкачественные новообразования гортаноглотки были обнаружены у 11 (2% от патологии ЛОР-органов). В 1% случаев это было новообразование грушевидного синуса, парез левой половины гортани; еще в 1% – шилоподъязычный синдром, в 2% – ларингомикоз. Эндоларингеальные признаки, характерные для внепищеводного проявления ГЭРБ диагностированы у 73 пациентов (61%).

Всем пациентам было проведено консервативное лечение с учетом этиологии, патогенеза, сроков развития выявленных заболеваний. При доброкачественных новообразований гортаноглотки было проведено хирургическое лечение. Патология желудочно-кишечного тракта встречалась у 80% пациентов: хронический гастродуоденит; грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; синдром раздражённого кишечника. Диагноз ГЭРБ был подтверждён у 61% пациентов. Патология бронхо-лёгочной системы выявлена у 54 пациентов (45% от общей патологии): бронхиальная астма, хронический бронхит, в том числе обструктивный. В 79% случаев отмечена патология сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь, застойная сердечная недостаточность, атеросклеротическая болезнь сердца. Неврологическая патология выявлена в 41% случаев: остеохондроз позвоночника, шейные остеофиты, мышечно-тонический синдром, миозит, грыжа межпозвоночного диска шейного отдела позвоночника. По данным психолого-психиатрического обследования у 62% пациентов диагностированы расстройства тревожно-депрессивного спектра (РТДС)**.** Наиболее часто выявлялись смешанное тревожно-депрессивное, соматоформное и ипохондрическое расстройства. Эндокринная патология диагностирована у 12% пациентов: многоузловой зоб I ст., первичный гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием. Побочные действия лекарственных препаратов в виде возникновения кашля и сухости слизистых оболочек были выявлены у 35% пациентов.

Преимущественно симптоматика возникала на фоне приёма и-АПФ, реже – при длительном применении деконгестантов и антигистаминных препаратов. Окончательным критерием оценки этиологии ПВДП служил не только факт выявления той или иной патологии, но и динамика жалоб после проведения соответствующей терапии.

Выводы. ПВДП – полиэтиологическое состояние, требующее мультидисциплинарного подхода в дифференциально-диагностических мероприятиях и терапии. Патология ЛОР-органов, этиопатогенетически связанная с ПВДП, была выявлена у всех обследованных пациентов, при этом сочетанная патология наблюдалась в 91,3% случаев. РТДС широко распространены у пациентов с жалобами на ПВДП (62%); в качестве скрининга психоэмоциональных нарушений у больных с ПВДП мы рекомендуем проводить анкетирование, используя симптоматический самоопросник SCL-90.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРАПА И СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Овчинников А.Ю.[1], Эдже М.А. [1,2], Потемкин М.Н. [1,2]

[1]МГМСУ им. А.И. Евдокимова
[2]Клинический медицинский центр МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Храп и синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) является актуальной и во многом еще не решенной медико-социальной проблемой. По статистике в возрасте 30-35 лет храпят 20% мужчин и 5% женщин, при этом распространенность СОАС у них составляет около 5-7%. С возрастом распространенность СОАС значительно увеличивается и у лиц старше 60 лет составляет 30% у мужчин и 20% у женщин. Развитию СОАС способствует гипертрофия тканей мягкого неба, гипертрофия структур лимфоидного глоточного кольца, искривления перегородки носа. Золотым стандартом диагностики нарушений дыхания во сне является полисомнография (ПСГ). Хирургическое лечения направлено на расширение просвета воздухоносных путей во время сна. В настоящее время не существует единой концепции диагностики и стандартов оказания помощи пациентам, страдающим СОАС.

Цель исследования – усовершенствование методов диагностики и хирургического лечения пациентов с храпом и СОАС.

Материал исследования составили 20 человек с храпом и СОАС, находившихся на хирургическом лечении в отделении оториноларингологии Клинического медицинского центра Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова с декабря 2017 по апрель 2018 г. Среди них 16 мужчин (80%) и 4 женщины (20%). Комплексное обследование включало сбор жалоб, анамнез, анкетирование (опросник Berlin Questionnaire© Sleep Apnea), эндоскопию верхних дыхательных путей (в том числе в состоянии медикаментозно-индуцированного сна), ПСГ, мультиспиральную компьютерную томографию околоносовых пазух (МСКТ). ПСГ проводилась при помощи системы для нейрофизиологических исследований «Be plus ebneuro» (Италия) и включало в себя регистрацию ЭЭГ, частоты сердечных сокращений, элекроокулограмму, электоромиограмму, назального потока воздуха, движений грудной клетки, показателей насыщения крови кислородом и запись храпа. ПСГ проводилась до операции и через 1 месяц после оперативного лечения. Объем хирургического лечения определялся уровнем обструкции ВДП.

Из числа обследованных обструкция только на уровне носа выявлена у 3 (15%) пациентов, объем хирургического лечения у 2 пациентов – септопластикас (СП) в сочетании с коррекцией носовых раковин (НР), у 1 – удаление доброкачественной опухоли носоглотки (шваннома) + СП.

Обструкция на уровне глотки выявлена у 9 (45%) больных, из них у 8 (40%) проведена увулопалатопластика (УПП), у 1 (5%) – УПП+ТЭ. Одновременно два уровня (верхний и средний) выявили у 8 (40%) пациентов, из них у 5 (25%) была выполнена УПП + СП и НР, у 1 (5%) – УПП + риносептопластика, у 1 (5%) – СП и НР + удаление папилломы небной дужки, и НР, у 1 (5%) – одномоментно СП и НР+ аденотомия +ТЭ +УПП. В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась антибактериальная, комплексная противовоспалительная терапия. Во всех наблюдениях в раннем и позднем послеоперационном периодах – послеоперационных осложнений не отмечено.

Выводы:

1. С целью установки правильного диагноза, оценки степени тяжести заболевания и выбора метода лечения пациенты с храпом и СОАС нуждаются в комплексном обследовании, включая сбор жалоб, осмотр ЛОР-органов (в том числе эндоскопическое исследование верхних дыхательных путей), ночной респираторный мониторинг.

2. В наблювшейся группе у пациентов с храпом и апноэ сна назальная обструкция выявлена у 50% пациентов, однако исключительно ринохирургическое вмешательство было показано 15% пациентов.

3. Хирургические методы являются эффективными в лечении пациентов с неосложненным храпом и СОАС легкой и средней степени тяжести. Через 1 месяц после операции в 70% храп устранен полностью, в 30% его интенсивность существенно уменьшилась.

4. По результатам полисомнографического исследования до и после хирургического лечения у пациентов с СОАС легкой и средней степени тяжести выявлено снижение ИАГ в 2,3 раза.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЛЮОРЕСЦЕНТНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Тимурзиева А.Б.[1], Никифорова Г.Н.[1], Свистушкин В.М.[1], Кукушкин В.И.[2]

[1] ФГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский университет)
[2] ФГБУН «Институт физики твердого тела» РАН, г. Черноголовка, Московской обл.

Заболевания уха, горла и носа относятся к одним из самых распространенных в общей популяции. Особенно широко распространены воспалительные и опухолевые процессы. Среди множества методов диагностики, таких как бактериологический, цитологический, патогистологический, метод полимеразной цепной реакции и др., существуют также оптические способы дифференциации тканей. Одним из основных преимуществ является их скорость, а также высокая чувствительность и специфичность в отношении некоторых видов нозологий. В частности, изучение и последующее внедрение в клиническую практику флюоресцентных методов позволит значительно ускорить процесс диагностики и предоставит возможность высокочувствительной и высокоспецифичной идентификации заболеваний воспалительной и опухолевой природы при разработке соответствующих алгоритмов и проверке на репрезентативном клиническом материале.

В настоящем исследовании принимали участие как здоровые добровольцы, так и лица с воспалительными и опухолевыми заболеваниями глотки, гортани, уха, носа и околоносовых пазух. Регистрация спектральных характеристик проводилась с использованием аппаратно-программных комплексов на основе лазерного излучения с длинами волн 532 нм и 405 нм, in vitro и in vivo, соответственно. Всего было зарегистрировано 1155 спектров интактной ткани и тканей, вовлеченных в воспалительный, доброкачественный или злокачественный опухолевый процесс при заболеваниях ЛОР-органов.

В ходе исследования были получены основные спектральные различия тканей при воспалительных и опухолевых (доброкачественных и злокачественных) заболеваниях, были зарегистрированы особенности расположения рамановских линий в норме и при хроническом воспалении или опухолевом процессе при заболеваниях ЛОР-органов. Часть спектров была проанализирована в динамике in vivo с использованием специальных индексов: нормированного показателя флюоресценции, интенсивности флюоресценции, индекса аэробности, индекса микробной обсемененности и степени воспалительного процесса (Александров М. Т., 2008); другая часть спектров была зарегистрирована с поверхности тканей in vitro: были оценены индивидуальные спектральные характеристики тканей в норме, при воспалении и опухолевом процессе. На следующем этапе предстоит

оценка чувствительности и специфичности в отношении каждого из заболеваний ЛОР-органов для обоснования применения и внедрения методики в клиническую практику.

Полученные результаты позволяют рассматривать оптические технологии, включая флюоресцентные методы, в том числе раман-флюоресцентную спектрометрию, в качестве перспективных высокочувствительных, быстрых, неинвазивных и, при некоторых заболеваниях ЛОР-органов, высокоспецифичных способов эффективной диагностики и, соответственно, позволят в перспективе осуществлять своевременное лечение.

ПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ПЕРФОРАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА У ДЕТЕЙ

Юнусов А.С., Молодцова Е.В.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Перфорация перегородки носа является одним из сложных вопросов в клинической деятельности оториноларинголога. Нарушение питания хряща и дисбаланс между хрящевой, эпителиальной и соединительной тканями способствуют возникновению стойкой перфорации перегородки носа. Изменение ламинарного потока вдыхаемого воздуха на турбулентный, возникающее при перфорации перегородки носа, вызывает ухудшение физиологического состояния реснитчатого эпителия слизистой оболочки полости носа, в результате чего развиваются дегенеративные и трофические изменения, приводящие к перихондриту и еще большему некрозу хряща. Возникает замкнутый круг: увеличивается размер перфорации, формируется седловидная деформация наружного носа и нарастают клинические симптомы. Таким образом, порочный патофизиологический круг замыкается, а разорвать его сможет только хирургическое закрытие дефекта перегородки носа.

В настоящее время предлагается множество методов закрытия перфораций перегородки носа, но ни один не гарантирует 100% результата. По мнению отечественных и зарубежных коллег, наиболее результативными методами являются аутотрансплантация и различные варианты местно-пластических операций. Данные способы обладают недостатками, которые определяются отсутствием четких показаний для выбора того или иного способа реставрации перегородки носа в зависимости от этиологии, размера и локализации дефекта. Наиболее перспективным способом является способ закрытия септальных перфораций с использованием слизистой оболочки нижних носовых раковин на питающей ножке.

Разработка оптимальных способов пластического закрытия септальных перфораций в детском возрасте на основании ретроспективного анализа результатов хирургического лечения является целью нашей работы.

В исследуемую группу пациентов вошли 14 детей в возрасте 4-15 лет, прооперированных по поводу субтотальной септальной перфорации диаметром до 15 мм. Причинами перфорации перегородки носа являлись инородные тела: элементы питания, травмы перегородки носа, прижигание сосудов зоны Киссельбаха, хирургическое вмешательство (септопластика с одномоментной эндоскопической полисинусотомией).

Пациенты были разделены на две группы. В первой группе (n=8) использовали двухэтапный способ пластического закрытия перфораций лоскутом из нижней носовой

раковины на питающей ножке. Во второй группе (n= 6) применен новый способ пластики перегородки носа с помощью свободной трансплантации аутотканей полости носа из нижней носовой раковины с противоположной стороны.

В качестве предоперационной подготовки пациентам промывали и увлажняли полость носа аэрозольными изотоническими растворами на основе морской соли, закапывали или вводили на тампонах персиковое масло или масляные растворы витаминов А и Е, использовали мази с декспантенолом. Пациентам с субтотальными перфорациями и большим количеством кровянистых корок назначали аппликации метилурациловой мази.

В первой группе пациентов применяли двухэтапный каркасный способ аутотрансплантации хряща ушной раковины с использованием слизистой оболочки нижних носовых раковин на питающей ножке с интервалом в 1,5-2 месяца. В первые сутки после удаления тампонов в области хирургического вмешательства отмечалась выраженная сосудистая реакция. В катамнезе у пациентов на месте перфорации цвет слизистой оболочки практически не отличался от окружающей.

Во второй группе при субтотальных дефектах перегородки носа был применен новый способ пластики с помощью свободной трансплантации аутотканей полости носа нижней носовой раковины с одной стороны, а с противоположной – методом перемещения мукоперихондрия и мукопериоста и их сшиванием. Обязательным условием при данной методике является реимплантация остатков четырехугольного хряща с хондроинверсией и перемещением участка дефекта в область сошника. Таким образом, хрящевой каркас формируется из остатков четырехугольного хряща. После удаления тампонов слизистая оболочка розовая, пересаженный лоскут состоятельный, перфорация полностью закрыта. Данный метод позволяет сократить сроки реабилитации пациентов с перфорациями перегородки носа.

Вывод. Тщательный анализ причин, клинической картины, локализации и размеров перфорации в зависимости от анатомических размеров внутриносовых структур позволяет выбрать оптимальный хирургический способ индивидуально для каждого пациента и при наличии определенного хирургического опыта успешно провести пластическое закрытие дефекта даже детям младшей возрастной группы : 3-4 года.

ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМБИНИРОВАНОЙ ТЕРАПИИ

Рязанцев С.В., Будковая М.А.

ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» МЗ РФ

В настоящее время лечение хронического полипозного риносинусита остается одной из актуальных проблем в практической оториноларингологии. Длительная назальная обструкция, состояние хронической гипоксии, частые обострения и рецидивы полипозного процесса существенно снижают качество жизни пациентов.

Топическая и системная кортикостероидная терапия (СКТ) успешно применяются при лечении полипозного риносинусита более 30 лет, однако существующие схемы разнообразны по методологическим подходам, уровню доказательности и безопасности.

Цель исследования – повышение эффективности и безопасности применения комбинированной кортикостероидной терапии при лечении полипозного риносинусита.

Обследовано 245 больных полипозным риносинуситом возрасте от 18 до 74 лет. В 1-ю группу вошли 188 пациентов с полипозным риносинуситом (ПРС) без признаков гнойного воспаления, во 2-ю – 57 больных с гнойно-полипозным риносинуситом (ГПРС) вне обострения воспалительного процесса. Всем обследуемым выполнялся общий оториноларингологический осмотр, клинико-лабораторное исследование крови и слюны, эндоскопическое исследование полости носа, компьютерная томография околоносовых пазух, комплексная оценка носового дыхания на аппарате RINO-SYS и анализ двигательной активности мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа. Пациентам 1-й группы назначался 14-дневный курс метилпреднизолона per os, начиная с 40 мг/сутки и одновременно спрей мометазона фуроата по 400 мкг/сутки в течение 6 месяцев, ирригационная терапия солевыми растворами и ингибитор протонного насоса. Больные 2-й группы получали вышеуказанную схему и с 8-го дня лечения и дополнительно – амоксициллина клавуланат по 2000 мг/сутки 7 дней. Контроль безопасности применения СКТ осуществлялся на основе поэтапного анализа концентраций кортизола крови в слюне. Срок наблюдения за больными длился от 3 месяцев до 4 лет (в среднем –2,7 года).

На фоне проводимого курса лечения у 166 пациентов с ПРС (88,3%) отмечалась выраженное уменьшение основных клинических симптомов уже на 8-й день лечения, а у 9 (86,0%) больных отмечено улучшение носового дыхания и обоняния через 16 дней от начала терапии. Объективная оценка функции носового дыхания показала в 1-й группе увеличение на 34,3% числа пациентов с отсутствием нарушения носового дыхания и значительное (55,8%) снижение числа больных с выраженной назальной обструкцией.

Во 2-й группе число больных с выраженным затруднением носового дыхания сократилось на 37,2%. По данным КТ околоносовых пазух и эндоскопического исследования в 1-й группе на фоне лечения установлено сокращение на 28% числа пациентов с III стадией поражения околоносовой пазух и на 60% – числа больных с тотальным полипозным процессом. Во 2-й группе число пациентов с III стадией поражения сократилось на 33,3%, а число больных с тотальным процессом снизилось на 20%. При телевизионной микроскопии обнаружено статистически значимое ($p<0,05$) увеличение средней ЧБР у пациентов с ПРС (12,8±0,4Гц) и у больных ХПГРС (10,7±0,5Гц), что свидетельствует как об ограниченности и функциональном характере выявленных нарушений двигательной активности мерцательного эпителия.

При использовании СКТ у всех обследуемых зафиксировано статистически значимое снижение секреции кортизола в крови на 283,4 нмоль/л и в слюне – на 15,2 нмоль/л установлено на 8-й день лечения метилпреднизолоном ($p<0,05$) и полное восстановление концентрации данного гормона до физиологических значений – к моменту окончания курса метилпреднизолона.

Комбинированная схема кортикостероидной терапии позволила у 76,1% пациентов с ПРС и у 57,9% больных с ГПРС избежать оперативного лечения при проведении однократного курса лечения. Стабилизация течения сопутствующей бронхиальной астмы отмечена у 54 (85,7%) пациентов 1-й группы и у 22 (81,48%) больных 2-й группы. Отсутствие положительной динамики на фоне комбинированной терапии установлено у 9 обследуемых 1 группы (4,8%) и у 10 больных (5,7%) 2 группы с фиброзными полипами.

Таким образом, назначение курсов комбинированной кортикостероидной терапии у больных полипозным и гнойно-полипозным риносинуситом позволяет эффективно и в короткие сроки купировать обострение воспалительного процесса, улучшить структурно-функциональные показатели носового дыхания, стабилизировать течение сопутствующей бронхолегочной патологии, способствуя созданию продолжительной и контролируемой ремиссии. Динамический мониторинг изменений концентрации свободной и связанной форм кортизола является необходимым условием при назначении СКТ и подтверждает безопасность разработанной комбинированной схемы лечения больных полипозным риносинуситом.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ТАМПОНАДЕ НОСА

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

ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

Эндоназальные операции занимают ведущее место в структуре хирургического лечения ЛОР-патологии. Постоянное совершенствование хирургической техники позволяет врачу решать поставленные задачи с ограниченной травматизацией структур оперируемого органа. Но, на наш взгляд, до сих пор остается открытым вопрос по совершенствованию тактики ведения раннего послеоперационного периода у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на структурах полости носа.

Защите уникального строения слизистой оболочки полости носа, играющей немаловажную роль в нормальном функционировании органа, посвящено немало научных исследований. Так, разработаны методы экранирования слизистой оболочки перегородки носа и способы бестампонного ведения послеоперационного периода у больных, перенесших септопластику. Однако вследствие обильного кровоснабжения и ограниченного применения «бескровных» методов в хирургическом лечении заболеваний полости носа, вопросы адекватного гемостаза при носовых кровотечениях остаются чрезвычайно актуальными. Хотя послеоперационные кровотечения характеризуются своей прогнозируемостью и стоят как бы особняком в общей структуре заболеваемости, статистические данные о неэффективности проведенных мер по достижению гемостаза и частоты рецидивов кровотечений в раннем послеоперационном периоде в литературе отсутствуют.

Цель работы: изучить гемостатический эффект и переносимость различных тампонов у пациентов, перенесших септопластику, конхотомию нижних носовых раковин.

Нами было обследовано 40 пациентов (15 женщин и 25 мужчин в возрасте от 18 до 45 лет), перенесших септопластику, конхотомию нижних носовых раковин. Критерии включения: больные, перенесшие септопластику, конхотомию нижних носовых раковин. Критерии исключения: больные с нарушениями гемостаза, гепатитами, сахарным диабетом, длительный прием антикоагулянтов. У всех больных применяли методику экранирования перегородки носа силиконовыми сплинтами. Больные были распределены на 4 группы: I группа (n=10) – тампонада полости носа марлевыми тампонами; II группа (n=10) – тампонами «Merocel», III группа (n=10) – эластическими тампонами и, наконец, IV группа (n=10) – оригинальными силиконовыми гидротампонами. Через 24 часа после оперативного лечения проводили удаление вышеуказанных тампонов из полости носа. Особенностью оригинальных силиконовых гидротампонов заключалась в том, что при их

эвакуации удаляли содержимое тампона, в то время как сам тампон оставался в полости носа в течение 10 минут и при повторном кровотечении наполнялся повторно. Таким образом, не требовалась повторная тампонада при рецидиве кровотечения в послеоперационном периоде. Степень выраженности болевых ощущений в период тампонады полости носа оценивали по четырехбалльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ): «0» - отсутствие жалоб, «1» – незначительный болевой симптом, «2» –умеренный болевой симптом, «3» – сильно выраженный болевой симптом. Нами изучался также средний объем (в мл) кровопотери во время удаления вышеуказанных тампонов, учитывалось также количество рецидивов кровотечения в раннем послеоперационном периоде после эвакуации тампонов.

Характеристика болевых ощущений: в I группе (марлевые тампоны) средний балл по ВАШ составил 0,94±0,16; во II группе (тампоны Merocel) – 1,92±0,91; в III группе (эластические тампоны) – 2,42±0,41; в IV группе (наливные гидротампоны) – 1,96±0,93. Объем кровотечения при удалении тампонов принципиально разнился в сравниваемых группах. В первые сутки после удаления тампонов средний объем кровопотери в I группе составил 90,32±15,1мл, во II группе – 250,12±32,2мл, в III группе – 80,14±13,1мл, и в IV группе – 50,12±7,02мл.

В течение 48 часов после удаления тампонов рецидив кровотечения наблюдался у двух пациентов из I группы (20%), у двух – из II группы (20%), у одного пациента III группы (10%); у больных IV группы кровотечение не рецидивировало.

Выводы.

1. Наиболее тяжело тампонаду полости носа переносили пациенты, у которых были применены эластические тампоны, средний балл по болевому синдрому в данной группе составил 2,42±0,41, что на 61,2, 19,2 и 20,7% больше, чем при марлевой тампонаде, тампонаде секционными гидротампонами и тампонами Merocel, соответственно. Минимальный болевой синдром отмечался при марлевой тампонаде: 0,95±0,17 балла ($p<0,05$)

2. Максимальная кровоточивость после эвакуации тампонов отмечалась при установке тампонов «Merocel», она составила 250,12±32,2 мл, что превысило кровоточивость при тампонаде марлевыми тампонами, эластическими тампонами и гидротампонами на 64, 68 и 80% соответственно, тогда как минимальный объем кровопотери наблюдался при установке секционных гидротампонов (50,12±7,02мл) ($p<0,05$)

3. Доля пациентов с рецидивами кровотечения при марлевой тампонаде и при установке тампонов «Merocel» составила 20% (n=2), при тампонаде эластическими

тампонами – 10% (n=1). Эти больные требовали повторной установки тампонов. Рецидивов кровотечения в группе с наливными тампонами не наблюдалось.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЛОР-ОНКОЛОГИИ

Виноградов В.В., Дайхес Н.А., Решульский С.С.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА РОССИИ

При соматических заболеваниях существует взаимозависимость психического и соматического. Помочь больному могут понимание его личности, и как следствие – адекватные психофармакологические и психотерапевтические воздействия.

Психосоматическая медицина давно уже отнесла онкологические заболевания к своей группе. Проблемы социального, психического, сексуального, профессионального плана касаются пациентов с раком гортани. Наложенная трахеостома мешает полноценному функционированию в обществе: возникает необходимость специального ухода, невозможность нормального общения с окружающими, профессиональная непригодность, ограничения в еде, сексуальном плане - все эти моменты могут приводить к отказу пациента от оперативного лечения, а после операции - к суицидальным мыслям.

Всего в исследование включено 40 пациентов с раком гортани III-IV ст. ($T_{2-4}N_{1-3}M0$). Возраст больных был от 40 до 79 лет, Мужчин было 36 (90%), женщин 4 (10%). Первично-множественные злокачественные новообразования мы наблюдали у 4 (4%). По степени распространения опухоли в области первичного очага и наличию регионарных метастазов наиболее часто были пациенты с IVб-стадией заболевания 28 (70%). Реже была диагностирована IIIб-стадия болезни – 12 (30%). В 57% случаев регионарные метастазы были выявлены одновременно с первичным очагом, а у 43% отсрочено, после лечения первичного очага. По локализации метастазов как слева, так и справа не обнаружено статистически достоверной разницы: 22 (54%) и 18 (43%) соответственно. Морфологически у всех больных выявлялся плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки**.**

Больные составили две группы по 20 человек: в первую группу (основную) включены пациенты, которым было проведено хирургическое лечение в объеме ларингэктомии, в вторую (группу сравнения), включены пациенты, отказавшиеся от операции и получившие лучевое лечение в виде дистанционной гамма-терапии в суммарной очаговой дозе 68-72 Гр. Опросник выраженности психосоматической симптоматики даёт информацию о преувеличении или укрытии своих симптомов пациентом. Способность справиться с той или иной стрессовой ситуацией в жизни (активное взаимодействие с ней, или подстраиваясь под неё) позволяет методика совладающего поведения «копинг-шкалы». С помощью индекса жизненного стиля можно выявить различные механизмы защиты личности.

Мы выделили четыре фактора, характеризующих психологическое состояние личности больного раком гортани в целом: эмоциональное состояние, отношение к себе и к другим, отношение к болезни и к лечению, социальный статус. В соответствии с этим, несмотря на то, что группа исследования очень мала, можно высказать предварительное мнение. Больные основной группы, которые на первом приеме в онкологическом отделении дали согласие на проведение операции, отличаются более стойким эмоциональным состоянием и критическим отношением к себе и своей болезни. Это пациенты, способные быстро и самостоятельно, без помощи родственником принимать с врачом четкие решения и определять план своего лечения. При этом они, с помощью рекомендация врача-онколога готовы продолжать лечение, реабилитацию. Они быстро восстанавливаются после операции и возвращаются к привычному образу жизни. Некоторые из них выходят на прежнюю работу. В группе сравнения пациенты чаще не способны дать согласие на операцию. Они длительно посещают врача-онколога, несколько раз обсуждают свое состояние и возможное лечение с близкими, зачастую требуя принятия решения на операцию со стороны родственников, и тяжело воспринимают известие о выявленном заболевании, что влечет необходимость оказания психологической поддержки со стороны лечащего врача в принятии решения.

Делая выводы из вышесказанного, можно выделить группу пациентов с раком гортани как одну из самых уязвимых в плане нарушения адаптации в обществе в связи с потерей голоса – как с потерей самовыражения, волеизъявления, индивидуальности и др. Они представляют интерес для дальнейшего исследования. Именно в данной проблеме надо постараться найти, причины, порождающие рак гортани, способы справиться с этой проблемой, используя особенности личности, уменьшить страдания, улучшить качество жизни.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МУТАЦИОННОЙ ДИСФОНИИ У ПОДРОСТКОВ

Серебровская О.В.

ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации» ДЗМ

Диагностика и преодоление нарушений голосовой функции у подростков представляет определенные трудности, которые связаны с физиологическими особенностями строения гортани и сложностями проведения непрямой ларингоскопии. Отсутствие достаточных знаний у родителей о возрастных изменениях и гигиене голоса нередко приводит к позднему обращению за специализированной помощью, а значительные голосовые нагрузки, связанные с интенсивным общением подростка в школе и вне учебного учреждения, приводят к хронификации расстройства и появлению вторичных психологических нарушений. Целью исследования стало изучение психологических реакций подростков на мутационные изменения голоса.

Материалы и методы. В исследование включены 43 подростка мужского пола в возрасте от 12 до 14 лет. Использовались клинические (сбор анамнеза, врачебный осмотр) и клинико-психологические (психологическое исследование) методы. Критерием включения являлась мутационная дисфония. Период мутации определялся как предмутационный и мутационный.

Мутационные изменения голоса сопровождаются трансформацией механизма голосообразования: вместо фальцетного типа голосообразования с натяжением и смыканием краев голосовых складок и головным резонированием формируется новый способ, при котором фонация осуществляется усилиями всей массы голосовых складок. Неравномерный рост голосового аппарата приводит к постепенному понижению высоты голоса на одну октаву и является физиологичным процессом, однако в ходе этого процесса подростки предъявляют жалобы на заметное сужение и непостоянство диапазона голоса, внезапно появляющийся "визг", охриплость, повышенную утомляемость и низкую акустическую "управляемость" голоса. Необходимость использовать голос в присутствии значимых сверстников (особенно противоположного пола) и учителей приводит к формированию комплекса психологических переживаний. Подростки признаются, что не могут привыкнуть к новому голосу, избегают ситуаций, в которых мутационные изменения могут быть обнаружены окружающими.

В ходе проведенного исследования пациенты были разделены на три группы. У 62,8% обследованных подростков (1-я группа) понимание своего речевого недостатка, неудачные попытки замаскировать его порождают неуверенность, робость, замкнутость,

сниженное настроение, логофобию. Предвосхищая столкновение с трудной речевой ситуацией, подростки этой группы испытывают страх обнаружения мутационных изменений, опасаются, что не смогут говорить свободно и тем самым произведут негативное впечатление на слушателей. Для таких подростков в целом оказались актуальными аффективные нарушения, склонность к астеническим формам реагирования, низкая самооценка и наличие тревожно-фобических и ситуационно-фобических расстройств ($p < 0,05$). Риск формирования школьной и социальной дезадаптации делает необходимым оказание таким подросткам специализированной психологической помощи.

Во 2-й группе (16,3% случаев) вместо избегающего поведения формируется заместительная расторможенность с показной бравадой. Для подростков этой группы характерными оказываются реакции, формирующиеся по препятственно-доминантному типу (наряду с высокой потребностью преодолеть трудности в общении, выявляются переживание ограниченной возможности свободного общения с окружающими) и по потребностно-упорствующему типу (характерно мнение о случайном избавлении от проблемы, которое произойдет само собой).

В 3-й группе (20,9%) вторичные психологические наслоения не отмечались или были слабо выражены.

При мутационной дисфонии психологические переживания являются одним из важных аспектов проблемы. При сочетании физиологических изменений голоса с рядом личностных и характерологических черт возникает риск формирования стойких нарушений коммуникации и психологических изменений, вызывающих дезадаптацию пациентов.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА – ПЕРВЫЙ ШАГ К СДЕРЖИВАНИЮ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Епифанова Н.Ю., Буркин А.В.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Лидирующую позицию в назначениях врачей для периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП) традиционно занимает цефтриаксон, который относится к цефалоспоринам III поколения (ЦС III). Наряду с фторхинолонами и карбапенемами, ЦС III находятся в зоне особого внимания как препараты, способствующие ускоренной селекции полирезистентных микроорганизмов, устойчивых к широкому спектру антимикробных препаратов (АМП).

Внедрение в ФГБУ НКЦО ФМБА России стратегии проспективного аудита с интервенционной составляющей и "обратной связью" способствовало рациональному использованию АМП при проведении ПАП.

Стратегия включала в себя три компонента:

– обучение (лекции для врачей);

– разработку руководств к действию (внутрибольничный протокол, алгоритмы и схемы проведения ПАП) и утверждение их во внутреннем приказе "О рациональном использовании лекарственных препаратов в ФГБУ НКЦО ФМБА России";

– аудит контроль за заполнением протоколов, разбор ошибок, обсуждение полученных результатов на конференциях с участием руководства Центра.

Результатом работы явилось снижение назначения цефтриаксона, увеличение потребления цефалоспоринов I-II поколения, защищенных аминопенициллинов. Данные за 2017 г. отражают положительную динамику движения АМП по сравнению с 2016 г.: количество потребления цефазолина увеличилось на 51%, амоксициллин/клавулоната – на 60%. Тем не менее, общее снижение потребление цефтриаксона в Центре за исследуемый период снизилось только на 15,3%.

Внедрение стратегии проспективного аудита с интервенционной составляющей и "обратной связью" способствует контролю назначения антибиотиков для ПАП, снижает их нерациональное использование. Процесс внедрения ПАП очень трудоемкий. Хирурги с трудом отказываются от своих стереотипов, для преодоления которых должна присутствовать постоянная "обратная связь" между хирургами и клиническим фармакологом и/или Комитетом по надзору за использованием АМП. Большую роль во внедрении ПАП в стационаре играет поддержка руководства медицинского учреждения стратегии и основных принципов рационального применения антимикробных препаратов в современных условиях.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ГЛУХОТЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Бариляк В.В.[1], Милешина Н.А.[1,2], Маркова М.В.[1], Ясинская А.А.[1,2], Орлова О.М.[3]

[1]ГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
[2]ФГБУ РНКЦ АиС ФМБА РФ
[3]ФГБУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»

Данные литературы, касающиеся состояния слуха у детей с хронической болезнью почек (ХБП) являются противоречивыми. В настоящее время в России не представлено результатов исследования слуховой функции у пациентов с ХБП до и после пересадки почки. Зарубежными исследователями описано несколько десятков случаев кохлеарной имплантации у взрослых с ХБП, оглохших после перенесенной трансплантации почки.

Факторами риска, которые способствуют развитию тугоухости у детей с ХБП, являются осложнения и/или проявления самого заболевания, а также побочные действия от проводимой терапии. При лечении ХБП используют цитостатики и петлевые диуретики, известные своим ототоксическим влиянием на внутреннее ухо, гуманизированные моноклональные антитела. После трансплантации почки всем детям назначается пожизненная иммунносупрессивная терапия. У 80-90% пациентов, находящихся на перитонеальном диализе, развивается диализный перитонит, повторяющийся иногда до 8-10 раз. В терапии этого осложнения применяют аминогликозиды.

Поражение слухового анализатора при хронической почечной патологии может быть приобретенным. Известен ряд тяжелых инфекционных заболеваний с полиорганной недостаточностью, которые способны приводить к тугоухости и к нарушениям функции почек. Изменения слуха при ХБП могут быть и генетически ассоциированными. Среди наиболее часто встречающихся – синдром Альпорта, бранхио-ото-ренальный синдром, дистальный тубулярный ацидоз, реже – синдром Шарко-Мари-Тута (Лемьё-Нимех), синдром Мукле-Веллса, Альстрем-синдром, и др. Существуют синдромы, сочетающие тугоухость и патологию почек, при которых на момент обследования изменения слуха могут быть не обнаружены. Однако бывает, что тугоухость проявляется через некоторое время, что может быть связано с временными законами генной экспрессии.

Мы провели аудиологическое обследование 63 детям с ХБП, наблюдающихся в Московском городском детском Центре гравитационной хирургии крови и гемодиализа ГБУЗ «ДГКБ святого Владимира ДЗМ». Из них 40 детей получали перитонеальный

диализ, 9 – гемодиализ. Диализ не проводился у 13 детей, 8 пациентам, ранее находившихся на перитонеальном диализе, выполнена пересадка почки.

В результате исследования нами диагностированы нарушения слуха различного характера у 13 детей (21%): у 2 – двусторонняя кондуктивная тугоухость I степени, у 2 – двусторонняя смешанная тугоухость, у 4 – двусторонняя сенсоневральная тугоухость различных степеней, у 5 пациентов (8%) – двусторонняя глухота. Все пятеро оглохших пациентов родились с пороками развития почек и аномалиями развития мочевой системы, с рядом дисфункций со стороны других органов и систем. У одного ребенка диагностирован БОР-синдром с врожденной глухотой. Четверым пациентам с двусторонней глухотой, у которых ХБП интенсивно прогрессировала до терминальной стадии болезни, проведена пересадка почки. Из них трое (все возрасте до 3 лет) оглохли в течение месяца после пересадки почки. Один ребенок 14 лет потерял слух после перенесенного сепсиса в результате отторжения имплантата.

Для слуховой реабилитации всем оглохшим пациентам была проведена односторонняя кохлеарная имплантация. Одному ребенку 2-х лет с БОР-синдромом и глухотой кохлеарная имплантация выенаполн после оперативного лечения по поводу жаберных фистул.

Таким образом, у 8% детей с ХБП нами диагностирована двусторонняя глухота, которая дополнительно ухудшает состояние ребенка-инвалида и значительно снижает его социальную адаптацию. Кохлеарная имплантация является единственным методом слуховой реабилитации глухого ребенка с ХБП. Она позволяет достичь оптимального уровня речевого развития и способствует социальной интеграции ребенка. Выявление предрасположенности к развитию тугоухости и причин развившейся глухоты у детей с ХБП после трансплантации почки, а именно – поиск молекулярно-генетических маркеров – является современным направлением в изучении патогенеза тугоухости и глухоты.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ. ШКОЛА ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Поляков А.П.[1], Решетов И.В.[2], Ребрикова И.В.[1], Косова Е.В.[1], Ратушный М.В.[1]

[1] МНИОИ им. «П.А. Герцена» (филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ
[2] ФГБОУ ВАО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ

Реабилитация ларингэктомированного пациента, включающая голосовую, легочную, обонятельную, социально-психологическую, требует мультидисциплинарного подхода. Оптимальным способом восстановления голосовой функции является трахеопищеводное шунтирование с установкой голосового протеза.

Цель работы – оптимизация реабилитации пациентов после ларингэктомии.

В МНИОИ им. П.А. Герцена произведена установка голосового протеза 25 пациентам, из них в 85% случаев голосовая реабилитация была успешной после занятий с логопедом. В 15% случаев у пациентов наблюдался спазм констрикторов глотки, что потребовало выполнение миотомии. На базе МНИОИ им. П.А. Герцена проводится школа для пациентов после ларингэктомии, в которой принимают участие хирурги и логопеды, юристы, представители компаний, которые создают различные аксессуары для голосового протеза и трахеостомы. Занятия школы проводятся 1 раз в месяц, на них присутствует от 10 до 25 человек. На занятиях предоставляется информация по уходу за голосовым протезом и трахеостомой, по реабилитации дыхания, обоняния, обсуждаются проблемы, возникающие с трахеостомой, голосовым протезом, речееобразованием и способах их устранения. Обсуждаются проблемы с адаптацией в семье и на работе, предоставляется помощь в решении юридических вопросов, связанных с заменами голосовых протезов. На занятиях школы пациенты имеют возможность задать интересующие их вопросы, пообщаться друг с другом, рассказать о своих проблемах и достижениях, ознакомиться с новыми изобретениями, подобрать для себя оптимальные принадлежности и аксессуары.

Школа обеспечивает мультидисциплинарный подход в реабилитации ларингэктомированных пациентов, что способствует удлинению срока службы голосового протеза, улучшению качества жизни пациентов.

Обеспечение оптимальной реабилитации после ларингэктомии создает благоприятные условия для жизни пациентов и является экономически оправданной.

РЕЗУЛЬТАТЫ УВУЛОПАЛАТОПЛАСТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Крюков А.И.[1,2], Тардов М.В.[1], Артемьев М.Е.[1], Заоева З.О.[1]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского»
[2]ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) встречается у 2-4% населения мира. Тяжелыми формами заболевания (индекс апноэ сна, ИАС >30) страдают около 2% из указанной группы лиц. Заболевание несет не только опасность для здоровья и жизни самого пациента в связи с эпизодами ночной гипоксемии, но СОАС имеет и очень серьезные социальные последствия, связанные с сонливостью пациентов в дневное время: 30% автокатастроф происходят из-за засыпания за рулем, 2/3 из них связаны именно с СОАС.

Схемы лечения СОАС, принятые в развитых странах, включают целый ряд рекомендованных мероприятий, а также указания на противопоказанные подходы, к которым относится лазерная увулопалатопластика (УПП) при тяжелой форме СОАС. Однако в некоторых случаях, таких как непереносимость CPAP-терапии, УПП все-таки осуществляется.

Цель работы – оценить отдаленные результаты УПП у пациентов с тяжелой формой СОАС.

Проведен кардиореспираторный мониторинг ночного сна (КРМНС) 9 пациентам в возрасте 35-64 года, оперированным с использованием различных видов УПП в разных клиниках в сроки от 1 года до 7 лет и обратившимся в НИКИО им. Л.И. Свержевского с жалобами на храп, остановки дыхания во сне и выраженную дневную сонливость. КРМНС также проведен двум пациентам с тяжелой формой СОАС до УПП и спустя 2-3 месяца после операции.

У пациентов, оперированных до обследования, ИАС составил 34-86, т.е. у всех 9 человек диагностирована тяжелая форма СОАС в отдаленном послеоперационном периоде. В случаях, когда была возможность сравнить до- и послеоперационное состояние пациентов, зарегистрировано повышение ИАС от 88 до 103 в одном случае и снижение с 30 до 21 во втором случае, в то время как положительным признается эффект метода лечения, в результате которого ИАС снижается более чем на 50% или составляет ниже 15.

Вывод. Различные виды УПП не улучшают состояние пациентов с тяжелым СОАС, а в некоторых случаях приводят к ухудшению показателей синдрома.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ГОРТАНИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ

Решульский С.С., Дайхес Н.А., Виноградов В.В.

ФГБУ НКЦ «Оториноларингологии» ФМБА РФ

Основной проблемой, которую приходится решать при реконструкции передней и боковых стенок трахеи и гортани, является поиск адекватных материалов. Возможно применение ауто-, алло- и ксенотрансплантатов. Применение каждого из указанных материалов имеет свои риски и особенности. В этой связи необходимо подчеркнуть, что выбор оптимального типа опорного имплантата для выполнения реконструктивных операций на гортани и трахеи пока является спорным вопросом.

Цель – улучшить результаты хирургического лечения больных с рубцовыми стенозами шейного отдела трахеи и гортани.

Задачи: сравнить результаты хирургического лечения пациентов с рубцовыми стенозами шейного отдела трахеи и гортани при использовании аутохряща и материалов «Аллоплант» и «Экофлон»; модифицировать технику хирургического вмешательства при реконструкции боковой стенки трахеи с целью уменьшения инфекционно-воспалительных осложнений: определить особенности заживления раны шеи при использовании данных материалов.

В основу работы положены результаты лечения 15 пациентов (13 мужчин (86,6%) и 2 женщины(13,3%)) с рубцовыми стенозами шейного отдела и трахеи гортани. Пациенты были в возрасте от 17 до 65 лет (в среднем 39±4,6 лет). В I группу вошли 6 больных, которым при восстановлении боковой стенки трахеи использовали собственный хрящ из реберной дуги; II группу составили 5 больных, которым для этой цели применили реберный аллохрящ «Аллоплант»; III группу составили 4 пациента, которым реконструктивную операцию проводили с использованием материала «Экофлон».

Больным I группы операцию выполняли следующим образом: Под эндотрахеальным наркозом проводили забор реберного аутотрансплантата из области X ребра. В I и III группах мы не наблюдали инфекционно-воспалительных осложнений со стороны раны и не наблюдали отторжения имплантата. Во всех случаях у пациентов I группы рана зажила первичным натяжением. Во II группе, где применили реберный аллотрансплантат «Аллоплант», у 2 пациентов (40%) возникли осложнения в результате отторжения имплантата и развития местных инфекционно-воспалительных реакций, что потребовало удаления внедренного материала. В дальнейшем, после стихания воспалительных реакций, для восстановления боковой стенки трахеи у данных пациентов

мы применили собственный хрящ реберной дуги. Осложнений в послеоперационном периоде мы не наблюдали.

У одного пациента (25%) из III группы, где применялся материал «Экофлон», спустя 2 месяца после операции мы наблюдали частичный выход инплантата у верхнего края трахеостомы в ее просвет. Это было ликвидировано под местной анестезией иссечением выступающей части мобилизацией кожных лоскутов и наложением швов. В дальнейшем подобной ситуации мы не наблюдали, вероятнее всего, это было связано с близким расположением трансплантата к коже во время его имплантации.

После восстановления боковой стенки трахеи и подтверждения достаточности созданного просвета для дыхания, посредством анализа показателей функции внешнего дыхания, переходили к этапу закрытия трахеостомы. Пластика передней стенки трахеи осуществлялась в среднем через 2-3 месяца после формирования боковых стенок трахеи.

По способу пластики передней стенки трахеи пациенты были разделены на 4 группы. Пяти пациентам (33,4%) восстанавливали переднюю стенку местными тканями по Бокштейну, 6 (40%) выполнялась пластика передней стенки трахеи реберным аутотрансплантатом из реберной дуги X ребра. У 2 (13,3%) пациентов мы применили для этой цели материал «Аллоплант» и у 2 – материал «Экофлон». Следует отметить, что для формирования передней стенки трахеи у этих же пациентов мы использовали материал, аналогичный примененному для формирования боковых стенок трахеи.

Осложнения на данном этапе реконструкции органов шеи возникли у одного пациента, у которого для укрепления передней стенки трахеи был использован трупный материал «Аллоплант». У него возникло частичное нагноение раны, что привело к формированию свища в дальнейшем закрывшемся самопроизвольно. Во всех остальных группах мы не наблюдали инфекционно-воспалительных осложнений.

Выводы:

1. Применение аутохряща при реконструкции боковых и передней стенок трахеи снижает риск развития инфекционно-воспалительных осложнений.
2. Формирование ложа для имплантации материала при наращивании боковой стенки трахеи из доступа по латеральному краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы препятствует попаданию отделяемого из трахеи в рану, тем самым снижая риск развития инфекционно-воспалительных осложнений.
3. Применение ксеноматериала «Экофлон» при реконструкции боковых и передней стенок трахеи не уступает по эффективности применению аутохряща и не требует дополнительного хирургического вмешательства.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН

Царапкин Г.Ю., Товмасян А.С., Артемьева-Карелова А.В., Кочеткова Т.А.

ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского» ДЗМ

Наиболее частая операция, которую проводит оториноларинголог с целью восстановления носового дыхания – это хирургическое вмешательство на нижней носовой раковине (ННР). Если септопластика (подслизистая резекция перегородки носа) преследует цель формирования симметричных половин полости носа за счет срединного положения перегородки носа, то хирургические вмешательства на ННР – увеличение просвета общего носового хода. На сегодняшний день хирурги применяют различные виды вмешательств на ННР, которые могут выполняться в нескольких модификациях. Например, при хирургическом лечении вазомоторного ринита используют разрушение (дезинтеграцию) кавернозной ткани ННР. Фиброзная гипертрофия ННР является к щадящему иссечению ткани ННР, а костная гипертрофия ННР – к подслизистой остеоконхотомии. В практике врачи часто применяют люксацию ННР с последующей латероконхопексией, что преследует цель уменьшить объем вмешательства на тканях раковины за счет увеличения расстояния до остова перегородки носа. По своей сути это ятрогенный перелом ННР со смещением. Хотя данный вид операции широко применяется в практической оториноларингологии, мы можем с уверенностью констатировать, что на сегодняшний день нет четких показаний для проведения данного хирургического вмешательства, и научные данные по его клинической эффективности отсутствуют.

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

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

КТ-исследование носа и ОНП проводили в двух проекциях с толщиной среза 0,25 мм. Изображение увеличивали (zoom) до 300-600%, при котором четко визуализировали костную структуру ННР. Сроки проведения: до лечения и на 30 сутки после операции. На томограмме носа и ОНП, проведенной на дооперационном этапе, мы измеряли толщину

косной пластики ННР в мм на всем её протяжении. Далее сопоставляли данные рентгенологического исследования до и после операции, при этом особое внимание уделяли положению костных отломков ННР по отношению к месту перелома и соотносили полученные с данными дооперационного исследования. Таким образом, в нашем исследовании было 42 ННР.

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

Полученные нами данные имеют важное значение в планировании хирургического вмешательства на ННР.

РОДОВАЯ ТРАВМА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ЭТМОИДИТА У ДЕТЕЙ

Шакурова Д.А.

Поликлиники №3 Детской республиканской клинической больницы, г. Казань

Острый этмоидит является частым воспалительным заболеванием придаточных пазух носа у детей раннего возраста. Причиной этого служит застой слизистого секрета и последующее его нагноение.

У детей до трех лет воспалительным процессом поражаются этмоидальные и верхнечелюстные пазухи, так как только они имеются в данном возрасте. С 4-7 лет в воспалительный процесс уже могут вовлекаться и основная пазуха, фронтиты встречаются, как правило, в более старшем возрасте, после 8 лет. После 5 лет наиболее часто подвержены воспалительному процессу верхнечелюстные пазухи, затем этмоидальные, фронтальные и реже основные. У детей обычно в воспалительный процесс вовлекаются несколько пазух, особенно часто сочетаются гайморит и этмоидит.

В норме мукоцилиарный клиренс обеспечивает эвакуацию слизистого секрета из полости носа и придаточных пазух. Нарушение этого процесса или дискинезия может быть связана с родовой травмой шейного отдела позвоночника. При этом вокруг пораженных шейных позвоночно-двигательных сегментов формируется

симптомокомплекс миофиксаций, имеющий, безусловно, защитный характер, но нарушающий нормальное функционирование органов, охваченных этим процессом.

Цель настоящей работы – повышение эффективности диагностики спондилогенных острых этмоидитов у детей.

Задачи:

– оценить взаимосвяз острых этмоидитов у детей с патологией шейного отдела позвоночника;

– разработать методику исследования биоэлектрических потенциалов мышц проекции решетчатой пазухи при помощи накожных поверхностных биполярных электродов;

– сформировать методы лечения и профилактики спондилогенных острых этмоидитов у детей. – об этом ни слова не сказано

Исследуемую совокупность составили 109 пациентов в возрасте от 3 до 18 лет, в том числе 48 мужского пола (44,0%) и 61 – женского (56,0%). Пациенты были разделены на 3 группы. Первую составили 39 человек, страдающих острым этмоидитом; вторую – 35

пациентов с другими заболеваниями ЛОР-органов; третью – 35 относительно здоровых лиц.

Для оценки состояния нервно-мышечного аппарата шеи с целью выявления спондилогенного этмоидита мы решили провести электромиографическое исследование мышц проекции решетчатой пазухи (круговая мышца глаза и жевательная мышца) в сравнении с вероятно интактной, невовлеченной в зону патологической импульсации из позвоночно-двигательных сегментов – передней перстне-щитовидной мышцей.

В результате проведенного статистического анализа были установлены критические значения электромиографических показателей, обладающие 100%-ной диагностической эффективностью.

ВЫВОДЫ:

1. Для подтверждения диагноза «спондилогенный этмоидит», помимо рентгеновского метода исследования, целесообразно использовать электромиографический метод обследования.

2. По данным стимуляционной ЭМГ при этмоидите – амплитуда М-ответа ниже нормы. Это связано, прежде всего, с увеличением напряжения мышц зоны локализации решетчатой пазухи (круговая мышца глаза, жевательная мышца).

3. Латентность М-ответа в первой группе пациентов превышала норму с двух сторон, тогда как для пациентов с другими заболеваниями ЛОР-органов были характерны односторонние изменения показателя – в соответствии со стороной поражения.

4. Данные электромиографического заключения при этмоидите и других лор-заболеваниях предопределяют тактику дальнейшего лечения и ведения данных пациентов.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МУТАЦИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

Добрецов К.Г.[1], Франк Л.А.[2,3], Красицкая В.В.[2], Трикман О.П.[4]

[1]ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр» ФМБА России
[2] ФГБУН «Институт биофизики» СО РАН
[3] Сибирский Федеральный университет
[4]ФГБУЗ «Клиническая больница №51» ФМБА России

Профессиональная сенсоневральная тугоухость (ПСНТ) – хроническое заболевание органа слуха, характеризующееся двусторонним нейросенсорным нарушением слуховой функции, развивающимся при длительном (более 10 лет) воздействии производственного шума, превышающего предельно-допустимые уровни (ПДУ) – более 80 дБА. Несмотря на превышающий ПДУ шума, который воздействует на всех работников, развитие ПСНТ возникает не у всех. Следовательно, на возникновение тугоухости влияют дополнительные факторы, которые носят индивидуальный, персонифицированный характер. К таким специфическим факторам человека относится генетика. Генетические основы развития нейросенсорной тугоухости шумовой этиологии изучены мало, однако генетическая взаимосвязь была четко продемонстрирована в экспериментах на животных.

Цель исследования – определение взаимосвязи мутации фермента каталазы (CAT) на развитие профессиональной нейросенсорной тугоухости у лиц, работающих в шуме.

С 2016 по 2017 гг. было аудиологически и генетически обследовано 443 работника АО «Красмаш», работающих в цеху. Исследование слуха осуществлялось тональной и речевой аудиометрией – с помощью шепота или обычной разговорной речи. Тональная аудиометрия проводилась по стандартной методике, диапазон частот во время непосредственного обследования составляет примерно 125-8000 Гц. Генетическое обследование выполнялось путем взятия венозной крови у работников цеха. Мишенями мутациями были выбраны однонуклеотидные полиморфизмы rs 494024 в гене CAT. Выявление полиморфизмов проводили с помощью разработанного нами ранее биолюминесцентного способа выявления однонуклеотидных полиморфизмов (SNP).

В результате аудиологического обследования было выявлено 122 человека со снижением слуха: 90 с I степенью, 30 – со II и 2 –с III степенью. Среди них 102 мужчины (83,61%) и 20 женщин (16,39%). Медианный возраст 57 лет (51-61). Медиана по стажу работы в условиях шума – 13,5 лет (7,8-35). Учитывая, что профессиональная тугоухость развивается у работающих в шуме 10 лет и более, с наибольшей частотой – в периоды работы в шуме 10-19 лет. Поэтому была сформирована группа работников со стажем от 5 до 16 лет включительно. Для экспериментальной (n=53) и контрольной (n=117) групп медианный стаж достоверно не отличался и составлял соответственно 10 (7-12) и 10 (8-13)

лет. В экспериментальную группу вошли 10 женщин и 43 мужчины, а в группу контроля 47 женщин и 70 мужчин.

Было обнаружено, что носители генотипа CT по полиморфизму rs 494024 в гене каталазы среди работников, имеющих нарушение слуха и стаж работы в условиях шума от 5 до 16 лет, встречаются в два раза чаще, а генотип в данной группе CC – достоверно реже. Таким образом, возможно предположить, что данный полиморфизм имеет связь с риском развития нарушений слуха, связанных с воздействием шума.

Для оценки влияния на проявление эффекта данного минорного аллеля мы оценили доминантную модель наследования, объединив всех носителей полиморфизма (гетерозигот и мутантных гомозигот). При этом носители полиморфизма почти в три раза чаще встречались среди экспериментальной группы (ОШ: 2,95; 95% ДИ: 1,38 – 6,29, p=0.004). Для работников со стажем от 5 до 16 лет аллель T полиморфизма rs 494024 в гене каталазы является предрасполагающим к развитию нарушения слуха совместно с воздействием шума.

Таким образом, разработанный способ биолюминесцентного анализа для определения однонуклеотидных полиморфизмов позволяет проводить надежное генотипирование.

Обнаружена взаимосвязь наличием генетических мутаций rs 494024 в гене каталазы и развития профессиональной нейросенсорной тугоухостью у работников, имеющих стаж от 5 до 16 лет в условия повышенного шума. Поскольку исследуемая выборка была небольшой, необходимы дополнительные исследования для изучения обнаруженной взаимосвязи.

РОЛЬ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ГОРТАНИ

Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Решульский С.С., Коробкин А.С., Гафурова А.И.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

К основным методам диагностики рака гортани относятся осмотр и пальпация, непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия, рентгенологические исследования, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи. Из рентгенологических методов исследования наиболее распространенным методом является компьютерная томография, которую применяют для определения распространенности опухолевого процесса. Одним из методов диагностики рака гортани является ультразвуковое исследование с применением интервенционных методик, а именно чрескожной гарпунной биопсии с последующей гистологической верификацией.

Цель работы – повышение ранней диагностики рака гортани с применением метода чрескожной гарпунной биопсии под ультразвуковой навигацией.

Ультразвуковое исследование позволяет выявить опухолевое поражение, определить локализацию новообразования, дать характеристику распространенности опухолевого процесса, определить взаимоотношение с прилежащими органами и тканями. Под контролем ультразвукового монитора проводят взятие биопсии с помощью автоматического прибора для тканевой биопсии, в зависимости от расположения и глубины залегания образования на нем устанавливается длина выходящей части гарпуна. После обработки операционного поля под местной инфильтрационной анестезией выполняется чрескожная пункция, глубина и направление подвижного гарпунного стилета контролируется нажатием на рычаг устройства, срезается фрагмент ткани из толщи опухоли, после чего стилет извлекается наружу. Полученный столбик биопсийного материала, диаметром до 0,2 см, достаточен для выполнения как гистологического, так и иммуногистохимического исследования.

Нами проведено 27 исследований по методике чрескожной гарпунной биопсии под УЗ-навигацией. В 95% случаев получено подтверждение злокачественного поражения органа: верифицирован плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки. К осложнениям можно отнести умеренно выраженный болевой синдром (до 10% случаев) и гематома в области биопсии (до 2% случаев), которые купируются локальной гипотермией и однократного назначения анальгетиков.

Выводы. Ультразвуковое исследование позволяет выявить опухолевое поражение органа, уточнить локализацию и распространенность процесса и верифицировать опухоль

методом чрескожной гарпунной биопсии под контролем ультразвукового монитора, а значит – установить диагноз и выработать дальнейшую тактику лечения больных.

РОЛЬ КОРРЕКЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ГОЛОСА

Михалевская И.А., Осипенко Е.В.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Коррекционное обучение лиц с нарушениями голоса является важной и незаменимой составной частью комплексного лечебно-реабилитационного воздействия. В отделении фониатрии «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России оказывается специализированная помощь детскому и взрослому населению с заболеваниями гортани. Контингент пациентов, получающих логопедическую помощь, весьма разнообразен. По месту жительства это Москва и Московская область, регионы Российской Федерации. По возрасту – от 4 до 82 лет. Коррекционно-педагогическая работа основана на использовании основных принципов специальной педагогики: индивидуального подхода, систематичности, сознательности и активности, доступности, постепенного повышения требований, всестороннего воздействия, а также на основе этиопатогенетического принципа, принципов учета симптоматики, комплексности.

Фонопедия – это комплекс педагогического воздействия, направленного на постепенную активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани специальными упражнениями, коррекцию дыхания и личности обучающегося. (Лаврова Е.В., 2007). Фонопедия улучшает кровоснабжение в тканях гортани, венозный и лимфатический отток, нормализует тонус голосовых складок, что является мощным лечебным и профилактическим эффектом и позволяет предотвратить возникновение осложнений. Голосовые складки смыкаются корректно, исключается механическая травма. Ведущая роль при восстановлении большинства нарушений голоса различной этиологии принадлежит функциональным тренировкам голосового аппарата, благодаря которым формируется оптимальный способ голосоведения.

Наряду с традиционными фонопедическими методиками нами применяется компьютерный тренинг с биологической обратной связью (БОС) lingWAVES TheraVox, «Dr. Speech 4,0». Используется многопараметрическая БОС, при которой осуществляется одновременная подача зрительного и слухового сигнала. Благодаря БОС пациенты могут сознательно управлять и контролировать частоту и амплитуду колебаний голосовых складок, их степень напряжения. Дифференцированное применение БОС определяется степенью нарушения голосовой функции, состоянием речевого слуха, психологическими особенностями пациента. Особенно эффективна данная методика при работе с детьми.

Многие лица с нарушениями голоса живут в разных регионах РФ и не могут получать по месту жительства высококвалифицированную логопедическую помощь. На

базе ФГБ «НКЦ оториноларингологии» было организовано дистанционное фонопедическое обучение, которое доказало свою эффективность. Дистанционные занятия проводятся с помощью программы Skype, установленной на персональном компьютере, подключенном к интернету.

Обучающий процесс обеспечен обратной связью между логопедом и пациентом, поурочными учебными материалами. Результаты восстановительного обучения показали, что у 67% лиц с нарушениями голоса удалось полностью восстановить голосовую функцию. Это заключалось в нормализации ларингостробоскопической картины, функциональных возможностей голоса, определяемых инструментально. Значительное голосовое улучшение отмечено у 27% лиц с нарушениями голоса. Причиной низкой динамики (6%) является тяжелая форма нарушений голосового аппарата: рецидивирующий папилломатоз, рубцовые деформации гортани, рак гортани.

Коррекционно-педагогические методы восстановления голоса являются высокоэффективными и не имеют противопоказаний. Они позволяют достигать хороший функциональный результат и в ряде случаев избежать хирургического лечения.

РОЛЬ ПЭТ/КТ С ФДГ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕНОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

Захаркина Т.В.[1,2], Куликов Е.П.[1], Зайцев М.Б.[2], Рязанцев М.Е.[2]

[1]ФГБОУ ВО «РязГМУ им. академика И.П. Павлова» МЗ РФ
[2] ГБУ РО «Областной клинический онкологический диспансер», Рязань

В последние годы в диагностике ряда онкологических заболеваний неуклонно растет роль совмещенной позитронно-эмиссионной и рентгеновской компьютерной томографии (ПЭТ/КТ) с радиофармпрепаратом ^{18}F-фтор-2-дезокси-D-глюкозой (ФДГ). Особый интерес заключается в изучении возможностей данного метода в диагностике метастазов в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага (ВПО).

ПЭТ/КТ с ФДГ может проявить свою эффективность в диагностике данной патологии, т.к. в отличие от стандартных диагностических методов, этот метод позволяет получить функциональные и анатомические данные, визуализировать опухолевые очаги малого размера и провести исследование всего тела. То есть в пределах одного исследования возможно не только установить локализацию первичного очага, но и оценить распространенность опухолевого процесса.

Цель исследования – оценка возможностей ПЭТ/КТ с ФДГ в диагностике метастазов в лимфатические узлы шеи без ВПО.

Нами ретроспективно проанализированы результаты ПЭТ/КТ-исследований 72 больных с метастазами в лимфатические узлы шеи без ВПО. Мужчин было 58 человек (80,6%), женщин – 14 (19,4%), возраст больных – от 27 до 83 лет (в среднем 60,68±10,36). Во всех случаях метастатическое поражение лимфатических узлов шеи было подтверждено морфологически: у 65 пациентов по данным гистологического (90,3%), у 7 –по данным цитологического (9,7%) исследования. По гистологическому строению превалировали метастазы плоскоклеточного рака различной степени дифференцировки (61,6%). У 10,8% больных выявлена картина метастазов аденокарциномы, у 9,3% – меланомы, у 7,7% – недифференцированного рака. Другие формы представлены единичными наблюдениями.

Всем больным был выполнен комплекс общеклинических, инструментальных и лучевых методов обследования с целью поиска первичного очага и оценки распространенности опухолевого процесса. В результате чего первичную опухоль выявить не удалось, данных за отдаленное метастазирование получено не было. Все пациенты направлены на ПЭТ/КТ с ФДГ.

В результате ПЭТ/КТ с ФДГ у 48 больных отмечено накопление радиофармпрепарата в различных органах и тканях. После дообследования в соответствии с полученными результатами у 26 человек был подтвержден и гистологически верифицирован предполагаемый при ПЭТ/КТ первичный очаг. В остальных (18) случаях первичный очаг не подтвердился и эти случаи расценены как ложноположительные. Ложноположительные результаты обусловлены в основном неспецифичностью применяемого радиофармпрепарата, который помимо опухолевых, активно накапливается и в воспалительных очагах, либо некоторой асимметрией физиологического накопления ФДГ. С целью выявления возможных различий между ПЭТ/КТ картинами, характерными для истинно положительных и ложноположительных результатов, мы сравнили полученные данные в зависимости от среднего уровня SUVmax радиофармпрепарата. Наиболее высокие показатели метаболизма наблюдались при истинно положительных результатах ПЭТ/КТ. Среднее значение SUVmax ФДГ в очагах гиперметаболизма составило 10,78±3,13. А при ложноположительных результатах среднее значение SUVmax было достоверно ниже и составило 6,55±1,48 ($p < 0,001$). Это факт подчеркивает, что при расшифровке результатов ПЭТ/КТ с ФДГ и дифференциальной диагностике характера накопления радиофармпрепарата, чем выше SUVmax, тем больше вероятность того, что очаг гиперфиксации ФДГ является первичной опухолью. Однако, учитывая, то, что ФДГ не является специфическим туморотропным препаратом, руководствоваться уровнем SUVmax в разграничении доброкачественных и злокачественных изменений не правомочно.

Ложноотрицательные результаты были получены у 4 больных. У этих пациентов первичный очаг реализовался во время лечения и последующего динамического наблюдения и выявлен в 3 случаях с помощью ФЛС – в носоглотке, гортаноглотке и корне языка и в одном случае с помощью КТ органов грудной клетки и ИГХ исследования – в легких. При этом соответствующего накопления ФДГ в указанных очагах при ПЭТ/КТ у них не наблюдалось, что, скорее всего, связано с отсутствием тропности радиофармпрепарата.

На основании полученных данных, были рассчитаны диагностические показатели ПЭТ/КТ с ФДГ в выявлении первичного очага. Чувствительность ПЭТ/КТ составила 86,7%, специфичность 57,1 % и точность 69,4 %.

Таким образом, первичный очаг по результатам ПЭТ/КТ с ФДГ был диагностирован в 26 случаях из 72 (36%). В большинстве случаев (65,3%) опухоль локализовалась в органах головы и шеи, у 23,2 % - в легких, у 7,6% в пищеводе и шейке матки.

Кроме того, с помощью ПЭТ/КТ с ФДГ были выявлены отдаленные метастазы у 30 пациентов (42%), которые при первичном обследовании не были диагностированы. В основном метастазы локализовались в лимфоузлах средостения, костях и легких. У 9 пациентов выявлены множественные метастазы в кости, головной мозг, легкие, отдаленные лимфоузлы, т.е. у них констатирована генерализация опухолевого процесса. Во всех этих случаях ПЭТ/КТ с ФДГ повлияла на тактику их дальнейшего лечения в пользу системного.

Таким образом, использование ПЭТ/КТ с ФДГ у больных с метастазами в лимфатические узлы шеи без ВПО позволило выявить первичную опухоль у 36% полностью обследованных больных, а у 42% больных – диагностировать отдаленное метастазирование. В результате исследования у 78% больных данные ПЭТ/КТ изменили тактику их дальнейшего лечения.

СЕПТАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Крюков А.И.[1,2], Царапкин Г.Ю.[1], Товмасян А.С.[1], Горовая Е.В.[1], Мусаева М.М.[1]

[1]*ГБУЗ «НИКИО оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» ДЗМ*
[2] *ФГБОУ* ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Ключевой структурой, которая определяет нос как парный орган, является перегородка носа (ПН), обеспечивающая цикличность и симметричность деятельности полости носа и всех его функций. Деформированная ПН изменяет направления потоков воздуха, проходящего через полость носа при дыхании. Возникающая при этом вазомоторная дисфункция повышает внутриносовое сопротивление, проявляющееся затруднением носового дыхания.

Лечение септальной деформации – исключительно хирургическое. Все хирургические манипуляции проводятся на её костно-хрящевом остове, при этом конечной целью операции является срединное положение ПН. Это условие позволяет не только улучшить носовое дыхание, но и нормализовать потоки вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, так как сагиттальное расположение перегородки носа является одним из основных условий, обеспечивающих ламинарное течение воздушной струи в общем носовом ходе.

Септопластика на сегодняшний день является методом выбора хирургического лечения пациентов с деформацией ПН. Клиническая эффективность малоинвазивной хирургии ПН доказана временем и не подвергается сомнению. Но, несмотря на это, нам всё же приходится сталкиваться с неудовлетворительными результатами хирургической коррекции ПН, когда в отдаленном периоде ПН смещается в сторону, значительно суживая просвет общего носового хода. Развитие вторичной девиации (деформации) ПН сложно прогнозировать. Отсутствие научных данных о причинах развития этого осложнения привело к тому, что на сегодняшний день не разработаны меры профилактики, предупреждающие смещение от средней линии четырехугольного хряща.

Цель работы – изучить частоту развития вторичного искривления хрящевого отдела ПН после септопластики в зависимости от характера искривления.

Под нашим наблюдением было 72 больных с деформацией ПН и хроническим гипертрофическим ринитом (женщин 34, мужчин 38 в возрасте от 18 до 47 лет). Критерии включения: деформация ПН с односторонним латеральным смещением её хрящевого отдела. В зависимости от вида деформации ПН, все больные были разделены на две

клинические группы, сопоставимые по полу и возрасту: 1-я группа (36 человек) – с С-образным искривлением ПН; 2-я группа (36 человек) – с деформацией ПН в виде гребня. В каждой клинической группе больных нами было выделено по три подгруппы по 12 пациентов, отличающиеся выраженностью септального искривления: А-подгруппа – септальное смещение перекрывает общий носовой ход до 1/3 просвета; В-подгруппа – септальное смещение перекрывает общий носовой ход до 2/3 его просвета; С-подгруппа – септальное смещение перекрывает общий носовой ход на 2/3 и более.

Всем больным, находившихся по наблюдением, мы провели септопластику с шинирование ПН и нижнюю щадящую конхотомию. Операцию завершали тампонадой полости носа секционными гидротампонами. Срок септального шинирования составил 7 дней, послеоперационной тампонады – 24 часов. При оценке эффективности проведенного лечения мы применили четырёхбалльную визуально-аналоговую шкалу (ВАШ): 0 баллов – ПН располагалась по средней линии, 1 балл – латеральное смещение хрящевого отдела до 1/3, 2 балла – до 2/3 и 2 балла ВАШ – 2/3 и более просвета общего носового хода. Исследование проводили до операции, на 10-е и 180-е сутки после лечения.

У всех больных обеих клинических групп при контрольном исследовании на 10-е сутки после операции ПН занимала срединное положение (0 баллов по ВАШ). При осмотре больных через 6 месяцев после хирургического лечения нами было зафиксировано, что у всех больных 1А- и 2А-подгрупп ПН занимала срединное положение (0 баллов по ВАШ).

Данный результат был отмечен нами у 10 (88,3%) пациентов 1В-подгруппы, 8 (66,7%) 1С, 6 (50%) пациентов 2В и 3 (25%) больных 2С-подгрупп. Вторичное искривление нами было отмечено у 2 (16,7%) пациентов 1В-подгруппы (1,5 балла по ВАШ). Такой же результата проведенной септопластики был зафиксирован у 4 (33,3%) человек 1С-подгруппы (1,25 балла по ВАШ), у 6 (50%) пациентов 2В-подгруппы (1,17 балла по ВАШ) и у 9 (75%) больных 2С-подгруппы (1,33 балла по ВАШ).

Таким образом, наше исследование показало, что развитие вторичного искривления ПН после септопластики напрямую коррелирует с видом и степенью септального искривления и наблюдается у 54,17% пациентов с III степенью искривления (по классификации Г.С. Протасевича, 1979). Для получения статистически достоверных результатов планируется продолжить исследование.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Мусатенко Л.Ю.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

В последние годы отмечается увеличение числа оториноларингологических больных, которым проводятся симультанные операции. Во многом это объясняется достижениями в области анестезиологии, совершенствованием технической оснащенности хирургических вмешательств, созданием мощных антибактериальных, биологически активных препаратов, существенно снижающих риск развития интра- и послеоперационных осложнений.

С 2013 по 2018 гг. в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено обследование и лечение 43 пациентов, в возрасте от 18 до 59 лет с сочетанной патологией носа, включающей искривление перегородки носа, вазомоторный ринит, синехии полости носа.

У всех 43 пациентов основной жалобой было выраженное затруднение носового дыхания, наблюдавшейся в течение длительного времени (от 2 до 15 лет). В анамнезе у каждого из них имелись сведения о ранее перенесенных травмах носа, эндоназальных хирургических вмешательствах, направленных на восстановление функционального состояния носа.

При обследовании у всех пациентов выявили наличие искривления перегородки носа, характерные признаки вазомоторного ринита, синехии в полости носа. У 36 больных синехии обнаружены в одной половине носа, у 7 – в обеих половинах. Их локализация, протяженность были вариабельны, толщина не превышала 2-3 мм.

Хирургическое лечение сочетанной патологии носа у данного контингента больных проводили под эндотрахеальной анестезией, одномоментно. Септопластику выполняли используя щадящие традиционные методики. Иссечение синехий полости носа, двустороннюю вазотомию нижних носовых раковин проводили разработанными нами способами, основанными на использовании излучения импульсного твердотельного ИАГ-Но (гольмиевого) лазера (длина волны 2,09 мкм), установки СТН-10. Они характеризуются простотой выполнения, гипореактивным течением послеоперационного периода, быстрым и качественным заживлением операционных ран.

По окончании операции в обе половины носа устанавливали пальцевые тампоны сроком на одни сутки, проводилась антибактериальная, симптоматическая, противовоспалительная терапия.

Улучшение риноскопической картины, показателей носового дыхания пациентов отмечали уже на 2-3 сутки после хирургического лечения. Полное восстановление основных функций носа констатировали на 5-7 сутки, риноскопической картины –к концу первого месяца. На протяжении контрольного периода, от 6 месяцев до 2 лет, положительный результат стойко удерживается у 35 (81,4%) лиц исследуемой группы. В 5 случаях (11,6%) имел место рецидив синехий полости носа, в 3 (7,0%) – вазомоторный ринит, вследствие чего пациентам потребовалось повторное лазерное хирургическое вмешательство.

Таким образом, одномоментое хирургическое лечение сочетанной патологии носа с использованием излучения гольмиевого лазера характеризуется быстрым и стойким восстановлением функционального состояния носа, в подавляющем большинстве случаев позволяет исключить стрессовый фактор повторных операций, сократить сроки реабилитации больных.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ОТОСКЛЕРОЗА

Крюков А.И.[1,2], Гаров Е.В.[1], Зеликович Е.И.[1], Зеленкова В.Н.[1], Загорская Е.Е.[1]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
[2] ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

По мнению ряда авторов, за последние 30 лет в мире отмечено уменьшение количества случаев отосклероза (ОС), увеличение распространённых форм со смешанным характером тугоухости и рост числа больных среднего возраста [Дондитов Д.Ц., 2000; Perez –Lazaro J. et al., 2005; Gristwood R., Bedson J., 2008]. Другие исследователи связывают уевеличение случаев ОС в структуре заболеваний и хирургического лечения патологии уха и сосцевидного отростка с улучшением диагностики этой патологии [Крюков А.И. и соавт., 2017]. Диагностика ОС у больных тугоухостью возможна на основании жалоб, данных анамнеза, отомикроскопии и аудиологических методов исследования [Vicente A. et al., 2006]. Как свидетельствуют многие исследователи, такой субъективный подход обрекает отохирурга на интраоперационные неожиданности, снижающие эффективность хирургического лечения, а больного – на интра- и постоперационные осложнения, чреватые необходимостью повторных операций [Whetstone J. et al., 2014; Molinero J. et al., 2016].

Цель исследования – анализ алгоритма диагностики и его эффективности у больных отосклерозом.

В отделе микрохирургии уха Института им. Л.И. Свержевского за 2009-2017 гг. было обследовано 968 больных различными формами ОС, из них активную фазу заболевания имели 288 (29,8%) пациентов. Возраст больных колебался от 16 до 74 лет (средний – 41,9±1,86). Чаще заболеванием страдали женщины (690больных, 71,3%) в сравнении с мужчинами (278, 28,7%).

Все пациенты предъявляли жалобы на снижение слуха, субъективный шум в ушах низкой или средней тональности. Длительность тугоухости у больных составляла от 2 до 50 лет.

Камертональное исследование ($C_{128-512}$) позволяло определить наличие костно-воздушного интервала (КВИ) и хуже слышащее ухо, а также служило показанием к проведению тональной пороговой аудиометрии (ТПА). Несмотря на субъективность исследования, ТПА играет важную роль в определении вида тугоухости. Результаты ТПА мы интерпретировали в соответствии с классификацией ОС в зависимости от порогов костной проводимости (КП), предложенной Н.А. Преображенским и О.К. Патякиной (1973). Эти авторы выделяют следующие формы заболевания: тимпанальную (средние пороги КП в диапазоне от 0,5-2 кГц – до 20 дБ), смешанную I (от 20 до 30 дБ), II (>30 дБ)

и кохлеарную. По данным ТПА, из 968 больных тимпанальная форма ОС выявлена у 215 пациентов (22,2%), смешанная I – у 326 (33,7%), смешанная II – у 399 (41,2%), кохлеарная – у 28 (2,9%).

У всех больных при речевой аудиометрии в зависимости от выраженности тугоухости отмечалась 100% разборчивость речи, если пороги слуха по КП не превышали 30-35 дБ. По данным акустической импедансометрии, у всех пациентов с тимпанальной и смешанной формами отмечена тимпанограмма типа «А» по J. Jerger (1970) с отсутствием акустического рефлекса при КВИ ≥ 25 дБ.

Ультразвуковая (УЗВ) аудиометрия играет большую роль в выявлении «первичности» или «вторичности» сенсоневрального компонента тугоухости при смешанной форме, диагностике кохлеарной формы ОС и определении гидропса лабиринта. При анализе результатов УЗВ аудиометрии выявлено, что у больных ОС пороги восприятия УЗВ были до 15 дБ, а при кохлеарной форме ОС – в пределах нормы или несколько выше.

Компьютерная томография (КТ) височных костей выполнена у 477 (49,3%) больных ОС. Показанием к её проведению являлись молодой возраст (до 40 лет), наличие симптома Шварца для исключения активного ОС, односторонняя и смешанная формы тугоухости, рецидив тугоухости после стапедопластики, а также – нейросенсорная тугоухость на ТПА при наличии семейного анамнеза тугоухости и нормальных порогов восприятия УЗВ для исключения кохлеарной формы ОС.

КТ височных костей выполняли для определения наличия и распространения очагов ОС в капсуле лабиринта, а КТ-денситометрия – для оценки их плотности. Фенестральная локализация характеризовалась расположением очагов в области окна преддверия капсулы лабиринта; ретрофенестральная – вокруг базального и апикального завитков, у круглого окна, полукружных каналов и дна внутреннего слухового прохода; смешанная – комбинированными вариантами. Участки пониженной плотности капсулы лабиринта

< 1000 ед. HU (Hounsfield) считали активным ОС (в норме +2000 - +2200 ед. HU). Большое значение в диагностике данного заболевания играла квалификация рентгенолога.

В результате анализа данных КТ височных костей до операции у 95 больных (107 ушей) очаги ОС выявлены в 86,9% случаях, из них фенестральная локализация – в 76,3%, смешанная – в 21,5% и ретрофенестральная – в 2,1%. Односторонний процесс диагностирован у 7,4% пациентов. Средняя плотность очагов в области впереди-оконной щели составила 1085,3 ед HU, в капсуле лабиринта – 960,5 ед HU. Облитерация ниши окна преддверия отмечена в 5,3% случаях, нависание канала лицевого нерва – в 3,2%,

сочетание ОС с фистулой ВПК – в 1,1% случаев и гломусным образованием барабанной полости – в 1,1%.

Таким образом, современная диагностика ОС включает тщательный анализ жалоб и анамнеза заболевания, грамотную интерпретация аудиологических и данных КТ височных костей, которые позволяют правильно установить диагноз и его стадию, чтобы разработать адекватную тактику лечения больного.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРЕДРАКЕ И РАКЕ ГОРТАНИ

Телегина Л.В., Пирогов С.С., Соколов В.В., Поляков А.П., Каприн А.Д.

«МНИОИ им. П.А. Герцена» – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ

В МНИОИ им. П.А. Герцена для лечения больных предраком и раком гортани (РГ) разработан и применяется ряд методик видеоэндоларингеальной хирургии с использованием гибкой видеоэндоскопической техники, Nd:YAG-лазерной деструкции, аргоноплазменной коагуляции (АПК), электрорезекции и фотодинамической терапии (ФДТ).

За период с 1987 по 2018 гг. видеоэндоларингеальное эндоскопическое лечение выполнено 260 больным (мужчин было 206, женщин – 54, возраст – от 14 до 82 лет): с дискератозом и дисплазией I-III степени среднего отдела гортани – 60 больных (**I группа**); ранним раком среднего отдела гортани, стадии Tis-T1N0M0 – 65 (**II группа**); резидуальным (25) и рецидивным (27) раком гортани – 52 (20 из них – после ДЛТ, 5 – после эндоларингеальной резекции и рецидивом рака среднего отдела гортани через 1 год – 35 лет после ДЛТ 40-60 Гр – **III группа**); рецидивирующим папилломатозом гортани – 83 (**IV группа**).

Для проведения эндоларингеального лечения (I этап) были использованы: фибро- и видеобронхоскопы фирмы «OLYMPUS» (Япония); Nd:YAG-лазерные установки: UNILAS-60 (Германия) и УЛЭ-01 «Т-МАШ» (Россия); электрохирургический аппарат для АПК - ERBE ACC 300 (Германия). Метод ФДТ (II этап) был применен у 100% больных с рецидивирующим папилломатозом гортани (IV группа) с противорецидивной и противовирусной целью, а также у 21% больных I-III групп. Использовали лазеры: «Кристалл» (635 и 670 нм), «Металаз-М» (635 нм) и «Лами» (662 нм); отечественные фотосенсебилизаторы: фотосенс, радахлорин и аласенс (5-аминолевулиновая кислота). Для облучения применяли цилиндрический диффузор и микролинзы, в зависимости от площади поражения облучали от 2 до 4 позиций. Мощность лазера колебалась от 100 до 300 мВт. Плотность энергии составляла от 80 до 100 Дж/см^2.

Полная резорбция (ПР) в I группе (дискератоз) достигнута у 57 пациентов (95% – сроки наблюдения до 12 лет); у одного больного с ПР через 2 года выявлен рецидив дисплазии III степени с переходом в c-r in situ, ему выполнено повторное успешное эндоларингеальное лечение. Во II группе первичного РГ ПР получена у 59 больных (90,8%), сроки наблюдения – свыше 5 лет; шести больным с ЧР опухоли после

эндоскопической операции проведена лучевая терапия (4), фронто-латеральная (1) или эндоларингеальная резекция гортани (1). Эти больные наблюдаются без рецидива заболевания от 2 до 5 лет. В III группе с остаточной и рецидивной опухолью гортани ПР достигнута у 43 пациентов (82,7 %), сроки наблюдения – от 2 до 4 лет; рецидив выявлен у 5 (9,6%) до 5 лет после завершения лечения: 3 больным выполнена ларингэктомия, 2 – эндоскопическое удаление рецидивной опухоли – сроки наблюдения без рецидива от 1 года до 3 лет, во всех случаях отмечено полное восстановление голосовой функции. ПР рецидивных папиллом (IV группа) достигнута у 62 (74,7 %) больных, частичная регрессия (ЧР) – у 21 (25,3%), сроки наблюдения до 7 лет.

Осложнения при видеоэндоскопических операциях возникли в 10 наблюдениях (3,8%) в виде хондроперихондрита (1), перфорации передней стенки гортани (2), возгорания газовой смеси (1) и рубцовых сращений голосовых складок (6); всем выполнено эндоскопическое лазерное или электрорассечение рубцовых сращений.

Разработанные варианты эндоларингеальной хирургии и ФДТ являются перспективными, органосохраняющими и щадящими методами лечения предрака и рака гортани, лишены серьезных осложнений и могут быть альтернативой ЛТ и хирургической операции, особенно у лиц молодого возраста и пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У РАБОТНИКОВ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Рахимзянов А.Р.

ГБОУ ВПО «КГМУ», г. Казань

Медико-социальная значимость профессиональной тугоухости определяется многочисленностью работающих в различных отраслях промышленности, подвергающихся неблагоприятному воздействию производственного шума (более 3,3 млн. человек), ростом данной патологии в структуре профессиональных заболеваний, поражением лиц трудоспособного возраста. Актуальной задачей профпатологии является разработка принципов диагностики доклинических проявлений профессиональных заболеваний и раннее назначение восстановительного лечения.

Восстановительное лечение лиц с преморбидным состоянием или ранними признаками воздействия шума на органы слуха отражает концепцию интегративного лечения – как совместное применение медицинского мониторинга, ранней реабилитации и дальнейшего оздоровления. При этом крайне важно активное, динамическое сотрудничество пациента с медицинским персоналом. В настоящее время в ПАО «КАМАЗ» осуществляется ступенчатый подход оказания медицинской помощи лицам с ранними признаками профессиональных заболеваний, которые объединяют лечебные меры, направленные на восстановление здоровья. Медицинские мероприятия проводятся после периодических медицинских осмотров при выявлении у работников ранних признаков воздействия шума на органы слуха комплексно, с использованием всех средств, способствующих развитию компенсаторных процессов и приспособительных реакций организма.

Восстановительное лечение является вторым этапом оказания медицинской помощи лицам, подвергающимся воздействию производственного шума, где по результатам ПМО проводится персонифицированная реабилитация работников из «групп риска»: с начальными признаками воздействия шума на органы слуха, т.е. с незначительными функциональными нарушениями на аудиометрии. **Работникам из** «групп риска» разрабатывается индивидуальная программа реабилитации в условиях санатория-профилактория с учетом действующего вредного фактора и выявляемых нозологических форм, длительностью **11-12 дней.** По окончании выполняетс контрольное обследование с оценкой динамики состояния, определения дальнейшей тактики лечения, выдачи

рекомендаций на амбулаторное лечение, назначения даты катанамнестического контроля и обоснования направления в Центр профпатологии.

Традиционно в комплекс медицинской реабилитации (МР) для лиц с ранними признаками воздействия шума на органы слуха включается комплекс мероприятий, направленных на замедление снижения степени тугоухости, коррекцию имеющейся сочетанной сосудистой патологии. Используются стандартные методов терапии – ноотропные, вазоактивные препараты, витаминотерапия, а также немедикаментозное лечение – электростимуляция, магнитотерапия, лазеротерапия, СМТ-терапия, ультразвук на область сосцевидного отростка, массаж шейно-воротниковой зоны. Не теряет своей актуальности электрофорез, сочетающий воздействие постоянного тока и вводимых лекарственных веществ.

Цель исследования – разработка методов оздоровления и реабилитации лиц, имеющих начальные признаки воздействия шума на органы слуха, коррекция функциональных нарушений, предотвращение прогрессирования патологии, сохранение профессиональной трудоспособности, оценка уровня здоровья, психоэмоционального восприятия проводимой программы, качества жизни пациентов, обоснования направления в Центр профпатологии на примере ПАО КАМАЗ.

По результатам периодических медицинских осмотров сформированы группы риска развития профессиональной нейросенсорной тугоухости (ПНСТ)– 260 работников. Для всех лиц, вошедших в группу риска, разработаны персонифицированные программы восстановительного лечения в условиях санатория. Возраст пациентов варьировал от 35 до 64 лет, средний возраст составил 51,0±5,7 лет. Средний возраст мужчин составил 59,6 года, женщин – 59,8лет. Среди обследованных 32,5 и 23,4% имели контакт с производственным шумом выше ПДУ на 20 и на 10 Дб соответственно, 15,6% – с веществами раздражающего действия, 5,2% – со сварочными аэрозолями. В 46,3% (120 чел.) случаев в группе риска развития профессиональной нейросенсорной тугоухости имели стаж работы 20-25 лет, в 53,7% (140 чел.) – стаж работы составлял 25 и более лет.

В день поступления, по окончании МР и через 3 и 6 месяцев изучались результаты тестирования: личностый опросник Бехтеровского института (ЛОБИ), стандартизованный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), качества жизни (опросник SF-36).

Проведена психодиагностическая работа, одним из показателей которой является тестирование ЛОБИ (отношение пациента к своему заболеванию или внутренняя картина болезни). Оценка производилась по 12 параметрам: определялся сложившийся под влиянием болезни паттерн (тип) отношений к самой бол езни, к ее лечению, врачам и

медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

Эффективность санаторно-курортной реабилитации оценивалась по данным аудиометрического обследования во всех диапазонах изучаемых частот (250,500,1000,2000,4000), в день поступления и после завершения курса МР.

Проведенная психодиагностическая работа показала следующее: в начале лечения наиболее часто встречающийся тип реакции у больных данной группы – тревожный – у 36,4% работников; сенситивное отношение – у 30,3%; гармоничное отношение – у 12,1%; меланхолическое – у 18,2%; неврастеническое отношение – у 3,1%. То есть у больных данной группы преобладали тревожное и сенситивное отношение к болезни, тогда как в контрольной группе доминирующим был гармоничный тип отношения к болезни 71,1% (p<0,001). Исследование, проведенное с помощью СМИЛ, показало выраженное повышение показателей по 4-й шкале (импульсивности) в пределах 74±6 Т-баллов; по 7-й шкале (тревожности) в пределах 70±6 Т-баллов; по 6-й шкале (ригидности) в пределах 67±8 Т-баллов; по 0-й шкале (интроверсии) в пределах 66±6 Т-баллов. Усредненный профиль личности больных свидетельствовал о преобладании возбудимости, сочетающейся с тревожностью, поведенческой и эмоциональной ригидностью, признаками выраженной социальной дезадаптации. Основными патопсихологическими феноменами в этой группе больных были импульсивность, конфликтность, упрямство, вспыльчивость и раздражительность, склонность к накоплению негативных эмоций с последующим их всплеском, соперничество в межличностных отношениях, высокий уровень притязаний.

При изучении качества жизни (опросник SF-36) обследованных установлено преимущественное снижение показателей, характеризующих физический статус: «физическая активность» (70,0±12,5), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (68,0±11,0), «общее здоровье» (55,0±10,0), «жизнеспособность» 60,0±8,9). Возросла роль психоэмоциональных проблем (63,0±10,0). Но, несмотря на подобные изменения оценки качества жизни, больные испытывали достоверно (p<0,05) снижение выраженности болевых ощущений (80,0±5,5). Результаты исследования позволяют сделать вывод, что психоэмоциональные расстройства у больных с нейросенсорной тугоухостью формируются в результате взаимовлияния конституционных особенностей и производственного фактора, который включает комплекс неполноценности, возникший в связи с существующим дефектом слуха.

При повторном тестировании в конце лечения и через 3 и 6 месяцев, установлено преимущественное увеличение показателей: приоритетными в отношении к заболеванию

стали гармоничный, эргопатический и эйфорический типы реакций, менее выражены анозогнозический, неврастенический и паранойяльный типы реагирования, реже всего – сенситивный и тревожный типы реакций по всем параметрам ВКБ.

Среди пациентов с подозрением на ПНСТ выявлена тенденция к понижению частоты подъемов систолического артериального давления с 134,3±12,2 до 127,3±7,9 мм.рт.ст., диастолического – с 84,5±11,2 до 83,8±11,2 мм.рт.ст. Динамика субъективных клинических признаков: снижение разборчивости речи до лечения отмечено в 18,8%, после лечения – в 7,2%, шум в ушах присутствовал в 99% случаев до лечения, после – в 91,4% случаев. Динамика частотного анализа слуховых порогов по данным аудиометрического обследования выявила улучшение на низких частотах 250 Гц в 41,2% случаев, на средних частотах 500Гц – в 31,2% случаев, на 1000 Гц – в 65,2% случаев, 2000 Гц – в 75,3% случаев, на высоких частотах 4000 Гц – в 42% случаев,6000 Гц – в 45% случаев, 8000 Гц – в 68,5%.

Выводы. Восстановительное лечение лиц с преморбидным состоянием или ранними признаками воздействия шума на органы слуха следует считать важнейшим и неотъемлемым компонентом комплексного лечения больных из «группы риска». Своевременная организация лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий лицам с начальными признаками воздействия шума на органы слуха позволяет достоверно оптимизировать у них качество жизни, отношения к собственному заболеванию, в течение длительного времени предупредить развитие болезни, сохранить профессиональную и общую трудоспособность.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РЕШЕНИЕ ТОЗИЛЛЯРНОЙ ПРОБЛЕМЫ

Портенко Г.М.[1], Портенко Е.Г.[1], Мирзоева Е.З.[1], Шматов Г.П.[2]

[1]ФГБОУ ВО «ТГМУ» МЗ РФ, г. Тамбов
[2]ФГБОУ ВО «ТГТУ».

Нашими научными работами обосновано наличие одного хронического воспалительного заболевания глотки – хронический тонзиллофарингит (ХТФ) или хронический фаринготонзиллит (ХФТ), в зависимости от преимущественного вовлечения в воспалительный процесс небных миндалин или слизистой оболочки глотки. Лимфоидная ткань глотки, включая небные миндалины, определяет мукозальный иммунитет верхних дыхательных путей, глотки, гортани и бронхов. Сама природа говорит о единстве данной системы организма. Устранен субъективизм в проблеме диагностики хронического тонзиллита (ХТ) и хронического фарингита (ХФ). Отпала необходимость в субъективных клинических классификациях хронического тонзиллита Б.С.Преображенского и И.Б. Солдатова.

С помощью информационных технологий в виде кластерного и корреляционного анализов было установлено только 45 информационно-значимых симптомов, практически диагностируемых как ХТ, так и ХФ, что не позволят врачу их объективно конкретизировать. С помощью обучающего алгоритма «деревья классификации» по данным симптомам разработаны диагностические критерии для ХТФ и ХФТ отдельно для женщин и мужчин в категориях «Жалобы» и «ЛОР-статус», которые оказались с меньшими ошибками классификации.

Пример диагностики: в категории «Жалобы» у женщин информационно значимые симптомы изображены под своими номерами на рис. 1 (2,5,7,10,14,15,18,24). «Дерево классификации» начинает формироваться от корня – узел #14 (нерезкие болевые ощущения в области региональных лимфатических узлов, их увеличение). Характерным для этого узла является то, что при выполнении условия в узле #14 >= 0.5 (наличие жалобы у больного) дерево развивается к узлу #7 (неловкость в горле). Выполнение условия #7 >= 0.5 приводит ветвь дерева к терминальному узлу решения с меткой «ХТ=1». Такое же «дерево классификации» анализируется и в категории «ЛОР-статус», где у женщин информационно-значимые симптомы изображены под своими номерами на рисунке 2 (33.46.47.48.49.50). И по полученным терминальным узлам врач принимает самостоятельно решение, что больше превалирует ХТФ или ХФТ.

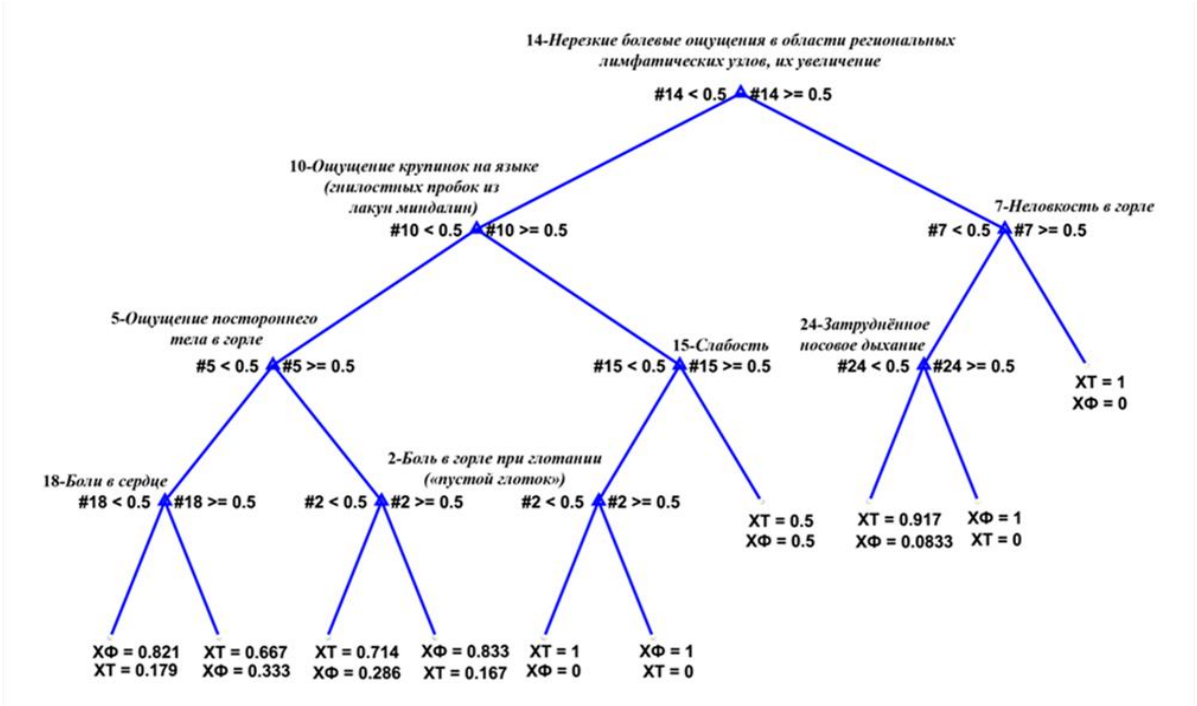


Рис.1. Категория «Жалобы» у женщин.

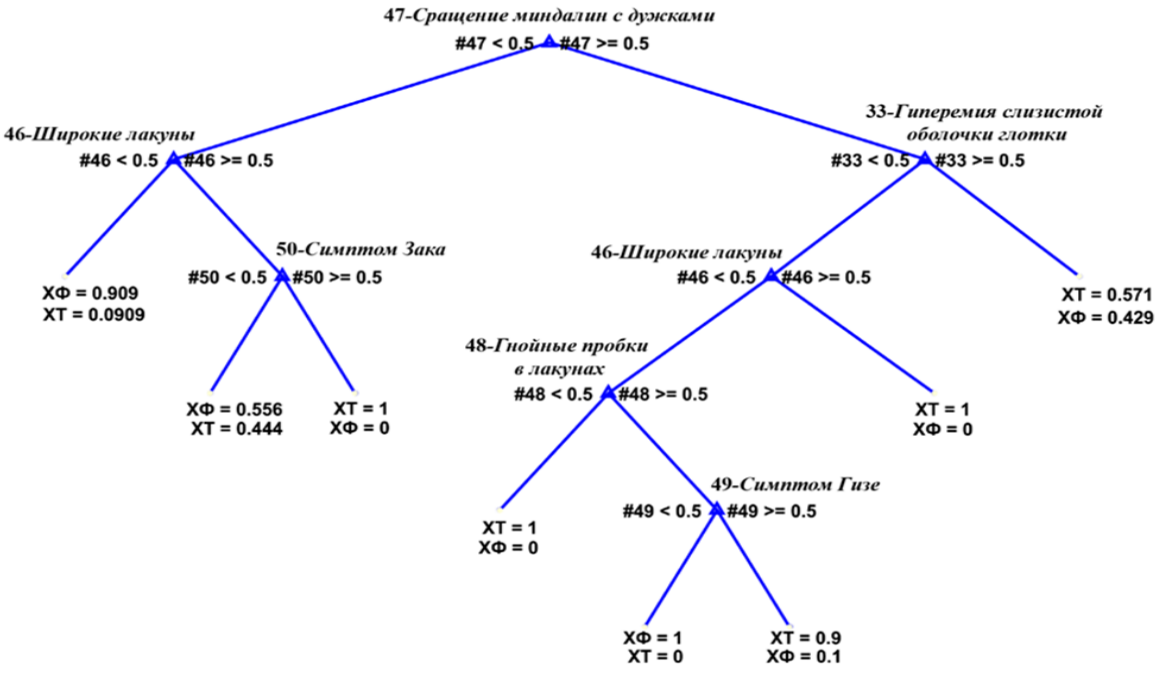


Рис.2. Категория «ЛОР-статус» у женщин.

Например: в категории «Жалобы» терминальный узел решения «XT=0,714; XФ = 0,286 », а в категории «ЛОР–статус» – «XT = 0,9; XФ = 0,1». Это подсказывает врачу, что надо диагностировать хронический тонзиллофарингит.

СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ивойлов А.Ю.[1,2,3], Кисина А.Г.[1], Вайнштейн Н.П.[2], Морозова З.Н.[1]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
[2]ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского» ДЗМ
[3]ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ

Врождённая цитомегаловирусная инфекция (ВЦМВИ) среди всех врожденных вирусных инфекций остается актуальной проблемой неонатального периода в связи с высокой частотой встречаемости. Кроме того, ВЦМВИ является одной из причин врождённой сенсоневральной тугоухости (СНТ) у детей. Клинически ВЦМВИ может протекать в виде симптоматической и асимптоматической форм. У 90% детей с ВЦМВИ имеется асимптоматическая форма заболевания. При этой форме ВЦМВИ у 10-15% детей развивается СНТ, в то время как у пациентов с симптоматическим течением заболевания риск снижения слуха возрастает от 65 до 70%. (Grosse S.D., Ross D.S., Dollard S.C. 2008).

Цель исследования – изучить роль ВЦМВИ в этиологии СНТ у новорожденных и детей первого года жизни.

В инфекционном отделении новорождённых ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского» ДЗМ за период 2017-2018 гг. сотрудниками отдела ЛОР-патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ обследовано 100 детей с ВЦМВИ в возрасте до 28 дней жизни. Комплекс обследований при поступлении включал сбор анамнеза перинатального периода развития ребенка, осмотр (педиатрический и оториноларингологический), общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, иммунофлюоресцентный анализ крови к оппортунистическим инфекциям, ПЦР крови и слюны на выявления герпесвирусных инфекций. При подтверждении ВЦМВИ проводили аудиологическое исследование: отоакустическую эмиссию по типу DP (ОАЭ), импедансометрию, по показаниям – регистрацию коротколатентных слуховых потенциалов (КСВП), объективную компьютерную аудиометрию (ASSR-тест). В дальнейшем аудиологическое исследование повторяли в 3 и 6 месяцев жизни.

По результатам аудиологического исследования сформировали три группы больных: 1-я группа (75 детей) с положительным тестом ОАЭ, 2-я (15 детей) – с отрицательным тестом ОАЭ, 3-я группа (10 детей) – с сомнительным тестом ОАЭ.

При проведении повторного аудиологического обследования детей в 3 месяца жизни – оно включало импедансометрию и ОАЭ – выявили, что у всех пациентов 1-й группы

тест ОАЭ положительный, результаты импедансометрии соответствовали типу «А», рефлексы регистрировались с обеих сторон. У 8 пациентов 2-й группы отмечали положительный тест ОАЭ, у 7 – отрицательный. При этом результаты импедансометрии в данной группе соответствовали типу «А» в 10 случаях, в 5 – типу «В». У 7 детей 3-й группы регистрировали положительный тест ОАЭ и тимпанограмму тип «А», у 3 – отрицательный тест ОАЭ и тимпанограмму типа «В».

При клинико-аудиологическом обследовании в 6 месяцев жизни у детей 1-й группы оториноларингологической патологии не отмечали. У 7 пациентов 2-й группы и у трих – 3-й группы констатировали отрицательный тест ОАЭ, при этом регистрировали тимпанограмму тип «В» у 5 детей (у трёх – 1-й, у двух – 3-й группы) и тип «А» у 5 детей (у 4 – 2-й группы, у одного – 3-й группы). При инструментальном осмотре ЛОР-органов у пациентов с тимпанограммой тип «В» диагностировали двусторонний экссудативный средний отит, с характерной отоскопической картиной. Проведен курс консервативного лечения экссудативного среднего отита. Через 1 месяц отмечали возрастную нормализацию клинико-аудиологических показателей. Пять пациентов с тимпанограммой типа «А» обследовали методом регистрации КСВП и ASSR-тестом. У троих детей диагностировали двустороннюю сенсоневральную тугоухость I степени, у двоих – II степени. Данный контингент больных в настоящее время находится на диспансерном наблюдении в Детском городском сурдологическом центре ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ.

Таким образом, у новорожденных и детей первого года жизни с ВЦМВИ двусторонняя СНТ I-II степеней диагностируется в 5% случаев. Всем детям с ВЦМВИ, независимо от формы заболевания, показано проведение обследования слуха с дальнейшим катамнестическим наблюдением педиатра и сурдолога и расширением диапазона методов аудиологического обследования.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ОМСКОГО ФОНИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПО ВОЗРАСТНОМУ И ПОЛОВОМУ СОСТАВУ ЗА 2017 г.

Зубова З.Ю., Блошкина И.А., Родькина В.А.

БУЗОО «КМХЦ, фониатрический центр», г. Омск

Омский фониатрический центр осуществляет консультативно-диагностическую помощь по направлениям врачей-оториноларингологов города и области взрослому и детскому населению (более 2 000 000 человек), жителям других регионов, ближнего и дальнего зарубежья, а также лечебно-профилактическую помощь лицам голосоречевых профессий прикрепленных организаций культуры и образования. Все оказываемые услуги выполняются в рамках обязательного медицинского страхования.

За 2017 г. план посещений выполнен на 100%. В процентом соотношении среди пациентов преобладает взрослое население (87,2%), среди них женщин 70,4%, мужчин 29,6%. По детскому приему девочек – 60%, мальчиков – 40%. По отчетным данным работы Омского фониатрического центра за 2017 год, хронический субатрофический фаринголарингит диагностирован преимущественно у женщин в возрасте от 45 до 60 лет (76%). Отмечается количественный рост хронических гиперпластических ларингитов у женщин старше 45 лет (53%) с ограниченной формой, у женщин старше 60 лет – 59%. Прослеживается связьзаболевания с несоблюдением правил гигиены голоса, наличием вредных привычек, неблагоприятной экологической обстановкой, наличием сопутствующих заболеваний дыхательной и эндокринной систем.

Хронический узелковый ларингит преобладает у женщин в возрасте от 30 до 45 лет (82%), у детей в возрасте с 7 до 14 лет, чаще у девочек (63%). Мутационный ларингит встречается в основном у лиц мужского пола в возрасте от 14 до 18 лет (88%).

Парезы правой половины гортани преобладают у женщин в возрасте старше 60 лет (64%). Парезы левой половины гортани в равной степени диагностированы у мужчин и у женщин старше 60 лет. Двусторонний парез гортани чаще встречается у женщин в возрасте от 30 до 60 лет (60%).

По данным амбулаторного приема пациентов Омского фониатрического центра по возрастному и половому составу за 2017 год, чаще обращаются лица женского пола от 45 до 60 лет и подростки в возрасте от 14 до 18 лет.

В настоящее время в современном обществе качество голоса имеет особое значение в профессиональном, социальном и психологическом аспектах. Таким образом, в связи с возрастающей нагрузкой на голосовой аппарат с профилактической целью важна консультативно-диагностическая работа врача-фониатра. Рекомендуется диспансеризация профессионалов голоса. Особое внимание следует уделять детям в возрасте от 7 до 18 лет. Среди них и педагогов по вокалу следует проводить санитарно-просветительную работу.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАБОТНИКОВ, СВЯЗАННЫХ С ОБЕСПЕЧЕНИЕМ БЕЗОПАСНОСТИ ДВИЖЕНИЯ ПОЕЗДОВ В ОАО «РЖД»

Марушкина Г.И., Трищенкова С.Н., Боровик А.Е.

НУЗ «Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко»

Морфологической основой профессиональной тугоухости в основном являются некротические изменения в кортиевом органе и спиральном ганглии. Комбинированное действие шума и вибрации вызывает дегенеративные изменения в вестибулярном анализаторе – отолитовом аппарате и ампулах полукружных каналов, что обусловливает вестибулярный синдром. Действие производственного шума во многих случаях сочетается с воздействием вибрации, физическим перенапряжением, повышенным вниманием, нервнноо-эмоциональным перенапряжением, что ускоряет развитие патологии и обуславливает полиморфную клиническую картину. При длительном воздействии перечисленные факторы могут привести к поражению органа слуха у работников локомотивных бригад.

Цель исследования – статистический анализ проводимого лечения в межкомиссионный период у членов локомотивных бригад – высокостажированных работников с хронической сенсоневральной тугоухостью. Влияние производственных факторов (шум и вибрация) на частоту развития заболевания.

Статистический анализ проведен среди высокостажированных работников железнодорожного транспорта, проходящих освидетельствование на врачебно- экспертной комиссии (ВЭК).

Все обследуемые были разделены на две группы: I группа – работники локомотивных бригад (15 человек), получавшие комбинированную терапию: раствор кавинтон 10 мг на 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно №10; этилметилгидроксипиридина сукцинат внутривенно струйно 5.0 №10,0; комплигам 2.0 мл внутримышечно через день №5. Через 3-4 месяца – курс приема таблетированных препаратов: кавинтон 10 мг по 1 т. 2 раза в день 8 недель, нейромультивит по1 т. 2 раза в день 4 недели. Во II группе работники локомотивных бригад (15 человек). 1-й этап**:** а) реополиглюкин 200,0 внутривенно капельно № 5; этилметилгидроксипиридина сукцинат 5% – 5,0 на 200,0 – 0,9% хлорида натрия внутривенно капельно, №5; гидрохлорид тиамина и пиридоксина гидрохлорид 2,0 внутримышечно чередовать, №10. 2-й этап: винпоцетин на 200,0 - 0,9% хлорида натрия внутривенно капельно по схеме: 1-й день – 20 мг, 2-й день –

30 мг, 3-й – 40 мг, 4-й – 30 мг, 5-й – 20 мг. Электрофорез эндоаурально на оба уха № 10 с растворами нейромедиаторных аминокислот.

Результаты исследования: сравнительный анализ оценки эффективности качества проводимого лечения показал, что в 1-й группе явное улучшение имело место у 6 человек, улучшение у 7 человек и хорошее качество жизни отмечали 3 человека. Во 2-й группе явное улучшение качества жизни у 9 человек, улучшение у 5, хорошее качество жизни у одного пациента. Анализ уровня снижения слуховой функции, по данным пороговой тональной аудиометрии, проведенным во время медицинского освидетельствования, у высокостажированных работников локомотивных бригад в течение трех последних лет показал, что максимальное снижение происходит в первые пять лет работы. После проведенного курсового лечения в 1-й группе отмечено снижение порогов звукопроведения в среднем от 0,5 до 13,3 дБ, звуковосприятия – от 1,44, до 8,3 дБ; во 2-й группе соответственно – от 2,2 до 14,8 дБ и от 9,6 до 10,4 дБ. По данным РЭГ в 89% случаев выявили увеличение кровенаполнения при затрудненном венозном оттоке в вертебробазилярном отделе, а значит и в системе лабиринтной артерии. После курсовой терапии отмечали выравнивание артериального сосудистого тонуса и улучшение венозного оттока в первой группе в 56% случаев, во второй – 62%.

Выводы. Из проведенной оценки, данных аудиограмм врачебно-экспертной комиссии, поражение органа слуха в результате воздействия шума проявляется вначале повышением порога слуха на частоте 4000 Гц., с последующим снижением слуховой чувствительности в области восприятия высоких звуковых частот на 8000 Гц.

Проведенная оценка клинической эффективности позволяет рекомендовать обе схемы противорецидивной терапии для реабилитации больных со сниженной слуховой функцией, что подтверждается объективными данными аудиометрии и реоэнцефалографии. Применяемые схемы лечения в межкомиссионный период могут быть рекомендованы для введения в протоколы лечения высокостажированных работников локомотивных бригад с профессиональной тугоухостью. Конечная цель в выборе лечения – улучшение качества жизни пациента, повышение социальной адаптации, сохранение профессиональной пригодности работников железнодорожного транспорта.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ВАРИАНТОВ СЕПТОПЛАСТИКИ

Гюсан А.О.

ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия», г. Черкесск

Септопластика не только играет первостепенную роль в восстановлении физиологических функций носа, но и является важнейшим этапом реконструктивной ринопластики. Однако существует целый ряд осложнений этой хирургической операции, которые уже сами по себе требуют последующей реконструктивной ринопластики.

Большинство ринохирургов в настоящее время используют различные виды септопластики, которые ставят своей целью щадящие вмешательства на перегородке носа и стараются сохранить ровные участки костно-хрящевого остова. Подобная тактика значительно сокращает количество нежелательных осложнений.

К сожалению, многие предложенные способы таких операций не всегда приемлемы, особенно при выраженных посттравматических искривлениях перегородки носа, когда имеет место её фрагментирование или удвоение, заставляющие искать другие решения. Одним из них является реимплантация перегородочного аутохряща. Хирургами, которые используют данный способ пластики, отмечено, что при сохранении структуры реимплантированного аутохряща возможны его повторные деформации. Такие деформации встречаются реже, если перед реимплантацией аутохряща он подвергается механической деструкции.

Целью исследования явился анализ результатов эффективности различных способов реимплантации перегородочного аутохряща.

Под наблюдением были больные, которым в отделении оториноларингологии республиканской клинической больницы на протяжении последних 20 лет проводились операции на перегородке носа. За это время проведено 3787 хирургических операций на перегородке носа. Это были больные в возрасте от 15 до 72 лет, 2436мужчин (64,3%) и 1351 женщина (35,7%). Все больные составили три группы: в 1-й группе проводилась обычная классическая подслизистая резекция перегородки носа. Здесь мы наблюдали различные осложнения в 9,4% случаев. Во 2-й группе была проведена реимплантация ровных участков четырехугольного аутохряща без его механической деструкции. Осложнения наблюдали у 1,6% оперированных. В 3-й группе больных была проведена реимплантация аутохряща после его механической деструкции. Осложнений не было.

Для деструкции хряща мы использовали плющелку Cottla, в которую помещали часть удаленного четырехугольного хряща, и ударом молотка приводили его в состояние с полным отсутствием упорядочного расположения внутритканевых структур. После такого

размягчения хрящ помещали между листками мукоперихондрия и фиксировали его сквозными П-образными кетгутовыми швами. На двое суток проводилась передняя тампонада носа тампонами Merocel.

Реимплантированная ткань во всех случаях хорошо приживалась и придавала прочность перегородке носа. Наблюдение было проведено примерно на равном количестве больных трех групп, в сроки от 1 месяца до 3 лет. При этом мы принимали во внимание как субъективное мнение о результатах операции самих больных, так и объективные факторы: положение перегородки носа, наличие синехий, перфорации, седловидной деформации, флотации и других осложнений.

При оценке результатов лечения нами отмечено, что реимплантация четырехугольного аутохряща позволяет избежать таких осложнений, как флотация перегородки носа, перфорация и ряда других. Вместе с тем, после реимплантации аутохряща, проведенной без его механической деструкции, возможна его вторичная деформация.

При проведении предварительной механической деструкции реимплантируемого аутохряща мы ни в одном случае не наблюдали послеоперационных осложнений и вторичной деформации хряща. Это позволяет рекомендовать данный вид септопластики, как метод выбора.

ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Крюков А.И.[1,2], Царапкин Г.Ю.[1], Панасов С.А.[1],

[1] ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского» ДЗМ
[2] ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Медицинская промышленность разрабатывает и предлагает к применению современную технику, позволяющую достигать клинического эффекта при минимальной хирургической травме. В зависимости от используемого оборудования тонзиллэктомию (ТЭ) можно провести традиционным «холодным» (инструментальным) или «горячим» способами. При «горячих» методах ТЭ тепловая энергия вызывает отсепаровку тканей и коагуляцию сосудов. Диатермия, применяемая в «горячих» методиках ТЭ, является основной причиной термического повреждения биоткани. Она приводит к осложненному течению послеоперационного периода и негативно влияет на результаты проведенного лечения, которые могут проявляться грубой рубцовой деформацией.

В этой связи современные разработки в электрохирургической технике направлены на снижение термического воздействия. Примером может служить коблационный метод удаления миндалин. Применение лазерной техники условно относят к «горячей» ТЭ. Особое место в линейке хирургических лазеров занимают Ho:YAG (гольмиевые) хирургические лазерные системы. Основным преимуществом гольмиевого лазера является импульсное излучение, которое доставляется к объекту воздействия по тонкому кремниевому волокну. Глубина проникновения Ho:YAG излучения в биоткань составляет 0,4 мм, что является средним между углекислотным (CO_2) и неодимовым (Nd:YAG) спектрами. Основным его недостатком является высокая термическая активность лазерного излучения.

Цель работы – повышение эффективности хирургического лечения хронического тонзиллита (ХТ) посредством разработки методики удаления небных миндалин с ассистенцией гольмиемым лазером.

Нами разработана оригинальная методика ТЭ с Ho:YAG лазерной ассистенцией. Мы использовали гольмиевую лазерную систему VersaPulse 20W. Первым этапом паратонзиллярно мы вводили 0,9% раствор хлорида натрия в объеме до 10,0 мл. Затем инфильтрировали переднюю и заднюю небные дужки. Параметры Ho:YAG-излучения имели следующие значения: мощность – 4,8Вт, энергия импульса – 0,6Дж, частота импульсов – 8,0 Гц. Гибкий «световод» излучателя мы подводили к основанию передней небной дужки и бесконтактно на расстоянии 0,5 мм отсекали дужки от миндалины. Далее точечно через переднюю небную дужку паратонзиллярно вводили световод, при этом

глубина проникновения соответствовала тактильному ощущению псевдокапсулы. «Инъекции» лазера мы делали в проекцию верхнего полюса, в область границы верхней и средней трети миндалины. Нижний полюс миндалины мы вапоризовывали интратонзиллярно, импульсная экспозиция лазерного излучения составляла 4-6 с. Затем световод плавно извлекали из тканей.

ТЭ мы проводим по общепринятой методике с использованием стандартного набора хирургического инструментария. Рубцовые сращения иссекаем лазером максимально ближе к капсуле миндалины.

Под нашим наблюдением находилось 60 пациентов с ХТ (34 женщины и 26 мужчин в возрасте от 16 до 54 лет). В зависимости от примененной нами методики ТЭ мы разделили всех больных на две группы: в 1-ю группу вошли 30 пациентов, которым ТЭ проводили по оригинальной методике с Ho:YAG лазерной ассистенцией; во 2-й группе (30 больных) использовалась инструментальная ТЭ. Хирургическое вмешательство всем больным выполнялось под эндотрахеальным наркозом. Критериями оценки эффективности проведенного лечения служили следующие показатели: выраженность послеоперационного болевого синдрома по ВАШ, интраоперационная кровопотеря (мл), частота отсроченных кровотечений.

Интраоперационная кровопотеря у больных 1-й группы составила 4,17±0,37 мл, 2-й группы – 42,08±2,01 мл ($p<0,05$); отсроченные кровотечения – у 4 (13,3%) больных 2-й группы; выраженность послеоперационного болевого синдрома (на 3-5-е сутки после операции) в 1-й группе – 2,88±0,07, 2-й – 2,49±0,03 балла по ВАШ ($p\geq0,05$).

Таким образом, применение гольмиевого лазера при ТЭ доказало свою эффективность в хирургическом лечении ХТ, так как кровоточивость тканей снижается в 10,3 раза, а выраженность послеоперационного болевого синдрома сопоставима с «холодной» методикой удаления небных миндалин. Оригинальная методика лазерной ТЭ может быть рекомендована в практической оториноларингологии.

УШНЫЕ КАТЕТЕРЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА В СЛУХОВУЮ ТРУБУ

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

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
[2] ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ

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

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

Задачи.

1. Изучить эффективность введения лекарственного вещества в структуры среднего уха при помощи традиционного ушного катетера Гийота, посредством восходящей сальпингографии.

2. Разработать ушной катетер оригинальный формы, которая ориентирована не на расположение глоточного устья СТ, а на направление её просвета, и оценить эффективность катетеризации СТ при помощи восходящей сальпингографии.

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

На первом этапе работы мы вводили рентгеноконтрастное вещество при помощи ушного катетера Гийота 6 больным, которые составили I клиническую группу.

Сравнительный анализ рентгенограмм у пациентов I группы показал, что в результате сальпингографии мы не зафиксировали контрастное свечение в структурах среднего уха. Только у двух пациентов на обзорной рентгенограмме в носолобной проекции была интенсивная полоска в области боковой стенки глотки. Учитывая полученные данные, мы предположили, что контрастное вещество не попадает в просвет СТ из-за конструктивных особенностей ушного катетера Гийота. В этой связи нами была разработана оригинальная форма ушного катетера, позволяющая катетеризировать СТ в направлении ее просвета (Патент на изобретение №2609205 «Катетер для проведения электрофореза и введения лекарственных средств в барабанную полость»).

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

Выводы.

1.При традиционной катетеризации СТ ушным катетером Гийота жидкая форма лекарственных веществ не попадает в просвет СТ, о чем свидетельствуют результаты сальпингографии.

2. При катетеризации СТ «на протяжении» вводимый рентгеноконтраст в объеме 1 мл заполняет весь просвет СТ без попадания в барабанную полость.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАНДИДОМИКОЗА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Кунельская В.Я.[1], Ивойлов А.Ю.[1,2,3], Шадрин Г.Б.[1], Мачулин А.И.[1,2]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
[2]ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского» ДЗМ
[3]ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

В настоящее время проблема микотических заболеваний человека приобрела важное социальное значение в связи с существенным увеличением их частоты. Рост числа больных ЛОР-микозом обусловлен существенным увеличением количества факторов риска их развития. Среди этих факторов ведущие позиции занимают ятрогенные иммунодефицитные состояния, развивающиеся вследствие применения массивной антибиотикотерапии, длительного использования глюкокортикоидных и иммуносупрессивных препаратов при онкологических заболеваниях, болезнях крови, при СПИДе; а также, соматическая патология, например, сахарный диабет, бронхиальная астма и др. (А.И. Крюков и соавт., 2011). Тяжелые формы микозов самой различной локализации, в том числе ЛОР-микозы, возникают при загрязнениях окружающей среды, повышении радиационного фона и при воздействии других факторов, ослабляющих защитные силы организма.

Цель исследования – изучение факторов риска возникновения грибковой инфекции у детей с хронической патологией носо- и ротоглотки.

В отделе ЛОР-патологии детского возраста «НИКИО им. Л.И. Свержевского» на базе оториноларингологического отделения «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского» обследовано и пролечено 706 детей в возрасте от 2 до 16 лет с хронической патологией носо- и ротоглотки,. Диагностический алгоритм включал в себя сбор жалоб и анамнеза заболевания; оториноларингологический и эндоскопический осмотр полости носа, носоглотки и ротоглотки; исследование отделяемого с поверхности глоточной и небных миндалин (микологическое и бактериологическое). Для идентификации грибковой биоты использовали метод световой и люминесцентной микроскопии нативных и окрашенных препаратов. В качестве просветляющих растворов применяли раствор метиленового синего, а также калькофлюор белый. Культуральные исследования выполняли, используя жидкие и твердые питательные среды с последующим подсчетом колоний. Видовую идентификацию дрожжеподобных грибов проводили с помощью тест-системы API 20 (“bioMerieux”, Франция), плесневых грибов – по протоколу MI 38.

В зависимости от локализации хронического воспалительного процесса глотки сформированы две группы больных: 1-я группа (304 ребенка) – с хроническим тонзиллитом (ТАФ I); 2-я группа (402 пациента) – с аденоидами II-III степени, хронический аденоидит.

При анализе результатов обследования детей 1-й группы грибковое воспаление небных миндалин диагностировали в 75 случаях (24,6%). При фарингоскопии у этих пациентов отмечали беловатые или желтоватые нитчатые наложения на поверхности небных миндалин. При этом грибковая инфекция у них была представлена: *C. albicans* – у 57 (76%) детей, *C. tropicalis* – у 3 (4%), *C. sake* – у 1 (1,3%) и *C. intermedia* – у 1 (1,3%) ребенка. У 13 детей (17,3 %) идентифицировали штаммы *Candida. spp.*

У детей 2-й группы грибковое воспаление глоточной миндалины диагностировали в 66 (16,4%) случаях. При этом беловатые нитчатые наложения в области борозд глоточной миндалины на фоне отека лимфоидной ткани определяли у всех пациентов. У больных грибковым аденоидитом выявили следующие микромицеты: *C. albicans* – у 28 детей (42,4%), *C. tropicalis* – у 11 (16,6%), *C. famata* – у 3 (4,5%), *C. gullermondia* – у 1 (1,5%) и *C. pseudotropicalis* – у 1 (1,5%) ребенка. У 22 детей (33,3%) идентифицировали штаммы *Candida spp.*

При анализе анамнестических данных детей обеих групп с выявленной кандидозной инфекцией установлено, что во всех случаях имело место длительное использование системной антибактериальной терапии (два курса антибактериальной терапии за 1 месяц). Остальные пациенты использовали топическое лечение данных патологий (интраназальные кортикостероиды, промывание лакун миндалин и орошение носоглотки антисептическими средствами, физиотерапевтические процедуры и т.д.).

Выводы. Таким образом, одним из основных факторов возникновения кандидозной инфекции у детей с поражением верхних дыхательных путей является длительное применение системных антибактериальных препаратов при хроническом воспалении глоточной и небных миндалин.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАЗАЛЬНОГО ЦИЛИАРНОГО ЭПИТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Озерская И.В., Геппе Н.А., Малявина У.С., Колосова Н.Г.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет)

Аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА) относятся к распространенным заболеваниям детского возраста и часто сочетаются. В последнее время важное значение придается роли эпителия в патогенезе таких аллергических заболеваний, как АР и БА. Нарушение эпителиального барьера приводит к возникновению и прогрессированию аллергического воспаления у предрасположенных лиц. На базе кафедры детских болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проведено исследование морфо-функционального состояния цилиарного эпителия носа у детей с АР и БА. Обследован 131 ребенок в возрасте от 4 до 17 лет, в том числе 75 детей с БА в сочетании с АР (группа БА+АР), 20 детей с бронхиальной астмой (группа БА), 19 детей с АР (группа АР) и 17 детей без патологии органов дыхания и ЛОР-органов (контрольная группа).

Исследование функционального состояния ресничек цилиарного эпителия проводилось методом цифровой высокоскоростной видеомикроскопии. Соскоб эпителия слизистой оболочки носа выполняли кюреткой из двух участков слизистой оболочки: со средней носовой раковины и с нижней носовой раковины. Оценивали целостность пласта эпителия, относительное количество клеток с подвижными ресничками в пласте эпителия, синхронность биения ресничек, подсчитывали частоту биения ресничек (ЧБР).

В группах БА+АР, БА, АР не было выявлено существенных отличий ЧБР от контрольной группы. Относительное количество клеток с подвижными ресничками в пласте эпителия в группах БА и БА+АР было существенно ниже, чем в контрольной группе ($p<0,01$). В группах детей с БА и БА+АР синхронное движение ресничек было отмечено менее, чем у 12% детей, достоверно ниже, чем в норме ($p<0,01$). В группе детей с АР синхронность движения ресничек была сохранена у 75% детей (в соскобах со средней носовой раковины) и у 57,1% детей (в соскобах с нижней носовой раковины).

Показатели функционального состояния цилиарного эпителия у детей с БА и АР и в контрольной группе

		контроль	БА + АР	БА	АР
Число пациентов		17	75	20	19
Средняя носовая раковина	ЧБР, Гц	5,70 [4,60-6,86][1]	4,88 [4,15-6,10]	4,77 [4,19-5,15]	4,8 [3,93-5,69]
	Относительное количество клеток с подвижными ресничками в пласте эпителия, %	60,0 [50,0-70,0]	**20,0 [9,0-40,0]***	**20,0[10,0-20,0]***	60,0[40,0-70,0]
	Относительное количество пациентов с синхронным движением ресничек, %	93,8	**10,9***	**10,5***	75,0
Нижняя носовая раковина	ЧБР, Гц	5,50 [4,77-6,50]	4,72 [4,12-5,76]	5,11 [3,92-5,89]	4,71 [3,64-5,55]
	Относительное количество клеток с подвижными ресничками в пласте эпителия, %	30,0 [30,0-40,0]	**10,0 [5,0-20,0]***	**13,0 [5,0-19,0]***	20,0 [6,5-30,0]
	Относительное количество пациентов с синхронным движением ресничек, %	93,8	**11,2***	**11,8***	57,1
Сахариновый тест, мин		7,0 [5,3-10,1]	9,0 [6,1-14,0]	9,0 [6,0-13,0]	12,1[7,9-17,6]

[1]везде – медиана [интерквартильный размах]
*p<0,01 при сравнении с контрольной группой

У детей, страдающих только АР без сопутствующей патологии нижних дыхательных путей, ЧБР и относительное количество клеток с подвижными ресничками в пласте эпителия оставались в пределах нормальных значений, хотя отмечалась тенденция к снижению данных показателей. Синхронное движение ресничек и нормальный паттерн биения, т.е. более сохранное состояние назального цилиарного эпителия в группе АР отмечались чаще, чем в группе БА+АР.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Зайцев А.М., Кирсанова О.Н.

МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ

Проблема хирургического лечения больных с опухолями основания черепа включает в себя совершенствование диагностики с целью выявления ранних стадий заболеваний, совершенствование хирургической техники, наличие узкоспециализированной бригады хирургов, анестезиологов, реаниматологов, наличие современной операционной, оборудованной операционным микроскопом, нейронавигацией, энкдоскопической стойкой.

Хирургия опухолей основания черепа является одним из методов комплексного лечения больных с опухолями основания черепа. Злокачественные опухоли, распространяющиеся на основание черепа, имеют склонность к местному распространению и редко дают как регионарные, так и отдаленные метастазы. На этом основана концепция возможности излечения больного от злокачественной краниофациальной опухоли путем ее удаления в пределах здоровых тканей. При подготовке больного к удалению опухоли основания черепа важно тщательное обследование для исключения метастазирования и четкого определения локализации и распространенности процесса с целью планирования объема резекции и метода пластики дефекта.

В настоящее время в Институте внедрены в практику различные методики удаления опухолей основания черепа в зависимости от их гистогенеза, распространенности и др.. Проводятся как открытые, так и эндоскопические вмешательства с различными видами пластики дефектов, возникающих после этапа резекции опухоли.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ РАСЩЕЛИНОЙ

Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Стрижова Д.Н.

ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова» ДЗМ
ФГБУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Ларинготрахеальная расщелина является редкой врожденной аномалией развития верхних дыхательных путей, встречающаяся в 1 случае на 10-20 тыс. новорожденных. Клинические проявления напрямую зависят от степени заболевания. При I степени ларингеальная расщелина ограничивается перстневидным хрящом, а при IV степени может быть вовлечена бифуркация трахеи. В настоящее время существуют методики оперативного лечения ларингеальной расщелины эндоскопическим и открытым путем с применением высокотехнологических методов поддержания витальных функций во время операции. В отделении торакальной хирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова с 2014 г. проведено 11 оперативных вмешательств у детей с ларингеальной расщелиной.

Цель исследования – улучшение результатов лечения детей с различной степенью ларингеальной расщелины.

На базе ГБУЗ ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова с 2014 по 2018 гг. проведено хирургическое лечение 11 пациентам с ларингеальной расщелиной I, II, III и IV степени. Возраст пациентов составил от 1 недели до 4 лет 8 месяцев. Средний возраст составил 1 год 4 месяца. У 4 детей (36,4%) выявлена ларингеальная расщелина IV степени. У 4 (36,4%) – расщелина III степени. У 3 пациентов (27,2%) – расщелина I-II степени. У 4 детей (36,4%) ушивание расщелины проведено открытым способом с использованием экстракорпоральной мембранной оксигенации. У 4 пациентов (36,4%) с расщелиной III степени проведено оперативное лечение открытым способом – на шее с использованием Jet-вентиляции и при помощи стандартной эндотрахеальной интубации. Троим пациентам (27,2%) с расщелиной I-II степени проведено ушивание расщелины эндоскопическим путем с использованием Jet-вентиляции при помощи эндоскопических ЛОР-инструментов.

Летальность составила 18,2% (2 детей). Оба пациента с ларингеальной расщелиной IV степени умерли вследствие гнойно-воспалительных осложнений и несостоятельности швов в послеоперационной области. Осложнение в послеоперационном периоде наблюдались у 2 пациентов (18,2%) в виде кровотечения из послеоперационной раны, что потребовало повторного оперативного вмешательства. К настоящему моменту 7 пациентов (63,6%) живут без трахеостомической трубки.

Выводы. Результаты хирургического лечения ларингеальной расщелины у детей напрямую зависят от степени и анатомических особенностей заболевания, а также от сопутствующих пороков развития. Расщелина III-IV степени является крайне сложным пороком развития с высоким процентом летальности. Напротив, I степень зачастую не требует хирургического лечения и протекает бессимптомно. С наличием современного оборудования для проведения оперативных вмешательств и анестезии в послеоперационном периоде, а также с накоплением опыта в настоящее время стала возможной хирургическая коррекция тяжелых форм ларингеальных расщелин, а также проведение малоинвазивных эндохирургических вмешательств при ларингеальной расщелине I-II степени.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА У ДЕТЕЙ С АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ивойлов А.Ю.[1,2,3], Тардов М.В.[1], Архангельская И.И.[1,3], Фирсова М.В.[3]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского» ДЗМ
[2]ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ
[3]ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского» ДЗМ

К наиболее распространенным расстройствам сна относятся обструктивные нарушения дыхания во время сна (ОНДС). Это континуум расстройств, сопровождающихся обструкцией верхних дыхательных путей во время сна и варьирующихся от привычного храпа до синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС). Основными признаками нарушения дыхания обструктивного типа являются собственно прекращение дыхательного потока при продолжающейся работе дыхательной мускулатуры и соответствующее снижение кислородной сатурации крови.

Цель исследования – определить возможность коррекции кислородной десатурации при обструктивных нарушениях дыхания во время сна у детей с аденотонзиллярной гипертрофией с помощью хирургического лечения.

Исследование проводили в отделе ЛОР-патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им.Л.И. Свержевского» ДЗМ на базе ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского. Было обследовано 63 пациента с патологией лимфоглоточного кольца в сочетании с жалобами на нарушения дыхания во время сна: 41 мальчик и 22 девочки в возрасте 2-8 лет. Всем пациентам проводили ночную компьютерную пульсоксиметрию (НКП) в домашних условиях с помощью прибора Wrist Pulse Oximeter MD300W (Германия). Анализировали следующие параметры: средняя сатурация (насыщение) гемоглобина крови кислородом (cpSpO2); минимальный уровень сатурации (минSpO_2); индекс десатурации – ИД (количество эпизодов десатураций за час исследования). За критерий десатурации принимали уменьшение уровня сатурации на 3% от базового уровня.

Диагностика ОНДС основывается на клинических симптомах, которые были подтверждены НКП. Клиническим маркером ОНДС у детей с аденотонзиллярной патологией является ночной храп, который наблюдался у всех детей обследуемой группы. Клиническая картина СОАС у детей имеет определенные особенности: у детей младшего возраста родители отмечают шумное дыхание и беспокойство во сне, повышенное ночное потоотделение; нередко диагностируют синдром гиперактивности и дефицита внимания. СОАС различной степени выраженности выявили у 38 детей (60,3%). ИД, по данным

НКП, распределились следующим образом: до 1 / час – 25 больных (39,7%); от 1 до 5 /час – 31 больной (49,2%); от 5 до 15 / час - 6 больных (9,5%); более 15 / час – 1 больной (1,6%), что соответствовало соответственно легкая степени СОАС (31 чел), средней степени (6 чел) тяжелой степени СОАС (1 чел).

Критерием успешности хирургического лечения (аденотомии или аденотонзиллотомии) считали прекращение храпа и исчезновение отмечаемых родителями остановок дыхания во время ночного сна. В ряде случаев нами была проведена оценка эффективности проведенного лечения методом НКП. ИД до лечения составил в среднем 8,6±8,6 эпиз/час; после лечения – 0,65±0,4 эпиз/час (p=0,017); средняя для всей группы сатурация составила соответственно 93,9±1,4 и 95,9±0,6% (p=0,027) при критерии достоверности p=0,05.

Выводы. Хирургическое лечение аденотонзиллярной гипертрофии у детей является эффективным методом лечения ОНДС. НКП позволяет объективно оценивать эффект хирургического лечения (аденотонзиллэктомии) ОНЛС по изменению индекса кислородной десатурации.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННЫХ ПАРАЛИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ

Виноградов В.В.[1], Хорук С.М.[2], Савенок А.В.[2], Карпов А.В.[2], Шапошник Э.Л.[2], Карапузов В.М.[2]

[1]ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России
[2]Хабаровский филиал ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Повреждение возвратного нерва – наиболее частое осложнение при хирургических вмешательствах на щитовидной железе. Возвратный гортанный нерв очень чувствителен к различным повреждающим интраоперационным факторам (растяжение нерва, его сдавление, перерезка, ранение, тепловое воздействие при использовании коагулятора). По данным литературы, стойкие повреждения возвратного нерва после оперативных вмешательств на щитовидной железе встречаются у 0,5-5 % пациентов, в то время как транзиторные составляют до 30% случаев. Острые нарушения дыхания через естественные дыхательные пути при паралитическом срединном стенозе гортани часто требуют проведения экстренной трахеостомии. В других случаях симптомы нарушения дыхания прогрессируют в течение нескольких недель или месяцев за счет аберрантной реиннервации или синкинезий гортани. К проведению реконструктивно-пластического вмешательства на голосовых складках, направленного на восстановление адекватного дыхания через естественные дыхательные пути, прибегают при сохранении двустороннего паралича гортани более 12 месяцев.

Цель исследования – совершенствование хирургического лечения пациентов со срединным паралитическим стенозом гортани после оперативных вмешательств на щитовидной железе.

В период с 2011 по 2017 г. проведено хирургическое лечение 58 женщинам в возрасте от 24 до 72 лет со срединным паралитическим стенозом гортани вследствие хирургического лечения патологии щитовидной железы. Только у 8 пациенток (14%) паралитический стеноз гортани был в стадии субкомпенсации, что не потребовало предварительной трахеостомии.

При диагностике и в послеоперационном периоде проводили ларингостробоскопию с видеоархивацией, акустический анализ голоса, оценку функции внешнего дыхания.

Всем пациенткам проведено оперативное лечение по оригинальной методике с проведением эндоларингеальной подслизистой хордаритеноидотомии и одномоментной экстраларингеальной латерофиксацией голосовой складки. Во время операции проводилась резекция голосового отростка черпаловидного хряща с сохранением

верхушки, тела и мышечного отростка для предотвращения аспирации при глотании в послеоперационном периоде.

Пациенткам без трахеостомы (1-я группа, n=8) была проведена двусторонняя латерофиксация с односторонней хордаритеноидотомией. У пациенток 2-й группы (n=29) проводили эндоларингеальную хордаритеноидотомию с экстраларингеальной латерофиксацией голосовой складки с одной стороны. В качестве группы сравнения (3-я группа, n=21) рассматривались результаты проведения экстраларингеальной латерофиксации одной из голосовых складок.

Все пациентки 10-й и 2-й групп с гладким послеоперационным периодом были деканюлированы на сроке до 3 месяцев после ларингопластики; 4 пациентки 2-й группы (14%) с рестенозированием просвета голосовой щели были реоперированы через 3 месяца после первого вмешательства и деканюлированы через 1,5-2 месяца. У 8 пациенток 3-й группы (38%) из-за прорезывания лигатур и развития рестеноза гортани потребовалось проведение повторных оперативных вмешательств, с применением в двух случаях Т-образного силиконового стента.

Улучшение показателей функции внешнего дыхания мы наблюдали у пациенток всех групп. Время максимальной фонации в послеоперационном периоде увеличилось незначительно во всех группах. Другие показатели качества голоса (jitter, shimmer) ухудшились в послеоперационном периоде у пациенток всех групп. По данным стробоскопии гортани при широком просвете голосовой щели в задних отделах (более 6 мм), в акте фонации принимали участие только вестибулярные складки.

Выводы. Ларингопластика по оригинальной методике с применением одномоментной эндоларингеальной хордаритеноидотомии и экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки имеет преимущество перед методикой латерофиксации: она позволяет улучшить дыхание пациентов, не прибегая к превентивной трахеостомии.

ХРОНИЧЕСКИЙ РИНОСИНУСИТ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ: МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Поляков Д.П., Карнеева О.В.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Муковисцидоз — системное наследственное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регулятора муковисцидоза. Оно характеризующееся поражением желез внешней секреции, тяжёлыми нарушениями функций органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. Зачастую респираторную форму рассматривают только как «легочную». Однако именно хронический полипозно-гнойный риносинусит является одним из характерных проявлений муковисцидоза, служит источником нисходящего инфицирования всего респираторного тракта. Доказана высокая корреляция флоры, выделенной из околоносовых пазух и бронхиального дерева ($p<0,0001$). По данным зарубежных авторов, распространенность назального полипоза при муковисцидозе достигает 40%. Тем не менее, в алгоритм диагностики муковисцидоза в большинстве клиник вплоть до сегодняшнего дня не входят современные методы оториноларингологического обследования (эндоскопия, компьютерная томография околоносовых пазух, функциональные методы исследования носового дыхания). Даже в случае выявления хронического полипозно-гнойного риносинусита зачастую предпочтение отдается консервативной лечебной тактике. В редких случаях у детей старшей возрастной группы все еще прибегают к «открытым» вариантам синусотомии.

Современные данные зарубежных и отечественных ринологов свидетельствует о необходимости проведения эндоскопической ринохирургии у пациентов с муковисцидозом, что связано с увеличением срока безрецидивного периода, улучшением качества жизни детей. Отмечено достоверное снижение колонизации бронхиального дерева синегнойной палочкой после эндоскопических вмешательств.

Коллективом авторов за 12 лет с 2006 по 2016 гг. консультировано более 150 больных муковисцидозом, а хирургическое лечение проведено у 44 пациентов (66 операций) с в возрасте от 2 до 18 лет. Внедренный алгоритм оториноларингологического обследования данных пациентов (эндоскопия полости носа, носоглотки, компьютерная томография околоносовых пазух) позволил диагностировать хронический полипозно-гнойный риносинусит при муковисцидозе на разных стадиях и определить тактику ведения пациентов, показания и объем хирургического вмешательства. По нашим данным, полипоз носа имеется в 26% случаев у пациентов с муковисцидозом. Полипозный

риносинусит был нами диагностирован даже у 3 детей грудного возраста (2, 10 и 11 месяцев жизни).

Различные варианты эндоскопической синусотомии были выполнены 44 детям. Функциональные и анатомические результаты ринохирургии при катамнестическом наблюдении в течение 1-12 лет оказались различными. Число операций у одного пациента составило от 1 до 5. Межрецидивный (межоперационный) период колебался от 4 мес. до 7 лет. Частота осложнений не превышала таковую у пациентов с иной патологией околоносовых пазух и составила 0,5%. При этом все осложнения являлись «малыми» (кровотечения, травмы слезного мешка).

Положительный опыт хирургического лечения пациентов с муковисцидозом позволяет обосновать приоритетность эндоскопических вмешательств на околоносовых пазухах как метода наименее инвазивного восстановления носового дыхания, увеличения межрецидивного периода и снижения уровня нисходящей микробной контаминации респираторного тракта. Тем не менее, остается большое число нерешенных вопросов: объем и «агрессивность» хирургического лечения, конкретные показания к операции и реоперации и их сроки, оптимизация предоперационной подготовки и схем послеоперационного ведения.

ЭКТОПИЯ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ. СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Трусов Д.В., Бычкова М.В., Унрайн Е.В., Ветрова О.П.

ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №3», г.Тамбов

Плеоморфная аденома (смешанная опухоль) в ряду доброкачественных опухолей слюнных желез занимает первое место. Согласно Международной гистологической классификации опухолей слюнных желез (ВОЗ, 2005), плеоморфная аденома (8940/0) относится к доброкачественным эпителиальным опухолям. Термин «смешанная опухоль» предложенная Р. Вирховым в 1863 г., отражает мнение, которого придерживаются патоморфологи, сторонники эпителиального и мезенхимального развития опухоли слюнных желез. В настоящее время термин «смешанная опухоль» используется условно, т. к. комплексные морфологические исследования позволяют говорить об эпителиальном генезе новообразования.

По Международной гистологической классификации опухолей №7 (ВОЗ, Женева, 1976) в русском переводе она описывается как полиморфная аденома, а в других транскрипциях (английской, немецкой, французской) – как плеоморфная аденома. Термины полиморфная и плеоморфная не идентичны, т. к. первый термин указывает на многоструктурный характер, второй – на разные структуры. Более правильно применять термин плеоморфная аденома.

В структуре онкологических заболеваний опухоли слюнных желез составляют 0,5-5%. Чаще они бывают доброкачественными, в их числе превалируют плеоморфные аденомы (48-87%), частота их малигнизации колеблется в пределах 3,6-30%. Плеоморфная аденома растет в течение нескольких лет медленно и безболезненно, не вызывает боли и нарушения функции лицевого нерва. Когда она достигает больших размеров, то может вызывать деформацию лица и шеи, что и заставляет больного обратиться к врачу. При пальпации опухоль часто подвижна, с бугристой поверхностью, плотноэластичной консистенции. Слюноотделительная функция железы обычно не страдает. Иногда при росте опухоли появляется боль, что больше характерно для злокачественного процесса. Для плеоморфной аденомы характерно смешанное строение. Выраженный эпителиальный компонент сочетается с участками ткани миксоидного, слизистого или хондроидного вида.

Цитологическая картина отличается обилием мономорфного эпителия, расположенного в «волокнистом» межуточном веществе. Клетки опухоли средних размеров, кубической, округлой или овальной формы. Ядра округлые, с четкими границами, как правило, не содержат ядрышек. Расположены эксцентрично или в центре клетки. Цитоплазма обильная, имеет разную степень базофилии. Межуточное вещество, в

котором располагаются клетки, по своему строению очень разнообразно. Обычно это волокнистая субстанция, окрашенная в сиренево-розовые цвета разной степени интенсивности. Количество, сочетание оксифильной субстанции и клеточных элементов может быть различным. Клетки могут находиться среди субстанции или вне ее, а степень их пролиферации может значительно варьировать вплоть до проявления атипии.

Макроскопически плеоморфная аденома имеет капсулу, которая может быть различной толщины, но может частично или полностью отсутствовать; на разрезе ткань опухоли белесоватая, блестящая, плотная, иногда с хрящевыми, студенистого вида участками.

Характерны жалобы больных при данной патологии: на чувство инородного тела в глотке, измененную речь, чувство дискомфорта в полости рта, на затрудненное жевание и проглатывание пищи, снижение слуха на одно ухо или наличие опухоли в околоушной, заушной или поднижнечелюстной областях.

Диагностика опухолей слюнных желез: сбор анамнеза, визуальный осмотр, пальпация опухоли (позволяет определить размер, консистенцию, болезненность, четкость контуров, взаимоотношение с окружающими тканями и костными структурам); цитологический метод (важнейший метод долечебной диагностики, но зависит от способа забора и обработки материала); УЗ-диагностика, рентгенологический метод (рентгеноконтрастный, КТ-диагностика, сиалография), МРТ-диагностика, радиоизотопное исследование.

Основные методы лечения: хирургический (в том числе криохирургическое воздействие), лучевая терапия, комбинированное лечение. Общепринятый метод лечения– хирургический. Прогноз после адекватно проведенной операции, как правило, благоприятный. Частота рецидивов – до 8%. Они возникают в основном из-за нерадикально проведенной операции или других факторов, до конца не выясненных. При этом немалая роль отводится гормонально-метаболическим нарушениям.

Приведем случаи наблюдения двух больных с бессимптомным течением плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы, маскирующихся под паратонзиллярный абсцесс. Авторами были принято решение осветить оба случая совместно, т. к. у них была схожая клиническая картина, схожие результаты дополнительных методов исследования, способ хирургического лечения и послеоперационные результаты.

Больной В. 36 лет и больной М.41 года были направлены на консультацию в оториноларингологическое отделение ТОГБУЗ «ГКБ №3г.Тамбова» врачами-оториноларингологами городских поликлиник по поводу подозрения на паратонзиллярный

абсцесс справа. Больные направлены после профосмотра, на которых было случайно выявлено это заболевание. При осмотре оба больных жалоб не предъявляли. Давность заболевания неизвестна, т. к. оно протекало бессимптомно, не вызывало жалоб, деформации лица и шеи, увеличенных периферических лимфоузлов не было. Отсутствовали боль в горле и тризм жевательной мускулатуры, температура тела была в пределах нормы. При мезофарингоскопии выявлена асимметрия зева, выбухание правого паратонзиллярного пространства, правая передняя небная дужка не гиперемирована, при надавливании на неё шпателем – плотная, безболезненная. С диагностической целью была выполнена пункция правого паратонзиллярного пространства. Пунктата не получено, т. к. образование было довольно плотной консистенции .

Выполнены дополнительные методы обследования: клинико-лабораторные методы исследования периферической крови (в них патологических изменений не выявлено, общее количество лейкоцитов и лейкоформула – в пределах референсных значений), компьютерная томография глотки. На КТ глотки выявлено новообразование в глотке справа в капсуле.

По результатам обследования больных с целью верификации диагноза было принято решение о выполнении биопсии из новообразования глотки. Хирургический доступ был выбран из глотки, через тонзиллотомию (удален верхний полюс небной миндалины), метод обезболивания – эндотрахеальный наркоз. Далее из паратонзиллярного пространства при пальпаторном исследовании границ новообразования была целиком выделена и удалена с капсулой опухоль (в обоих клинических случаях). После удаления новообразования в нише кровотечения не было, прорастания опухоли в окружающие ткани не было выявлено. Новообразование имело бугристую поверхность в капсуле, на разрезе крупнозернистый вид и консистенцию хрящевой плотности. Интраоперационно было выполнено цитологическое исследование материала.

Результаты цитологического исследования. В первом случае клеточность умеренная, на миксоидном фоне структура пролиферирующего эпителия. Заключение: цитограмма аденомы. Во втором случае клеточность умеренная. На фоне эритроцитов розовый волокнистый хондромиксоидный материал с перистыми нечеткими контурами. Скопления округлых овоидных клеток, а также эпителиальных клеток, вмурованных в фибриллярную строму. Заключение: данная цитограмма может соответствовать плеоморфной аденоме. Гистологическое исследование подтвердило цитологическое заключение. Результаты: плеоморфная аденома слюнной железы.

Послеоперационный период у обоих больных протекал без осложнений, при выписке больных при мезофарингоскопии: зев стал симметричным, глотание

безболезненным, рот открывался свободно. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Приведенные клинические случаи демонстрируют бессимптомное течение аденомы слюнной железы, которые выявлены случайно. Картина при мезофарингоскопии таких новообразований может быть расценена врачами первичного звена как паратонзиллярный абсцесс. Из-за высокой плотности новообразований нам не удалось выполнить дооперационную пункционную биопсию (как описано и рекомендуется в большинстве источников по данной теме). Интраоперационное исследование материала позволяет уточнять диагноз и принимать решение об объеме операции. Данные случаи демонстрируют нетипичное течение новообразования слюнной железы, возможность и эффективность хирургического доступа для удаления новообразования через глотку, а также то, что врачам первичного звена необходимо постоянно проявлять онкологическую настороженность.

ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ГОРТАНИ ПРИ РАННИХ СТАДИЯХ РАКА (T1-2N0M0) С ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКОЙ

Сугаипов А.Л., Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Ребрикова И.В., Филюшин М.М., Никифорович П.А., Мордовский А.В.

«МНИОИ им. П.А. Герцена» – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ

Основным методом контроля за радикальностью эндоларингеальных резекций при ранних формах рака гортани остается мультифокальное морфологическое исследование краев резекции удаленного препарата. Адекватное предоперационное планирование границ резекции опухоли дает возможность обеспечить радикализм операций.

Основной целью данного исследования является улучшение результатов хирургического лечения ранних форм рака гортани.

Задачи. Основной задачей является улучшение показателей безрецидивной выживаемости после эндоларингеальных методов хирургического лечения больных с ранними формами рака гортани.

В данном исследовании представлены результаты лечения 60 пациентов с диагнозом ранний рак гортани, проведенного в МНИОИ им. П.А. Герцена за период с 2010 по 2018 гг. 84% пациентов составляли мужчины, 16% – женщины. Возраст пациентов – от 39 до 80 лет (средний возраст – 60 лет). У всех больных был верифицирован плоскоклеточный рак.

По характеру проведенного лечения все клинические наблюдения, включенные в настоящее исследование, разделены на две группы.

I группа включает 35 пациентов (58,3%), с диагнозом ранний рак гортани. Им проведено хирургическое лечение в объеме эндоларингеальной резекции гортани с РЧА без предоперационной фотодинамической диагностики. Подгруппа Ia включает 17 пациентов (31,5%) с первичным ранним раком гортани, в подгруппу Ib входят 18 пациентов (33,3 %) с продолженным ростом опухоли или рецидивом опухоли после ЛТ, ХЛТ и эндоскопических методов лечения.

II группа включает 25 пациентов (41,7%) с диагнозом ранний рак гортани, которым проведено хирургическое лечение в объеме эндоларингеальной резекции гортани с предоперационной фотодинамической диагностикой.

Из 60 эндоларингеальных резекций гортани 25 случаях операция выполнена после предоперационной фотодинамической диагностики. Все эндоларингеальные операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Перед операцией 50 пациентам

сформирована временная трахеостома. В 6 наблюдениях ИВЛ была обеспечена за счет интубации через рот эндотрахеальной трубкой 7,0, а в 4 – за счет высокочастотной ИВЛ аппаратом TwinStream.

В Ia-подгруппе мужчин было 14 (87%), женщин – 3 (17%). Возраст –от 40 до 76 лет (в среднем 58 лет). Во Ib-подгруппе мужчин было 15 (30%), женщин – 3 (6%). Возраст –от 39 до 80 лет. (в среднем 60 лет). В II группе мужчин было 23 (92%), женщин – 2 (8%). Возраст – от 40 до 76 лет. (в среднем 58 лет).

В Ib-подгруппе продолженный рост опухоли или ее рецидив после ЛТ наблюдался у 15 (83,4%) пациентов, после ХЛТ – у 1 пациента (5,5%), после эндоскопического лечения – у 2 (11,1)

В Ia-подгруппе у 9 больных (52,9%) опухоль локализовалась в проекции левой голосовой складки (ЛГС), у 4 (23,5%) – в области правой голосовой складки (ПГС), у одного пациента (5,8%) – в области ПГС гортанного желудочка; у 1 (5,8%) – в проекции ПГС, передних отделов ЛГС, у 1 (5,8%) пациента – в проекции ПГС, передней комиссуры, подскладкового отдела справа; у 1 (5,8%) – в проекции черпало-надгортанной складки.

Во Ib группе у 9 (50%) пациентов опухоль локализовалась в проекции ПГС, у 3 (16,67%) – в проекции ЛГС; у 5 (27,78%) – в проекции ЛГС, гортанного желудочка, у 1 (5,5%) пациента – в проекции ЛГС, подскладкового отдела.

В II группе опухоль у 9 (36%) пациентов локализовалась в проекции ПГС, у 11 (44%) – в проекции ЛГС, у 4 (16%) – в области ЛГС и ПК, у 1 (4%) пациента – в проекции ЛГС, подскладкового отдела.

После получения результатов планового морфологического исследования трём пациентам в Ia группе установлен рак in situ, 7 пациентам - I стадия, 7 пациентам - II стадия.

В Ib группе у 5 пациентов был установлен рак гортани I стадии, у 13 – рак гортани II стадии. В II группе у 3 пациентов установлен рак гортани in situ, у 16 пациентов установлен рак гортани I стадии, у 7 пациентов – рак гортани II стадии.

25 больным выполнены эндоларингеальные резекции гортани с предоперационной фотодинамической диагностикой, планированием границ резекции. Контрольную группу составили 35 пациентов, которым выполнены эндоларингеальные резекции гортани с радиочастотной абляцией, без проведения фотодинамической диагностики.

Метод фотодинамической диагностики заключается в том, что пациенту за два часа до исследования внутрь вводится в per os препарат отечественного производства Аласенс (5-АЛК) в дозе 30 мг/кг массы тела. Далее проводится видеофиброларингоскопия с флуоресцентной диагностикой, при которой выявляется «свечение» опухоли, связанное с

поглощением введенного препарата. При обследовании с применением фотодинамической диагностики была уточнена распространенность опухолевого процесса в сторону ее увеличения при сравнении с осмотром без фотодинамической диагностики, что позволило на предоперационном этапе планировать объем предполагаемого хирургического вмешательства и выполнить операцию в объеме R0.

В II группе больных (25 пациентов) у 24 пациентов (40%) после выполнения фотодинамической диагностики выявлено свечение опухоли. У 12 (92%) выявлена распространенность опухоли в сторону ее увеличении при сравнении с исследованием в белом свете, что позволило адекватно оценить границы опухоли и выполнить операцию в объёме R0. У 1 пациента (4%) при плановом морфологическом исследовании выявлен положительный край резекции (R1).

Эндоларингеальные резекции гортани с предоперационной флюоресцентной диагностикой имеют существенные преимущества, т.к. позволяют выполнить адекватный объем хирургического лечения.

У пролеченных у нас пациентов с ранними формами рака гортани с предоперационной фотодинамической диагностики у двоих выявлен продолженный рост опухоли через 4 и 5 месяцев после проведенного хирургического лечения. В контрольной группе у 5 пациентов выявлен рецидив опухоли в сроки до 7 лет.

На сегодняшний день наиболее адекватным хирургическим методом лечения при ранних формах рака гортани остается эндоларингеальная резекция гортани. Проведение предоперационной фотодинамической диагностики позволяет улучшить показатели данного метода, который позволяет на предоперационном этапе выявлять истинные границы опухоли. Данные фотодинамической диагностики расходятся с показателями в белом свете.

ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПОДСКЛАДКОВОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ

Вавин В.В.

ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»

В настоящее время по-прежнему сохраняется большое число пациентов с постинтубационными стенозами гортани и трахеи. Это связано с высокой частотой осложнений (от 0,2 до 25%) у больных с постинтубационными рубцовыми стенозами подскладкового отдела гортани (Стариков Ю.Г. и др., 2013; Чекан В.А., 2013; Koshkareva Y., Gaughan J.P., Soliman A.M., 2017). В связи с постоянной разработкой и внедрением новых типов резекций и реконструкций нет окончательного решения проблемы хирургического лечения хронических стенозов гортани и трахеи (Подкопаева Ю.Ю., 2016; Cetin S., Tobey A. B. et al., 2014; X. Yin, M. Motz, et al., 2017). При этом остаются актуальными эндоскопические способы лечения, что обусловлено наличием сопутствующей патологии у большинства пациентов с ларинготрахеальными стенозами, а также состоянием дыхательных путей, не всегда соответствующим требованиям, необходимым для выполнения реконструктивной хирургии открытым доступом (Кирасирова Е.А. и др., 2006; Зенгер В.Г. и др., 2007; Чекан В.А., 2013; Ясногородский О.О., 2016; Ciccone A.M., et al., 2004; Reiter R. et al., 2014; Gadkaree S.K. et al., 2017). Таким образом, разработка новых методик и оценка их эффективности – важный элемент в решении задачи эндоскопического лечения постинтубационных стенозов гортани и трахеи.

Цель настоящей работы – оценить эффективность и расширить возможности эндоларингеальной микрохирургии при постинтубационных стенозах подскладкового отдела гортани.

В период с 2010 по 2018 гг. на базе ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» находилось 35 пациентов с хроническими постинтубационными стенозами подскладкового отдела гортани, которые были оперированы с помощью эндоларингеального доступа. Соотношение мужчин и женщин составило 1,4:1, возраст – от 11 месяцев до 67 лет (в среднем 48±10,3 года). Как правило, больным выполнялось неоднократное хирургическое лечение, общее число операций – 78. В качестве хирургического метода лечения был использован CO_2-лазер фирмы KLS Martin (Германия), совмещенный при помощи микроманипулятора с операционным микроскопом Karl Zeiss (Германия) при прямой опорной ларингоскопии с набором

инструментов Karl Storz (Германия). Наиболее часто используемой настройкой микроскопа служило увеличение в 16-25 раз, мощность лазера – 4 Вт, фокус – от 250 до 400 мкм. В 14 наблюдениях проводилось дополнительное бужирование, в 28 – продленное стентирование.

Все пациенты были прооперированы под эндотрахеальным наркозом, у 12 имелась трахеостома. До операции стеноз I степени был выявлен у одного пациента, II– у 17, III – у 13, IV степени – у 4. Характер рубцового стеноза у 18 пациентов был в виде концентрического сужения, у 9 – в виде мембраны, у 4 – в виде перемычки. У 4 больных просвет гортани не определялся за счет ее полного заращения. В 6 наблюдениях подскладковый стеноз гортани сочетался со стенозом трахеи.

Хирургическое лечение при концентрическом стенозе заключалось в радиальном рассечение рубца у 18 больных, у 15 из них для создания достаточного просвета дополнительно было проведено бужирование. Данный метод позволил сформировать достаточный просвет гортани с созданием минимальной раневой поверхности. Наблюдение за этими больными в динамике показало склонность к рестенозированию (16 больных), что потребовало повторного вмешательства в том же объеме, в результате которого стойкий эффект был достигнут еще у двоих. Остальным 14 пациентам было проведено стентирование на срок от 3 до 12 месяцев: самораспрaвляющийся стент Mi Tech –11 случаев, линейный силиконовый – 3.

Пациентам с мембраной подскладкового отдела гортани (n=9) выполнялось ее иссечение. Учитывая тот факт, что во всех случаях имелась тенденция к рестенозированию, в последующем проводилось стентирование от 4 до 11 месяцев самораспрaвляющимся стентом (Mi Tech). Четверым пациентам, у которых стеноз подскладкового отдела гортани был в виде перемычки, проводилось рассечение области стенозирования с формированием микролоскута, который уменьшал размер раневой поверхности. В дальнейшем у одного пациента возникло рестенозирование, что потребовало повторного вмешательства и стентирования на 6 месяцев, в результате которых достигнут стойкий эффект.

Наиболее сложная категория больных – с полным заращением подскладкового отдела гортани (4 пациента). Они были прооперированы после детального обследования в объёме МСКТ гортани и эндоскопии гортани, трахеи и пищевода. Проводилось прогнозирование протяженности стеноза, определялась возможность вовлечения в патологический процесс соседних структур. В дальнейшем при помощи лазера выполнялась реканализация с последующем стентированием Т-образным силиконовым

стентом от 6 до 14 месяцев. Длительность стентирования во всех случаях определялась достижением стойкого эффекта или присоединением осложнений.

Наблюдение за всеми пролеченными пациентами в сроки от 2 до 7 лет показало, что стойкий эффект достигнут у 26 из 35 больных, 9 пациентам после подготовки была проведена ларингопластика.

Выводы:

1. Применение CO_2-лазера в микрохирургии подскладкового отдела гортани позволяет выполнять спектр манипуляций по рассечению, иссечению и реканализации рубцового стеноза с созданием минимальной раневой поверхностью, в том числе за счет формирования микролоскутов.

2. Рубцовые стенозы подскладкового отдела гортани после их ликвидации с использованием лазера имеют высокий процент рецидивов (80%). В ряде случаев они могут быть устранены методом продленного стентирования.

3. Применение комбинации методов лазерной микрохирургии, бужирования и продленного стентирования рубцовых стенозов подскладкового отдела гортани в наших наблюдениях показало эффективность в 74% случаях.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕ ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ГОРТАНИ

Л.Г. Кожанов, М. Т. Беков, А.Л. Кожанов

ГБУЗ ОКД №1 ДЗМ

Важнейшими аспектами при выполнении открытых резекций при раке гортани являются онкологическая адекватность и одномоментное восстановление просвета органа. На интраоперационном этапе после выполнения функционально-сохранных вмешательств осуществлялась реконструкция органа, и в его просвет на 2-3 недели устанавливался силиконовый стент оригинальной конструкции. С целью повышения эффективности лечения и реабилитации этой категории больных, кроме реконструктивного этапа, в послеоперационном периоде мы применяли эндоскопическую эндоларингеальную хирургию и лазерную терапию.

Наш опыт основан на выполнении эндоскопической эндоларингеальной хирургии у 37 человек после резекции гортани. Операция выполнялась с использованием видеобронхоскопа OLIMPUS Q180, видеоцентра EVIS Exera II, аргоноплазменной коагуляции APC 300 фирмы ERBE и портативного скальпеля коагулятора «ЛАЗОН-10-П».

Нами проведено эндоскопическое исследование гортани с протезом и после его удаления, оценивалось состояние слизистой оболочки оперированной гортани, черпаловидных хрящей. Проводилась противовоспалительная и противоотечная терапии.

На основании данных эндоскопического исследования мы выявили следующие изменения в оперированной гортани: лигатуры и грануляции обнаружены у 28 человек, рубцовые – у 6, трахеомаляции – у одного.

Эндоскопическая коррекция проводилась под местной анестезией у 34 больных (91,2%), и только у троих применялась общая анестезия. Производилось поэтапное удаление лигатур. При выявлении грануляций и рубцовой ткани выполнялась грануляций и рубцов.

Проведенные исследования установили, что после эндоскопического удаления лигатур, иссечения грануляций и рубцовой ткани, просвет гортани восстановлен у 35 из 37 человек (94,6%).

Таким образом, комплексный подход после выполнения функционально-сохранных операций с одномоментной реконструкцией и эндоскопической коррекцией просвета гортани в послеоперационном периоде позволяет восстановить голосовую и дыхательную функции.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Пальчун В.Т.[1,2], Крюков А.И. [1,2] , Гусева А.Л. [1], Левина Ю.В.[1,2]

[1] *ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ*

[2] *ГБУЗ «НИКИО оториноларингологии им. Л.И. Свержевского ДЗМ*

Цель исследования – провести оценку эпидемиологических особенностей течения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ) по результатам анализа медицинских карт пациентов с ДППГ, обращавшихся в многопрофильную клинику.

В исследование вошли 287 пациентов с ДПП, проходивших лечение в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова с января 2015 г. по июнь 2018 г. Диагноз был поставлен на основании диагностических позиционных тестов (проба Dix-Hallpike и roll-тест) с использованием видеонистагмоскопии.

Стационарное лечение в неврологическом или оториноларингологическом отделениях в связи с острым приступом головокружения проходили 60 пациентов с ДППГ (20,9%), 227 пациентов (79,1%) обратились за амбулаторной помощью в консультативно-диагностический центр больницы. Наибольшее число пациентов – 169 (58,8%) человек – были в возрасте от 50 до 70 лет. По гендерному соотношению превалировали женщины: 1:3,3. У 15 больных (5,2%) заболевание возникло после травмы головы или операции на костях черепа, у остальных пациентов травматического фактора анамнестически выявить не удалось. У 77 (26,8%) пациентов ДППГ было ассоциировано с другими заболеваниями внутреннего и среднего уха: у 33 – с хронической нейросенсорной тугоухостью, у 16 – с острой нейросенсорной тугоухостью, у 12 – с острым или хроническим средним отитом, у 7 – с болезнью Меньера, у 7 – с вестибулярным нейронитом, у 2 – с невриномой 8-й пары черепных нервов. При всех перечисленных заболеваниях отолитиаз регистрировался на стороне пораженного уха. 117 (40,7%) пациентов отмечали, что испытывали подобные приступы ранее, обращались к неврологу и получали медикаментозное лечение по поводу различных сосудистых заболеваний головного мозга. Диагноз ДППГ был поставлен у 82 (28,5%) пациентов в течение 1 недели после дебюта симптоматики, а у 98 (34%) – более, чем через месяц от начала заболевания. У половины от общего числа пациентов (50,5%) первый приступ заболевания возник утром при вставании с постели в виде выраженного приступа вращательного головокружения, при этом у 130 (45,3%) отмечалась тошнота, у 65 (22,6%) –рвота, у 45 (15,7%) – значительное повышение артериального давления. Абсолютное большинство больных (217; 75,6%) жаловались на постоянную неуверенность и шаткость при ходьбе.

Выводы. При ДППГ чаще страдают женщины в возрасте 50-70 лет. В большинстве случаев ДППГ имеет идиопатический характер, а в трети случаев сочетаются с другими заболеваниями среднего и внутреннего уха. Дебют ДППГ может сочетаться с вегетативной симптоматикой разной степени выраженности, а также с неустойчивостью при ходьбе в межприступном периоде. ДППГ остается плоходиагностируемым в амбулаторной и стационарной практике заболеванием.

ЭТАПНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Мальцев С.А., Гисс Н.А., Константинова О.С., Дятлова Н.В.

МАУ «ЦГКБ № 23» г. Екатеринбург

Лечение пациентов с хроническими рубцовыми стенозами гортани и трахеи – сложная и крайне актуальная проблема современной медицины. Наиболее частая причина развития хронических рубцовых стенозов трахеи и гортани это ятрогенные повреждения после длительной интубации и трахеостомии. По данным литературы, частота их развития различна и колеблется от 0,1 до 25%.

Основная цель любого хирургического вмешательства по поводу рубцового стеноза трахеи – достижение удовлетворительного просвета ее для дыхания, и как следствие этого – деканюляция (при наличии трахеостомы). Этапные реконструктивно-пластические операции (ЭРПО) на гортани и трахее являются альтернативным методом хирургического лечения хронических рубцовых стенозов гортани и трахеи и применяются при наличии противопоказаний к выполнению циркулярной резекции.

Цель работы – оценка результатов выполнения ЭРПО на гортани и трахее, по данным Центра неотложной хирургии уха, горла, носа МАУ ЦГКБ № 23 г. Екатеринбурга за 2012 – 2018 гг.

ЭРПО на гортани и трахее заключаются в рассечении суженного отдела трахеи и гортани, иссечении из просвета рубцовых тканей, формировании стойкой трахеостомы или ларинготрахеостомы и установки в просвет трахеи силиконовой Т- образной трубки. Нами были использованы силиконовые эндотрахеально-трахеостомические Т- образные трубки АО «МедСил» с овальным отводящим коленом.

В Центре неотложной хирургии уха, горла, носа МАУ ЦГКБ №23 г. Екатеринбурга за период 2012-2018 гг. с помощью метода ЭРПО было пролечено 45 пациентов, из них 44 (97,7%) с ятрогенными стенозами трахеи, один (2,2%) с хроническим воспалительным стенозом гортани и трахеи. В исследовании мужчин было 30 (66,6%), женщин – 15 (33,4). Средний возраст составил 46,6±16. Со II степенью стеноза прооперировано 15 пациентов (33,3 %), с III – 27 (60%), с IV – 3 (6,6%). Протяженность стеноза трахеи составила 3,8±1,5 см. Трахеомаляция в зоне стеноза диагностирована в 33 случаях (73,3%). Всем пациентам ранее перед ЭРПО была наложена трахеостома. Наличие сопутствующей патологии выявлено у 26 пациентов (57,7%), из них с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – 57,7%, с заболеваниями нервной системы – 22,2%. Прооперированы со стенозом шейного

отдела 26 больных (57,7%), шейного и грудного – 11 (24,4%), грудного – 4 (8,9%), с мультифокальным стенозом – 2 (4,4%), ларинготрахеальным – 4 (8,9%). Длительность периода канюленосительства Т-образной трубки составила 30,3±22,6 месяцев.

После выполнения ЭРПО перфорация пищевода в шейном отделе была диагностирована в одном случае (2,2 %), рост грануляционной ткани на концах трубки в – 19 (42,2%), сужение ларинготрахеофиссуры в 7 (15,5%) с последующей ее реконструкцией, инородное тело нижних дыхательных путей в 2 (4,4%).

Деканюляция пациентов проводилась в условиях стационара, период наблюдения составил от 7 до 10 дней. Деканюлировать и выполнить пластику дефекта передней стенки трахеи удалось у 8 пациентов (19%), из них со стенозом шейного отдела у 6 пациентов (75%), со стенозом грудного отдела у одного (12,5%), с ларинготрахеальным стенозом у одного (12,5%). Протяженность стеноза у этих больных составляла 2,8±0,4 см. Пластика дефекта передней стенки трахеи всем больным выполнена в условиях местной анестезии путем трехслойной кожной-мышечно-кожной пластики с использованием прилежащих мышц. Троим больным ЭРПО выполнены менее 4-6 месяцев назад, и оценка результатов произведена без учета этих больных.

Среди общего числа больных, которым выполнены ЭРПО у 8 (19%) удалось достичь выздоровления, 24 пациента (50%) остаются канюленосителями. Оценить результаты лечения 13 пациентов (3%) не представлялось возможным ввиду потери контакта с ними, что в свою очередь повлияло на общий результат.

Выводы. По итогам нашего исследования эффективность ЭРПО составила 19%, что несколько ниже зарубежных данных (от 20 до 60 %).

Для улучшения результатов ЭРПО необходим строгий диспансерный учет больных, создание региональных центров по лечению данной патологии в рамках многопрофильных медицинских учреждений, что позволит концентрировать таких больных в одном месте и будет способствовать четкому отслеживанию результатов лечения, раннему выявлению и устранению осложнений.

ЭТИОЛОГИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Евсикова М.М.

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

В настоящей работе определено значение вирусных агентов и β-гемолитического стрептококка группы А в развитии воспалительных процессов глотки у детей.

Обследовано 43 ребенка: 9 детей, находящихся на стационарном лечении с диагнозом паратонзиллярный абсцесс (ПТА) – 1-я группа, 34 ребенка, получающих амбулаторное лечение (10 детей с диагнозом хронический тонзиллит) – 2-я группа, и 23 ребенка с острым тонзиллофарингитом (ОТФ) – 3-я группа. Возраст пациентов 1-й группы был от 5 до 18 лет (в среднем 10±1 лет), 2-й группы – от 11 до 17 лет (15±1 лет), 3-й группы – от 1 года до 17 лет (5±1). В первых двух группах преобладали девочки (соотношения 2:1 и 9:1 соответственно), в третьей было 11 девочек и 13 мальчиков.

Всем пациентам проводилось вирусологическое исследование методом ПЦР для герпес-вирусов (вирус Эпштейн-Барра(ЭБВ), цитомегаловирус (ЦМВ), простого герпеса 1, 2 и 6 типов (ВПГ 1,2,6), адено-, парагриппа-, рино-, респираторно-синцитиального-, корона-, бока-, метапневмовирусов). Амбулаторным пациентам проводился экспресс-тест на выявление β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) и микробиологическое исследование отделяемого из лакун миндалин и/или поверхности задней стенки глотки. Стационарным больным проводилось микробиологическое исследование отделяемого из полости абсцесса.

Среди пациентов с ПТА в 6 случаях (66,7%) определялась бактериальная этиология, в 3 (33,3%) – вирусно-бактериальная. Среди бактериальной флоры преобладал БГСА – 5 (55,5%), при этом в качестве монофлоры в 3 случаях (33,3%), в 2 случаях отмечалась его ассоциация со *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus oralis*. Среди вирусной флоры в 2 наблюдениях (22%) выявлен ЭБВ, однократно (11%) – ВПГ-1 и риновирус. У пациентов с хроническим тонзиллитом бактериальная флора выявлена у 8 пациентов (80%), вирусно-бактериальная – у 2 (20%). Среди вирусов выявлены ВПГ-1 (11%) и ЭБВ (11%). Среди бактериальных возбудителей не выявлен БГСА, в половине случаев определен *Staphylococcus aureus*. В группе ОТФ вирусно-бактериальная флора отмечена у 10 пациентов (41,6%), вирусная флора – у 9 (37,5%), бактериальная – у 5 (20,8%). Среди вирусов преобладали риновирусы – 10 случаев (41,66%), ЭБВ и ВПГ 6-го типа выявлены с одинаковой частотой – 4 случая у каждого (16,66%). ЦМВ в 2 случаях (8,33%),

однократно выявляли адено-, метапневмо- и коронавирус (4,16%). БГСА выявлен в 2 случаях (8,33%), оба раза в ассоциации с ЭБВ.

Выводы. Доля БГСА в развитии ПТА составила 55,5%, ОТФ – 8,33%. Вирусы наиболее часто выявлялись у пациентов с ОТФ (79%), реже – с ПТА (33,3%) и ХТ (20%). При ОТФ наиболее часто встречался риновирус (41,66%), при ХТ и ПТА чаще определялись герпес-вирусы (в 20% и 22% соответственно).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

Кунельская Н.Л.[1,2], Байбакова Е.В.[1], Янюшкина Е.С. [1], Чугунова М.А.[1], Кулакова Е.А.[1], Негребова М.А.[1]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
[2] ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

В последние десятилетия в мировой литературе широко обсуждается эффективность интратимпанального введения дексаметазона в терапии пациентов, страдающих болезнью Меньера (БМ). Однако результаты исследований, посвященных данной теме, противоречивы, возможно, в связи с неоднородными критериями включения пациентов, а также различной кратностью и длительностью проводимой терапии.

Цель исследования – провести предварительный (через 24 месяца) анализ эффективности интратимпанального введения дексаметазона 4 мг ежедневно в течение месяца у пациентов, страдающих БМ (согласно критериям, EAONO).

В период с 2014 по 2016 г. проведено интратимпанальное лечение (дексаметазон 4 мг ежедневно в течение месяца) 8 пациентам, стрaдвшим односторонней БМ, согласно критериям EAONO. Все пациенты были женского пола, средний возраст составил 61±3 года, длительность заболевания с момента возникновения первого приступа системного головокружения составила 4±0,8 лет. В исследование были включены пациенты, у которых за последние 3 месяца было не менее трех приступов системного головокружения, и не отмечалось эффекта от консервативной терапии (бетагистин, ацетазоламид). Эффективность проведенной терапии мы оценивали на основании дневника, в котором пациенты фиксировали кратность и длительность приступа головокружения, а также по данным визуальной аналоговой шкалы (ВАШ, 0-10 баллов) и шкалы DHI (Dizziness Handicap Inventory).

Все пациенты к 24-му месяцу после окончания курса терапии дексаметазоном отметили снижение интенсивности головокружения по данным ВАШ (7,8±0,2 баллов – до лечения и 2,4±0,1 балла – после лечения) и по шкале DHI (54±2,4 баллов до лечения и 18±0,6 баллов – после), а также сокращение длительности приступов головокружения (4,5±0,8 час. до начала терапии и 0,5±0,2 час. через 24 месяца после его окончания). Кратность приступов головокружения составляла 10,8±1,8 приступов в течение 3 месяцев до начала интратимпанального лечения дексаметазоном. Спустя 21-24 месяца после окончания терапии кратность приступов снизилась в 4 раза (2,6±0,4). Промежуток полной ремиссии (отсутствие приступов головокружения) после окончания интратимпанального

лечения составил 6 месяцев – у 2 пациентов, максимальный (2 года) – у 6 пациентов (длительность наблюдения 2 года).

Вывод: По предварительным данным, за период наблюдения до 24 месяцев, метод интратимпанального ежедневного введения дексаметазона 4 мг в течение месяца показывает довольно высокую эффективность при лечении пациентов с достоверной БМ по классификации EAONO .

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОГРАНИЧЕННОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Кирасирова Е.А., Лафуткина Н.В., Мамедов Р.Ф., Резаков Р.А.

ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

В основе ограниченного стеноза гортани лежат патологические процессы, приводящие к замещению нормальных структур рубцовой тканью и сужению просвета с развитием явлений дыхательной недостаточности. Из существующих методов хирургического лечения этой патологии наиболее часто проводится ларингопластика с резекцией рубцово-изменённых тканей.

Цель работы – совершенствование и внедрение малоинвазивных методов лечения больных с ограниченным стенозом гортани различной этиологии.

За 2016- 2018 гг. в отделе реконструктивной хирургии полых органов шеи НИКИО им Л.И. Свержевского пролечено 60 пациентов (28 мужчин и 32 женщины в возрасте от 29 до 65 лет) с ограниченным стенозом гортани. У 42 больных был рубцовый стеноз, у 18 – двусторонний паралич гортани). Этиологическими причинами рубцового стеноза был гранулематозный полиангит 16 больных, постинтубационный стеноз – у 10, рубцовый стеноз после предыдущего лечения у 7, другие причины – 9 пациентов. Из 18 больных с двусторонним параличом гортани большинство составили женщины, перенесшие операцию на щитовидной железе. Все пациенты были трудоспособного возраста (средний возраст составил 42 года). У 23 из них на момент поступления в стационар имелась трахеостома.

Всем больным проведено клинико-лабораторное обследование, КТ гортани и трахеи, эндофиброларинготрахеоскопия, исследование функции внешнего дыхания, консультации смежных специалистов. У большинства больных по данным КТ в подголосовом отделе гортани имелось циркулярное сужение просвета за счет утолщения и уплотнения мягких тканей. Протяженность стеноза составила от 5 до 10 мм, диаметр самой узкой его части – 5-9 мм. При трехмерной реконструкции изменений хрящевого остова гортани не выявлено. При эндоскопическом осмотре визуализировали циркулярное сужение подскладкового отдела гортани. Всем пациентам с подскладковым стенозом был рекомендован метод малоинвазивной хирургии с помощью дилатации стеноза гортани баллоном высокого давления. Операцию проводили под наркозом под прямой опорной ларингоскопией с использованием видеоэндоскопической техники. В ряде случаев интубационную трубку заводили за уровень стеноза через установленный ларингоскоп или устанавливали над стенозом. При интубации использовали трубки с внутренним

диаметром 5 и 6 мм. При наличии трахеостомы интубацию выполняли через трахеостому. Дилатацию рубцового стеноза проводили при достижении 100% содержания кислорода в крови. В просвет стеноза после предварительно удаленной интубационной трубки заводили баллонный катетер. С помощью специального шприца-манометра в баллон диаметром 10 мм нагнетали жидкость, достигая давление в 10 атмосфер.

Дилатацию проводили в три подхода, время экспозиции составляло 2 минуты. В результате дилатации удалось добиться стойкого расширения просвета посредством микроразрывов рубцовой ткани строго по диаметру баллона. При завершении операции в зону стеноза проводили инъекцию дексаметазона.

Пациенты пребывали в стационаре в течение 4 суток. Контрольную фиброларинготрахеоскопию выполняли на первые и третьи сутки стационарного лечения. Выполняли также антибактериальную и противоотёчную терапию, местное эндоскопическое лечение инъекциями дексаметазона в область рубца гортани (через канал гибкого эндоскопа), назначали щелочные ингаляции с антисептиком. После дилатации пациентов выписывали под амбулаторное наблюдение. Амбулаторный контроль проводили на 7-й и 14-й день после операции и в последующем каждый месяц. В настоящий момент период наблюдения за больными составил 3 года. Рестенозирования подскладкового стеноза гортани не наблюдалось.

Пациентам с двусторонним параличом гортани (n=18) проведено хирургическое лечение с использованием микрохирургической техники под прямой опорной ларингоскопией.

Показаниями для эндоларингельных микрохирургических вмешательств служит двусторонний паралич гортани без значимых отягощающих факторов (наличие коморбидных состояний, ХОБЛ, сахарный диабет, ожирение). Объем операции определяли в зависимости от исходного размера голосовой щели и длительности заболевания. В послеоперационном периоде пациенты получали антибактериальную, симптоматическую, ингаляционную терапию, направленную на минимизацию послеоперационного воспаления. Срок стационарного лечения не превышал 4 койко-дней. Все больные деканюлированы в раннем послеоперационном периоде (2-3 сутки), полное функциональное восстановление гортани наблюдалось через 30 дней после операции.

Заключение. Баллонная дилатация является современным, малоинвазивным методом лечения ограниченного подскладкового стеноза гортани, являясь альтернативой открытых хирургических вмешательств. Эндоскопический метод хирургического лечения двустороннего паралича гортани является эффективными при условии соблюдения

показаний к операции, максимальной радикальности выполнения операции, профилактики послеоперационного рубцевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Гергиев В.Ф., Никифорова Г.Н., Морозова С.В., Свистушкин В.М.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ

Слух – одно из важнейших чувств человеческого организма. По количеству получаемой информации слуховой анализатор занимает второе место после зрительного. Стойкое снижение слуха, на фоне которого затрудняется восприятие окружающих звуков и речевое общение, определяется термином тугоухость. Наиболее сложной и значимой представляется проблема острой и внезапной сенсоневральной тугоухости. Спонтанное восстановление слуха у таких больных, по данным различных исследований, происходит только в 32-65% случаев. В большинстве случаев в качестве первой линии терапии используются глюкокортикостероиды, причем эта группа препаратов эффективна при вирусной, сосудистой, бактериальной, аутоиммунной природе заболевания.

По данным литературы, эффективность системной стероидной терапии при острой сенсоневральной тугоухости составляет 68-89%. Однако длительные курсы системной стероидной терапии приводят к развитию побочных эффектов. Данный способ лечения противопоказан пациентам с инсулинозависимым плохо контролируемым сахарным диабетом, артериальной гипертензией, язвенной болезнью ЖКТ, туберкулезом и некоторыми другими заболеваниями.

В последнее время ряд отмечаются хорошие результаты при интратимпанальном введении стероидов больным с острой сенсоневральной тугоухостью. У некоторых исследователей эффективность данного метода лечения доходит до 90%. В отличие от системной терапии, интратимпанальное введение гормонов обеспечивает доставку препарата именно в очаг поражения в обход гематоперилимфатического барьера, что значительно снижает риск развития побочных эффектов, таких как язва желудка, надпочечниковая недостаточность, нарушения метаболизма, катаракта и других. Приведенная статистика не распространяется на пациентов с глубокой степенью тугоухости.

Нами определена эффективность различных методов гормональной терапии при острой сенсоневральной тугоухости IV степени и при внезапном полном выпадении слуховой функции.

В течение 2016-2018 гг. в клинике болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова было пролечено 12 пациентов (5 мужчин и 7 женщин) с острой сенсоневральной тугоухостью IV степени. Болные были в возрасте от 23 до 65 лет. У 5 пациентов отмечалась нейросенсорная тугоухость IV степени, у 7 – порог слуха был более

70 дБ, что соответствует практически полному выпадению слуховой функции. Во всех наблюдениях процесс был односторонним.

В большинстве случаев снижение слуха сопровождалось шумом и ощущением заложенности с пораженной стороны. Давность заболевания составляла от 24 часов до 30 дней, лечения данные пациенты до обращения в нашу клинику не получали. Всем пациентам на этапе дообследования проводился стандартный оториноларингологический осмотр, выполнялись аудиометрия, тимпанометрия, МРТ головного мозга с контрастированием для исключения новообразований мосто-мозжечкового угла, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и рентгенография шейного отдела позвоночника. Пациенты были консультированы отоневрологом, неврологом и офтальмологом, а также по показаниям терапевтом.

Все пациенты были разделены случайным образом на три однородные группы. Больным 1-й группы (4 человека) ежедневно проводилось системное введение дексаметазона по нисходящей схеме, начиная с 24 мг. Пациентам 2-й группы (4 человека) выполнялась аппликационная анестезия барабанной перепонки с последующим инъекционным введением 0,5 мл (4мг/1мл) дексаметазона в барабанную полость. Всем 4 пациентам 3-й группы выполнялась как системная терапия, так и интратимпанальное введение дексаметазона. После интратимпанального введения дексаметазона в барабанную полость все пациенты принимали горизонтальное положение на 20 минут с ротацией головы в противоположную сторону на 45º.

Положительная динамика (полное и частичное улучшение слуха >20dB) отмечалась лишь у одного пациента с IV степенью тугоухости из 3-й группы, получавшего комбинированную терапию. Еще у одного пациента с IV степенью тугоухости получившего курс интратимпанальной гормональной терапии отмечалось частичное улучшение слуха в 15дБ по всему диапазону частот. У всех остальных пациентов в нашем исследовании лечение не принесло положительных результатов по слуху.

Выводы: Сенсоневральная тугоухость не является жизнеугрожающим заболеванием, но выраженность симптомов может привести к инвалидизации больных и выраженной социальной дезадаптации. При своевременном и надлежащем лечении в большинстве случаев таким больным удается улучшить слух, а в некоторых случаях и восстановить его до прежнего уровня. Глубокая потеря слуха является неблагоприятным прогностическим фактором. Гормональная терапия не является высокоэффективным методом лечения больных с внезапной потерей слуха, однако на данный момент остается единственным выбором врачей.

NO-ТЕРАПИЯ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУЖНОГО ОТИТА

Свистушкин В.М.[1], Гербергаген А.В.[2], Шевчик Е.А.[1]

[1] *ФГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ*
[2] *ГБУЗ МО «Подольская ГКБ»*

Монооксид азота имеет большое значение в регуляции биохимических процессов организма. Выявлено активное его участие в иммунных и воспалительных процессах.

Нами представлены результаты исследования эффективности применения экзогенного оксида азота (NO-терапии) в комплексном лечении больных наружным отитом. Исследование проведено с применением воздушно-плазменного скальпеля-коагулятора «Плазон» и разработанного с его помощью способа лечения ран, раневой патологии и воспалительных процессов – NO-терапия. В основе метода лежит обработка пораженной области воздушным потоком, обогащенным монооксидом азота. Несмотря на существенный опыт использования NO-терапии в лечении больных заболеваниями верхних отделов дыхательных путей, отсутствуют исследования, касающиеся возможности применения газообразного монооксида азота при патологии наружного уха.

Цель исследования – оценка эффективности применения NO-терапии в лечении больных наружным отитом.

Под нашим наблюдением находились 40 больных с острым диффузным наружным отитом, распределенные на две группы: исследуемую и контрольную. Базисное лечение в обеих группах проводилось с использованием капель в ухо «Кандибиотик». При выраженном болевом синдроме в обеих группах применяли метамизол натрия, кеторолак. В исследуемой группе дополнительно проводили обдув кожи наружного слухового прохода NO-содержащим газовым потоком.

На фоне лечения в исследуемой группе отмечен более быстрый регресс проявлений острого наружного отита (отек и гиперемия кожи, боль, прекращение выделений) что подтверждено объективными методами исследования: микробиологическими и цитологическими исследованиями, эндоскопическими фото, анкетированием больных с применением клинических шкал. Также отмечено сокращение продолжительности лечения в исследуемой группе. Результаты лечения приведены в таблице.

Выводы. Полученные результаты позволяют судить о положительном влиянии NO-терапии в комплексном лечении больных с острым наружным отитом.

Таблица 1. Сравнительные статистические показатели в исследуемой и контрольной группах через сутки от начала лечения

	Исследуемая (n-20)	Контрольная (n-20)
Разрешение отека	3,7	5,0
Прекращение выделений	5,8	7,95
Исчезновение болей	3,35	4,25
Разрешение гиперемии	6,35	7
Средний койко-день	7,9	9,55

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ ВЗРОСЛЫХ

Рабаданова З.Р., Нажмудинов И.И.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

В настоящее время существуют различные методы лечения папилломатоза верхних дыхательных путей, из которых наиболее распространенными являются методы хирургического удаления папиллом.

«Золотым стандартом» в хирургии папиллом гортани является применение CO2-лазера. Операции проводятся под общей анестезией, с использованием микроскопа. Преимуществом CO_2-лазера является несомненное удобство применения, широкий выбор мощности, длительности импульса, формы пятна, отсутствие необходимости в длинном и не самом удобном инструменте для подведения лазерного волокна.

Вследствие довольно большой редкости и клинической вариабельности папилломатоза доказательство эффективности адъювантной терапии требует серьезных исследований. К сожалению, большая часть методов лечения не имеет твердого обоснования, и зачастую описывается только как эксперимент или даже единичный случай, без должного контроля эффективности.

Наиболее часто применяемыми методами лечения являются использование альфа-интерферона (α-Interferon), индол-3-карбинола (Indol-3-carbinol), цидофовира (Cidofovir) и различного рода вакцин.

Существует довольно большое количество методов лечения папилломатоза гортани. Эта тема активно изучается, разрабатываются новые методы лечения, однако эффективного метода до сих пор не получено, потенциально эффективные методы пока не вышли за грань эксперимента. Проблема папилломатоза гортани у взрослых по-прежнему требует дальнейшего изучения.

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛОМУСНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

Мосолова М.Ю. , Шевчик Е.А., Золотова А.В.

[1] *ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) МЗ РФ*

Гломусная опухоль (параганглиома) – доброкачественное, обильно васкуляризированное новообразование с локально инвазивным ростом. В области головы и шеи параганглиомы могут располагаться в барабанной полости и в области яремного отверстия височной кости, они могут поражать каудальную группу черепно-мозговых нервов (ЧМН), обеспечивающих дыхание, глотание и голосообразование. Методом выбора при лечении данной патологии является хирургическое удаление опухоли, альтернативный способ – лучевая терапия (g-нож).

Цель – Анализ частоты и характера осложнений у пациентов, перенёсших операцию по удалению гломусной опухоли.

В исследование включены 12 пациентов (4 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 29 до 69 лет, находившихся в клинике болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в период с апреля 2015 по август 2016 г. с подтвержденным диагнозом «гломусная опухоль височной кости». В ходе анализа учитывались возраст, пол, жалобы, анамнез заболевания, данные объективного осмотра, компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), аудиометрии до и после операции, тип опухоли по классификации Ficsh, тип доступа, ход операции, а также характер послеоперационных осложнений.

У 4 пациентов была выявлена опухоль типа С (у двоих из них был отмечен рецидив новообразования после проведенного хирургического вмешательства), у 3 – тип А, тип D – у 3 пациентов, тип В – у 2.

Самой частой жалобой был пульсирующий шум, усиливающийся при физической нагрузке и совпадающий с ритмом сердечных сокращений, за ним следовали снижение слуха, боль и выделения из уха, изменение голоса, аутофония, головная быль, шаткость походки и системное головокружение (табл.1).

Симптомы	Число пациентов (%)
Пульсирующий шум	12 (100)
Снижение слуха	11 (91,7)
Отalгия	3 (25)
Оторея	2 (16,7)
Изменение голоса	2 (16,7)
Аутофония	1 (8,3)
Головная боль	1 (8,3)
Шаткость походки	1 (8,3)

Таблица 1. Симптомы ассоциированные с гломусными опухолями

Все 12 пациентов (100%) имели типичные отоскопические признаки гломусных опухолей в виде пульсирующего образования ярко-красного цвета в барабанной полости или наружном слуховом проходе.

У 7 пациентов (58,3%) до операции не было отмечено признаков поражения черепно-мозговых нервов (ЧМН). Нарушение функции в большинстве случаев имело место в отношении XVIII пары ЧМН, реже – лицевого нерва, а также IX, X, XI пар (табл.2).

Черепной нерв	Число пациентов (%)
VII	4 (33,3)
VIII	9 (75)
IX	2 (16,7)
X	2(16,7)
XI	2 (16,7)
Без поражения	2 (16,7)

Таблица 2. Поражение черепных нервов, ассоциированное с гломусными опухолями височной кости

Всем пациентам была проведена компьютерная томография (КТ) височных костей до операции, пациентам с опухолями типов B, C, D дополнительно проводили и МРТ височных костей с контрастированием.

До операции Всем пациентам была проведена аудиометрия: у 7 больных (58,3%) была выявлена смешанная тугоухость, у 2 (16,7%) – кондуктивная, у 2 (16,7%) – сенсоневральная тугоухость, у 1 пациента (8,3%) – норма слуха (табл.3).

Тип тугоухости	Число пациентов (%)
Смешанная	7 (58,3)
Кондуктивная	2 (16,7)
Сенсоневральная	2 (16,7)
Норма слуха	1 (8,3)

Таблица 3. Типы тугоухости по данным аудиометрии, ассоциированные с гломусными опухолями.

Всем пациентам с опухолями типов B-D перед операцией в рентгенодиагностическом отделении под местной анестезией была выполнена артериография наружной сонной артерии в двух проекциях с селективной эмболизацией гломусной опухоли. В большинстве случаев кровоснабжение образований осуществлялось за счет затылочной артерии и ветвей верхнечелюстной артерии.

Результаты. В случае опухоли типа A ни у одного из трёх пациентов осложнений не наблюдали. При опухоли типа B в послеоперационном периоде у 1 больного отмечали парез лицевого нерва III степени и головокружение, у второго – полное выпадение слуха. При опухоли типа C – парез лицевого нерва II-IV степени наблюдали у 3 пациентов, интраоперационную ликворею в 1 случае, в двух – полное выпадение слуховой функции. При этом лишь у одного пациента осложнений не выявлено. При опухолях типа D отмечали интраоперационную ликворею у всех больных; головокружение, парез лицевого нерва II степени, полное выпадение слуховой функции, двусторонний парез гортани, аспирационную пневмонию у 1 пациента.

При контрольном выполнении МРТ через 1-2 года рецидива опухоли не обнаружено ни в одном случае.

Число пациентов	Тип A			Тип B		Тип C				Тип D		
Осложнения												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Без осложнений	✓	✓	✓									
Парез лицевого нерва				✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓

Снижение слуха	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Ликворея		✓		✓	✓	✓	✓
Головокружение	✓				✓	✓	✓
Парез гортани						✓	
Аспирационная пневмония						✓	

Таблица 4. Характер послеоперационных осложнений у пациентов с гломусными опухолями височной кости

Выводы. Характер интра- и послеоперационных осложнений зависит от распространенности опухоли, в связи с чем необходимо тщательное планирование хирургического вмешательства. Несмотря на сложность хирургии параганглиом, связанной с их локализацией, хирургическое лечение в большинстве случаев позволяет полностью удалить новообразование.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РИНИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Георгиева Л.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ

По данным литературы, от 18 до 30% беременных женщин страдают той или иной формой ринита, из них у трети симптомы ринита впервые манифестируют во время беременности. Специфических лабораторных критериев для диагностики ринита беременных не существует, и диагноз основывается на исключении других возможных этиологических причин ринита, в том числе аллергии. Симптомы ринита зачастую носят мучительный, навязчивый характер и могут существенно снижать качество жизни пациенток. Таким образом, изучение клинических аспектов и особенностей диагностики ринита при беременности является крайне актуальным.

С 2014 по июнь 2018 г. на консультацию к ЛОР-врачу в отделение ранней диагностики аллергических заболеваний женщин детородного возраста поликлиники КДЦ ПСПбГМУ им. И.П. Павлова обратились 927 беременных женщин. Группу исследования составили 302 (32,6%) беременные женщины с жалобами на заложенность носа и/или выделения из носа, возникшими при беременности. Из исследования исключались пациентки с острыми респираторными вирусными заболеваниями, острым и хроническим риносинуситом, полипами полости носа.

Исследование основывалось на анализе жалоб, сборе анамнеза, рутинном оториноларингологическом обследовании, общем анализе крови, изучении уровня неспецифического иммуноглобулина Е (Ig E), цитологическом исследовании назального секрета и последующем наблюдении (катамнезе). Клинические признаки оценивались по балльной шкале. Считалось, что изменения в гортаноглотке обусловлены гастроэзофагеальным рефлюксом, если степень эндоскопических изменений в межчерпаловидном пространстве достигала 2 баллов и более.

Лечение пациенток включало меры по ограничению контакта с аллергенами, солевые изотонические растворы для орошения носовой полости, интраназальные кортикостероиды при средней и тяжелой форме ринита, при наличии рефлюкс-индуцированных изменений в гортани – рекомендации по правилам питания и антацидные препараты сроком на 2 недели.

Аллергический ринит анамнестически диагностирован у 109 женщин (36,1%), у 193 (63,9%) установлен диагноз вазомоторного ринита. Дебют жалоб в обеих группах наблюдался в основном в первом триместре (в среднем на 12,8±0,7 неделе беременности). У пациенток с вазомоторным ринитом (n=193, возраст 29,8±0,3 лет) признаки рефлюкс-индуцированных изменений в гортаноглотке установлены 151 женщины (78,2%, 4,7±0,4

балла). Анализ гематологических показателей не выявил увеличения количества эозинофилов (средний показатель 2,4±0,5%) и уровня неспецифического Ig E (в среднем 19,4±0,5 МЕ/мл). При этом мы наблюдали повышение содержания эозинофилов при цитологическом исследовании назального секрета (13,1±2,9%). На повторном осмотре через 14 дней 19 (52,7%) женщин с диагнозом вазомоторного ринита отметили улучшение (общий клинический счет составил 2,0±0,5 балла).

Как и в случае вазомоторного ринита, в группе аллергического ринита отмечена высокая частота использования местных деконгестантов (22,8 и 25,6% соответственно). У пациенток с аллергическим ринитом по сравнению с группой вазомоторного ринита признаки рефлюкс-индуцированных изменений в гортаноглотке (4,7±0,4 балла) встречались немного чаще: у 90 (82,6%). Анализ гематологических показателей также не выявил увеличения количества эозинофилов (средний показатель 3,8±0,7%), однако отмечался повышенный уровень неспецифического IgE (в среднем 228,5±31,4 МЕ/мл). Содержание эозинофилов назального секрета в среднем составило 16,5±8,1%. В 84,6% случаев пациентки отметили улучшение на фоне проводимой терапии. При последующем наблюдении женщины обеих групп демонстрировали снижение симптомов ринита в течение месяца после родов.

Выводы. У 30% женщин симптомы ринита возникли впервые при беременности, и в трети случаев был диагностирован аллергический ринит. Во всех случаях дебют жалоб наблюдался в первом триместре. Среднее количество эозинофилов крови находилось в пределах нормального диапазона (3,8±0,7% для группы аллергического ринита и 2,4±0,5% – для группы вазомоторного ринита). Повышение уровня неспецифического IgE наблюдалось в группе аллергического ринита и, следовательно, данный показатель может быть предложен в качестве диагностического инструмента аллергического ринита во время беременности. Увеличение эозинофилов назального секрета наблюдалось в обеих группах, в связи с чем, вероятно, данное исследование не может быть использовано для дифференциальной диагностики ринита при беременности. Выявлена высокая частота рефлюкс-индуцированных изменений гортаноглотки у беременных с ринитом (около 80% в обеих группах). Однако влияние гастроэзофагеального рефлюкса на выраженность симптомов ринита требует дальнейших исследований. Широкое использование деконгестантов (около 20% случаев) указывает на неправильный контроль ринита во время беременности.

ЗАДНЯЯ ЛАРИНГОПЛАСТИКА ХРЯЩЕВЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАДНЕМ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ ГОЛОСОВОГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ

Ахинян А.О.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России

Хронический рубцовый стеноз гортани – частичное или полное сужение просвета гортани, вызванное рубцовым процессом в слизистой оболочке и хрящах гортани и приводящее к затруднению прохождения воздуха при дыхании.

Хронические непаралитические стенозы гортани можно разделить на врожденные и приобретенные. Причиной врожденного хронического стеноза могут стать аномалии развития гортани, сопровождающиеся ее сужением или наличием в ней рубцовых мембран. Приобретенный хронический стеноз возникает на фоне патологических процессов в гортани или соседних с ней областях, при которых происходит постепенное изменение морфологической структуры анатомических образований гортани или их прогрессирующее сдавление. Среди причин ларинготрахеальных стенозов у детей лидирующие места занимают продленная интубация трахеи при ИВЛ (90%), рубцовые изменения после травм (5%), термические или химические ожоги (3) и идиопатические (2%).

Предрасполагающими факторами постинтубационного стеноза являются малый возраст пациента; анатомическое строение гортани; системные заболевания, гастроэзофагеальный рефлюкс, размеры и жесткость интубационной трубки, многократные и/или экстренные интубации, неправильный уход за интубационной трубкой, большая продолжительность интубации.

Согласно классификации Myer-Cotton, хронические стенозы различаются по степени обструкции: I степень – до 50% обструкции, II – 51-70%, III – 71-99%, IV степень –просвета нет.

По анатомической локализации хронические стенозы классифицируются следующим образом: передние комиссуральные синехии, синехии заднего отдела, рубцово-грануляционный козырек по верхнему краю трахеостомы, полное или почти полное заращение просвета, кольцевидные рубцовые сужения.

В 1980 г. Р.С. Багдасаряном было выделено четыре типа стенозов заднего отдела гортани: I тип – синехии межчерпаловидными хрящами, II тип – стеноз задней комиссары, III тип – стеноз задней комиссары с односторонним анкилозом перстне-черпаловидного

сустава, IV тип – стеноз задней комиссары с двусторонним анкилозом перстне-черпаловидного сустава.

Основными симптомами являются нарушение дыхания, осиплость, поперхивание, приступообразный кашель. При значительных хронических рубцовых стенозах гортани возникает состояние постоянной дыхательной недостаточности (одышка в покое), выраженность которой определяется степенью стеноза и скоростью его развития.

Метод хирургического устранения рубцового стеноза определяется индивидуально. Доступы принципиально можно разделить на две группы: эндоскопические операции и операции на гортани с наружным доступом.

Виды эндоларингеальных вмешательств: баллонная ларингопластика, микрохирургическое иссечение мягкотканых образований; лазерное микрохирургическое лечение; бужирование, которое проводится гортанными бужами или интубационными трубками.

Виды операций на гортани с наружным доступом:

– ларингопластика с использованием аутотрансплантанта из реберного хряща. Она проводится при стенозах гортани III степени с разрезом по средней линии перстневидного хряща, с установкой аутотрансплантата;

-– частичная резекция гортани (ларинготрахеальная резекция). Осуществляется при полном отсутствии просвета гортани;

– реконструктивно-пластические операции с проведением стентирования гортани и сустановлением силиконовых стентов на различные сроки.

Ларинготрахеопластика состоит из расширения ларинготрахеального комплекса с передним или задним разрезом по средней линии перстневидного хряща, с введением хрящевого трансплантата, чтобы расширить дыхательные пути. В 1970-е годы для трансплантации у детей и взрослых использовались такие материалы, как реберный хрящ, щитовидный хрящ, суставной хрящ, хрящ перегородки носа, подъязычная кость. Реберный хрящ признается многими исследователями лучшим трансплантатом из-за его ригидности и больших объемов. Его можно легко обрезать, придать ему любую форму, чтобы поместить в любую желаемую реконструкционную область. Из-за своей универсальности, большинство детских хирургов предпочитают использовать этот материал вместо других видов трансплантатов.

Клинический пример

Пациент Х., 12 лет, обратился в детское отделение № I ФГБУ НКЦО в марте 2017 года с жалобами на афонию, дыхание через трахеостому. Из анамнеза со слов родителей известно: за 3,5 года до обращения ребенок получил травму передней поверхности шеи,

хрящей гортани. Отмечалось резкое затруднение дыхания. Наложена трахеостома. Через 2 месяца баллонная дилатация в другом медучреждении и через 4 месяца – ларингопластика. Установлен стент на 1 год, после его удаления просвет гортани 6 мм.

Пр осмотре и фиброларингоскопии: надгортанник обычной формы черпаловидные хрящи и черпало-надгортанные складки симметричные. Отмечается сужение голосового отдела гортани за счет рубца в области задней комиссуры, В передней трети голосовые складки рубцово изменены, в задних двух третях они не определяются за счет рубца. Сужение просвета гортани в голосовом отделе – до 4 мм. При пальпации: двусторонний анкилоз перстне-черпаловидных суставов. В подголосовом отделе сужения нет.

Поставлен основной диагноз: хронический рубцовый стеноз гортани, задний голосовой, 4-го типа по Багдасаряну.

Пациенту была проведена ларинготрахеопластика открытым доступом, забор реберного хряща (VII ребро) – слева. Горизонтальный разрез передней поверхности шеи, отсепарован субплатизмальный кожный лоскут откинут кверху. Преларингеальные мышцы разделены по белой линии, разведены. Обнажена передняя поверхность гортани. Пальпаторно щитовидный и перстневидный хрящи представляются деформированными. Полная срединная ларингофиссура. Визуализирован рубец, распространяющийся от межчерпаловидного до подскладочного пространства, голосовые складки рубцово изменены.

Вертикальный разрез всей печатки перстневидного хряща по средней линии. Моделирование рёберного хрящевого аутотрансплантата: сформирован фрагмент прямоугольной формы размером В×Ш×Г 25×10×4 мм с боковыми фланцами 1×1,5 мм. Трансплантат введён с диастаз, полученный при разведении краев разреза печатки перстневидного хряща надхрящницей в просвет гортани, боковые фланцы трансплантата подведены под задние поверхности перстневидного хряща, у верхних углов трансплантат фиксирован к последнему двумя узловыми швами PDS 4-0. В просвет гортани на всю высоту введён эластичный латексный тампон, фиксирующая нить от тампона выведена в рану. Срединная ларингофиссура ушита полностью над тампоном узловыми швами.

Общее состояние ребенка после операции – средней степени тяжести, стабильное. Сознание ясное. Дыхание через трахеостому свободное. Зондовое питание осуществлялось в течение 5 дней. На шестые сутки было проведено удаление латексного тампона из просвета гортани: просвет голосового отдела гортани широкий, соответствует целевым размерам. Выполнена **с**мена на однопросветную трахеостомическую трубку с фонационным окном, дыхание с закрытой трахеостомой в течение дня.

При выписке: надгортанник обычной формы, вход в гортань свободный. Голосовые складки неровные, наложения фибрина; просвет голосовой щели и подскладочного пространства достаточный. Через полгода ребенок деканюлирован. Дыхание через естественные дыхательные пути адекватное. Через год проведена пластика посттрахеостомического свища. Ребенок находится под динамическим наблюдением.

Данный клинический пример интересен подходом к решению проблемы. Реконструкция дыхательных путей у детей – сложная задача в связи с высоким риском рестеноза.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ШВАННОМА ДНА ПОЛОСТИ РТА: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Салимова А.В.

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ

Злокачественная опухоль оболочки периферического нерва, также известная как злокачественная шваннома, нейрофибросаркома или нейросаркома, – редкая, крайне агрессивная, мягкотканная саркома, происходящая из клеток Шванна или плюрипотентных клеток нервного гребня. Она обнаруживается в 3–1% среди всех встречающихся сарком мягких тканей и поражает около 0,001% населения.

Нейрофибросаркома может возникать как de novo из-за мутации гена NF1 и ассоциироваться с нейрофиброматозом 1-го типа (в 50% случаев), так и в результате малигнизации доброкачественной шванномы. Около 10-15 % всех злокачественных шванном обнаруживается в области головы и шеи. Назофарингеальная область и пазухи полости носа являются наиболее типичными локализациями опухоли; в полости рта она встречается крайне редко (1%).

Мы представляем свое клиническое наблюдение злокачественной шванномы с локализацией в области дна полости рта у пациентки 77 лет, ранее перенесшей курс химиолучевой терапии (2 курса ПХТ и ДГТ СОД=70 Гр) по поводу плоскоклеточного рака гортаноглотки T3N0M0 в 2008 г.

Пациентка С., 77 лет, в январе 2018 г. обнаружила на дне полости рта слева быстрорастущее массивное новообразование. Консультирована врачом-онкологом. Проводилось иммуно-гистохимическое исследование, которое выявило картину злокачественной полиморфноклеточной эктомезенхимальной опухоли дна полости рта. Была направлена на дообследование и госпитализацию в ЦКБ №2 ОАО РЖД. Из анамнеза: в 2008 году проводилась химиолучевая терапия в объёме двух курсов ПХТ и ДГТ СОД=70 Гр по поводу плоскоклеточного рака гортаноглотки T3N0M0 с положительной динамикой в виде резорбции первичного очага. В настоящее время по заключению фиброларингоскопии и гистологических данных за рецидивирование опухоли нет.

Status localis: при осмотре полости рта в передних отделах определяется опухолевидное образование розовато-красного цвета с блестящей бугристой поверхностью и узким основанием в области челюстно-язычного желобка, размерами 5×4 см, к альвеолярному краю нижней челюсти не примыкает. Пальпаторно: плотно-эластической консистенции, безболезненна. Отделяемого нет. На функцию жевательной и

мимической мускулатуры не влияет. Образование в задних отделах прилежит к задней трети языка и ретромолярной области. При осмотре гортани, гортаноглотки признаков рецидива не выявлено. Регионарные лимфатические узлы не изменены. По данным КТ шеи и лицевого скелета: в области дна полости рта справа определяется образование с четкими контурами 52×27×47 мм. Образование активно накапливает контраст.

По данным анамнеза, жалоб, объективного осмотра и лабораторно-инструментальных исследований выставлен диагноз: Первично-множественный рак. Саркома дна полости рта. Рак гортаноглотки T3N0M0. Химиолучевая терапия 2008 г. Ремиссия. Рекомендовано комбинированное лечение в объеме хирургического вмешательства и последующей лучевой терапии (СОД=50 Гр).

15.05.2018 г. проведена гемиглоссэктомия справа, удаление опухоли дна полости рта. Послеоперационный период без особенностей, швы на языке состоятельны, воспалительных изменений нет.

Патоморфологическое описание препарата: макроскопически опухоль продолговатой формы, крупнобугристая, желтовато-белого цвета, размером 5,5×3×2,5 см, на широком основании 3×1,5 см. На разрезе ткань молочно-белого цвета, мягко-эластичной консистенции.

По гистологическому заключению: злокачественная шваннома с участками некроза и изъявлением на поверхности. По периферии зон опухолевого роста обнаруживается слабовыраженная лимфоцитарная инфильтрация с примесью сегментоядерных лейкоцитов. Опухоль прорастает в прилежащую жировую клетчатку и поперечно-полосатую мышечную ткань. В настоящее время пациентка проходит второй этап лечения – лучевую терапию в общем объеме 50 Гр, по 5 фракций в неделю.

Обсуждение. Злокачественные опухоли оболочек периферических нервов (англ. MPNST- malignant peripheral nerve sheath tumors) – редко встречающиеся саркомы мягких тканей эктомезенхимального происхождения. Злокачественная опухоль оболочки периферического нерва в полости рта встречается крайне эпизодично. Так, по некоторым данным, в английской литературе с 1973 г. встречалось менее 15 клинических случаев нейросаркомы языка, ни один из них не сопровождался метастазированием. Среди всех сарком в области головы и шеи, по данным одного из ретроперспективных анализов, из 1161 клинических случаев всего 59 – нейрогенного происхождения. Интересно, что процент выявления данной опухоли у пациентов с предшествующим лучевым воздействием – выше, чем у тех, кто не получал его.

Злокачественная шваннома распространяется путём разрастания опухоли в окружающие ткани, реже гематогенно или периневрально. Крупные нервы поражаются

чаще, чем мелкие. Самые распространённые локализации – нервы нижних и верхних конечностей (45%), туловища (34%); злокачественные опухоли оболочек черепных нервов встречаются намного реже. Гендерной и возрастной предрасположенности к возникновению опухоли нет, но по некоторым источникам, чаще обнаруживается у людей в возрасте 20-50 лет.

Диагностические параметры нейрофибросаркомы включают в себя происхождение от нерва (оболочки нерва), палисадообразные ядра при микроскопии и экспрессия белка S-100 при иммуногистохимии. МРТМ головы и шеи является золотым стандартом при диагностике и отличным помощником при планировании хирургического вмешательства. Компьютерной томографии отдается меньшее предпочтение, так как при исследовании возможны артефакты. ПЭТ-КТ будет полезно для выявления мельчайших отдалённых метастазов. Основной вариант лечения – хирургический. В настоящее время для MPNST рекомендуется послеоперационная лучевая терапия, даже если послеоперационные края раны идеально ровные и чёткие.

Роль химиотерапии в лечении MPNST противоречива. Как показывает метаанализ, величина любого общего преимущества выживания небольшая и незначительная. Лечение обычно включает монотерапию или комбинированную химиотерапию с частичной частотой ответа 20-25%.

Прогноз заболевания крайне неблагоприятный. Для злокачественной шванномы характерно быстрое метастазирование (50% выявляются в течение одного года), наиболее частая локализация – лёгкие, а также раннее рецидивирование (40% рецидивов случается в течение года). По разным данным 5-летняя выживаемость – в пределах о15-75%.

Заключение:

Радикальное хирургическое лечение и лучевая терапия, по-видимому, являются нынешней опорой и золотым стандартом, прогноз исторически остается плохим. Необходимо тщательное наблюдение пациентом с нейрофиброматозом 1-го типа, своевременная диагностика и лечение. Исследование новых методов лечения, включая таргетную терапию, нуждается в дальнейшем изучении.

КЛИНИКО-ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ГОРТАНИ И ГЛОТКИ

Хабазова А.М.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА РФ

Среди всех злокачественных опухолей опухоли головы и шеи занимают 8 место [Jemal A. с соавт., 2011]. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России в 2010 г. рак гортани среди мужчин составил 2.6% (11-е место), среди женщин – 0.16% (34-е место), рак глотки среди мужчин –1,63%, среди женщин – 0,23%. [Пачес А.И. с соавт., 2010]. Более 95% всех случаев рака гортани и глотки являются плоскоклеточными карциномами, и лишь в незначительной части – аденокарциномами [Almadori G. с соавт., 2005].

К сожалению, до настоящего времени до 70% случаев выявления рака гортани и глотки происходит на поздних стадиях – III и IV, при этом у большинства пациентов уже имеются регионарные метастазы. Все это значительно затрудняет лечение пациентов и ухудшает прогноз течения заболевания.

Поиск эффективных и доступных методов ранней диагностики рака головы и шеи является приоритетным направлением. Современные методы видеоэндоскопической визуализации дают новые возможности, особенно в сочетании с NBI, прижизненной микроскопией и фотодинамической диагностикой. Изучение использования онкологических маркеров и ранних предикторов трансформации опухолевых клеток – направление для скрининга и широкой ранней диагностики опухолей головы и шеи.

Цель – улучшить качество лечения рака гортани и глотки путем ранней диагностики с применением различных онкологических маркеров.

Задачи – провести сравнительную оценку эффективности различных методов ранней диагностики рака гортани и глотки с применением различных онкологических маркеров; изучить использование SCCA маркера и микроРНК диагностики как взаимодополняющие методы.

SCCA – это опухолеассоциированный антиген плоскоклеточных карцином различных локализаций, используемый для мониторинга течения и терапии плоскоклеточных карцином различных локализаций: шейки матки, носоглотки, уха, легких и пищевода. Концентрация SCC отражает степень гистологической дифференцировки опухоли, являясь важным независимым прогностическим маркером. Повышенный уровень SCCA обнаруживают при карциноме носоглотки и уха, однако

чувствительность данного маркера – до 60%; учитывая то, что чувствительность менее 100%, продолжается поиск эффективных методов диагностики рака гортани и глотки.

МикроРНК – малые некодирующие молекулы РНК длиной в среднем 21 нуклеотид, обнаруженные у растений, животных и некоторых вирусов, принимающие участие в транскрипционной и посттранскипционной регуляции экспрессии генов путём РНК-интерференции. Злокачественные опухоли характеризуются неконтролируемым делением клеток, фенотип которых определяется нарушением экспрессии различных генов, поэтому образование микроРНК часто нарушено в клетках различных опухолей, в связи с чем повышается уровень циркулирующих микроРНК. Определение уровня определенных микро-РНК играет важную роль в дигностике рака гортани и глотки, определении гистологического типа и вероятности метастазирования. Чувствительность данного метода состоявляет 92,5%, специфичность – 78,8%.

Проводся забор опухолевой ткани и нормального участка слизистой оболочки на расстоянии 10 мм от опухоли. Образцы тканей помещаются в пробирки со специальным консервирующим раствором RNAlater и хранятся при температуре -80ºС. Тотальная фракция РНК выделяется набором реагентов NucleoBond RNA/DNA согласно стандартным протоколам. Анализ экспрессии конкретных микроРНК проведён при помощи TaqMan® MicroRNA Assays. Уровень экспрессии микроРНК в ткани будет рассчитан согласно методу Pfaffl, в качестве гена-рефери выбрана микроРНК-103 и мРНК U6. Статистическая обработка данных будет проведена в программе Statistica 8.0. По результатам экспрессии микроРНК в тканях опухоли по сравнению с нормальными тканями будет сформирован «микроРНК профиль» плоскоклеточного рака гортани.

Заключение: определение уровня SCCA и микроРНК имеет важную диагностическую и прогностическую роль в диагностике рака гортани и глотки. Наиболее эффективным является определение уровня микроРНК, однако необходимо создание диагностической панели опухольспецифичных микроРНК для улучшения качества диагностики онкологических заболеваний гортани и глотки.

КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЙ КОНФЛИКТ VIII НЕРВА

Кунельская Н.Л.[1,2], Мищенко В.В.[1]

[1]ГБУЗ «НИКИО» им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
[2] ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Нейроваскулярный конфликт (НВК) – это контакт сосуда с нервом, приводящий к пароксизмам раздражения (проведения).

Цель исследования – определение роли НВК VIII нерва в развитии кохлеовестибулярного синдрома (КВС).

Мы провели обследование 179 пациентов с односторонним КВС неясной этиологии, обратившихся в Институт с 2013 по 2016 гг., у которых можно было заподозрить НВК VIII нерва. Всем пациентам, помимо комплексного общеклинического и отоневрологического (аудиологическое и вестибулологическое) исследований, было проведено МРТ мостомозжечковых углов по разработанному нами методу с совмещением режимов T2 Drive (Fiesta) и B_TFE с 3D PCA.

У 102 больных (57%) при нейровизуализации был выявлен односторонний НВК VIII нерва, однако у 87 пациентов сторона НВК совпадала со стороной КВС, а в 15 случаях совпадения не было. Таким образом, 87 больных вошли в исследование. В связи с тем, что по результатам проведенного нами ранее гистологического исследования интракраниального отдела VIII нерва (от ствола мозга до внутреннего слухового прохода) взаимное расположение волокон, образующих кохлеарный и вестибулярный нервы, изменяется, мы проанализировали МР-томограммы, чтобы выявить места компрессии сосуда нерва и, как следствие, – баротравмы соответствующих порций нервных волокон (кохлеарных или вестибулярных), а также развитие соответствующих симптомов – кохлеарных либо вестибулярных, либо тех и других).

Среди 87 пациентов совпадение локализации НВК VIII нерва с клиническими проявлениями выявлено в 31 случае (35,6%). Анализ эффективности проведенного им ранее стандартного лечения показал, что он либо отсутствовал, либо был «слабо удовлетворительным». Этим больным был назначен карбамазепин в дозировке 200 мг/сут. Начальный курс лечения составлял 2–4 недели, при хорошей переносимости прием препарата продолжали. Эффективность лечения карбамазепином оценивали по динамике жалоб: головокружение (шкала DHI), шум в ушах (ВАШ), снижение слуха. У 19 из 31 пациента, получавших карбамазепин, отмечена эффективность в отношении клинической симптоматики (головокружение и ушной шум).

Заключение. На основании анализа проведенного исследования мы разработали критерии **истинного клинически значимого «нейроваскулярного конфликта VIII нерва»:**

– приступы выраженного (>44 баллов DHI) системного головокружения, сопровождающиеся вегетативными проявлениями, которые длятся не более 30 минут;

– пульсирующий постоянный субъективный ушной шум интенсивностью более 3 баллов по ВАШ;

– снижение слуха III-IV степени;

– наличие НВК VIII нерва при МРТ исследовании на стороне, совпадающей с поражением слухового и/или вестибулярного анализаторов;

– совпадение клинической симптоматики с локализацией НВК VIII нерва;

– отсутствие эффекта от стандартной терапии;

– положительный эффект при использовании карбамазепина.

Нейроваскулярный контакт – это контакт сосуда с нервом, который может выявляться на МРТ, однако клинически себя не проявляет: наличие НВК VIII нерва на МРТ без совпадения его локализации с клиническими проявлениями; наличие эффекта от стандартной терапии и отсутствие – от карбамазепина.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТКОЙ С ГЛАЗНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН

Тахчиди Х.П.[1,2], Глизница П.В.[1,2], Таранова Ю.В.[1], Качалина Г.Ф.[2], Касмынина Т.А.[2]

[1]ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
[2»]НИЦ офтальмологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова

У 20% владельцев кошек и 3-4% от общей популяции обнаруживаются антитела к Bartonella henselae. Глазные проявления болезни кошачьих царапин (БКЦ) встречаются в 5-10% случаев.

Цель – продемонстрировать необходимость комплексного подхода к лечению данной нестандартной патологией и редко встречающейся ситуации.

Пациентка М., 24 года. Предъявляет жалобы на снижение остроты зрения левого глаза. Из анамнеза известно, что контактировала с кошкой. Лабораторные методы подтвердили БКЦ.

Vis OD 1,0; Vis OS 0,1 ; Vis OS cyl -1,25 ax 5 = 0,8

По данным периметрии: сужение полей зрения левого глаза.

При осмотре глазного дна левого глаза: диск зрительного нерва бледный, его границы нечеткие, проминирует, ограничен отеком и экссудацией, выходящими за его пределы, наблюдается «фигура звезды».

По данным ОСТ левого глаза: имеется массивный отек и экссудация диска зрительного нерва и за его пределами.

Пациентке предложена комбинированная терапия, направленная на снятие массивного отека, элиминацию возбудителя и препаратов для улучшения кровообращения.

Пациентка находится под наблюдением в научно-исследовательском центре офтальмологии и получает комбинированную терапию. У нее наблюдается восстановление зрительных функций, улучшение показателей при обследовании. Выбранная оптимальная тактика лечения позволила получить хорошие показатели остроты зрения левого глаза относительно исходных и улучшить качество жизни пациентки.

Прогноз благоприятный и напрямую зависит от степени тяжести болезни и скорости оказания медицинской помощи.

ЛЕЧЕНИЕ АГЕОТРОПНОГО ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА

Кунельская Н.Л.[1,2], Байбакова Е.В.[1], Гусева А.Л.[2], Чугунова М.А.[1], Кулакова Е.А.[1], Заоева З.О.[1]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
[2] ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Агеотропное доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) горизонтального полукружного канала (ГПК) представляет собой сложный вариант отолитиаза, обусловленный фиксацией отолитов на купуле ГПК или каналолитиазом короткого плеча ГПК. В настоящее время существуют различные репозиционные маневры для элиминации отолитов из ГПК, который практикующий врач применяет в своей клинической практике. Маневр Gufoni (1998) предназначен для трансформации агеотропного нистагма в геотропный с последующим лечением геотропного ДППГ ГПК с помощью маневров Asprella Libonati (2005) и Lempert (1996). Относительно новый маневр Zuma (2016) предназначен для одномоментной элиминации отолитов при агеотропном ДППГ ГПК и, согласно данным автора, имеет высокую эффективность, достигающую 100%.

Целью исследования было повышение эффективности лечения пациентов с агеотропным ДППГ ГПК

За период с января 2016 по май 2018 г. в консультативно-диагностическом отделении НИКИО им. Л.И. Свержевского обследовано 287 пациентов с ДППГ в возрасте от 31 до 79 лет (в среднем 54,5±7,6). ДППГ ГПК выявлено у 62 пациентов (22%), из них агеотропный вариант – у 18 (29%). Всем пациентам проводили лечение в вестибулогической лаборатории НИКИО им. Л.И. Свержевского под контролем видеонистагмографии. У 11 пациентов вестибулярную реабилитацию осуществляли в два этапа с помощью конверсионного маневра Gufoni – на первом этапе, маневра Asprella Libonati – на втором; еще у 7 пациентов – одномоментно с помощью маневра Zuma. Спустя 3 дня проводили контрольный тест Пагнини–Макклюра (2015) для оценки эффективности репозиционного лечения.

Результаты. Спустя 3 дня после сеанса вестибулярной реабилитации симптомы отолитиаза сохранялись у 3 пациентов (27%) после двухэтапного лечения с применением маневра Gufoni и Asprella Libonati, у 2 пациентов (28%) – после проведения маневра Zuma. Все пациенты с сохраняющимися симптомами отолитиаза прошли повторное

репозиционное лечение, им даны упражнения по вестибулярной гимнастике для самостоятельного выполнения. В одном случае потребовалась терапия TRV Chair.

Заключение. Распространенность агеотропного ДППГ ГПК, по нашим данным, составила 6% всех случаев ДППГ. По результатам нашего исследования эффективность репозиционного маневра Zuma была сопоставима с маневрами Gufoni и Asprella Libonati для лечения агеотропного ДППГ ГПК. Высокую эффективность обоих маневров в первый сеанс вестибулярной реабилитации мы связали с локализацией отолитов в коротком плече ГПК, а сохранение симптомов отолитиаза – с купулолитиазом ГПК. Маневр Zuma, согласно нашим данным, не имеет 100% эффективности, его преимуществом является одноэтапное выполнение, однако небольшое число наблюдений требует дальнейших исследований в этом направлении. Таким образом, купулолитиаз ГПК по-прежнему остается актуальной проблемой, его лечение требует значительно бóльших усилий по сравнению с другими вариантами отолитиаза.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА

Абдалла Д.Д.[1], Ларин Р.А.[2], Шахов А.В.[1]

[1]ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ
[2]ГБУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко

В последние годы на фоне активно развивающихся технологий в терапевтической и хирургической стоматологии, а также эндоскопических технологий в ЛОР-практике, наблюдается рост числа пациентов с различными формами одонтогенного синусита, в том числе ранее не наблюдавшимися. В условиях, когда не все вопросы диагностики и лечения одонтогенного синусита регламентированы правоустанавливающими документами (стандарты, клинические рекомендации, клинические алгоритмы, протоколы и т.д.), решение о тактике лечения необходимо принимать индивидуально в каждом случае с участием всех заинтересованных специалистов.

Цель исследования. Провести анализ структуры патологии околоносовых пазух, вызванной одонтогенными причинами, и методик хирургического лечения. Выявить особенности диагностики и междисциплинарного взаимодействия в планировании лечения у данной категории пациентов.

В период с 2016 по 2018 гг. в ЛОР-отделении ГБУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко консультативную помощь по направлению стоматологов получили 250 пациентов, стационарное лечение – 120 пациентов с различными формами одонтогенного поражения околоносовых пазух. Выполнялось лучевое исследование – конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), как наиболее информативный метод диагностики одонтогенной патологии синуса. Стационарное лечение проводилось в соответствии с современными принципами эндоскопической риносинусохирургии.

Среди обратившихся пациентов 65% составляли те, для которых было необходимо решить вопрос о возможности проведения дентальной имплантации и синус-лифтинга. Из них 40% направлены на хирургическое лечение, – в том числе с искривлением носовой перегородки, хроническим полипозным риносинуситом, кистой верхнечелюстной пазухи различного происхождения, одонтогенным синуситом различных форм. Расхождение диагноза наблюдалось в 45% наблюдений. При этом наиболее часто на догоспитальном этапе ошибки наблюдались при интерпретации данных КТ: неверная верификация происхождения кистозного образования в пазухе и дифференциальная диагностика одонтогенной/риногенной и смешанной формы поражения синуса. В 20% случаев предварительный диагноз был выставлен на основании МРТ-исследования либо

рентгеновского снимка, что в принципе не позволяет провести дифференциальный диагноз формы одонтогенного поражения. 15% пациентов были направлены на оперативное лечение к ЛОР-врачу при подготовке к дентальной имплантации только на основании выявленного бессимптомного утолщения слизистой дна верхнечелюстной пазухи. Следует отметить, что ошибочная трактовка данных КТ наблюдалась у ЛОР-специалистов и стоматологов в равной степени.

Этиологическая картина одонтогенных форм: ятрогенные причины (инородное тело) – 35%, хронический периодонтит, периапикальный абсцесс, апикальная киста, гранулема – 65%, периимплантит – 2%. Таким образом, наиболее часто причиной одонтогенного поражения были различные формы хронического периодонтита. В то же время формы поражения в виде периимплантита встречались очень редко, за исключением двух эпизодов тотального нагноения остеопластического материала. В зависимости от локализации, распространенности патологического процесса и целей выполнялись следующие виды операции: эндоскопическая гайморотомия с трансназальным, инфратурбинальным, трансантральным (троакарным) и прелакримальным доступом. Выполнялись также различные варианты полисинусотомии. Доступ по Колдуэллу–Люку не применялся. В 8 наблюдениях проводились симультанные операции: экстракция зуба (зубов) и санация верхнечелюстного синуса или других пазух, при необходимости – с одномоментной эндоскопической коррекцией внутриносовых структур.

Выводы: В настоящее время вопросы построения грамотного междисциплинарного взаимодействия при консервативном и хирургическом лечении одонтогенных форм синусита приобретает особое значение. При отсутствии унифицированных стандартов и протоколов лечения, в том числе хирургического, и подготовки к дентальной имплантации, на фоне большого количества диагностических ошибок, особенно при интерпретации данных КТ и дифференциальной диагностике форм поражения, решение о тактике лечения должно приниматься коллегиально. Различные формы хронического периодонтита и инородные тела являются наиболее частыми причинами одонтогенного синусита. Выбор метода эндоскопической операции, с учетом риногенных причин синусита и достижения минимизации хирургической травмы в зоне будущей постановки импланта, имеет решающее значение.

МЕСТО ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГРИБКОВОГО ЛАРИНГИТА

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

ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

Цель исследованиия – оценить эффективность фотодинамической терапии (ФДТ) в лечении грибкового ларингита.

Мы включили в данное исследование 54 пациентов с установленным диагнозом ларингомикоз (23 мужчины и 31 женщина в возрасте от 39 до 74 лет). Диагноз грибковый ларингит у всех больных был установлен в результате комплексной оценки клинико-функционального состояния гортани с применением современной эндоскопической и микроскопической техники, общего ЛОР-осмотра, клинико-лабораторного исследования и микологической диагностики культуральным и микроскопическими методами. Основанием для установления диагноза ларингомикоз было наличие у больного клинической картины хронического ларингита и лабораторного подтверждения активной грибковой инфекции (титр выделенных грибов не менее $1{,}0x10^4$КОЕ и наличие в мазках активно вегетирующих форм грибов). Возбудителями заболевания во всех случаях были дрожжеподобные грибы рода *Candida* (*Candida albicans* – 75,9% (n=41), *C.glabrata* – в 7,4% (n=4), *C.tropicalis* – в 7,4% (n=4), *C. krusei* – в 5,6% (n=3) и *Candida spp.* – в 3,7% (n=2). Клиническая картина соответствовала одной из трех форм грибкового ларингита: гиперпластической, катаральной или атрофической.

Для оценки эффективности ФДТ в лечении грибкового ларингита мы разделили пациентов на две сопоставимые группы: в первую группу вошло 34, а во вторую – 20 больных. Группы были сопоставимы по полу и возрасту входящих в них пациентов, а также по клиническим формам кандидозного ларингита. Всем 54 пациентам в обеих группах провели курс комбинированной противогрибковой терапии в течение 21 дня: флуконазол (50-100 мг/сут) и ежедневные ингаляции 2 раза/сут с 0,01% раствором бензидилметил-миристоиламино-пропиламмония.

Пациентам во второй группе лечение дополнили эндоларингеальной ФДТ (7 сеансов с интервалом 2-3 дня.). В качестве фотосенсибилизатора (ФС) мы использовали водный раствор метиленового синего в концентрации 0,01%-1,5мл, и наносили его на слизистую оболочку гортани путем эндоларингеального вливания. Далее, после 10-минутной экспозиции ФС, облучение проводили в течение 90-120 с лазерным излучением мощностью 0,2-0,5 Вт под контролем непрямой микроларингоскопии световодом с

рассеивающим наконечником, проведенным через эндоларингеальный зонд (источник света – аппарат «Креолка», длина волны 648-680 нм).

В ходе лечения проводили осмотр пациентов и микологические исследования в динамике – на 7-, 14- и 21-е сутки. Показателями выздоровления считали отсутствие жалоб, нормализацию или стойкое улучшение ларингоскопической картины и отрицательные результаты повторных микологических исследований.

Уже после 3 сеанса ФДТ, что соответствовало 7 суткам лечения, у всех больных второй группы нами отмечено снижение титра высеваемой грибковой флоры на фоне уменьшения признаков воспаления в гортани, в отличие от первой группы, где подобного улучшения удавалось добиться лишь к 14 суткам. После 5-го сеанса ФДТ на 14 сутки лечения у 9 пациентов из 20 отмечена эрадикация грибковой флоры, а у остальных 11 – уменьшение титра высеваемых грибов. После 7-го сеанса ФДТ (21-е сутки лечения) эрадикации грибковой флоры и ремиссии хронического воспалительного процесса в гортани удалось добиться у всех 20 больных (100%) второй группы, в отличие от первой группы, где излечение достигнуто у 27 больных (79,4%). В целом при лечении пациентов второй группы улучшение клинической картины мы отмечали на 2-3 дня раньше, по сравнению с пациентами первой группы.

Заключение. Эндоларингеальная ФДТ с использованием ФС водного раствора метиленового синего в концентрации 0,01% и лазерного излучения от аппарата «Креолка» с длиной волны 648-680 нм является эффективным дополнением комбинированной противогрибковой терапии и позволяет добиться наилучшего результата в лечении пациентов с грибковым ларингитом.

МЕТОДИКИ СТАПЕДОПЛАСТИКИ И ПОКАЗАНИЯ К НИМ

Гаров Е.В., Киселюс В.Э.

ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

В связи с улучшением качества диагностики в России отмечается рост числа пациентов с отосклерозом (Крюков А.И. и соавт., 2017). При этом заболевании большинство отохирургов в лечении тугоухости отдают предпочтение поршневой методике стапедопластики. Современные средства ассистенции (лазеры, микроборы) позволяют не только облегчить фенестрацию основания стремени, но и снизить риск осложнений при стапедопластике (Зеленкова В.Н., 2013). Некоторые авторы сообщают об отсутствии статистически значимых различий между порогами костной проводимости (КП) после стапедопластики, выполненной с помощью микробора и лазерных систем. Другие исследователи доказывают преимущество использования лазеров при стапедотомии (Barbara M., 2011), третьи описывают риски развития осложнений при лазер-ассистированных операциях у пациентов с плотным основанием стремени (Massey B., 2006; Parrilla C., 2008; Wegner I., 2014).

В России нет достаточного количества данных об эффективности и безопасности стапедопластики и о преимуществах и недостатках различных методик стапедопластик.

Цель исследования – сравнение эффективности и безопасности различных методик стапедопластики и их рационального применения у больных отосклерозом.

За период с 2015 по 2017 гг. в отделе микрохирургии уха НИКИО им. Л.И. Свержевского были обследованы 100 пациентов, получивших хирургическое лечение по поводу отосклероза. Средний возраст пациентов составил 43,2±2,4 года. Мужчин было 22, женщин – 78. Показаниями к операции являлись: неактивная форма заболевания, костно-воздушный интервал (КВИ) по данным тонально-пороговой аудиометрии (ТПА) ≥ 25 дБ. Всем пациентам выполняли стапедопластику под местной инфильтрационной анестезией. В качестве протеза стремени использовали металлизированные протезы размером 0,5×4,25 мм. Пациенты были распределены на группы в зависимости от выполненной методики и средства ассистенции при стапедотомии. В 1-ю группу вошли 50 больных отосклерозом, которым проведена стапедотомия с помощью CO_2-лазерной системы (λ – 10,6 мкм, установка Acuspot 30C, Lumenis, США) с использованием металлизированого протеза стремени, который устанавливали по поршневой методике (25 пациентов) и на аутовенозный трансплантат (25). Вторую группу составили 50 больных отосклерозом, которым проведена стапедотомия с помощью микробора (Medtronic Xomed, США) с использованием металлизированого протеза стремени, который устанавливали по поршневой методике (25 пациентов) и на аутовенозный трансплантат (25). При поршневой стапедопластике для изоляции преддверия использовали полоску аутовенозного трансплантата. При стапедопластике протезом на трансплантат после

фенестрации основания стремени вначале укладывали аутовенозный трансплантат, экранирующий жидкости преддверия, на него устанавливали протез стремени. С целью профилактики атрофических изменений длинного отростка наковальни зажатую петлю протеза обкладывали фрагментом аутовенозного трансплантата.

Оценку результатов проводили на основании данных ТПА и субъективных ощущений пациентов. ТПА проводили до операции, а также на 3-и, 7-е сутки и через 1, 3 и 12 месяцев после операции.

До операции средняя величина порогов КП составляла 26,8±3,3 дБ, КВИ – 37,4±4,1 дБ. Разница величин КП и КВИ в группах сравнения – статистически незначима. Во время операции оценивали распространённость отоочагов, особенности строения, изменения ниши окна преддверия и геморрагия. Учитывали также субъективные ощущения пациента во время операции.

При оценке порогов КП на 3-и и 7-е сутки, а также через 1, 3 и 12 месяцев после операции статистически значимых различий в группах выявлено не было. Достоверное изменение порогов КП выявлено через 1 год только на частоте 2 кГц (зубец Кархарта). У всех пациентов достигнут положительный функциональный эффект, оценку которого проводили по изменению КВИ. Снижение величины КВИ на 7-е сутки после стапедопластики было достоверным по сравнению с дооперационным уровнем. Отмечено более выраженное сокращение КВИ у пациентов, которым протез устанавливали на аутовенозный трансплантат (на 4 кГц через 1 год разница статистически достоверная), независимо от средства ассистенции. Выявлено, что при распространённой и облитерирующей формах отосклероза возрастает количество используемых лазерных импульсов. Использование микробора на этапе стапедотомии при тонкой и хрупкой подножной пластинке в 8 случаях осложнилось фрагментаций и мобилизацией основания стремени.

Выводы. Использование CO_2-лазернаой системы и микроборов для проведения стапедотомии безопасно. Оно облегчает выполнение стапедопластики у пациентов с отосклерозом. Преимуществом CO_2-лазерного импульса является его бесконтактность и коагулирующий эффект, а недостатком – необходимость большего количества импульсов при распространённых формах отосклероза, повышающих риски осложнений. Из-за отсутствия коагулирующего действия микробора перед фенестрацией основания стремени необходимо удалять слизистую оболочку в нише окна преддверия. Кроме того, использование микробора при тонком основании стремени способно вызвать его мобилизацию и фрагментацию. Наилучшие функциональные результаты выявлены у пациентов, которым выполнена стапедопластика протезом на аутовенозный трансплантат, независимо от средства ассистенции.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА

Корвяков В.С., Диаб Х.М., Дайхес Н.А., Зайцева О.В., Михалевич А.Е., Пащинина О.А., Кондратчиков Д. С., Салгириева К.И.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России»

Распространенность болезни Меньера среди населения нашей планеты относительно небольшая, по данным разных авторов, она составляет от 0.001 до 0.02%. Однако, учитывая симптоматику, проявляющуюся известной триадой, и тяжесть заболевания, которая нередко приводит к инвалидизации, становится понятной актуальность исследований, направленных на установление этиопатогенеза заболевания, методов его лечения и социальную адаптацию пациентов. Общепризнанно, что при неэффективности консервативного лечения пациентов с болезнью Меньера, методом выбора является хирургическое лечение. На сегодняшний день из всего арсенала оперативных вмешательств, по данным мировой практики, чаще всего выполняется операция дренирования эндолимфатического мешка. Кроме этого, в двух центрах РФ с целью купирования приступов системного головокружения применяется селективная лазеродеструкция ампулы горизонтального полукружного канала. Существуют и другие виды оперативных вмешательств: хорд- и хордплексусэктомия, пересечение сухожилий внутрибарабанных мышц, операция Арслана, декомпрессивные и деструктивные операции, а также операции на преддверноулитковом нерве. Эти операции проводятся значительно реже и при соответствующих показаниях. Результаты хирургических вмешательств неоднозначны и разнятся в зависимости от методики и от длительности послеоперационного наблюдения.

В ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА РФ в последние несколько лет стали выполнятся малоинвазивные хирургические вмешательства, которые сочетают в себе комплекс одномоментно проводимых операций: хордплексусэктомия, пересечение сухожилий внутрибарабанных мышц и модифицированная операция Арслана (вместо кристалликов поваренной соли на вторичную мембрану укладываются кусочки желатиновой губки, пропитанные гипертоническим раствором поваренной соли). Динамическое наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде до 2-3 лет показало довольно высокую эффективность предложенного метода лечения. Однако для того, чтобы назвать эту операцию операцией выбор, требуется большее число наблюдений и их длительность.

Учитывая наши представления об этиопатогенезе болезни Меньера, а также неоспоримые результаты патологоанатомических исследований, (они показали, что в

100% случаев локусом эндолимфатического гидропса является срединная лестница (улитковый канал) и только в 50% – сакулюс, в 30% – утрикулюс, 13% – эндолимфатический мешок), была разработана новая методика хирургического вмешательства – дренирование срединной лестницы. (Заявка на патент РФ оформлена). Первые результаты проведенных операций показывают ее высокую эффективность, по крайней мере в ближайшем послеоперационном периоде (до 0,5 года), что вызывает сдержанный оптимизм и позволяет надеяться, что при достаточной длительности и большем количестве наблюдений она займет достойное место в ряду других оперативных вмешательств.

Помимо клинических проявлений заболевания и этиологических причин возникновения эндолимфатического гидропса лабиринта выбор методики операции при болезни Меньера зависит от соматического состояния пациента, квалификации отохирурга и оснащенности соответствующей аппаратурой.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

Тахчиди Х.П.[1,2,3], Качалина Г.Ф.[2], Тахчиди Н.Х.[2], Касмынина Т.А.[2], Глизница П.В.[1,2,3], Далалишвили М.А.[1,3], Орлов Г.А.[1]

[1]НИЦ офтальмологии ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
[2]Отделение офтальмологии «НКЦ оториноларингалогии» ФМБА России
[3]Кафедра офтальмологии педиатрического фак-та «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»

Представлен клинический случай пациента с буллезной формой центральной серозной хориоретинопатии, успешно вылеченной методом комбинированного лазерного лечения, в результате которого удалось добиться регрессии отслойки нейроэпителия и полного восстановления зрительной функции.

Центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХ) – это идиопатическая серозная отслойка нейросенсорной сетчатки, локализованная, чаще всего, в макулярной области, возникающая при нарушении барьерной и насосной функции ретинального пигментного эпителия (РПЭ) на фоне патологических изменений, происходящих в хориоидее. В настоящее время это заболевание имеет особую актуальность вследствие того, что одним из ключевых патогенетических факторов его развития является наличие постоянного нервного стресса, столь характерного для современного образа жизни.

Общепринятой классификации ЦСХ в настоящее время не существует. Это объясняется многообразием клинических проявлений, непредсказуемостью течения патологического процесса, а соответственно, и прогноза в отношении зрительных функций. Выделяют острую и хронические формы ЦСХ. Острая форма ЦСХ в большинстве случаев (60-75%) регрессирует спонтанно и имеет долгосрочный благоприятный прогноз в отношении зрительных функций, однако ЦСХ обладает высокой склонностью к рецидивам (в 33-55% случаев после первого острого эпизода) и хронизации.

Буллезная форма отслойки – это крайне редкое проявление хронической ЦСХ, развивающееся на фоне измененного иммунного статуса. Буллезная ЦСХ характеризуется высокой и обширной (до 10 диаметров диска зрительного нерва) отслойкой нейросенсорного эпителия (НСЭ), мультифокальной отслойкой ПЭС различных размеров, развитием хориоретинального рубца преимущественно локализующихся в заднем полюсе.

В марте 2017 г. в Научно-исследовательский центр офтальмологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова обратился пациент Х. 36 лет с жалобами на появление в течение недели искривлений, серого полупрозрачного пятна перед левым глазом. Возникновение симптомов связывает с перенесенным за день до этого стрессом. В анамнезе лимфогранулематоз, курс химиотерапии. При поступлении: максимальная корригируемая острота зрения (МКОЗ) OD = 1.0, OS = 0.8 н/к., внутриглазное давление (ВГД) OD = 12 мм.рт.ст., OS = 12 мм.рт.ст. При офтальмоскопии OS обнаружена отслойка НСЭ площадью 8 диаметров диска зрительного нерва (ДД) в области верхней сосудистой аркады с вовлечением зоны фовеа. По данным SD-OCT EDI-OKT в зоне фовеа отслойка НСЭ составляла 437 мкм, самая большая высота отслойки НСЭ наблюдалась в области верхней сосудистой аркады и составляла 1051 мкм толщина хороидеи в области фовеа OS = 667 мкм. В конце артериальной фазы на снимках ФАГ в области верхней сосудистой аркады была обнаружена зона просачивания и три участка отслойки пигментного эпителия в макулярной зоне. Учитывая данные жалоб, анамнеза и диагностического обследования, пациенту был поставлен диагноз: OS - центральная серозная хориоретинопатия, буллезная форма. Проведена лазерная коагуляция сетчатки зеленым спектром длины волны (532 нм) в два этапа: пороговая фокальная ЛКС, пороговая лазерная коагуляция по типу “решетка”. Через 21 день после проведенного лазерного лечения субъективно пациент отметил повышение остроты зрения и исчезновение полупрозрачного серого пятна перед OS и искривления прямых линий. При осмотре после проведенного лечения: МКОЗ OD = 1.0, OS = 1,0, ВГД OD = 15 мм.рт.ст., OS = 13 мм.рт.ст. При офтальмоскопии OS макулярная и парамакулярная зоны без видимой патологии. Снимки и ОКТ показали полную резорбцию субретинальной жидкости.

При долговременном хроническом течении (более 3-х месяцев) в отсутствии лечения высока вероятность развития ряда грозных осложнений буллезной формы ЦСХ: кистовидного макулярного отека, атрофии и апоптоза ретинального пигментного эпителия, развития субретинальной неоваскулярной мембраны, которые могут привести к необратимому снижению остроты зрения и контрастной чувствительности, что значительно снижает уровень жизни пациентов. В связи с этим было принято решение отказаться от выжидательной тактики наблюдения в течение 2-3 месяцев, как при классической ЦСХ, и использовать ЛКС в качестве метода лечения. Учитывая обширную отслойку НСЭ и наличие обширной зоны просачивания, решили провести следующий вариант лазерного лечения. Фокальная ЛКС в области просачивания с наибольшей гиперфлюоресценцией, по данным ФАГ, и, основываясь на гипотезе о том, что при ЛКС

происходит высвобождение цитокинов и репарация клеток РПЭ, ЛКС по типу “решетка” по всей области просачивания.

Согласно литературе, средние значения МКОЗ у пациентов с буллезной ЦСХ составляют 0.15, тогда как в нашем случае мы получили МКОЗ=1.0. Так как зона просачивания захватывала макулярную зону, применение ЛКС требовало особой осторожности в выборе параметров. После лечения пациент не предъявляет жалобы на выпадение полей зрение, и по данным микропериметрии, не наблюдается снижения светочувствительности сетчатки.

Таким образом, можно сделать вывод, что представленный случай демонстрирует возможность полной регрессии высокой отслойки НСЭ после лазерного воздействия на сетчатку. Применение лазерной коагуляции с не приводит к развитию скотомы и снижению качества зрения. На основании данного примера, мы можем говорить об эффективности и безопасности лазерного лечения буллезной формы ЦСХ описанной выше методикой.

ПЛАСТИКА ГОРТАНИ Т-ОБРАЗНОЙ ТРУБКОЙ У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Рачков В.Е., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., СтрижоваД.Н.

ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова» ДЗМ
ФГБУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»МЗ РФ

В настоящее время существует большое количество оперативных методик и вариантов хирургических вмешательств при заболеваниях гортани. При тяжелых формах врожденных и приобретенных стенозов гортани, рецидивах сужений – не существует оптимального метода хирургической коррекции. Одной из эффективных методик является реконструктивные оперативные вмешательства с установкой Т-образной трубки. В отделении торакальной хирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова накоплен большой опыт в выполнении реконструктивных вмешательств с установкой Т-трубки на различный период до полного восстановления просвета дыхательных путей. Показаниями для установки Т-трубки в нашем наблюдении явились: неэффективность пластики гортани, полная непроходимость гортани, протяженный стеноз гортани.

С 2010г по 2017 г. выполнено 109 оперативных вмешательств на гортани, из них пластика гортани с использованием реберного аутотрансплантата с имплантацией его в заднюю стенку гортани – 29, в переднюю стенку – 33, в обе стенки – 4 пациента. Установка Т-трубки выполнена 43 пациентам. Из них у 16 в анамнезе была проведена операция – пластика гортани реберным хрящом.

Установка Т-трубки проводилась в 39,5% при предшествующих неудачных попытках операционной коррекции стеноза гортани. Возраст пациентов составлял от 1 года 2 месяцев до 17 лет 11 месяцев. Средний возраст пациентов – 6 лет 4 месяца. За 6 лет всего проведено 43 оперативных вмешательства с установкой дыхательной Т-трубки.

Группы нозологий представлены: постинтубационный стеноз гортани у 23 пациентов (53,5%), врожденный стеноз гортани – у 10 (23,3%), в результате травмы – 5 пациентов (11,6%), постинфекционный стеноз – у одного ребенка (2,3%), стеноз гортани ятрогенного характера у 4 (9,3%).

Оперативное лечение выполнялось с использованием двух хиругических методов из переднего доступа на шее. Установка Т-трубки в просвет гортани и/или в верхнюю треть трахеи выолнена у 35 пациентов, с рассечением задней стенки гортани и дальнейшей установкой Т-трубки – у 7 пациентов. У одного ребенка была установлена Т-трубка с предварительной резекцией трахеи в зоне стеноза (в подголосовом пространстве).

Средняя продолжительность операции составила 25,5 минут.

Всего экстубировано 38 пациентов (88,3%).

Носителями Т-трубки до настоящего момента являются 6 пациентов (13,9%).

Рецидив стеноза гортани после экстубации произошел у 4 пациентов, что потребовало повторной установки Т-образной трубки. Один из пациентов является носителем Т-трубки до настоящего времени.

Осложнения в послеоперационном периоде в результате обструкции просвета Т-трубки развились у двух детей, 4 ребенка самостоятельно удалили трубки, у одного после экстубации выявлен парез гортани с западением черпаловидного хряща. Летальных исходов не было.

Заключение. Группа пациентов, экстубированных в различные сроки после установки Т-трубки, продемонстрировала эффективность данного метода при тяжелых формах стенозе гортани у детей. Применение Т-образной трубки может быть рекомендовано в случаях неудачных попыток пластических операций, при рецидивах стенозов, а также при тяжелых формах патологии гортани у детей различного возраста.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ГОЛОСО-РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ

Варавина М.А. [1], Радциг А.Н. [1], Ангелкова В.В. [2]

[1] *ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ*
[2] *СУ «Климент Орхидски», София, Болгария*

Качество голоса зависит от множества различных условий и факторов. Оно непосредственно влияет на качество жизни, а у лиц голосо-речевых профессий – и на профессиональную деятельность (пригодность). Раннее выявление нарушений голосовой функции у студентов голосо-речевых профессий (врачи, педагоги, психологи, представители творческих специальностей) позволяет определить вызывающие их пусковые факторы, а также обучить будущих специалистов простейшим навыкам гигиены голоса. Это поможет предотвратить переход имеющегося расстройства голосовой функции в хроническую/рецидивирующую форму и в дальнейшем не допустить появления проблем с использованием голоса в профессиональной сфере.

Нами проведены анализ и оценка структуры голосовых расстройств среди студентов и молодых специалистов голосо-речевых профессий методом анкетирования. В задачу исследования входило:

– определение наиболее распространенных факторы, провоцирующих нарушения голоса среди лиц молодого возраста;

– оценка взаимосвязи качества голоса с состоянием здоровья и уровнем стресса;

– оценка готовности населения обращаться за медицинской помощью при появлении расстройств голоса.

Нами был разработан опросник, размещенный в интернете, на который предлагалось ответить всем желающим. Ответы анализировались и обрабатывались с использованием методов простой вариационной статистики. Всем прошедшим опрос (особенно лицам с имеющимися проблемами с голосом) была предоставлена возможность бесплатно пройти эндоскопический осмотр ЛОР-органов и получить консультацию врача-оториноларинголога.

В опросе приняло участие 307 человек, среди них 250 – из России (81,4%), а 57 (18,6%) – жители других стран: Аргентина, Бразилия, Болгария, Канада, Колумбия, Вьетнам, Греция, Кипр, Япония, Литва, Колумбия, Черногория, Румыния, Тайвань, США, Узбекистан. Опрошенные были в возрасте от 17 до 40 лет (в среднем 23$\pm$2,3 года), превалировали женщины: 75, 6% (232 человека). Частые нарушения голоса (раз в месяц и

более) возникают у 17 (6,8%) россиян и у 2 (3,5%) иностранцев При этом независимо от места проживания сохраняется преобладание лиц женского пола. Суммарно частые нарушения голоса выявлены у 6,9% жительниц России и других стран (16 человек из 232), принявших участие в опросе. Частота нарушений голоса среди лиц мужского пола – 4,1% для россиян и 3,9% для иностранцев, суммарно – 4%.

Наиболее часто в качестве вероятной причины возникновения расстройства голоса указывались инфекционно-воспалительные заболевания (91 человек, 62,3%), резкое повышение нагрузки на голосовой аппарат (крики/любительское пение – 33 человека, 22,6%), длительные разговоры или публичные выступления (12 человек, 8,2%).

Среди женщин с нерегулярным менструальным циклом стойкие/рецидивирующие нарушения голосо- голосовые расстройства встречаются чаще – у 7 из 59 человек (11,8%).

Среди всех лиц, прошедших анкетирование, пришли на осмотр к врачу лишь 2 человека (0,7%).

В результате опроса выяснилось, что частота нарушений голоса составила 6,8% (Россия) и 3,5% (другие государства) повсеместно с преобладанием лиц женского пола. Среди многообразия факторов, влияющих на голос, обращает на себя внимание высокая доля предотвратимых голосовых расстройств, возникших вследствие нарушения голосового режима или неправильного обращения с голосовым аппаратом. Непосредственной связи качества голоса с имеющимися заболеваниями общесоматического профиля и психическими или нейровегетативными нарушениями не выявлено. Стойкие/рецидивирующие нарушения голоса наиболее часто встречаются у женщин с нерегулярным менструальным циклом. В целом готовность населения решать «голосовые» проблемы совместно с врачом можно оценить как низкую.

СЛИПЭНДОСКОПИЯ: МЕТОДИКА И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

Джафарова М.З., Авербух В.М., Хаджигельдыев Х.Х.

ФГБУ НКЦО ФМБА России

Диагностика синдрома обструктивного апноэ сна на сегодняшний день находится на высоком уровне. Широко распространенные сомнологические методы скрининга и детального анализа структуры сна позволяют быстро и четко поставить диагноз и определить степень тяжести синдрома на основании объективных данных. Несмотря на высокую информативность, полисомнография не дает возможности определить уровни обструкции и структуры верхних дыхательных путей (ВДП), за счет которых развивается синдром обструктивного апноэ сна (СОАС), в то время как это является основой для определения показаний к хирургическому лечению и выбора тактики ведения пациента с данным синдромом.

В настоящее время помимо рутинных методов исследования данной патологии все чаще применяется исследование верхних дыхательных путей во время медикаментозного сна – слипэндоскопия. Это позволяет относительно объективно (оценка проводится исследователем) оценить степень и форму сужения ВДП во сне, и, следовательно, определить наиболее эффективную тактику лечения.

В настоящее время нет единой классификации оценки результатов слипэндоскопии. Наиболее распространенными считаются системы NOHL (Nose – Oropharynx – Hypopharynx – Larynx) и VOTE (Velum – Oropharynx – Tongue base – Epiglottis), каждая из которых имеет свои преимущества и недостатки.

С целью детализации информации и оптимизации анализа полученных данных, с учетом вспомогательных проб нами разработана собственная система оценки, адаптированная для использования русскоязычными исследователями – МРКН: Мягкое нёбо – Ротоглотка – Корень языка - Надгортанник.

В системе МРКН на уровне корня языка для определения объема хирургического вмешательства выделены подуровни: гипертрофия мышц корня языка, гипертрофия язычной миндалины. В связи с отсутствием принципиальных отличий состояния полости носа и носоглотки в состоянии сна и бодрствования была исключена оценка носового уровня. Проводятся специальные пробы: стабилизация мягкого неба фиброскопом, выдвижение нижней челюсти, поворот головы в стороны. На основании этих проб определяются показания к таким методом лечения СОАС, как позиционная терапия и ортогнатическое лечение, а также использование внутриротовых устройств.

Проведенный сравнительный анализ существующих систем оценки слипэндоскопии и МРКН показал, что последняя позволяет оптимизировать анализ

полученной информации, не перегружая ее незначимыми данными, такими как носовой уровень обструкции и полная оценка структур гортани, за исключением надгортанника, а также процентной шкалой степени сужения ВДП. В разработанной нами системе приняты во внимание анатомические причины гипертрофии корня языка, а также изменения просвета ВДП при проведении специальных маневров, которые принципиально влияют на выбор метода лечения СОАС.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ

Артемьева Е.С., Будковая М.А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» МЗ РФ

На сегодняшний день наличие назальной обструкции рассматривается как один из важных факторов, способствующих формированию хронической гипоксии и развитию ряда патологических состояний. Наиболее частой причиной назальной обструкции является деформация перегородки носа и гипертрофия нижних носовых раковин. Своевременная коррекция внутриносовых структур позволяет восстановить носовое дыхание, однако в отдаленном послеоперационном периоде у отдельных пациентов отмечаются жалобы на затруднение носового дыхания, что создает трудности в выборе дальнейшей тактики ведения больных.

Цель исследования. Объективное изучение особенностей аэродинамических процессов в полости носа у пациентов, перенесших ринохирургические вмешательства, и выбор оптимальной тактики дальнейшего ведения.

Обследовано 20 пациентов в возрасте от 19 до 56 лет (средний возраст больных – 34±10,7 года). Критериями включения в исследование были наличие жалоб на затруднение носового дыхания, несмотря на ранее проводимую хирургическую коррекцию перегородки носа или носовых раковинах, и принадлежность к европеоидной расе. Всем обследуемым выполнялся общий оториноларингологический осмотр, эндоскопическое исследование полости носа и объективное исследование функции носового дыхания с использованием комплекса «RHINO-SYS» фирмы Happersberger Otopront GmbH (ФРГ). Исследование включало анализ основных показателей передней активной риноманометрии (ПАРМ), акустической ринометрии (АР) и ринорезистометрии (РР). Оценка степени назальной обструкции поводилась в соответствии с рекомендациями Европейского комитета по стандартизации риноманометрической методологии (2004), аэродинамические характеристики носового потока регистрировались у всех обследуемых до пробы с деконгестантом (α2-адреномиметиком) и через 15 мин после нее.

В исследуемой группе 13 больным (65%) ранее проводилась септопластика с подслизистой вазотомией нижних носовых раковин, трем пациентам (15%) выполнялась подслизистая резекция перегородки носа с одномоментной латеропозицией и частичной конхотомией нижних носовых раковин, четырем (20%) – только подслизистая вазотомия нижних носовых раковин. Средний временной промежуток от момента ранее проведенного оперативного лечения до появления жалоб составил 2,3±0,7 года.

При оценке значений ПАРМ и РР правой половины носа до введения деконгестантов выявлена выраженная назальная обструкция у 8 больных (40%), умеренная степень нарушения носового дыхания – у 20%-25% обследуемых, слабая степень – у 5 (25%). Отсутствие затруднения носового дыхания зафиксировано у 3 обследованных (15%). Анализ значений ПАРМ и РР для левой половины носа до введения деконгестантов выявил выраженную назальную обструкцию у 3 больных (15%). Умеренная степень нарушения носового дыхания отмечена у 6 (30%) обследованных, слабая степень – у 8 (40%), физиологическое носовое дыхание – у одного (5%). После введения деконгестантов, по данным ПАРМ и РР в правой и левой половинах носа, у 4 больных (20%) сохранялась слабая степень назальной обструкции. У троих (15%) с исходно высокой степенью была выявлена обструкция слабой степени. Снижение степени обструкции – с выраженной до умеренной – в обеих половинах носа зарегистрировано у двоих обследованных (10%), сохраняющееся умеренное нарушение носового дыхания – у четырех (20%). Восстановление показателей в правой половине носа отмечено только в двух наблюдениях (10%), а в левой – в четырех (20%). Сохранение высокой степени обструкции в обеих половинах носа выявлено у одного больного.

Таким образом, среди обследованных больных только у одного пациента (5%) при комплексном риноманометрическом обследовании зарегистрировано физиологическое носовое дыхание, у 4 больных (20%) выявлено нарушение носового дыхания с одной стороны за счет структурного компонента в виде девиации перегородки носа, что подтверждалось результатами эндоскопического исследования. В двух случаях (10%) установлена стойкая умеренная назальная обструкция в обеих половинах носа за счет гипертрофии нижних носовых раковин. Комбинированное нарушение носового дыхания за счет костных структур в виде искривления перегородки носа и функционального компонента, обусловленного отеком слизистой оболочки носа нижних носовых раковин, зафиксировано у 4 больных (20%). Преобладание структурных причин в формировании обструкции в данном случае требует проведения хирургической коррекции внутриносовых структур, а зарегистрированные у 9 пациентов (45%) функциональные нарушения носового дыхания, связанные с отеком слизистой оболочки, создают необходимость дальнейшего обследования у аллерголога и консервативного лечения.

Выводы

При наличии субъективных жалоб на затруднение носового дыхания у пациентов в отдаленные сроки после хирургической коррекции деформации перегородки носа и нижних носовых раковин проведение комплексной оценки функции носового дыхания, включающей ПАРМ, РР и АР до и после пробы с деконгестантом позволяет:

– выполнить объективный количественный анализ основных аэродинамических показателей носового дыхания;

– выделить возможные причины формирования назальной обструкции;

– определить объективные показания к хирургическому вмешательству или консервативному лечению.

СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Трухин Д.В.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

По статистическим данным Минздрава России распространенность хронических болезней миндалин и аденоидов составляет около 600 на 100 000 взрослого населения.

Диагностика хронического тонзиллита традиционно базируется на оценке клинических признаков (жалобы пациента, частота и периодичность обострений, данные фарингоскопии, пальпация регионарных лимфатических узлов). Однако ни один из известных клинических признаков хронического воспалительного процесса не является специфичным для хронического тонзиллита [Б.С. Преображенский, Г.Н. Попова, 1972]. Недостаточно информативны и методы лабораторных исследований [A. Kunnamo, M. Korppi, M. Helminen, 2015].

На данный момент предлагаются различные методы дифференциальной диагностики хронической патологии небных миндалин: компьютерная томография, бактериологические методы, гистологическое исследование биоптата миндалин, инфракрасная спектроскопия слюны, регистрация изменений кровотока небных миндалин, измерение электрического параметра слизистой оболочки, pH-метрия, люминесцентный метод, импедансометрия небных миндалин. Общим недостатком существующих методов исследования является сложность проводимых исследований, необходимость в несерийном оборудовании, в некоторых случаях – инвазивность исследования, влияние на полученные результаты других патологических состояний (ларингофарингеальный рефлюкс, постназальный синдром) и анатомических особенностей строения ротоглотки на результаты диагностики.

Одним из проявлений хронического тонзиллита, при отсутствии воспалительных заболеваний другой локализации является регионарный лимфаденит [И.Б. Солдатов, 1975]. Поэтому определение состояния лимфоузлов в сочетании с другими признаками хронического инфекционно-воспалительного процесса в небных миндалинах имеет важное значение в диагностике хронического тонзиллита.

В настоящее время одним из наиболее информативных методов оценки состояния лимфатических узлов является УЗИ, точность которого более чем вдвое превышает результаты пальпации (73 и 32%, соответственно) [M. Pamillo et al., 1989].

Цель исследования: совершенствование дифференциальной диагностики осложненной (токсико-аллергической) и неосложненной (простой) формы хронического тонзиллита.

Обследованы 60 пациентов с хроническим тонзиллитом, находившихся на лечении в оториноларингологическом отделении Центральной клинической больницы гражданской авиации в период с 2015 по 2016 гг. – 30 с простой формой, 30 – с токсико-аллергической. Средний возраст обследованных составил 26 лет, соотношение мужчин и женщин –1:1,5. Обследование включало анализ жалоб, анамнестических сведений, данных эндоскопии глотки. Регионарные лимфатические узлы исследовали на аппарате «Toshiba Aplio 500» линейными датчиками с рабочей частотой от 5 до 12 МГц с обеих сторон, определяя локализацию лимфатических узлов, их количество (единичные, множественные), а также форму, размер и структуру.

Частота встречаемости множественных регионарных лимфоузлов у больных с осложненным течением хронического тонзиллита составила 53,3±9,1%, а в группе больных с простой (неосложненной) формой хронического тонзиллита – 26,7±8,1% (число степеней свободы f = 58, критическое значение t-критерия Стьюдента – 2,002 при уровне значимости 0,05; значение t-критерия Стьюдента: 2,18; $p<0,05$).

Максимальные значения продольного диаметра регионарных лимфоузлов в группе больных с осложненным течением хронического тонзиллита (токсико-аллергическая форма) достигал 22,5-25,0 мм (15,6±1,1 мм), а в группе пациентов с простой (неосложненной) формой хронического тонзиллита – 17,8-19,0 мм (12,2±0,7 мм) (число степеней свободы f = 54, критическое значение t-критерия Стьюдента = 2,005 при уровне значимости 0,05; значение t-критерия Стьюдента: 2,61; $p<0,05$).

Выводы.

1. У больных с осложненным течением хронического тонзиллита при ультразвуковом исследовании наблюдается преобладание множественных увеличенных лимфатических узлов в отличие от простой (неосложненной) формы хронического тонзиллита, для которой характерны единичные регионарные лимфатические узлы меньшего, чем при осложненном течении, диаметра.

2. Пороговым показателем для осложненного хронического тонзиллита является наличие множественных лимфатических узлов, максимальные значения продольного диаметра которых достигает 22,5-25,0 мм. и более.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ СТАНДАРТНОЙ ПУНКЦИОННО-ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ

Кирасирова Е.А., Лафуткина Н.В., Резаков Р.А., Мамедов Р.Ф., Наринян Н.К.

ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

Пункционно-дилатационная трахеостомия (ПДТ) является методом выбора среди врачей-реаниматологов для выполнения ее у пациентов, требующих длительного управляемого дыхания. Основными достоинствами ПДТ по сравнению с классической трахеостомией являются: малая инвазивность; более косметический послеоперационный рубец; относительная быстрота выполнения; проведение без специального положения больного (запрокидывание головы назад), что особенно важно у пациентов с нейрохирургической патологией.

Однако данная методика имеет ряд ограничений, в связи с чем классическая трахеостомия не может быть полностью заменена ПДТ. Ограничениями к проведению транскутанной трахеостомии яляются: ожирение; увеличенная щитовидная железа, наличие узлов или новообразований в ней; шрамы или рубцы в области шеи, так как высок риск рубцово-спаечного процесса в мягких тканях шеи; аномальное расположение крупных сосудов на шее; наличие новообразований в области шеи, смещение трахеи от средней линии.

Цель исследования – определение рационального подхода к ведению пациентов, перенесших ПДТ.

Проведен анализ 158 историй болезни пациентов, которым была выполнена ПДТ с целью продления искусственной вентиляции легких. Больным проводили динамическую фибробронхоскопию (ФБС) в различные сроки после вмешательства и непосредственно перед предполагаемой деканюляцией (с обязательным удалением трубки из просвета трахеи, чтобы полноценно оценить состояние ее структур, и осмотром гортани).

Из 158 пациентов, перенесших ПДТ, 91 (57,6%) умерли в реанимации, а 67 (42,4%) были переведены в профильные отделения.

В послеоперационном периоде были выявлены следующие осложнения.

У 8 пациентов – эрозивный трахеит, трахеобронхит I-II степени. Больным проводили специальное лечение, что явилось причиной отсроченной деканюляции, и как следствие, – более длительного пребывания пациента в стационаре.

У 7 больных обнаружено развитие свищей (5 трахеопищеводных и 2 трахеомедиастинальных), как результат длительного давления манжеты трубки на заднюю стенку трахеи; у 5 больных был выраженный грануляционный процесс, циркулярно

суживающий различные отделы трахеи с развитием рубцового стеноза (не деканюлированы); у 4 больных был стеноз трахеи, развившийся после их деканюляции в других стационарах. Они требовали срочной ретрахеостомии и в дальнейшем не могли быть деканюлированы; у одного больного – двусторонний парез гортани; у одного – отечный ларингит и эрозивно-язвенный трахеит III степени. Не были деканюлированы 11 пациентов (16,4 %).

Заключение. Пациенты, перенесшие ПДТ в условиях реанимации, подвержены высокому риску развития стойкого канюленосительства и длительной медико-социальной реабилитации в постреанимационном периоде. Динамический эндоскопический контроль за состоянием слизистой оболочки гортани и трахеи позволяет вовремя диагностировать развивающиеся осложнения и как можно раньше предпринять меры по их устранению. Самым частым осложнением ПДТ является эрозивный трахеит различной степени выраженности, однако своевременно начатое лечение позволяет деканюлировать пациентов, хоть и в отсроченном периоде. Перед запланированной деканюляцией этого контингента больных обязательным является проведение ФБС во избежание развития у них в дальнейшем жизнеугрожающего стеноза трахеи.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПРИОБРЕТЕННОЙ МЯГКОТКАННОЙ АТРЕЗИИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Салихова Г.С., Аникин И.А.

ФГБУ «СПБ НИИ ЛОР» МЗ РФ

Приобретенная атрезия наружного слухового прохода, несмотря на низкую частоту встречаемости (0,5 операбельных случая на 100 000 населения), является одной из самых малоперспективных в отношении полного излечения патологий в отохирургии. К тому же в связи с большими успехами хирургии головы и шеи за последние десятилетия, возрастает количество ятрогенных случаев заболевания. Высокий процент рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов в отдаленном послеоперационном периоде заставляют искать новые пути решения данной проблемы. Одним из малоизученных направлений данной области является комплексная морфологическая оценка локального патологического процесса.

Цель исследования – изучить некоторые морфологические изменения патологического процесса при различных вариантах приобретенной атрезии наружного слухового прохода.

Морфологическое исследование было проведено на 43 биоптатах. В основных группах было исследовано 35 биоптатов наружного слухового прохода от пациентов, прооперированных в Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи в 2017-2018 гг. Возраст пациентов варьировал от 31 до 68 лет.

I группу составили 12 биоптатов с перепончато-хрящевой локализацией фиброза, II – 23 биоптата с костной локализацией фиброза. В контрольную группу вошли 8 биоптатов без патологических изменений (использовался кадаверный материал).

Методы исследования: гистологический с окрашиванием ткани гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону; иммуногистохимический (ИГХ), при помощи которого исследовали экспрессию коллагенов I и III типов, провоспалительных маркеров (цитотоксических Т-лимфоцитов CD8+, В-лимфоцитов CD20+, плазмоцитов CD138+). При световой микроскопии с помощью микроскопа Olympus CX-31 при увеличении ×100 и ×400 оценивали структуру ткани, состояние церуминозных желез и сосудистого компонента, наличие воспалительной инфильтрации и патологических изменений.

В контрольной группе фрагменты наружного слухового прохода были представлены соединительной тканью с рыхлым расположением волокон. В субэпителиальном пространстве определялось небольшое количество сосудов капиллярного типа и единичные мелкоочаговые скопления мононуклеаров, равномерно распределены придатки кожи и сосудистый компонент. В более глубоких отделах присутствовали церуминозные железы с признаками апокриновой секреции. При ИГХ-исследовании экспрессируются коллагены I и III типов в базальной мембране церуминозных желез.

В 10 образцах I группы (83,3%) биоптаты были представлены только фиброзной тканью, в двух образцах (16,7%) – преимущественно фиброзной тканью с участками гладкомышечных волокон. В 7 биоптатах (53,3%) капиллярно-венозное русло не присутствовало. В 5 наблюдениях(41,7%) определялось небольшое количество сосудов капиллярного типа. Церуминозные железы присутствовали только в четырех (33,3%) биоптатах и характеризовались неравномерной эктазией и деформацией просвета, без признаков секреторной активности. Воспалительная инфильтрация присутствовала в пяти случаях(41,7%) и характеризовалась продуктивным типом воспалительной реакции.

Во II группе в 21 случае (91,3%) биоптаты были представлены фиброзной тканью по одному (4,3%) наблюдению – фиброзно-жировой тканью и рыхлой соединительной тканью. Сосудистый компонент отсутствовал почти в половине наблюдений (10 – 43,5%). Церуминозные железы в биоптатах наружного слухового прохода не определялись в 16 (69,6%) случаях. Воспалительные изменения были в 16 биоптатах (69,6%). Наличие инфильтрации (7 – 30,4%) характеризовалось скоплением моноцитарно-плазмоцитарных клеток (6 – 85,7%) и плазмоцитарно-экссудативной инфильтрацией в одном наблюдении (14,3%).

При ИГХ-исследовании коллагена I и III типов в обеих группах отмечалась отрицательная экспрессия или фокальная экспрессия, которая составила не более 3% от площади препарата. При ИГХ-исследовании оценки провоспалительных маркеров в контрольной группе отмечались единичные цитотоксические Т-лимфоциты (CD8+) и отрицательная экспрессия В-лимфоцитов (CD20+) и плазмоцитов (CD138+).

Сравнительная оценка экспрессии провоспалительных маркеров показала, что в I группе количество CD8+ было достоверно больше по сравнению с II группой ($p<0,01$). При сравнительной оценке экспрессии CD20+ получены аналогичные данные ($p<0,01$). Площадь экспрессии CD138+ в I группе также была достоверно выше по сравнению со второй группой ($p<0,05$).

Заключение.

Результаты гистологического и иммуногистохимического исследования показали, что у пациентов I группы отмечается относительная сохранность капиллярно-венозного русла. Хронизация воспалительного процесса с эпизодами обострения и ремиссии характеризуется достоверным увеличением количества провоспалительных маркеров CD8+, CD20+, CD138+ и снижением экспрессии коллагена I и III типов.

У пациентов II группы на фоне длительно текущего хронического воспалительного процесса и инициации фиброгенеза, отмечается отрицательная экспрессия коллагена I и III типов при частично сохраненном и незначительно функциональном капиллярном русле.

Исходя из полученных данных, можно сделать предположение о необходимости применения терапии в послеоперационном периоде, принципиально отличающейся по локализации патологического процесса.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПОЛИПОЗНО-ГНОЙНЫЙ ПАНСИНУСИТ У РЕБЕНКА С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Даххаева А.М., Поляков Д.П.

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России

Муковисцидоз (МВ) — системное наследственное заболевание, характеризующееся тяжёлыми нарушениями функций желудочно-кишечного тракта и органов дыхания. Хронический риносинусит (ХРС), в ряде случаев полипозно-гнойный, является одним из характерных проявлений МВ, служит источником нисходящего инфицирования всего респираторного тракта. За последние годы научное знание о МВ, механизме его развития на клеточном и молекулярном уровнях стремительно развивается. Заболевание имеет аутосомно-рецессивный тип наследования. В настоящее время известно более 1600 мутаций, из которых чаще всего встречается мутация F508 del. (потеря аминокислоты финилаланина в позиции 508), второй по частоте является мутация CFTR dele 2, 3 (21 kb).

Клинические проявления МВ очень разнообразны. В связи с этим часто возникают ситуации, когда дети длительное время состоят на диспансерном учете с другими диагнозами у педиатров и узких специалистов, в том числе и у оториноларингологов. Первые публикации на тему поражения околоносовых пазух при МВ в профильных оториноларингологических изданиях (Loryngoscope, Rhinology) появились только в середине 1990-х годов. Так это заболевание вошло в компетенцию оториноларингологов.

В настоящее время, благодаря некоторым успехам лечения с одной стороны и ранней диагностике даже легких форм заболевания с другой, ожидаемая продолжительность жизни больных возросла в несколько раз. Это позволило сфокусировать внимание не только на прогрессирующей дыхательной и/или панкреатической недостаточности, но и на симптомах, считавшихся ранее вторичными, в том числе на хроническом риносинусите, который в значительной мере нарушает качество жизни пациентов. В результате за последние несколько десятилетий больные с МВ стали пациентами не только пульмонологов и гастроэнтерологов, но и ЛОР-врачей.

Тем не менее многие оториноларингологи обладают недостаточными знаниями относительно диагностики, консервативного и хирургического лечения детей с ХРС на фоне МВ. В данной работе на примере выборочного клинического случая приводятся основы патогенеза и клиники поражения околоносовых пазух при МВ в детском возрасте, а также современные данные об эффективности методов хирургического и медикаментозного лечения. Демонстрируются ход операции, фотографии эндоскопического исследования. Анализируются особые факторы периоперационных рисков у данного пациента.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОВРЕМЕННОЙ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

Коваль Е.А., Курятников К.Н., Коршунов А.С.

ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ, г. Омск

Отсутствие эффективных связей между эндокринологической и стоматологической службами побудило нас к проведению исследования, направленного на оказание высококвалифицированной медицинской помощи больным с сахарным диабетом II типа и на улучшение условий для тесного контакта специалистов, занимающихся медицинской реабилитацией этого контингента больных.

Цель исследования – стандартизация и оптимизация оказания комплексной стоматологической помощи больным с декомпенсацией сахарного диабета II типа.

В исследовании приняли участие 60 человек в возрасте от 50 до 65 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в эндокринологическом отделения с диагнозом сахарный диабет II типа в стадии декомпенсации. У исследуемых пациентов диагностировано сопутствующее заболевание: хронический генерализованный

пародонтит тяжелой степени. Все больные находились в эндокринологическом отделении

с целью коррекции инсулинотерапии. Пациенты были разделены на две группы: 1)

больные, получающие одномоментное лечение хронического пародонтита – 30 человек

(исследуемая группа) и 2) больные, не получающие одновременного лечения –

30 человек (группа сравнения).

Лабораторное определение сахара, биохимических показателей крови и смешанной слюны осуществляли в день поступления и после окончания курса лечения сахарного диабета. Математическая обработка данных проводилась с помощью статистического пакета Statistica 10.0 (StatSoftInc.USA).

Из биохимических показателей смешанной слюны у исследованной группы статистически значимыми оказались показатели общего белка (до лечения 11,68±3,23 г/л , после лечения – 3,02±1,68 г/л), альфа-амилазы (до лечения 2663,9±326,8 Е/л, после – 659,1±126,7 Е/л), глюкозы (до лечения 0,64±0,08 ммоль/л, после – 0,12±0,05 ммоль/л), которые снижены до верхней границы нормы. Данные биохимического показателя глюкозы цельной крови говорят о компенсации показателя глюкозы после комплексного лечения в исследованной группе (до лечения 14,6±1,1 ммоль/л, после лечения – 6,3±0,1 ммоль/л), в отличие от группы сравнения (до лечения 13,9±1,3 ммоль/л, после лечения –

7,9±0,2 ммоль/л) (P<0,05), с более быстрыми сроками реабилитации в исследованной группе (11,2±1,5 дней), в отличие от группы сравнения (15,4 3,9 дней) (P<0,05).

Анализ динамики коррекции инсулинотерапии у обследованных лиц свидетельствует об уменьшении дозы инсулинов короткого «Химмулин – Р» (до лечения 7,12±1,5 ЕД, после лечения – 17,3±1,2 ЕД) и продленного действия «Химмулин – НПХ» (до лечения 4,2±0,2 ЕД, после лечения 14,5±3,2 ЕД). При лечении сахарного диабета II типа в период его декомпенсации у исследованной группы (до лечения 14,6±1,1 ЕД, после – 6,3±0,1 ЕД) (P<0,05). В группе сравнения показатели были иными: дозы инсулинов «Химмулин – Р» (до лечения 7,66±1,4 ЕД, после – 26,7±2,2 ЕД) и «Химмулин – НПХ» (до лечения 4,1±0,2 ЕД, после лечения 24,1±4,2 ЕД).

Выводы. Изменение в более благоприятную сторону биохимических показателей (альфа-амилаза, общий белок), более быстрые сроки реабилитации с меньшей дозой инсулинов короткого и продленного действия при лечении сахарного диабета II типа в период его декомпенсации наблюдаются при одновременном лечении хронического генерализованного пародонтита.

Научное издание
Междисциплинарный подход к лечению заболеваний головы и шеи:
Тезисы IV Всероссийского форума оториноларингологов с международным участием
Россия, г. Москва, 20-21 сентября 2018 г.

Научно-исследовательское управление
ФГБУ НКЦО ФМБА России

123182, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 30 к. 2
Начальник научно-исследовательского управления *И.А. Ким*
Оригинал-макет подготовил *С.В. Савельев*

Формат 60×84 $^{1}/_{16}$
Уч.-изд. л. 13,54. Усл. печ. л. 33,15.
Гарнитура Times New Roman.